

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM FILOSOFIA DA ENFERMAGEM

Comunicação na Saúde
fim da Assimetria...?

ELIANA MARILIA FARIA

FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO, 1996

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM FILOSOFIA DA ENFERMAGEM

Comunicação na Saúde
fim da Assimetria...?

ELIANA MARILIA FARIA

ORIENTADORA:
PROF^a DRA. MARIA TEREZA LEOPARDI

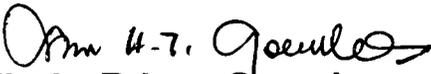
FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO, 1996

Comunicação na Saúde

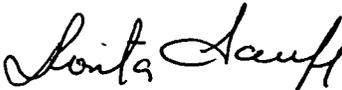
fim da Assimetria...?

ELIANA MARILIA FARIA

Tese de Doutorado aprovada pela banca examinadora, conforme legislação vigente na Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado em Filosofia da Enfermagem

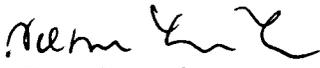

Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Coordenadora da PEN/UFSC


Profa. Maria Tereza Leopardi
- Presidente -


Dra Rosita Saupe
- Membro -


Dra. Lygia Paim M Dias
- Membro -


Máguida da Costa Stefanelli
- Membro -


Dr. Nilson Lage
- Membro -


Arsenio Carmona Gutierrez
- Membro Especial -

Os seres humanos demonstram um esforço constante em direção à consequência. Quando exibem uma inconseqüência entre o que conhecem e fizeram, com freqüência se entregam a um comportamento de comunicação inesperado, com o objetivo de reduzir a incomodidade. (Festinger)

Agradecimentos

Aos meus pais, Eleshão e Marília, (in memoriam), que me possibilitaram estar vivendo esse momento, meu carinho e meu amor.

Ao Departamento de Enfermagem, pela compreensão de cidadania.

À Pós-graduação em Enfermagem, pela possibilidade dessa caminhada.

À Tetê, amiga e companheira, que sempre soube ouvir, falar e compreender meus momentos de dúvidas, certezas, respeitando-os. Minha orientadora, autora, também, desse trabalho.

Ao Prof. Carmona, mesmo distante, pela ajuda e solidariedade sempre presente, meu co-orientador.

À amiga e filha Cristina, que sempre soube me estimular e compreender meus momentos de fragilidade, meu carinho.

Ao Grupo Práxis: Núcleo de Estudo em Trabalho, Saúde e Cidadania, pelos momentos de troca.

Às amigas do 'peito' Marisa, Ica, Francine, Beatriz, Kenya, Cleusa, Lygia, Denise, Margareth, Albertina, Marta, Tony, Jonas, Rosita, pelo estímulo e carinho que sempre me dedicaram.

Aos amigos da sétima fase do curso de graduação em enfermagem da UFSC Márcia, Gelson e Anice, pelo companheirismo.

Aos sujeitos (trabalhadores e usuários) dos Centros de Saúde, sujeitos maiores desse trabalho, por sua compreensão e participação, meus agradecimentos especiais.

À Secretaria Municipal de Saúde, na pessoa de Flávio e Júlio, pela possibilidade de conhecer essa realidade.

À amiga Inês, pela ajuda na revisão do texto e pelo carinho sempre presente.

À amiga Luzia, pela arte final desse trabalho.

Aos trabalhadores da Pós-graduação e graduação do Departamento de Enfermagem-UFSC, pela compreensão e companheirismo.

À Regina, pela revisão final do texto.

Resumo

Este estudo tem como objetivo a “comunicação na saúde”, entendida esta como um processo essencial à vida. Os seres humanos se comunicam através da linguagem verbal (símbolos verbais) e da linguagem analógica (não verbal) nas quais se transmite o conteúdo e se expressa a relação produzidos num processo de interação.

Esse processo comunicacional, em geral, é um problema de extrema complexidade e, sobretudo, significante e simbolicamente mais profundo. Os seres humanos expressam suas necessidades como objeto de sentido e de significados, que se exterioriza em cada processo relacional.

A partir dessa questão, o estudo busca apresentar o processo comunicacional entre os trabalhadores, nos Centros de Saúde pesquisados, a comunicação estabelecida nas relações individuais, entre profissional e usuário e desses centros com a população.

O processo de pesquisa se baseia numa postura metodológica a partir de alguns princípios, os quais foram norteadores na construção desse processo. Os dados empíricos foram coletados através de observações em quatro Centros de Saúde da rede básica do município de Florianópolis e entrevista com os trabalhadores de saúde e a população usuária desses centros. A análise se deu a partir da construção do banco de dados com os conteúdos das entrevistas e das observações, buscando-se identificar as semelhanças e diferenças nas categorias estudadas.

Uma boa comunicação, em geral, acontece tanto melhor quanto maior for o espectro comunicativo e quanto maior for a capacidade de equilíbrio entre os aspectos individuais (de liberdade) e os aspectos coletivos (de participação).

Os resultados apontam que a abordagem utilizada pelos profissionais de saúde, nas relações com os usuários, não leva em consideração os componentes da linguagem na comunicação. Está baseada, essencialmente, por uma comunicação verbal, sem considerar

os aspectos de relação. As subjetividades não são consideradas.

No processo “terapêutico”, a assimetria é denunciada pela hegemonia no saber e no poder que estão em jogo, no momento da ação clínica. As ações desenvolvidas são para tratar corpos enfermos. Não se consideram as emoções, crenças e valores e culturas dos indivíduos; enfim, o mundo cotidiano não conta na relação.

Os dados revelam que há uma cultura cotidiana no processo de trabalho nesses Centros de Saúde, respondendo, basicamente aos códigos simbólicos administrativos, fragmentando não só os corpos dos indivíduos, mas também as relações individuais, base para a negação das relações sociais.

A visão do processo saúde/doença é sistêmica, indicando que a doença é considerada como um desvio social. Isso tem fortalecido a forma organizacional dos serviços de saúde, centrados na consulta médica e na medicalização da existência.

Percebeu-se nesse estudo uma dupla assimetria, na forma, pelo distanciamento entre os atores sociais, e no conteúdo, pela sonegação e expropriação das subjetividades.

A comunicação entre esses atores sociais, na sua quase totalidade, é hermética (monológica). Sempre, o tom do encontro é determinado pelo técnico. O usuário, quase sempre se coloca calado, embora expressando tudo, pela postura emudecida que o sistema lhe impõe. O exercício do poder está claro, conferido ao técnico pelo saber, culminando na ineficácia do processo comunicacional estabelecido nesses Centros de Saúde. Os usuários não entendem as mensagens repassadas e os trabalhadores acreditam que o que fazem responde às necessidades emergenciais daqueles.

Percebeu-se, ainda, que há uma tentativa em melhorar as relações entre o profissional de saúde e o usuário. Entretanto, ainda permanece a relação onde o saber se sobrepõe aos espaços de intersubjetividade, com um componente forte de disciplinarização dos atos de saúde.

Os trabalhadores desses centros se comunicam entre si basicamente para referendar as normas e rotinas pré-estabelecidas. Os elementos constitutivos do processo de trabalho na saúde estão distantes e não se juntam. “Aqui [no Centro de Saúde], cada um faz o seu trabalho e vai embora”, é a fala majoritária entre os trabalhadores.

Abstract

The study has as a goal the “communication in health”, understood as a process which is essential to life. Human beings communicate through the verbal language (verbal symbols) and the analogic language (non-verbal) of which the contents are transmitted and the relation is expressed such as produced in an interactive process. This communication process is generally an extremely complex and, above all, a significant and symbolically deeper one. Human beings express their needs as an object of sense and meanings, externalized on each relational process. From this question, the study seeks to present the communication process between the workers, in the researched Health Centers, the communication established in individual relationships, between professional and user, and of these Centers with the population. The research process is based on a methodological posture starting from a few principles which served as beacons in constructing this process. Empirical data were collected by means of observation on four Health Centers in the basic network of the county of Florianópolis and with health workers and the user population in these centers. Analysis was performed based on the construction of the data bank using the contents of interviews and observations, in an effort to identify the similarities and the differences in the studied categories. Good communication occurs in general better when the communicative spectrum is greater and with the largest possible capacity for equilibrium between the individual aspects (of freedom) and the collective aspects (of participation). Results point to the approach utilized by health professionals, in their relationship with the users, not taking into consideration the components of language in communication. This is basically seated on a verbal communication where the aspects of the relationship are not considered. Subjectivities are not considered. In the “therapeutic” process, asymmetry is denounced by the hegemony in Knowledge and in power which played upon at the moment

of the clinical action. Actions developed are intended to treat diseased bodies. Emotions, beliefs. Values and cultures of individuals are not considered; in a word, the quotidian world does not enter the relationship. The data reveal the existence of a quotidian culture in the work process of these Health Centers, answering basically to the administrative symbolic codes, fragmenting not only the bodies of the individuals but also the individual relationships, the basis for the negation of social relations. The viewing of the health/disease process is a systemic one, indicating the disease is considered a social deviation. This has strengthened the organizational form of the Health Services centered on the medical consultation and in the medicalization of existence. In this study a double asymmetry was perceived, in the form, by the distancing between the social actors, and in the contents, by the withholding and expropriation of subjectivities. Communication among these social actors, in its almost entirety, is a hermetic one (monologic). Always, the tone of the meeting is determined by the technician. The user almost always keeps himself quiet, although he expresses all by the voiceless positioning the system imposes. The exercise of power is clear, conferred to the technician by the knowledge, culminating at the ineffectiveness of the communication process established in these Health Centers. The users do not understand the messages retransmitted, and the workers believe that what they do answers to the emergency needs of the users. Also, an effort was perceived to exist to improve the relations between the health professional and the user. Nevertheless, the relation still remains where knowledge overcomes the intersubjectivity spaces, with a strong component of disciplinarization of health acts. The workers in these Centers communicate between them basically to offer a reference of pre-established norms and routines. The constitutive elements of the work process in health are far apart, and do not come together. "Here [in the Health Center] everyone does his work and goes away", is the dominating speech among the workers.

Sumário

1 - INTRODUÇÃO.....	12
2 - REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1 - Os componentes da linguagem na comunicação.....	23
2.2 - Comunicação. os (des) caminhos de uma relação humanizada.....	42
2.3 - A unidade de assistência à saúde deve pensar saúde - o dever-ser para além da tarefa -.....	56
3 - METODOLOGIA	70
3.1 - O problema.....	70
3.2 - Objetivos.....	75
3.3 - Seleção da amostra.....	76
3.4 - Técnicas e procedimentos.....	76
3.4.1- Fontes de informações.....	77
4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	83
4.1 - Contextualização.....	83
4.2 - Os centros de saúde.....	85
4.3 - A paciência e a senha.....	98
4.4 - Os usuários dos Centros de Saúde.....	101
4.5 - Os trabalhadores dos Centros de Saúde: aqui, cada um faz o seu trabalho e vai embora	105
4.6 - Assimetria na comunicação	113
5 - A VOZ E GESTO COMO ALTERNATIVA AO SILÊNCIO E A IMOBILIDADE.....	146
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	158
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	162
ANEXOS	

1 - Introdução

Este trabalho configura minha tese de conclusão do curso de Doutorado em Filosofia da Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. O objetivo fundamental é caracterizar e analisar o processo de comunicação estabelecido nos serviços de saúde da rede básica, da esfera do município de Florianópolis, em nível de Centro de Saúde, compreendendo a significação, os valores e as possibilidades, hoje, no Sistema Único de Saúde, para intervir nos desvios que a prática de saúde tem demonstrado, resgatando o homem como ser social, concepção relevante para a humanização dessa prática.

Busco caracterizar o processo comunicacional entre os trabalhadores, nos Centros de Saúde pesquisados, a comunicação estabelecida nas relações individuais, entre profissional e usuário e desses centros (instituição) com a população.

Um dos problemas mais comuns entre os usuários dos serviços de saúde se refere às dificuldades que se encontram no campo da comunicação e da relação com os profissionais de saúde que os atendem.

Acredito que o processo de comunicação nos serviços de saúde deve levar em conta a objetividade do Sistema de Saúde que, se por um lado deve atender as exigências do processo de planejamento, de acordo com o perfil epidemiológico, cultural e social da população abrangida, de outro, deve deixar

fluir as informações assim concebidas, não como simples "repasso" de um dado saber, mas como processo que leve em conta as potencialidades dos sujeitos nele envolvidos - trabalhadores e população.

O propósito fundamental é o resgate da possibilidade da relação sujeito com sujeito, como marco filosófico-metodológico que permita, a nível das interrelações diretas com a população, a construção do sujeito cidadão.

Nas últimas décadas, muitos pesquisadores têm se dedicado ao estudo do processo e dos efeitos da comunicação (Festinger, 1975; Klapper, 1975; Bordenave, 1982; Guareschi, 1988; Piernes, 1990; Wolf, 1994), já que a comunicação é um processo social fundamental. Os estudos no campo do comportamento humano dificilmente escaparão de tecer algumas suposições acerca da comunicação humana. Por essa razão, o campo da comunicação tem atraído interesses por parte de muitas categorias profissionais, na área das ciências sociais e humanas. Na saúde, começa a tomar corpo o seu estudo, especialmente nessa última década (Piovesan, 1990; Stefanelli, 1993; Sozzi de Moraes, 1994; Silva, 1996).

Um dos aspectos mais importantes e considerado como nó crítico no âmbito do processo comunicacional na saúde se apresenta nos processos discursivos e operativos dos serviços de saúde, na pessoa do profissional de saúde, na do usuário e nos códigos simbólicos que regulam essas relações.

A impotência comunicativa nas relações entre profissional de saúde e usuário consiste na adoção de códigos simbólicos que fragmentam as relações individuais e minimizam as relações sociais mais gerais. De outro lado, essas relações estão sob os auspícios de profissionais especializados, cabendo-lhes a responsabilidade de recompô-las, fragmentadas e distorcidas que são, através

de códigos simbólicos puramente administrativos e de elevada autorreferenciabilidade, a partir do paradigma médico, especialmente.

A história das práticas de saúde vem mostrando que as relações estabelecidas entre os serviços de saúde e a população no processo comunicacional, além da via institucional, passa por ter referência também com aspectos próprios de cada profissão, sua história, sua organização, sua inserção social. Os profissionais e ocupacionais dos serviços de saúde, no exercício de suas funções, em sua maioria, não se dão conta do espaço de intersubjetividade no qual atuam e, por isso, muitas vezes, ignoram emoções, paixões, crenças, valores inerentes ao ser humano sob seus cuidados. Ao lado disso, as instituições de saúde, enquanto centros de oferta de serviços de saúde, geralmente se afastam das reais necessidades da população, além de não proporcionarem aos seus trabalhadores discussões que lhes permitam transcender a objetividade de suas ações e a objetivação dos indivíduos que os procuram.

Por seu caráter individualizante, pela sua característica biologicista e massificante, por sua condição de impessoalidade, os serviços de saúde não têm conseguido atender, nem quantitativamente, nem qualitativamente, a população. As demandas se alteram por inúmeros fatores e as respostas técnicas não correspondem às necessidades.

Nesse tipo de instituição, principalmente pela forma como se estabelecem as relações entre o profissional e o usuário e entre a instituição e a população, a comunicação é monológica (hermética) e, com isso, não promove o estabelecimento de vínculos. O problema parece ser a forma como se relacionam esses trabalhadores, geralmente absorvidos em tecnicismo, com uma linguagem incompreensível, com saberes não compartilhados, embebidos no poder que não reconhece o saber dos usuários, apoiados - os trabalhadores

da saúde - por normas e regras estabelecidas na instituição. De outro lado, o usuário quase sempre se submete a essas regras, não esboçando qualquer reação, o que impede, tanto para um (o trabalhador), quanto para o outro (o usuário do serviço de saúde), a oportunidade de serem os sujeitos de suas ações e de exercerem a sua vontade, na perspectiva de uma relação sem assimetrias. Evidentemente, há diferenças entre as pessoas, mas estas não podem se tornar motivo para a imposição de um saber sobre o outro.

Obviamente, a exteriorização dessa relação está intrinsecamente ligada às concepções de mundo, de sociedade, de serviços de saúde e de homem, que aparecem nas práticas minúsculas do cotidiano assistencial.

Partindo-se da realidade atual do setor saúde, das práticas cotidianas, traçando uma análise de sua trajetória histórica e buscando compreendê-las, será possível a identificação de ações sobre as quais se possa intervir, a partir de um processo de discussão, que indique novos caminhos, nas relações dos agentes dos serviços de saúde com a população usuária.

Compreender os fatos e buscar suas explicações permite que também se descubra as vinculações que os relacionam ao todo, onde se elaboram e se mantêm, como elementos da estrutura sócio-política-econômica e cultural de uma sociedade concreta. Nesse sentido, no sistema local de saúde as práticas se conjugam em nexos, necessariamente, com o sistema social como um todo.

São muitas as razões que me levaram a escolher como tema de tese de doutoramento o estudo da comunicação na saúde. Dentre elas, é por acreditar que a comunicação é essencial à vida. A história da humanidade e das sociedades, em seus diversos estágios de desenvolvimento, e do modelo político adotado, nos dão conta de que a comunicação, em todos os seus aspectos, sempre que compreendida como um espaço democrático e dialógico,

tem permitido um avanço para as populações, seja a nível individual seja a nível coletivo. Sempre, porém, que limita a sua expressão, tem significado e tem contribuído para a alienação dos indivíduos, em geral daqueles mais desfavorecidos.

À medida que o homem vai conhecendo melhor a natureza, vai aperfeiçoando mais suas habilidades e sua consciência. Ao mesmo tempo, amplia seu horizonte de expectativas a cada novo impulso e progresso. Aliás, ao homem é dada a possibilidade de criar tais expectativas. Em contato direto com os objetos, os quais transforma, o homem vai impondo sua subjetividade na objetivação de suas ações. Essa possibilidade de produzir novos objetos, por si só, não dá conta de passar, de geração em geração, cada nova descoberta. Para multiplicar esse criar há "... a ajuda mútua de ação em comum, criando, em cada um a consciência da utilidade dessa colaboração...", significando "... os homens atingiram um ponto tal em que tinham alguma coisa a dizer uns aos outros" (Engels, 1977:222). Assim, aparece a linguagem como elemento catalisador e expressivo do humano.

" A linguagem é tão antiga quanto a consciência, ela é consciência prática, pois existe para os outros homens, e por essa razão começa a existir para mim pessoalmente: pois a linguagem, como a consciência - percepção -, só brota da necessidade, da necessidade de intercâmbio com os outros homens. Onde há uma relação, ela existe para mim..." (Marx e Engels, 1979:30).

No momento em que o homem supera a natureza, transformando-a para o atendimento de suas necessidades, transforma a si mesmo. Esse transformar a si mesmo está materializado nos objetos transformados. Assim, sucessivamente, vai criando novas necessidades e, dentre elas, a necessidade de comunicar-se, criando símbolos e significados que representam o já passado, referenciam o presente e conduzem á interpretação futura. O homem,

ao produzir, elabora um pensamento, um saber, a partir da reflexão e da observação de sua existência.

Explicitando um pouco mais as razões que me levaram a escolher este assunto como tema de tese, embora no capítulo que segue fale um pouco mais a respeito do problema, para que o leitor, inicialmente, as conheça, lembrarei alguns fatos marcantes na minha vida como profissional e como paciente, em muitas experiências, as quais me fizeram conjecturar a respeito da importância da relação do profissional de saúde com o usuário e, ainda, do sistema de saúde e a população. Estas relações, se constituem em outra razão para a escolha do tema.

(...) houve uma paciente internada na ala C de um hospital. Era hipertensa e com várias internações e passagens pelos postos de saúde. Como norma daquele hospital, todos os dias, pela manhã e tarde, alguém da enfermagem verificava a pressão de todos os pacientes. A paciente ao meu lado, angustiada, ansiosa, sempre queria saber de sua pressão. A resposta sempre era a mesma: "está tudo bem". Ou, quando médico chegava e perguntava: "como está sua pressão"? "As moças disseram que está bem". As respostas escamoteavam a verdade. Pelas expressões, se podia sentir que tanto o médico quanto a paciente omitiam alguma coisa. Um porque conhecia e o outro por desconhecer. Entretanto, todo paciente, sabidamente hipertenso, por mais desinformado que esteja, sabe e sente pela sua própria experiência, que alguns sintomas estão relacionados com baixa ou alta pressão.

A pergunta que sempre me vinha à cabeça era: por que lhe negavam a informação e por que o paciente não exigia a informação verdadeira?

(...) Houve ainda uma mãe, junto ao leito de seu filho, ardendo em febre, quando alguém lhe diz: "não se preocupe,

a temperatura está um pouquinho alta, já vamos lhe dar um remedinho e logo vai melhorar, vai passar, fique tranqüila, não precisa chamar, já vamos trazer o remédio, é só um pouquinho de paciência..."

Lembro, ainda, outra situação do posto de saúde, quando uma pessoa da população, cansada de esperar, pergunta:

" a que horas chega fulano?" A resposta é quase sempre a mesma: "às oito". No entanto, já passava das dez horas da manhã e essa pessoa estava ali desde muito cedo, obedecendo a um aviso, num cartaz, que informava que o horário de atendimento era das 8:00 às 10:00 horas. Para marcar a consulta, somente no dia anterior, das 11:00 às 12:00 horas.

Quando eu mesma estive na enfermaria feminina de um hospital, ocupando um leito da especialidade do Dr. Fulano, (porque é assim o perfil organizacional desta instituição: leito para cada especialidade e para cada médico), chega perto de mim um jovem rapaz, com o meu prontuário na mão e começa a me questionar. Todas as perguntas, possivelmente pré-elaboradas, estavam de acordo com a especialidade do leito que eu ocupava, nada tinham a ver com a minha história. O sentimento que se passava naquele momento era como se o meu "eu" estivesse deslocado de mim, sem vontade, desejos e emoções. Meu corpo era algo posto em uma vitrine, com certos defeitos e quem os descobrisse, conquistaria um saber, uma nota ou coisa do gênero.

Pode-se evidenciar neste último episódio, uma outra faceta da realidade dos serviços de saúde, expresso pelo modelo assistencial que vê o homem de forma parcelar. O que importa, nesse tipo de modelo, é uma parte corporal doente. A pessoa, o humano do homem é excluído dessa relação. O poder institucional e profissional é palpável, as pessoas perdem sua identidade e passam a ser o

leito X, o quarto Y. O tratamento impessoal e o objetivismo dominante sobrepõem-se a qualquer expressão subjetiva.

Essas observações me impulsionaram a estudar o tema presente, sobretudo porque acredito que a falha comunicacional na saúde é fruto, entre outras coisas, desse modelo assistencial, no qual a assimetria nas relações é um fato inegável e bastante grave, que necessita urgentemente ser modificado, no intuito de traçar um novo perfil comunicacional na saúde, sob o risco de aprofundarmos ainda mais o vazio que se estabelece entre o setor saúde e a população usuária, especialmente aquela mais desprotegida, o que justifica a importância do tema.

O processo desencadeado nos últimos anos, no que diz respeito à organização dos serviços de saúde, mais efetivamente a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e ratificado pela IX Conferência, coloca que a descentralização dos Serviços de Saúde e a construção de um novo modelo assistencial passam necessariamente pela construção de uma política de comunicação social em saúde e a criação de um sistema de informação.

Assim, creio ser necessário levar em conta que, por detrás da aparência formal de determinadas características que o atual sistema de informação elabora, as informações dos trabalhadores que vivenciam o dia a dia dos serviços são expressas apenas como dados de morbidade, crescimento, invalidez, estrutura demográfica. Assim se expressa o estado de saúde da população em termos quantitativos que, embora mostre já um quadro assustador, não apresenta uma série de aspectos profundos, essenciais, de conteúdo, como por exemplo, a vitalidade dessa população (características físicas, espirituais, sua inserção no processo produtivo, condições de vida). Isso não se mostra num sistema de taxas, de valores numéricos que se colhem

num determinado momento, mas representam outras qualidades a serem consideradas no âmbito da vida e saúde (Faria e Pancera, 1988).

Entendo que o objeto de trabalho na saúde é o homem, diferente, portanto, do objeto de trabalho no processo de produção de bens materiais. Transformado em um objeto manipulável, fecha-se para ele a possibilidade de tomar decisões sobre seu corpo e seu espírito, expropriado que é de sua humanidade e de sua identidade. Cortam-se as vias da inter-compreensibilidade e inter-comunicabilidade, evidenciando-se como um monólogo poderoso que constrange o usuário, impondo-lhe uma prescrição para a vida como um todo: o que deve fazer, comer, como cuidar-se, como adoecer e, enfim, como morrer. Por esse prisma, a comunicação existente, embora dirigida finalisticamente a esse homem, não o considera como sujeito. A propaganda, fruto sutil nesse processo comunicacional fragmentário, oferece produtos e sugere comportamentos, nem sempre necessários e úteis ao homem particular. Ora, na saúde, a propaganda se torna algo precioso para a vida do homem e ela se expressa em cada ato individual ou coletivo, modificando hábitos, condutas e, principalmente, influenciando escolhas. Viabilizar a tomada de decisão é possibilitar o exercício da cidadania. Isso requer compromissos profissionais com base em uma consciência ético-político-ideológica, além de uma formação técnica de alto nível.

Meus Pressupostos

O acesso à informação, essencial a uma vida qualificada, é uma expressão elementar que traduz a estrutura de relações vivenciadas em uma sociedade concreta, em determinado momento histórico. “ É um direito humano e tem igual valor que a categoria do direito à vida” (Fischer, 1984:19).

A forma pela qual a informação é repassada à população se caracteriza pelo modo como o Estado, Serviços de Saúde e profissionais de saúde programam, propõem e se articulam com a mesma, para benefício da coletividade, ou para responder às finalidades do sistema e às suas regras.

O processo de comunicação, no sentido dialogizante, pode se tornar um instrumental fundamental na prática de saúde, possibilitando a expressão da cidadania aos sujeitos trabalhadores e usuários do sistema de saúde. A informação é poder e um sistema democratizante de saúde se aprimora, também através do aperfeiçoamento da unidade relacional profissional-usuário.

A análise da comunicação na saúde pressupõe, ainda, a identificação do marco filosófico metodológico do sistema local de saúde, sua relação estrutural e funcional com o sistema mais amplo de saúde, na perspectiva de que esse instrumento proporcione um diálogo com a população usuária, além de evidenciar uma postura ético-político-ideológica dos trabalhadores envolvidos na assistência.

O Caminho...

O trabalho de pesquisa foi desenvolvido em quatro Centros de Saúde da rede básica de saúde do município de Florianópolis, a partir de um processo de observação e de entrevistas dirigidas aos trabalhadores e à população usuária. Os Centros de Saúde foram escolhidos por região: norte, sul, centro e continente. Tanto as entrevistas quanto as observações foram previamente autorizadas pelos respectivos centros, trabalhadores e usuários. Para as entrevistas foi utilizado um questionário semi-estruturado e as observações ocorreram em todas as dependências dos Centros de Saúde onde acontecem as ações de saúde, quais sejam: consulta médica, odontológica, de enfermagem e outras atividades desenvolvidas pelos demais trabalhadores desses centros, tais

como curativo, vacina, injeção, atendimento em geral e orientações individuais e coletivas.

O trabalho está assim estruturado: consta de uma introdução e referencial teórico, onde são colocados os principais elementos acerca da comunicação, as categorias que se interrelacionam ao tema, as orientações filosófico-epistemológicas; metodologia, compreendendo a delimitação do problema, objetivos, técnicas e procedimentos da investigação; descrição dos dados permeados por análises correspondentes; discussão, a partir das reflexões e das abstrações advindas do processo investigativo; considerações finais; referencial bibliográfico e anexos.

2 - Referencial Teórico

2.1. Os componentes da linguagem na comunicação

O processo comunicacional, em geral, é um problema de extrema complexidade e, sobretudo, significante e simbolicamente mais profundo. As necessidades materializadas nas relações humanas são expressas como objeto de sentido, de significados e significantes¹, que se evidenciam em cada processo relacional.

O homem passa todo o seu tempo interagindo com os outros homens, a tal ponto que somente se pode entender a conduta social de um indivíduo no contexto de sua interação com os outros indivíduos. Assim, quando duas pessoas se comunicam, formam um contexto relacional, uma unidade distinguível.

Em sua forma mais simples, o processo de comunicação consiste em um transmissor, uma mensagem e um receptor. O transmissor pode, inclusive, ser o receptor, quando uma pessoa fala consigo mesma, por exemplo.

¹ "Significado ou conteúdo é a parte inteligível do signo. Significante ou expressão é a parte dizível ou sensível. O significado de uma árvore, por exemplo, vegetal que atinge grandes proporções e seu significante é a imagem dos sons verbais que serve para dizer, para veicular o conceito. Os significantes podem ser de diferentes espécies, verbais, pictóricos, gestuais. O signo é a união de um significante a um significado" (Fiorin, 1988:37).

A mensagem, porém, está em alguma etapa do processo, separada desses dois elementos do processo, emissor e receptor, de tal modo que, em determinado momento, comunicamos através de sinais que adquirem um significado para o transmissor e um outro para o receptor, a palavra falada, ondas de luz refletidas, por exemplo (Schramm, 1975).

Os símbolos só têm significados por compartilhamento ou experiências que damos a eles. A palavra impressa em um idioma que não conhecemos pode ter pouco ou nenhum significado para quem a lê. O olhar de um casal de namorados só tem significação para eles. Ao contrário, os sinais de trânsito, por exemplo, têm o mesmo significado para todos os motoristas de carro, ou um grito de terror poderá ter o mesmo significado em todas as partes do mundo.

Quer dizer, um dos princípios básicos da teoria geral da comunicação é que os símbolos podem ter somente o significado que a experiência humana - individual - permita ler neles. Em função disso, somente elaboramos as mensagens com os símbolos que conhecemos e damos o significado que aprendemos com eles (Schramm, 1975).

Da mesma forma, deciframos as mensagens a partir desses dois pontos: conhecimento e significado dos símbolos. É o que Schramm (1975) denomina marco de referência. As pessoas somente podem se comunicar em função do seu marco de referência.

Entretanto, a mensagem é considerada bastante complicada. Por quê? Os símbolos não só têm significados diferentes para pessoas diferentes, mas têm

duas classes diferentes de significados, isto é, o denotativo² e o conotativo³ (Schramm,1975).

Essa significação varia consideravelmente entre os indivíduos. A internação em um hospital tem uma conotação diferente para o médico (desvio biológico) e para o indivíduo que a vivenciou (afastamento da família), por exemplo, entretanto poderá ter a mesma denotação para todos que experimentaram uma internação hospitalar.

Schramm (1975) coloca que a mensagem ainda tem um significado superficial e um latente. Quando cumprimentamos alguém com um bom dia, geralmente nos referimos ao azul do céu mas, também, estamos querendo dizer algo acerca da nossa relação social com o receptor da mensagem.

Diante disso, as mensagens têm um significado importante no contexto da relação do transmissor e do receptor. Por essa razão, diz Schramm (1975), é perigoso interpretar o que se diz em função do que significam as palavras, sem considerar o significado latente.

Em uma mensagem também estão embutidas outras mensagens paralelas. Numa conversação, não só se ouve fragmentos da linguagem (a palavra) mas, também, a entonação da voz, dando mais ênfase a uma palavra que à outra e assim por diante.

Em outras palavras, em todo o processo de comunicação há aspectos de conteúdo e outro de relação. O conteúdo é a linguagem verbal ou digital e o aspecto de relação é a linguagem não verbal ou analógica (Latorre Portigo e Beneit Medine, 1994).

²SIGNIFICADO DENOTATIVO - o significado comum que será mais ou menos igual para todos que vivem a mesma experiência

³SIGNIFICADO CONOTATIVO - o significado avaliativo - Que bom! Que perigoso! (Schramm, 1975:18).

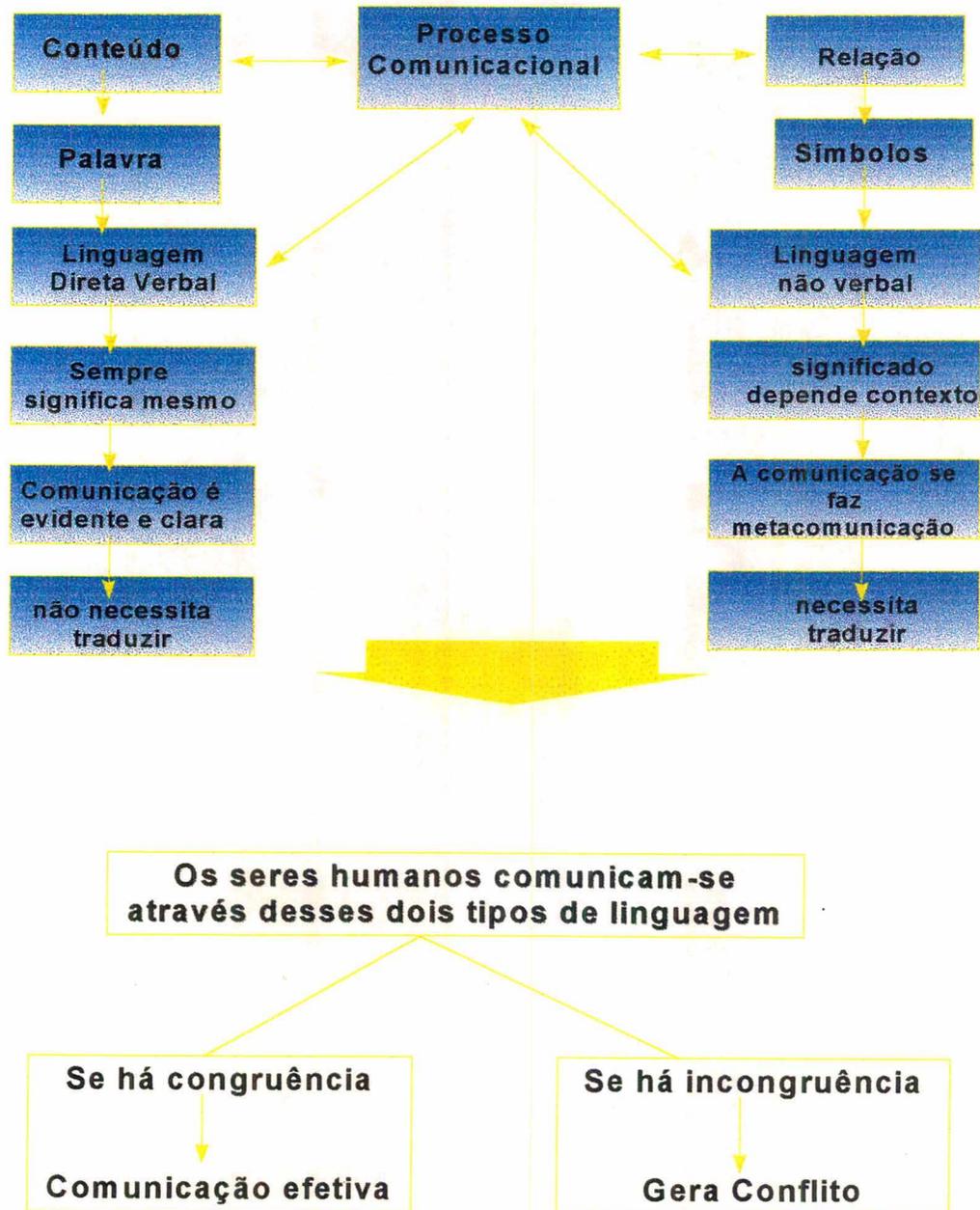
Os seres humanos se comunicam através desses dois tipos de linguagem que têm funções diferentes: a linguagem verbal, formada por símbolos verbais, através dos quais se transmite o conteúdo; a linguagem analógica se expressa nos gestos, no tom de voz, no olhar ou em qualquer manifestação de conduta não verbal, que se produza num processo de interação. É nesse espaço que se expressam os conteúdos de relação. Nesse sentido, no processo de comunicação sempre vamos encontrar esses dois tipos de linguagem, que têm duas classes de funções: transmitir a mensagem e definir a relação que se pretende estabelecer (Latorre Portigo e Beneit Medine, 1994).

Conforme se observa no diagrama 1, a natureza da relação vai depender de como se estabelece essa seqüência na comunicação. Numa relação interpessoal, os dois níveis de comunicação (verbal e não verbal) guardam uma relação entre si. Havendo acordo entre os dois níveis, a relação é congruente e não há conflitos; do contrário, há incongruência e aparecem os conflitos.

Ao adotarmos esse modelo comunicacional como referência para análise do processo de trabalho na saúde, vamos verificar que as relações são incongruentes ou, muitas vezes, congruentes dentro da própria incomunicabilidade, o que é pior ainda. Quer dizer, a comunicação é geralmente assimétrica nas relações entre profissional de saúde e usuários dos serviços de saúde.

Isso significa que uma mensagem e seus efeitos, portanto, dependem de muitas variáveis ou canais que se apresentam simultaneamente. Como importante, salienta-se o conhecimento da mensagem por parte de quem a enviou, porque isso ajuda a determinar se a aceitamos e se vamos atuar em função dela.

DIAGRAMA 1 - ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO PROCESSO COMUNICACIONAL



As mensagens, portanto, são selecionadas, e a seleção vai depender do como é repassada e do marco de referência do receptor, quer dizer, o processo comunicacional deve levar em conta o contexto socio-cultural dos envolvidos.

Cabe aqui um esclarecimento acerca do modo como o indivíduo armazena suas experiências. Os indivíduos, desde que adquirem consciência de sua própria individualidade, guardam as coisas que crêm e as que designam como valor para si. Além disso, tornam-se importantes, na transmissão de mensagens, as normas, crenças e valores do grupo a que pertence o receptor.

Para o alcance dos objetivos da comunicação na saúde, por exemplo, supõe-se que os elementos até aqui explicitados são necessários, para que o receptor eleja as condições importantes para a sua vida cotidiana. Além disso, se agrega um outro, conhecido como “feedback” (retro-alimentação), isto é, a informação advinda, em resposta, do receptor ao transmissor, indicando como a mensagem se desenvolveu, o que deve ocorrer durante o processo de comunicação.

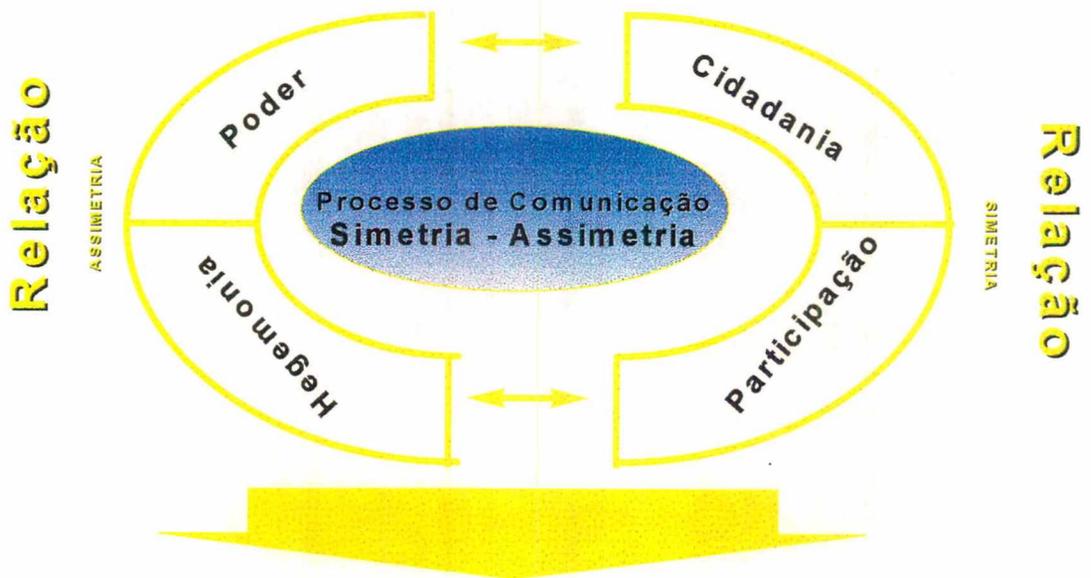
Estou entendendo que o processo de comunicação não pode ser concebido como um sistema fechado mas, transdimensional, ou bidirecional, como aponta Latorre Portigo e Beneit Medine (1994), pois, nesse processo estão envolvidos os aspectos do emissor, do receptor e do contexto onde se desenvolve a comunicação.

O modelo da prática comunicativa dos serviços de saúde tem como base o modelo tradicional da comunicação, isto é, entende a relação como linear e o processo comunicacional tendo apenas o emissor, o profissional de saúde, que transmite a mensagem, e o receptor, o usuário dos serviços de saúde, que processa e decodifica a informação transmitida.

Pensar assim significa desqualificar as potencialidades dos indivíduos e, além disso, desconsiderar as importantes mensagens que eles têm para trocar com o agente de saúde, sobre a sua experiência concreta, suas necessidades e expectativas.

De acordo como se comporta o processo de comunicação na realidade cotidiana dos serviços de saúde, esse processo pode estar mais dirigido à assimetria ou, do contrário, à simetria, conforme se observa no diagrama 2.

DIAGRAMA 2 - ELEMENTOS INTERVENIENTES NO PROCESSO COMUNICACIONAL



As informações advindas do processo de comunicação provocam reações, efeitos no receptor, e devem merecer especial atenção. Segundo Beltrão (1982), são dois os aspectos a considerar: (1) as intenções do comunicador que se revelam na forma (linguagem analógica) e no conteúdo (linguagem digital) da mensagem; (2) as disposições do receptor em consumi-la, utilizá-la ou para “uma ação-reação externa (instrumental)”.

Há uma tendência desde os gregos, concepção adotada por americanos, de pensar que a meta principal da comunicação é a tentativa de levar outras

peças a adotarem o ponto de vista do comunicador (Piovesan, 1990). Assim considerado, o receptor não é considerado como um ente que tem emoções, crenças, valores, saberes. Sua subjetividade está descartada. Em contrapartida, quando se olha o processo de comunicação sob a ótica bidirecional, esse processo é uma realização para ambos (comunicador e receptor).

Para Beltrão (1982:161), no processo de comunicação há uma realização parcial (atendimento das necessidades do momento) e uma realização integral, mesmo remota e inconsciente para o alcance do objetivo básico. “O processo de comunicação tem por finalidade obter a interação, isto é, provocar ações e reações entre os indivíduos e grupos para o estabelecimento de uma cadeia recíproca de opiniões e comportamentos.”

Quando se deseja a eficácia dos cuidados de saúde, deve-se considerar como importante o estabelecimento de uma relação interpessoal adequada entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde. Observamos, então, que na relação interpessoal se estabelece uma unidade relacional, em que ambos estão se influenciando mutuamente. Por isso, o profissional de saúde deve estar atento não só em relação à comunicação verbal e não verbal mas, sobretudo, com o que está transmitindo.

O processo terapêutico será educativo e cumpre sua finalidade, quando o profissional e o usuário chegam a se conhecer e a se respeitar, como pessoas que participam na solução dos problemas identificados mutuamente. Além disso, deve permitir que cada qual se manifeste, sendo livre para verbalizar suas dúvidas. Deve permitir que cada qual exerça sua cidadania.

Ao contrário, quando a comunicação apresenta algum defeito, encontramos, na prática dos serviços de saúde, algumas características, dentre elas:

- os usuários geralmente se fecham, são passivos e menos comunicativos;
- colaboram menos com o processo terapêutico ;
- os profissionais desconhecem o que está se passando com o usuário;
- há aumento do temor, ansiedade frente à doença, o que repercute negativamente no restabelecimento do indivíduo que busca socorro; os profissionais se movimentam mais pela intuição do que através do conhecimento e, na maioria das vezes, estão inseguros;
- os usuários não seguem parcial ou totalmente as recomendações que os profissionais lhes deram (Latorre Portigo e Beneit Medine,1994).

Por isso, é importante verificar que fatores intervêm em uma comunicação com êxito. Alguns elementos podem ser considerados. Segundo Latorre Portigo e Beneit Medine (1994), devem ser lembrados, por exemplo, a auto-percepção e a percepção dos demais e as variáveis da situação em que se desenvolve a comunicação.

A percepção de si mesmo sempre é um entrave, um risco que se estabelece em uma relação interpessoal. No processo de trabalho na saúde, lidamos com pessoas; portanto, é necessário que desenvolvamos habilidades no sentido de compreender como os usuários percebem a si mesmos e a situação na qual se encontram. A eficácia do trabalho na saúde deve passar por este prisma, mas isso deve permitir aos envolvidos, nesse processo, todas as possibilidades de exteriorizarem suas crenças e valores.

A história das relações no processo de comunicação na saúde tem indicado que há temor para uma expressão de si mesmo. O usuário, geralmente, considera-se portador de ignorância e de incompetência, reforçado pelo modelo racional científico adotado pelos profissionais de saúde. Isso tem interferência direta nas interrelações pessoais.

Um outro aspecto da relação, no caso da saúde, é que as pessoas geralmente se encontram motivadas para dar uma boa impressão e, normalmente, tratam de que os demais as considerem como pessoas competentes. Esse, talvez, seja o aspecto chave para uma relação mais simétrica e eficaz, considerando que os usuários sejam capazes de entender e responder.

As pessoas respondem ao fracasso da comunicação tratando de que os demais cheguem à conclusão de que esse fracasso se deve à sua falta de compreensão (Strong e Claiborn, 1985). Por isso, muitos usuários dos serviços de saúde nada perguntam, mesmo quando não entendem qualquer explicação, e temem expressar suas idéias e temores.

Um outro aspecto importante nas relações que se estabelecem nos serviços de saúde diz respeito à percepção dos demais nessa relação. Os usuários geralmente se queixam a amigos e familiares sobre os profissionais de saúde, entretanto, não comunicam a estes suas dúvidas e temores a respeito dos cuidados que acreditam necessários.

As razões dessa relação pobre, segundo Latorre Portigo e Beneit Medine (1994), estão baseadas na imagem negativa que os usuários têm dos trabalhadores da saúde. Geralmente atribuem isso ao fato de que há escassez de pessoal e muitos estão sobrecarregados de trabalho. Além disso, os trabalhadores dos serviços de saúde esperam que os usuários sejam pacientes, dispostos a colaborar e que sejam pouco exigentes ou independentes.

Para tais trabalhadores, pois, ser bom paciente é não reivindicar informação. A mensagem fica por conta do profissional e o usuário tem muito pouco a dizer ou, quando se expressa, é para responder a perguntas dirigidas, fechadas, sem possibilidade de expressão subjetiva.

O lugar, o espaço físico onde ocorrem as relações nos serviços de saúde é um outro elemento a considerar, quer dizer, o contexto da relação tem influência direta no processo comunicacional. O Centro de Saúde, o consultório, os espaços para as ações de saúde intervêm no êxito ou fracasso de uma boa comunicação. Quando não é adequada, a relação pode se apresentar ineficaz. Isso pode ser melhor evidenciado se olharmos como estão organizadas as instituições de saúde, as características físicas e organizativas desses centros de oferta de serviços de saúde. Há muitos usuários em um mesmo lugar do centro assistencial, por exemplo, e a organização do trabalho da equipe de saúde sugere inflexibilidade e rotinização, atributos que impedem movimentos de reciprocidade comunicacional.

Entretanto, não é possível não se comunicar. A comunicação é inevitável. Silenciar ou ignorar o outro são condutas que transmitem uma informação, representam uma comunicação.

Para uma planta, a informação é necessária - e ela vence barreiras em busca do sol que lhe proporciona a vida. O homem também, desde que nasce, se nutre, se desenvolve, evolui com informações.

A forma pela qual se sabe que os seres vivos estão informados, segundo as exigências de cada espécie, é a maneira como estes se expressam, ou seja, a exteriorização do seu estado interno. “Esta é uma função biológica básica” (Beltrão, 1982:22). A violeta que não floresce, o pássaro que não canta, o gato que não mia, o homem em silêncio, são estados que, no entanto, não significam ausência de comunicação, ao contrário, cada qual expressa seu interior, pois que o silêncio é ainda um processo de comunicação.

O paciente da UTI, por exemplo, no estado em que se apresenta, não pode se comunicar verbalmente; no entanto, seu corpo materializa seu estado

interior através das lágrimas, do olhar pedindo socorro, da expressão fisionômica e postural. Esse tipo de comunicação, na maioria das vezes, é ignorado pelos profissionais de saúde. Como também no caso de alguém que procura o posto de saúde para um exame ginecológico e se coloca calada, quase nada dizendo. Seu silêncio exprime seu interior. Em cada gesto, em cada expressão, há fatos que precisam ser interpretados. Aliás, os fatos já são uma mensagem e contêm interpretações.

À planta se dá a água, é colocada num lugar ao sol e protegida do vento. Ao homem se proporciona o diálogo. O homem aquieta seu coração, acalenta sua ansiedade - ouvindo e falando, num só e único momento - nas relações com os outros homens e em determinadas condições, para o atendimento de suas finalidades.

A comunicação sempre tem um aspecto de conteúdo (comunicação verbal) e um aspecto de relação (comunicação não verbal). A mensagem se expressa de forma significativa e simbólica e nela se define a relação, como já foi explicitado anteriormente.

A expressão é um fenômeno natural em harmonia com os estados interiores: se há vida, isso transparece. No entanto, não basta ao homem saber falar e tampouco a informação biológica natural e a expressão são elementos suficientes para poder sobreviver. Como ser social-histórico, foi e segue sendo fundamental a comunicação. A fala nasce da necessidade, da necessidade de comunicar-se. Nesse processo histórico, o homem evolui, cria, porém não se contenta em realizar tarefas repetidas e imutáveis. Para tal, o processo comunicacional estabelecido torna-se o elo mais importante na vida dos homens. O diálogo é a saída para objetivação do homem. Sua subjetividade

torna-se objetivada com o diálogo; quer dizer: a ação do homem torna-se uma ação reflexiva e objetiva (Beltrão, 1982).

Por esta razão, a língua é considerada um fato social, "cuja existência se funda nas necessidades de comunicação. No entanto, a língua não pode ser considerada como objeto abstrato ideal que se consagra como sistema sincrônico, homogêneo e rejeita suas manifestações (a fala) individuais, ao contrário, a fala deve ser valorizada - a enunciação - quer dizer, sua natureza social - não individual. A fala está indissolúvelmente ligada às condições de comunicação que, por sua vez, estão sempre ligadas às estruturas sociais" (Bakhtin, 1986:52).

Por outro lado, essa relação não pode ser entendida de forma linear e temporal. Pode ser entendida dentro de um marco definido, estabelecido, porém não limitado, ou seja, não podemos imaginar que o espaço comunicacional da rede básica de saúde se dê apenas no espaço restrito do consultório, de uma sala qualquer. O processo comunicacional vai além dos espaços pré-estabelecidos, é atemporal, além, é claro, de ter uma característica eminentemente política e ideológica.

O que se quer dizer, porém, precisa ser compreendido e a única possibilidade de entendimento é através do diálogo (conhecimento a dois), que deve ter a característica de continuidade, de ir e vir, sempre. O diálogo, do ponto de vista da filosofia, toma importância fundamental, segundo Marcondes (1984:90), por dois aspectos: primeiro, "a reflexão, a análise filosófica tem como pressuposto o diálogo. O que se discute, que se justifica, se questiona, está em um campo aberto levando à compreensão de nós mesmos, de nossa existência, em uma dimensão social e da realidade em que nos encontramos; segundo, por ser o uso da linguagem na comunicação - **como prática social**

concreta - a análise filosófica se caracteriza por uma discussão e interpretação das condições de possibilidades deste uso, de suas implicações e de seu uso mais profundo".

Temos que prestar atenção, quando queremos comunicar alguma coisa - **de quem - para quem - e -o quê** - pois numa mensagem há elementos subjetivos de quem emite e de quem recebe (sinais), que podem não corresponder ao momento da ação. "A esses sinais, que representam coisas e objetos, relato de fatos, exposição de idéias, mesmo as mais ontológicas e metafísicas é o que Beltrão (1982:27), denomina - **símbolos**".

Acrescenta o mesmo autor: "o homem é o único ser que junta funções criadoras básicas (como sobreviver e multiplicar-se) e a de forjar símbolos e é o único também a lutar até morrer pelos signos que cria, ou seja, por coisas que representam sua honra (nome, bandeira), a riqueza (dinheiro, bens materiais, fortuna) etc." (Beltrão,1982:27).

Para explicitar um pouco mais a importância da comunicação humana, a comunicação que os homens estabelecem ao longo de sua história, sua existência, me permito estabelecer um paralelo com a comunicação que os outros seres vivos estabelecem. Nesse sentido, recorro às argumentações de Rodrigues, quando este designa a diferença e a proximidade entre o homem e os animais, no campo da comunicação, através de sinais e símbolos.

Dentre as observações que faz, referente ao tema, coloca que "os animais e plantas se comunicam por sinais **organicamente programados**", quer dizer, é característico, "faz parte da construção biológica de determinados organismos que se comuniquem da mesma maneira como o fazem, sendo a atividade comunicacional, mera manifestação ou atualização do funcionamento fisiológico de um organismo particular" (Rodrigues, 1989:30).

A esse mecanismo, o citado autor denomina de **impregnação**, o que quer dizer, tais animais já nascem **programados**. Inclusive, em experiências de laboratório, os animais reproduzem os mesmos comportamentos os de sua espécie que estejam em liberdade.

Ao contrário, nenhum homem está assim programado para a comunicação. Não é algo dado, posto, absolutamente, pela estrutura orgânica humana. Nossa estrutura biológica não está organizada a ponto de ouvir ordem como "não vai doer", a dor não deixa de ser sentida, ao fincar-se uma agulha no corpo.

O homem, desde que nasce, já está criando símbolos. Como ser social que é, os símbolos da espécie humana são socialmente programados, isto é, estão ligados a convenções estabelecidas entre os homens, de determinada sociedade e tempo histórico concreto. "Ser humano algum está apto a participar da rede de comunicação formada por seus semelhantes, pelo simples fato de ter nascido, ser-lhe-á necessário conviver em grupo, introduzindo-se nele, embebendo-se dele" (Rodrigues, 1989:31).

Por outro lado, os signos e símbolos criados pelos homens representam as relações dominantes e têm a característica de ser algo ideológico. Por exemplo, os significados passados pelos meios de comunicação de massa têm a intenção de criar certas convenções, que atendam às necessidades de certos grupos, grupos esses dominantes na sociedade.

Nesse sentido, os atos, muito mais que as falas, exprimem essa intenção. As interpretações de fatos, os casos criados, as notícias veiculadas, as imagens selecionadas são elementos desses grupos, transparecendo como sendo de todos, com significado social. Como vemos, os símbolos e signos criados pelos homens também têm um significado ideológico.

"Um produto ideológico faz parte de uma realidade (natural ou social) como todo corpo físico, instrumento de produção ou produto de consumo mas, ao contrário destes, ele também reflete e retrata uma outra realidade, que lhe é exterior. Tudo que é ideológico possui um significado e remete a algo situado fora de si mesmo - tudo que é ideológico é um signo. Sem signos não existe ideologia" (Bakhtin, 1986:31).

Assim, na vida humana, a comunicação independe de programação orgânica, "devendo-se à estrutura social mais que à constituição físico-química dos indivíduos, a símbolos convencionais mais que a sinais organicamente programados" (Rodrigues, 1989:31).

Tecendo ainda um pouco mais a diferença no que diz respeito à comunicação, Rodrigues (1989:32) coloca que o "comportamento baseado em sinais é **geneticamente programado**, ou seja, depende de uma espécie de programa genético, cuja execução deverá se desdobrar durante a vida do organismo, estabelecendo-se completamente quando o organismo estiver maduro e esgotando-se paulatinamente, à medida que o organismo vai vivendo - morrendo" .

O exposto acima não é o que define a comunicação humana. O homem - **ser humano- histórico-social** - e suas representações dependem da sociedade e do tempo em que vive; os símbolos, em primeiro lugar, não obedecem a padrões universais, estão relacionados a grupos, onde se elaboram e se desenvolvem de acordo com a estrutura social. Como diz Bakhtin, (1986:15) "o *signo* dialético, dinâmico, vivo, opõe-se ao *sinal* inerte que advém da análise da língua como sistema sincrônico abstrato" Continua o mesmo autor, "só a dialética pode resolver a contradição aparente entre a unicidade e pluralidade da significação". A unicidade favorece a arbitrariedade, o

objetivismo abstrato, o sinal, enquanto o signo é, por natureza, vivo, móvel e plurivalente (Bakhtin, 1986). A cruz vermelha indicando serviço de saúde; o semáforo vermelho para indicar parada obrigatória, são símbolos forjados ao longo da trajetória histórica da humanidade.

Uma terceira observação que Rodrigues (1989:33) propõe é que "cada organismo está isoladamente apto a emitir ou receber os sinais peculiares de sua espécie, por esta razão, ao grupo correspondente, os sinais se repetem". Com os homens, esta situação é diametralmente oposta. O acenar das mãos indicando despedida, o pisca-pisca de um carro, indicando a possibilidade de ultrapassagem ou indicando perigo, o abraço forte de um amigo para indicar seu carinho, o olhar, o aperto de mão, o convite para sentar, dirigido ao usuário dos serviços de saúde, pelo profissional de saúde, indica quão atenciosos são esses profissionais.

Portanto, o homem não é uma abstração. Ele se constitui como sujeito concreto, em referência às coisas materiais e simbólicas que o rodeiam. Através de seu corpo materializa sua existência e adquire significado através de sua consciência. Sua particularidade se afirma e se exprime na sua individualidade - em cada uma de suas relações com o mundo. É genérico, pois expressa suas relações sociais impregnadas de símbolos.

Os animais, por exemplo, a sociedade das abelhas, estão determinados a viver em certo tempo e lugar e não têm diversidade cultural (Rodrigues, 1989). Já nas sociedades humanas, em cada tempo e lugar, a comunicação estabelecida em símbolos é inteiramente distinta. Assim, os símbolos podem indicar categorias conceituais, inclusive, hierarquizando-se.

Os seres humanos, através dos significados assumidos, materializam sua realidade subjetiva concreta. Não sentar na cama do paciente por uma série de

justificativas, desde orgânicas e sociais; evitar um ato que demonstre envolvimento com o doente, pois isso pode indicar comprometimento emotivo; não discutir toda a verdade com paciente que sabe, que sente, que percebe que vai morrer; omitir toda, ou parcialmente, informação ao cliente para que ele retorne mais vezes e assim poder cobrar-lhe um pouco mais ou desista e não incomode mais; passar uma lista de medicamentos (prescrição) que cerquem o problema patológico sob vários diagnósticos e assim poder passar como melhor profissional. Ou, como o que é dito, pensar, por exemplo, que as mulheres têm dificuldades ou não têm competência para exercer determinadas atividades. São convenções que se apresentam em uma dada sociedade e não em outra. São representações culturais que revelam cada grupo social.

Por que é assim? Exatamente pelo que foi dito anteriormente. O signo é mutável, quer dizer, "não depende da natureza orgânica, pois é feito de outra matéria" (Rodrigues, 1989:34). O homem é um ser que cria, que inventa suas próprias convenções e, dessa forma, pode modificá-las, diferindo, divergindo das outras convenções, oportunizando a expressão de culturas diversificadas.

O trabalho realizado por Frisch, apud Rodrigues (1989:41), demonstra quão harmoniosa é a sociedade das abelhas. Para citar um trecho de seu trabalho, quando fala da dança das abelhas- "... se uma dançarina orienta para o alto o trajeto linear de sua dança, isto significa que a fonte de alimento está na mesma direção do sol. Se o trajeto linear se orienta para baixo, quer dizer que as outras devem voar em direção oposta à do sol. Se, durante a fase linear da dança, a abelha se desloca 60°. à esquerda em relação à vertical, então o lugar do alimento está 60°. à esquerda do sol...".

Por mais fascinante que seja o sistema de comunicação das abelhas, a comunicação humana é afortunadamente diferente. Podemos dizer que o

homem é um ser dialogizante, ser simbólico, no sentido de que o homem é um ser social. O social, na acepção específica e essencial da palavra, não é uma propriedade natural. O social não é inato ao homem, mas se forma, mediante o trabalho e a comunicação entre os indivíduos humanos, graças ao qual o ser humano, no curso de seu desenvolvimento individual, inclusive o biológico, é parte de uma sociedade. Por essa razão, pode-se dizer que a comunicação é eminentemente social, sendo influenciada pelos homens nas suas relações sociais e pela sociedade, em determinado momento histórico.

O homem realiza todo um trabalho para informar. Utiliza-se da palavra para declarar seu estado de espírito. Em outras palavras, através da palavra ele exprime suas idéias. É verdade que, muitas vezes, o homem, por circunstâncias individuais e conseqüências sociais, não consegue verbalizar suas idéias, suas emoções, seu estado individual, através da palavra. Recorre então a gestos, movimentos que estabelecem uma cadeia de compreensão.

Há uma conversa que é um monólogo. Os profissionais de saúde, de uma maneira geral, estão preocupados com os dados objetivamente colhidos, utilizando-se de instrumentos fechados como anamnese e histórico de enfermagem, para citar algumas denominações utilizadas. Esses instrumentos já não funcionam como guias ou lembretes mas, sobretudo, como direção normatizada e são esses apontamentos que vão fazer parte do diagnóstico de saúde. A palavra diagnóstico por si só denota uma visão de um sobre o outro, não remete a um diálogo, embora para chegar a ele, haja necessidade de um processo verbal

Se examinarmos com profundidade a questão da comunicação nos serviços de saúde, vamos observar, como principal característica, que a rede de comunicações praticamente inexistente. Na verdade, o fluxo de informações da

direção central ao agente executor (profissional de ponta que executa a ação de saúde propriamente dita) e desses profissionais com a população, se reduz a pequenas mensagens parciais, sob forma de pergunta-resposta. Nas situações do processo diagnóstico, por exemplo, são perguntas curtas, dirigidas pelo profissional ao usuário, subsídios para um diagnóstico (de caráter técnico-científico) e as respostas nesse tipo de relação, na maioria das vezes mecanizadas, levam o indagado a não dizer totalmente o que pensa e sente, possibilitando, dessa maneira, escamotear a realidade que se quer evidenciar.

Além da fala, há também a linguagem muda, a do gesto corporal, do gesto facial, do lugar, da disposição dos objetos, onde um e outro senta. Quer dizer, na saúde há uma rede de signos, cujo significado implica maior ou menor valor da própria saúde, dos serviços ofertados para quem deles necessita e quem os executa.

Para Beltrão (1982:58), o “processo da comunicação só estará completo quando ambas as partes estão informadas, prontos para adotar uma atitude com pleno conhecimento das idéias e sentimentos comuns”. Isso não significa que vai haver sempre o consenso das idéias e atitudes, mas a troca, o que pressupõe o diálogo.

2.2. Comunicação: os (des) caminhos de uma relação humanizada

Uma das dificuldades mais comuns que percebemos nos serviços de saúde se refere, precisamente, ao campo da comunicação nas relações entre os usuários e os profissionais de saúde. De maneira geral, em todos os serviços de saúde, aproximadamente 60% dos pacientes estão insatisfeitos com a comunicação ocorrida com o pessoal de saúde (Skipper e Leonard, apud Latorre Portigo e Beneit Medine, 1994). A falta de uma comunicação positiva

tem repercutido negativamente, no processo de apreensão dos cuidados que o usuário deve realizar. A média de permanência nas internações hospitalares aumenta significativamente e, a nível extra-hospitalar, os usuários não cumprem as prescrições médicas (Skipper e Leonard, apud Latorre Portigo e Beneit Medine, 1994). /

A explicação para as relações que ocorrem entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde tem sido uma preocupação bastante importante, com diferentes enfoques interpretativos, ligados ao momento histórico e ao contexto sócio-cultural que, em última análise, têm sustentado os paradigmas normativos e às vezes pragmáticos dessa relação. A análise tem se voltado, especialmente, para a relação médico/paciente, uma vez que ela constitui o fato central do processo assistencial da saúde.

A importância que se dá ao tema está baseada numa premissa: a relação médico/paciente influencia na melhoria do estado de saúde dos usuários do sistema de saúde. No entanto, são muitos os autores que, ao contrário, percebem uma distância significativa entre atenção médica e saúde da população. Segundo estes, a relação médico/usuário não interfere diretamente nos indicadores mais conhecidos no setor, como mortalidade, morbidade e outros (Illici, 1975; Carlson, 1975; Garrafa, 1983; Teixeira, 1989; Cohn et al, 1991; Souza Campos, 1994). Entretanto, não podemos ignorar a importância e o significado da relação inter-pessoal no campo da saúde, especialmente no que diz respeito às questões subjetivas dos atores envolvidos nessa relação, desde que, compreender e buscar resolutividade para os problemas apresentados sejam os objetivos necessariamente buscados.

Os modelos de relação que se apresentam ao longo dessas últimas décadas têm sido muito variados. Um deles é o modelo organicista sistêmico de

Lawence J. Henderson (1909) que introduziu o conceito de sistema social (do ponto de vista biológico) para definir a relação médico/paciente. Desse modo, trata-se de uma visão sistêmica que tenta explicar essa relação, apenas no âmbito do desvio orgânico (Donati, 1994).

Um segundo, sobre a base do modelo biológico de Henderson, considerando as premissas da sociologia de E. Durkheim, é o modelo de T. Parsons que elaborou, em 1951, o modelo orgânico funcionalista para avaliar os papéis profissionais. Esse modelo tem sido bastante criticado e, ao mesmo tempo, bastante citado, se constituindo num referencial para a análise das organizações sociais (Donati, 1994).

Trata a relação médico/paciente como uma relação assimétrica, quer dizer, de um lado está o paciente, que deve ser motivado a sair do seu estado desviado, mediante o auxílio de profissionais tecnicamente preparados e detentores de plena confiança, significando, até certo ponto, a total aceitação da competência profissional, esperando uma certa passividade por parte do paciente (uma certa condescendência). Por outro lado, o médico deve buscar o bem-estar do paciente (com orientação, coletiva mais que individual); deve guiar-se por regras de comportamento profissional (orientação universal, mas particularista); deve ser objetivo e emocionalmente distanciado (neutralidade afetiva) e deve aplicar padrões técnicos (orientação funcional).

Dentro desse modelo, alguns privilégios são apontados, tanto referentes ao usuário quanto ao profissional que atende. Em relação ao usuário, ele deve estar isento, tanto no que diz respeito às obrigações normais frente aos papéis sociais, quanto ao de ser responsável pela sua condição de enfermo. Quanto ao médico, este tem o privilégio de acessibilidade à intimidade física e pessoal do

usuário, tem autonomia para tecer juízos de valores e de comportamento; em suma, de legitimar sua dominação.

Este modelo está calcado fortemente em uma relação reciprocamente desequilibrada e, sobretudo, completamente canalizada às estruturas normativas que respondem, antes de tudo, aos requisitos funcionais da instituição de saúde. Não se consideram as questões subjetivas e as experiências do mundo vivido pelos sujeitos envolvidos (Donati, 1994).

Outros modelos explicativos e próximos aos anteriores aparecem posteriormente. É o caso do modelo elaborado por Szasz e Hollender (1956), apud Donati (1994), que, igual aos precedentes, também é normativo. Segundo este modelo, a relação médico/paciente está classificada em três tipos, quais sejam: (1) a relação de atividade/passividade, na qual o profissional médico faz algo pelo usuário e este é mero receptor e incapaz de responder (por exemplo, nos casos de anestesia do cliente); (2) a relação guia-cooperação, na qual o profissional diz ao usuário o que deve fazer e este coopera obedecendo e (3) a relação de mútua participação, isto é, quando o médico auxilia o paciente a ajudar-se (não dá mais o peixe, mas ensina a pescar). O papel proposto para o paciente é de tornar-se sócio, frente à ajuda de um experto. É o caso de pacientes com doenças crônicas, por exemplo, que aprendem a lidar com seus sintomas e limitações (Donati, 1994).

Neste último modelo, são duas subjetividades que devem se encontrar com plena colaboração, acordo e compreensão mútua. O modelo parece apontar certa articulação no campo simbólico e diminuir a assimetria na relação, tentando passar de um campo comunicacional monológico para um modelo de relação dialogizante, fortemente percebida no primeiro modelo aqui

explicitado. Entretanto, persiste a visão funcionalista, pela concepção do papel relativo aos sujeitos na relação.

Uma outra análise crítica se apresenta para se contrapor ao modelo de dominação profissional, conhecido como modelo de confrontação. Sua fundamentação se dá a partir das investigações de Freidson (1970). A relação médico/usuário deve ser analisada segundo dois sistemas sociais que se manifestam como um conflito de perspectivas. De um lado, o médico espera que o paciente aceite seus conselhos, segundo sua perspectiva profissional de referência e, do outro, o usuário que busca os serviços de saúde o faz, seguindo seu próprio sistema de referência. O conflito que se apresenta está baseado no fato de que ambos tratam de alcançar seus objetivos, mesmo frente aos sistemas referenciais distintos. Para o médico interessa sua competência técnica e para o usuário o referencial que busca deve ser cumprido.

Segundo as análises de Donati (1994:55), parece haver mudanças na relação médico/usuário segundo esse modelo. A explicação dos fatos não cabe apenas ao médico com base em seus parâmetros. Ao usuário é dado algum direito às suas explicações. O usuário não só solicita ser escutado mas, também, ser compreendido. Isso significa esperar que o médico seja capaz de se colocar, mesmo momentaneamente, no lugar do usuário, para dar sentido ao intercâmbio comunicativo. Entretanto, continua a autora, “o que interessa a esses pesquisadores não é verificar a linha fenomenológica e hermenêutica dessa relação, mas enfatizar sobre o fato de que a relação se converta em negociação, que se situe como uma relação de intercâmbio entre duas sub-culturas, como um processo que seleciona os sintomas, a percepção, a interpretação, até o modo de proceder durante toda a relação terapêutica, no conjunto do sistema dos serviços de saúde”

Um outro modelo crítico que aparece, e é posterior a todos os antecedentes, é o neo-marxista, elaborado por Narvarro et al (1974). A relação médico/usuário é interpretada como um modelo de exploração capitalista e de domínio político repressivo. A relação é considerada como uma micro-estrutura, na qual se sustentam as desigualdades sociais da macro estrutura da sociedade. Os autores desse modelo tendem a reduzir ao máximo, o caráter interpessoal da relação médico/usuário. Analisam-na como uma mera função coletiva.

Os modelos até aqui abordados parecem não apresentar diferenciação significativa. Não está clara a distinção entre aqueles que predominantemente são normativos, como o de T. Parsons e Hollender, os modelos empíricos de Freidson e Zola e os político-ideológicos, como o de Navarro (Donati, 1994). É preciso, continua a autora, não confundirmos os códigos normativos e simbólicos que uma sociedade institucionaliza como legítimos e o modo “como” se desenvolvem essas relações.

Hoje, certamente, um dos maiores problemas na área da saúde, sem dúvida, está no campo das relações entre profissional de saúde e usuário. A comunicação entre esses atores se converteu em uma relação altamente complexa. Os usuários têm sua definição cultural do processo saúde/doença por um lado e, de outro, crescem suas expectativas em relação aos profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, têm perdido a confiança em si mesmo. De outra parte, têm também mudado os modelos profissionais, seus vínculos de ação e de controle. A relação está mais impessoal, rápida e artificial e leva a que cada vez se saiba menos do usuário que procura os serviços de saúde e dos profissionais que atendem nesses serviços.

O olhar clínico está cada vez mais distante do indivíduo. O que antes era fundamental na relação médico/paciente como a conversa, o olhar, ou seja, o espaço para o diálogo, não existe mais. Hoje, essa relação está mediada por tecnologias e procedimentos que distanciam cada vez mais as subjetividades nelas inseridas.

O campo das relações que transpassam todo ato de saúde tem direcionado e indicado a necessidade de reorganização cultural, estrutural e funcional do sistema de comunicação e das interrelações entre o profissional de saúde e o usuário.

Sob este ponto de vista, aparecem os modelos de análises a partir de objetivos lingüísticos da relação médico/usuário, como analisa Cacciari (1983), ao afirmar que o caráter assimétrico da relação, responsável fundamental pela dependência do paciente, é devido muito mais às diferenças culturais e lingüísticas do que a fatores relacionais intrínsecos. Em outras palavras, o comportamento comunicativo (cultural e lingüístico) do meio é o que ampliará a dominação relacional, reproduzindo-se continuamente uma estrutura, na qual os instrumentos científicos e tecnológicos servem para fazer coisas ao usuário e não junto com ele. Isso poderá levar a uma análise equivocada da compreensão do paciente, melhor dizendo, o consenso de que o paciente está informado, a partir da relação médico/paciente, é quase uma ilusão. Por outra parte, será prudente dizer que a formação acadêmica dos profissionais, no geral, tem privilegiado as questões técnico-científicas em detrimento das interativas.

Com base nessas premissas, Cicourel (1983), elaborou um modelo de análise de configuração interativa e, embora baseando-se em grande parte na psicologia cognitiva, leva em conta três modelos básicos, quais sejam: o

modelo de resolução de problemas, o modelo dos atos lingüísticos e o modelo da expansão, que reconstrói o conjunto do tecido das informações explícitas e implícitas nas relações. Segundo Cicourel (1983:15), “os médicos e pacientes interagem com duas linguagens diferentes que, não são só duas subculturas distintas, mas dois sistemas abstratos distintos (respectivamente) “abstraction by recoding” e “content-based abstraction”⁴, que são duas formas de alfabetização (capacidades de ler, escrever, etc.).

Um outro aspecto que Cacciari (1983:353) chama a atenção na análise desses aspectos é que se pode “...correr o risco de conduzir para uma excessiva ocultação de justificativas cognitivas de comportamentos médicos objetivos. De outra parte, o paciente corre o risco de ser visto como um simples e simplificado receptor-elaborador de informações, dotado de uma certa torpeidade lingüístico-conceitual [...] embora real em muitos casos, não é lícito generalizar[...] o risco é acreditar na idéia de que existe uma inexorável incompreensão médico/paciente justificável”

Considerando-se que a análise lingüística tem sua validade para a compreensão dos desacordos e contradições na medida em que esses fenômenos podem ser explicados a partir das diversas perspectivas cognocitivas dos atores envolvidos nas ações assistenciais de saúde, não se observa no modelo acima referido, apesar disso, maior preocupação para com os aspectos sociológicos estruturais que têm mediado essas relações.

Nesse sentido, Donati (1994) aponta três eixos para a análise da comunicação: a comunicação pode ser experimentada como significativa pelos sujeitos em interação nas relações generalizadas; as condições objetivas do contexto podem favorecer a compreensão dos envolvidos e as seleções

⁴Abstração por recodificação e abstração baseada em conteúdo.

operadas pelo emissor (por exemplo, o médico) e sejam aceitas pelo interlocutor (por exemplo, o paciente) ou vice-versa; sirvam como premissas para as ações a serem seguidas e para novas seleções orientadas, de acordo com as anteriores.

São estas as características que, cada vez mais se apresentam deficitárias nas inter-relações, em todos os âmbitos da vida, como um déficit crônico e com uma improbabilidade intrinsecamente estrutural que se reflete na implosão da relação profissional de saúde e usuário.

O problema está em que as formas comunicativas impessoais e tipificadas e a comunicação estratégica, puramente informativa-performativa⁵, prevaleçam sobre as formas comunicativas baseadas na compreensão inter-subjetiva, que acontece em relação ao sentido comum, isto é, o mundo do cotidiano ou o mundo vital.

Uma boa comunicação, em geral, acontece tanto melhor quanto maior for o espectro comunicativo e quanto maior for a capacidade de equilíbrio entre os aspectos individuais (de liberdade) e os aspectos coletivos(de participação).

Donati (1994) aponta como um problema a ser verificado nas relações entre os profissionais de saúde e os usuários, a tendência que o médico tem, por exemplo, a longo prazo, de tornar-se instrumento daquela colonização do mundo cotidiano que se rege precisamente pelas formas de dominação comunicativas não primárias, ou seja, as questões impessoais, informativas-prescritivas⁶ e outras.

Na mesma direção, Habermas (1989) coloca que a agressão de formas da racionalidade econômica e administrativa contra âmbitos de vida que

⁵COMUNICAÇÃO INFORMATIVA-PERFORMATIVA que não requer informações primárias (Donati,1994)

obedecem à obstinada peculiaridade da racionalidade moral, estético-prática, conduzem a uma espécie de colonização do mundo vital.

O que se entende, a partir do exposto anteriormente, é que o empobrecimento das possibilidades expressivas e comunicativas interferem, decisivamente, nos encontros dos indivíduos consigo mesmos e a impossibilidade de resolver, em conjunto, os problemas que são comuns, quer dizer, através da vontade política e coletiva .

Sob esse aspecto, a saúde pode ser entendida como o resultado de uma cultura e de um modo de vida com sentido e coerência, quer dizer, de uma orientação global, comunicativamente reforçada, na qual as pessoas em interação têm um sentimento estável, dinâmico, de confiança, de que os próprios ambientes internos e externos são predizíveis e de que existe uma elevada possibilidade de que as coisas funcionarão e, como tal, podem ser razoavelmente previsíveis (Antonovsky, 1981, apud Donati, 1994).

Sem essas condições no campo da comunicação nas relações médico/paciente, corre-se o risco de gerar efeitos perversos, isto é, iatrogenias (Illich, 1975).

Entretanto, vale a pena analisar sob outros aspectos a questão da comunicação na saúde, pois os atores sociais (profissionais e usuários) são vítimas de um processo geral que escapa ao controle de ambos. Os profissionais de saúde estão presos a uma rede organizativa cada vez mais burocraticamente administrada e, em consequência, há menos espaços à comunicação interpessoal. Os usuários dos serviços de saúde não conseguem recorrer nem às tradições culturais e nem a um mínimo de competência técnica

⁶COMUNICAÇÃO INFORMATIVA-PRESCRITIVA determinada por alguém sem levar em conta o outro (Donati, 1994).

que sejam adequadas às suas capacidades de codificação e decodificação das mensagens que provêm do sistema social e de saúde. As ações de saúde destinadas à prevenção, por exemplo, tornam-se, em geral, um jogo simulado.

Embora as ações assistenciais possam também ocorrer no âmbito daquelas destinadas à educação em saúde, as que ocorrem no espaço restrito das salas de espera dos Centros de Saúde, por exemplo, quase sempre representam momentos rápidos e aborrecidos para o usuário, especialmente quando em áreas periféricas, as questões estruturais se apresentam calamitosas, sob o ponto de vista da qualidade de vida.

O processo de descentralização dos serviços de saúde, em muitas situações, se apresenta como um indicador indireto e um efeito, na medida em que os instrumentos dirigidos à saúde (a consulta, o medicamento, o exame clínico, exames de laboratório, por exemplo, constituem ações de mínima resistência, sobre as quais a relação comunicativa percebida, esperada e vivida, em geral, são carentes de estímulos autodirigidos e, nessa direção, não são incorporadas nas relações as construções subjetivas dos sujeitos envolvidos.

Ao que tudo indica, as ações assistenciais destinadas à classe menos favorecida da sociedade têm representado, por elas mesmas, uma simbiose ambígua da sanitização e psicologização dessa intervenção. Coexistem e se alimentam reciprocamente, sem que respondam, de forma efetiva, à demanda e às necessidades sociais. As questões sociais aqui referidas não significam e tampouco são sinônimos de coletivo, ambiente saudável ou de outros conceitos equivalentes, mas indicam o caráter de mediação simbólica e, portanto, normativa, especialmente nas relações primárias e secundárias orientadas para a saúde.

Profissionais de saúde e usuários transformam-se, reciprocamente, em envelopes fechados mesmo se tudo vai bem, o que se percebe é o exterior. O que se percebe é um comportamento simulado e superficial que não indica o que há por dentro. Há um grande processo de jogos lingüísticos e estratégicos, que tratam apenas de falar a respeito (do envelope por dentro), os modos de reagir e de se comportar, por exemplo.

O grande problema que se apresenta não está no fato do profissional de saúde e o usuário não se conhecerem inicialmente, mas que sigam se sentindo distantes e estranhos durante toda a relação. São duas estratégias que raramente se encontram na vida cotidiana. São jogos lingüísticos que, não só se apresentam como distintos, mas são esperados como divergentes, normativos e simbolicamente legitimados como tais, porque a regra áurea do código simbólico da comunicação de hoje requer que o indivíduo seja e se autorrealize por distinção e em conflito com o outro (Donati, 1994).

Atualmente, tenta-se passar a idéia de que os problemas relativos à comunicação são derivados de uma carência nas informações. É verdade que existem, fundamentalmente, problemas no que tange às informações, tanto por parte do profissional de saúde, quanto por parte do usuário. Entretanto, os problemas relativos à comunicação estão muito mais além da falta de informação. Considerar apenas dita comunicação sob esse aspecto é reduzi-la a um problema de influência e de pressão, negando-se, indubitavelmente, as exigências e verificação inter-subjetiva, que qualificam e se constituem em elementos da comunicabilidade.

O que se percebe dentro dos serviços de saúde, de maneira geral, é um descomprometimento quanto às questões comunicativas. Os profissionais de saúde não se dão conta do espaço vazio existente no âmbito da comunicação.

Se, por um lado, se verifica o desaparecimento quase que completo das interações humanas, por outro, o que tem sustentado essa relação são rotinas padronizadas de atenção à saúde, especialmente aquelas destinadas às camadas sociais da população mais desprotegida.

Esse, talvez, seja um dos lados perversos das atuais políticas sociais em saúde, destinadas a encobrir as desigualdades sociais, com o clamor e o uso indiscriminado das palavras-chaves do modelo político neoliberal - cidadania, ética, participação, categorias consideradas pertinentes ao estudo da comunicação. Sem dúvida, são questões cruciais para a ruptura dos processos de dominação e exploração, mas temos que ter uma melhor compreensão coletiva sobre qual cidadania, ética e participação estamos falando.

Há necessidade de elucidar o problema da comunicabilidade na saúde, tanto no âmbito discursivo, quanto no âmbito operativo. Vejo como necessário identificar esses discursos na relação profissional de saúde e usuário (na pessoa de cada um) e os códigos simbólicos que regulam essa relação.

Os usuários, especialmente os desprovidos de uma qualidade de vida favorável, de instrução escolar, desempregados, carentes economicamente, já deixaram lá muito seu referencial subjetivo e intersubjetivo para trás, nas relações com os profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde, em geral, operam segundo seus códigos próprios e os tornam autorreferenciados.

E, por último, os códigos simbólicos que transpassam os serviços de saúde, muitas vezes, reforçam os anteriores, impedindo que se estabeleçam códigos de comunicabilidade apropriados a esse tipo de serviço assistencial.

Obviamente, não podemos esquecer que esses discursos têm entranhas marcantes, originárias nos discursos de natureza simbólica do processo

comunicativo do sistema social atual, cuja história os encaminhou a esse destino - a incomunicabilidade dos espaços intersubjetivos das ações de saúde.

O modelo que tem prevalecido nas relações entre profissionais de saúde e os usuários está baseado no código simbólico do tipo sistêmico, o qual, se por um lado têm fragmentado as relações individuais onde as relações sociais não fazem parte das ações comunicáveis, de outro, fixam em um agente especializado, precisamente o médico, a tarefa de recompor as relações comunicativas alienantes (fragmentadas, distorcidas, etc.) através de um código simbólico puramente administrativo e de elevada autorreferenciabilidade. Segundo o paradigma médico, foram distanciadas sempre, cada vez mais, as possibilidades dos indivíduos se tornarem sujeitos de suas ações.

Parece possível deduzirmos que a questão da comunicação no âmbito da saúde necessita passar por uma transformação, agora extrapolando os muros dos serviços de saúde e encaminhado-se para o seio da sociedade. Há necessidade de uma transformação cultural que, através da história, pela estrutura social possivelmente, se transformado em códigos simbólicos para pensar a saúde como direito à vida, sendo, portanto, carregados de cada uma das subjetividades envolvidas em todos os atos de saúde.

O que os usuários mais pedem é que os profissionais de saúde sejam atenciosos, quer dizer, que tenham disponibilidade de conceber e estruturar um diálogo compreensivo, considerando-se que a comunicação humana deve deixar transparecer desde os aspectos afetivos e expressivos, os cognitivos e informativos, até aqueles mais práticos do comportamento (Latorre Portigo e Beneit Medine, 1994).

Em função disso, não se pode pensar saúde apenas sob a ótica da medicina. É necessário buscarmos um referencial interdisciplinar que dê conta da multicausalidade que interfere nos relacionamentos a que estão expostos os atores envolvidos, especialmente quando pensamos saúde fora do espaço da doença. É necessário, portanto, que tanto a um (usuário), quanto a outro (profissional de saúde), seja dispensável o “pedido” de respeito à singularidade de cada um.

Quero fazer minhas as palavras de Donati, traduzindo-as para o português; podem não refletir sua originalidade pois, certamente, estarão carregadas de minha subjetividade.

Os profissionais de saúde devem estar melhor preparados para o uso cultural apropriado das tecnologias em uma situação dialógica, que pode se apresentar conflituosa e não deve estar baseada e dimensionada somente na competência técnica. Será necessário preocupar-se com os microprocessos que circulam os pequenos encontros materializados nos pequenos gestos: “é necessário andar sobre o pequeno e trabalhar sobre os pequenos atos, os gestos, as frases que decidem, amiúde, uma vida” (Donati, 1994:65).

2.3. *A unidade de Assistência à saúde deve pensar saúde - o dever-ser para além da tarefa.*

Pensar que uma unidade de saúde deve discutir, localmente, saúde em todos os seus aspectos (biológico, subjetivo, político e cultural, individual ou coletivamente e, sobretudo, que adote uma política de comunicação dialógica), não será tarefa fácil. Ao longo da história e da evolução tecnológica na saúde, das políticas sociais pensadas para o setor, observa-se que estas últimas sempre foram dirigidas apenas para minimizar os agravos ao corpo biológico,

inclusive sem admitir que esse corpo seja dotado de subjetividade e de experiência social. Dessa forma, acreditamos que, para falar a respeito, seja necessário analisar as unidades básicas de saúde (Centros de Saúde) a partir das concepções de saúde, das políticas pensadas e do modelo organizacional e assistencial.

Especificamente, vamos refletir sobre uma unidade de saúde particular que é o Centro de Saúde, denominação largamente conhecida no seio da população para uma estrutura assistencial local.

Um primeiro questionamento é: qual é a inserção do Centro de Saúde no sistema de saúde local, estadual ou nacional? Com brevidade diríamos: é a porta de entrada do sistema. Esta resposta, entretanto, não esclarece, ao contrário, suscita outros questionamentos. Que sistema? Que referencial tem esse sistema? A que objetivos vem respondendo? Que organização apresenta? Qual é a base de análise da qualidade assistencial? Que instrumental utiliza para o exercício de sua prática?

Quando falamos que o Centro de Saúde “deve” pensar a saúde, estamos querendo dizer *que este deve estar com o indivíduo e não para o indivíduo*, tanto no espaço individual, quanto no coletivo, isto é, um local onde o indivíduo é sujeito. Além disso, também é um espaço de construções deste sujeito enquanto cidadão e, mais que isso, as ações desenvolvidas aí devem estar dirigidas à autonomia dos envolvidos, para a tomada de decisões, frente às possibilidades das escolhas, tantas quantas existirem e tantas quantas forem necessárias, entendendo-o como ser político, essencialmente.

A formulação da organização dos serviços de saúde, incluindo-se aqui o Centro de Saúde, não tem tido preocupação na sua base estrutural e funcional, para a construção do sujeito. Tem, isso sim, como ferramenta de participação o

controle, mas um controle que é absolutamente ineficaz à saúde dos indivíduos. Essa ineficácia, diz Dâmaso (1992:216) “reside no fato de que tais políticas buscam, devido à natureza mesma de suas metodologias, exercer controles externos (decisórios institucionais, administrativos, técnicos e clínicos) sobre os determinantes estruturais e, através da prática médica, sobre as causas morfogênicas e psicossociais das doenças”. Essa ineficácia, por outro lado, tem sua repercussão quando pensamos saúde em um sentido abrangente, quer dizer, saúde pensada para o indivíduo-sujeito que não é apenas aquele que exterioriza ausência de doença, mas alguém com direito à vida. Esse direito à vida pressupõe qualidade de vida, com escolhas.

Esse mundo que ofusca e dissimula o mundo do sujeito é o mundo construído pelo pensamento hegemônico, a partir de suas necessidades e para seu benefício, constituindo-se em uma classe e no mundo do sujeito. Nessa perspectiva, a tendência é caminhar na direção da desesperança, circulando e girando ao redor da dramática realidade das doenças. Frente a isso, as políticas sociais na saúde contribuem para o agravamento das perdas sociais e expropriação da riqueza, gerando, no interior delas mesmas, a ineficácia política. Tais políticas não pensam saúde, pensam doença, de forma que a crítica ainda é um recurso de resistência às suas incongruências e de projeção de um novo modo de ser (Dâmaso, 1992).

São exemplos desse modo de pensar a saúde os programas verticalizados, que insistem em organizar nos serviços, especialmente nos Centros de Saúde, programas de hipertensos, de diabetes e outros, além de sua organização estar estritamente direcionada para o ato médico, aqui entendido como a consulta médica. Tais programas aparecem como necessidade, sem dúvida, mas têm propostas imersas em características autoritárias, formativas e dirigidas para o controle da patologia, sem interesse genuíno pela experiência dos sujeitos.

Os Centros de Saúde, na sua grande maioria, têm um funcionamento determinado pela demanda a esse serviço, tendo como consequência que a ação assistencial seja restrita aos corpos dos indivíduos, às suas dores e emergências. Não se têm encontrado formas para ir além dessas questões, inclusive para interagir com o indivíduo que o procura, como um ser político. A base, neste tipo de organização, é a da mercadoria dentro do campo da comercialização profissional (Dâmaso,1992). Também é no campo da expropriação que estas políticas se tornam necessárias (Illich, 1975).

Sob a ótica sociológica, o objeto de análise na saúde é, em geral, o estado ou condição patológica, individual ou coletiva. Esta visão tem tido diferentes enfoques: um que considera o processo saúde/doença em termos individuais; um outro, cuja compreensão está orientada em marcos de referência de caráter coletivo. Entretanto, pode-se dizer que, para ambas as correntes, o objeto da sociologia da medicina tem sido defendido em termos de patologia organicista e com tendência a situar dita patologia em um sistema de relações sociais (ou coletivas).

Essa visão tem um cunho bastante reducionista e, em certo sentido, alienante, do papel social do doente. De fato, parece que o objeto da sociologia não muda consideravelmente. Com efeito, a doença passa de imediato a ser institucionalizada. O problema reside, exatamente, no fato da doença, qualquer que seja sua natureza e manifestação, ser totalmente definida em termos de sistema.

Essa posição, segundo Donati (1994), mesmo parecendo óbvia, comporta relevantes consequências e podemos destacar pelo menos duas:

- 1) a doença como sinônimo de condição ou desvio social, isto é, a doença é considerada como ataque à integração sistêmica;

2) em consequência da primeira, o sistema social não conhece outras respostas que não sejam aquelas relativas ao controle, e o sujeito doente é colocado em uma condição de dependência imediata e direta do sistema.

A influência marcante da teoria de sistemas na saúde determina a definição da doença como uma função social desviada. Essa concepção é explicitada nas políticas de acesso aos serviços de saúde, no papel do paciente e dos profissionais de saúde, especialmente o profissional médico.

Com base nesse paradigma se desenvolvem o complexo médico e as instituições hospitalares; são concebidos como únicas alternativas à família e grupos, com a pretensão de devolver ao doente a sua normalidade.

Há uma tentativa de resgatar, mesmo dentro da concepção funcionalista da saúde e dos papéis do paciente e do médico, a alternativa de ver a pessoa globalmente. Essa tentativa, entretanto, está relacionada ainda com subsistemas, tais como: o biorgânico, o psicológico, o social, o cultural, e a doença ainda é o resultado de um déficit ou de um desvio, em cada um dos subsistemas.

O exposto anteriormente aponta uma teoria fragmentada que ainda se coloca como postuladora do comportamento da pessoa doente na relação terapêutica, como um elemento impessoal do complexo hospitalar e do complexo profissional médico. Obviamente, tal pensamento apresenta deficiências e, por isso mesmo, criou-se a necessidade de passar a responsabilidade do papel do enfermo para o sistema de saúde, permanecendo dentro de parâmetros sistêmicos.

Nessa perspectiva sistêmica, as instituições de saúde, especializadas ou não, estão direcionadas, agora, não só para o progresso tecnológico que se

alcançou no setor saúde mas, sobretudo, para o fato de ser positivamente funcional à sociedade.

A positividade da linha sistêmica, antes referida, está dirigida à proteção da família dos efeitos destrutivos que a doença tem ou pode ter sobre ela; ao reforçamento do papel do enfermo como mecanismo de controle, principalmente quando se dirige esse desvio passivo para os canais médicos estreitamente supervisionados. Nesses canais existe ainda possibilidade de expressão. Aí poderá se difundir o que possa facilitar o processo terapêutico, não só mediante o uso de instrumentos científico-tecnológicos mais adequados, mas também, e sobretudo, mediante um tratamento de caráter motivacional (Donati, 1994).

Essa filosofia de fundo focaliza a doença como uma característica do indivíduo (não de grupos sociais ou da coletividade), ou, mais precisamente, como patologia, característica própria do indivíduo na sociedade.

Ainda assim, persiste a idéia do tipo sistêmico, chegando-se a sugerir que a saúde deveria ser considerada um meio generalizado de comunicação e de intercâmbio, não só entre indivíduos, mas, também, entre o sistema e o ambiente.

Até os dias atuais, permanece a visão sistêmica ou funcionalista da saúde/medicina. Dentre alguns aspectos do entendimento da sociologia da medicina podemos citar os paradigmas que Donati (1994) aponta, com base na teoria de sistemas, fundamentada em Parsons.

No primeiro paradigma (de orientação individual), o conceito de doença se baseia em duas contradições cruciais: motivação desviada e falta de autonomia do sujeito, devido às suas incapacidades/ impossibilidades para remediar por si só o estado de déficit funcional e, neste caso, a terapêutica é entendida como

re-motivação do doente e está, principalmente, centrada na relação médico-paciente. Aqui a institucionalização tipo hospital não é mais que um desenvolvimento e um aperfeiçoamento dentro do processo social de diferenciação estrutural e funcional.

No segundo paradigma (de orientação sistêmica), o conceito de doença se baseia sempre em alterações do nível orgânico e psicológico que impedem um eficaz e satisfatório funcionamento do sujeito individual. Refere-se, entretanto, a uma combinação complexa de fatores (relações de interdependência e intercâmbio) no nível da condição humana, considerando a personalidade do indivíduo diferenciada do organismo e do sistema comportamental. Nessa relação são incluídos os níveis da interação social e da simbolização cultural e sua relação com os problemas de significado (no sentido Weberiano do conceito). A terapêutica é concebida como o restabelecimento da capacidade teleonômica⁷ do sujeito e é confiada não só ao complexo profissional, conectado ao papel do médico e ao papel do enfermeiro, mas, também, a um paradigma geral de controle, pelo qual papéis profissionais, papéis patológicos e aparelhos gerais de controle social se convertem nos três componentes estruturais principais do sistema de saúde.

Donati (1994), aponta os papéis profissionais neste paradigma e diz que o papel do médico vem categorizado segundo cinco variáveis-modelo com as seguintes características: 1) utiliza padrões universais, isto é, expressa proposições generalizáveis acerca do diagnóstico e as prováveis conseqüências terapêuticas das medidas médicas; 2) é funcionalmente específico, no sentido de que o médico trata o paciente por sua doença e não por outros problemas de ordem pessoal; 3) trabalha ativamente sobre o doente, sem esperar que as

⁷ TELEOMÔNICA - capacidade de um organismo, ou melhor, sua proposição, para assumir cursos de ação orientados em direção a metas (Parsons, 1978).

coisas sigam seu curso; 4) é afetivamente neutro, quer dizer, tem um interesse distanciado; 5) está orientado para que o doente siga suas instruções.

Complementarmente, o papel do enfermeiro é tratado segundo quatro propriedades: 1) espera-se que o doente não tenha culpa, quer dizer, que se encontre em tal estado por razões objetivas, independentes de sua vontade; 2) está eximido das expectativas postas em seu funcionamento normal; 3) espera-se que compartilhe com o médico a valoração positiva da saúde e a valoração negativa da doença; e, 4) finalmente, que coopere ativamente com os centros terapêuticos, numa relação de interação entre os dois papéis e não de simples submissão ao controle do agente terapêutico, o que supõe uma relação num só sentido (Donati, 1994).

Os papéis profissionais implicados, segundo Donati (1994), se prestam, no essencial, a serem generalizados de forma impessoal e anônima a qualquer ator do sistema de saúde, considerado como aparelho de controle. Primeiro, o agente de controle deve ter a tendência de tratar seus objetos ou sujeitos, independentemente de como se formula a relação. Segundo, o agente deve apoiar o paciente, levando em consideração o fato de que este é incapaz, ignorante, sem autonomia e, portanto, deve-se ajudá-lo de tal modo que apareça a confiança de que o sistema está cuidando dele (como um pai faz com seu filho) e, terceiro, o agente deve manter um certo distanciamento (com superioridade), de tal maneira que não se deixe implicar com o paciente.

Quanto ao conceito de saúde/doença, no paradigma funcionalista, este tenta recuperar a integração entre a teoria de sistemas que entende a saúde como bom funcionamento dos papéis interpessoais e a teoria da ação social ou do mundo vital, onde a saúde é entendida como orientação, dotada de sentido,

do sujeito que interage com o sistema que é, ao mesmo tempo, orgânico, psicológico, social e cultural.

Essa visão está sempre pautada com base na tese de que, geralmente, a integração social deve e pode ser reconduzida na perspectiva sistêmica, não estando, portanto, previsto nenhum feedback.

Há ainda uma subvalorização da importância do sistema econômico, de suas crises e de suas repercussões sobre a sociedade, sobretudo como elemento gerador de doenças e como mola do sistema de saúde.

Parece que não há diferenças nos paradigmas apontados anteriormente. Na verdade, a saúde/doença permanece como um problema de controle por parte do Estado e, quanto aos estados patológicos, são sempre entendidos como problemas derivados da falha de integração aos distintos subsistemas sociais, que devem funcionar segundo imperativos precisos e funcionais.

Uma crítica de fundo que sintetiza a problemática desse tipo de pensar a saúde e os serviços de saúde é a simples constatação do processo de medicalização da vida (existência).

Um outro aspecto importante que permeia todo o sistema de saúde e, de certa forma mediatiza as contradições nele existentes, diz respeito à relação profissional de saúde e os indivíduos sadio/doentes.

Henry Sigerist, historiador da medicina, na década de trinta, afirmava enfaticamente que a relação médico/paciente deveria ser uma relação pura de pessoa a pessoa. Nesta mesma década, o economista J. Schumpeter observava que a relação médico/paciente era o último exemplo sobrevivente de exploração direta e pura do homem pelo homem (Donati, 1994).

Esse duplo enfoque que permeia as relações entre médico e paciente e/ou entre profissionais de saúde e clientela tem persistido no campo do debate e

das investigações, especialmente nessas últimas décadas, em quase todo o mundo. As afirmações anteriores parecem não ter eco nos dias atuais; de certa forma, pode-se pensar que são inverídicas; entretanto, trazê-las à tona nos dias atuais, serve pelo menos para a reflexão.

A década de setenta trouxe algumas contribuições decisivas, evidenciando que a relação terapêutica chegou a ser, em certo sentido, irrelevante e em outros aspectos iatrogênica (Illich, 1975; Carlson, 1975).

Do ponto de vista da estrutura organizativa, nos Centros de Saúde, por exemplo, o encontro individual entre médico e paciente, por uma parte, aparece cada vez mais como um anacronismo e, de outra, com um aumento nos custos que são cada dia mais elevados e ineficientes. Os custos são elevados porque a lógica do atendimento está pautada, quase sempre, em respostas ao trabalho de um outro profissional, expresso nos ditos exames complementares, que nem sempre são tão complementares, pois sua recomendação não parte de uma lógica racional biológica, subjetiva, cultural e social, ou seja, não partiu do aspecto clínico e da história do usuário.

Na situação atual, diz Dâmaso (1994:217), “qualquer atividade que imaginemos está direcionada com a competência profissional comercializada a todo e qualquer tipo de problema [...] ninguém tem mais condições de auto-proteção. Responsável agora é aquele que entrega a própria responsabilidade ao outro, por um certo preço”.

Hoje se fala muito que esta relação está num patamar em que o médico está cada vez mais proletarizado e o paciente, ao contrário, está sendo coletivizado na figura de consumidor de massa. Entretanto, ainda são muitos os que persistem nesta temática, entre os quais me encontro. Considero a relação médico, enfermeiro, odontólogo, enfim, de todos os técnicos do setor saúde

com o cliente, seja individual ou coletivamente, um encontro de possibilidades que podem permitir a construção de sujeitos envolvidos, tanto para aquele que supostamente tem o saber, quanto para aquele que também supostamente necessita dele.

Quando proponho que o Centro de Saúde “deve” pensar saúde, considero que sua atividade não deva se restringir à assistência bio-clínica. Significa, necessariamente, dentre outras coisas, uma ampliação de sua atuação, para além das tarefas curativas e administrativas, num movimento para um amplo processo de reflexão participativa com a população, sobre seus problemas e as respectivas soluções. Significa considerar o indivíduo como sujeito que conhece e toma decisões na luta por ambientes saudáveis e continua sendo sujeito frente às ações assistenciais para ele dirigidas. O indivíduo, nesta perspectiva, já não poderá ser considerado como aquele que apenas recebe as ações de saúde, mas como aquele que constrói ações ou participa de ações no contexto do mundo vital, aquele que também terá que fazer algo em relação à sua saúde, aqui entendida não só como busca da sua saúde individual, mas como algo que ultrapasse os muros do cotidiano individual, que tem base bastante forte, ligada às questões de infra-estrutura e às formas estruturais da sociedade.

Dizer, portanto, que o Centro de Saúde “deve” pensar saúde, pressupõe, inicialmente, que ele não tem sido um espaço em que se faça esse pensar e que tem estado sustentado, essencialmente, no indivíduo ou corpo sadio/doente, desde uma perspectiva individual. Em outra direção, significa pensar que nos corpos sociais há uma rede de causalidades, determinadas socialmente.

Para que o Centro de Saúde “pense” saúde é necessário incluir no cotidiano (dos indivíduos e técnicos) o mundo social vivido, o mundo vital e o

mundo da cultura, esta última como fundamental, pois caminha dentro da identidade social de uma comunidade.

Os serviços de saúde, ao longo do processo histórico que lhes deu forma, se encaminharam, fundamentalmente, para satisfazer os requerimentos dos grupos que, por sua maior participação na distribuição do poder, têm podido sustentar e impor suas exigências, na distribuição dos escassos recursos da sociedade ao setor. São esses grupos que dão forma aos serviços e podem expressar suas demandas.

No entanto, o comum relativo à demanda é que os indivíduos que procuram esses Centros de Saúde para resolver problemas corporais patológicos se apresentam como corpos submissos, carregando o estigma de que estão indo à procura de socorro em um serviço destinado aos excluídos da sociedade, quase sempre sem desejo de luta e os trabalhadores desses centros não diferem - corpos e indivíduos são coisas iguais. Tanto um (o usuário), quanto o outro (o trabalhador), nessa prática assistencial, são objetos de consumo e uma vez consumidos, tornam-se esquecidos. A interrelação é casual - sem encontros e despedidas.

Persistem dificuldades significativas para redefinir a saúde em termos sociológicos. Geralmente, os estudos sobre esse tema têm persistido na análise com base no modelo médico, a partir da organização dos serviços de saúde.

As resistências, nesse sentido, indicam que continuam existindo profundas dificuldades culturais e conceituais para a argumentação de um outro paradigma na saúde, além de existirem obstáculos objetivos para tornar operativo este novo pensar sobre a saúde.

Entretanto, não podemos nos esquecer de que ambas as dificuldades estão relacionadas à estrutura de interesses e representações sociais consolidadas por

aqueles que pensam que não se obtém nenhuma vantagem modificando os conteúdos culturais e organizativos da saúde.

Essas tendências não podem ser ignoradas. A análise deve contemplar tanto a ótica positiva (que trata de exigências que apontem melhorias dos instrumentos de cuidados assistenciais), quanto da visão negativa (que trata da prevalência de uma cultura gerencial-funcionalista) puramente instrumental, de interesses econômicos, ligados a produtores de novas tecnologias e às instâncias corporativas de algumas categorias profissionais, até o drama da administração pública.

Portanto, para “pensar” saúde é necessário sair do plano positivista, cuja análise se refere aos seus aspectos fenomenológicos, tratando depois, no plano operativo, das condições de maior eficácia e eficiência, acrescido de particulares juízos de valor.

Pensar a saúde significa reconhecer, com realismo crítico, que as ações de saúde corporificadas no ato médico, no ato do dentista, no ato do enfermeiro e de outros profissionais e os dados positivos são só um dos diversos componentes em jogo e que é a realidade social que os produz, que distribui e atende à doença. A saúde é sempre uma realidade multidimensional e suprafuncional.

Assim, a práxis que vai dirigir a relação entre serviços de saúde e a população à qual estão vinculados deve estar sempre caracterizada por preocupações pela sua humanização, pela sua ética e sua equidiversidade e também pela sua resposta às necessidades individuais e coletivas, que não coincidem com interesses particulares ou reducionistas.

Dizer, portanto, que o Centro de Saúde deve pensar saúde, significa passar do entendimento de saúde como a medicina eficaz para um entendimento de

saúde associada ao ambiente saudável e, quanto à doença, passar da compreensão de que esta é resultado de insuficiente controle social, no sentido de desvio, para uma compreensão de que a doença é resultado da insatisfação de necessidades do mundo vital (cotidiano). Significa ainda deixar de compreender a saúde como sinônimo de aparelhos organizativos eficazes, em termos de técnica.

Pensar o Centro de Saúde fora dos parâmetros sistêmicos, é pensá-lo fora da heteronomia⁸ em que vivemos, é pensá-lo no campo do indivíduo político, quer dizer, o indivíduo-sujeito. Nessa perspectiva, o indivíduo passa a ser visto fora do mundo sistêmico, isto é, as políticas sociais na saúde, materializadas no Centro de Saúde, vão ao entorno do indivíduo, levando em consideração sua autonomia subjetiva, sua auto-definição de vida solidária e de cultura, como baluarte de sua prática.

⁸*HETERONOMIA: condição da pessoa ou de grupo que lhe é exterior, ou de um princípio estranho à razão, a lei que se deve submeter Enciclopédia Luso-brasileira Filosofia. São Paulo: Verbo Lisboa, 1990. Para explicar melhor essa questão heterônoma busco as argumentações de Chauí, (1982), quando esta analisa a questão do Estado. "Destinado a figurar o universal, mas sendo realmente um particular; destinado a ordenar, a regular o espaço social para torná-lo homogêneo, mas sendo realmente um pólo a mais da divisão social; destinado a oferecer-se como lugar de identificação social, mas sendo realmente a realização política da divisão social; destinado a ser o ponto de confluência da legalidade e da legitimidade, mas sendo realmente um substituto imaginário da soberania; destinado a representar objetivamente os interesses subjetivos da comunidade nacional, mas sendo realmente um momento necessário para a acumulação e exploração da mais-valia; destinado a ser ancoradouro da auto-determinação face aos poderes estrangeiros, mas sendo realmente o momento contraditório do imperialismo, o Estado é afinal, a forma superior da alienação na atual sociedade capitalista. Como autoridade separada, não consegue efetuar a universalidade própria do poder, senão efetuar a particularidade de classe; como pólo de identificação social através das divisões sociais, não consegue efetuar a generalidade da vida coletiva, senão oferecendo-se como uma potência estranha que realiza a dominação por meio da submissão generalizada. Assim, a marca da vida social e da vida pública contemporânea é a HETERONOMIA".*

3 - Metodologia

3.1. O problema

“ A história da civilização é a história da comunicação. As invenções da fala, da escrita, da imprensa, do telégrafo, do rádio e da televisão, até a assim chamada explosão da comunicação dos dias atuais, são todos marcos na história da vida humana, assinalando novos estágios no seu desenvolvimento, novas oportunidades de escolha. Isso porque a comunicação - a transferência de informação - pode, como todos os dons humanos, ser usada para bons propósitos ou ser mal empregada, para maus fins. Em todas as sociedades de todos os tempos, a informação é poder. A onisciência é o equivalente da onipotência: aquele que **tudo sabe** é também o **todo-poderoso**. Fortes são aqueles que possuem a informação e controlam os mecanismos pelos quais a informação é transferida. Quanto mais pessoas tiverem informação e quanto mais informação as pessoas tiverem, melhor será a sociedade e mais forte sua base democrática.” (Fischer, 1984:19)

A especificidade de nossa reflexão está baseada em preocupações que acredito serem de fundamental importância. Compreender a significação e as possibilidades do processo comunicacional no campo da saúde, na tentativa de superar os desvios que histórica e culturalmente se percebe, interna e externa-

mente no setor saúde, poderá propiciar algumas saídas que mudarão a forma de abordar o fenômeno **saúde e doença** e, principalmente, uma nova abordagem dos indivíduos que procuram os serviços de saúde e trabalhadores do setor, de forma a que os indivíduos (usuários ou trabalhadores) sejam protagonistas de suas histórias.

Buscando precisar o problema de pesquisa considero que, embora não sendo o único determinante, a falta de informação, seja no sentido quantitativo ou qualitativo, continua sendo um grande fator, responsável pelo agravamento de muitos problemas na área da saúde, que já foram superados em outras sociedades.

Convém ressaltar que a questão do processo comunicacional dialogizante em saúde, historicamente, nunca foi preocupação e prioridade do sistema social brasileiro, particularmente no que diz respeito aos interesses de evolução da participação popular. Ao contrário disso, são os interesses das classes no poder e o modelo de desenvolvimento econômico os grandes beneficiados sempre. A informação chega ao usuário do sistema de saúde empobrecida e fragmentada, difícil de ser interpretada e assimilada.

Não quero imputar a responsabilidade exclusivamente aos meios de comunicação de massas; se passarmos, porém, uma olhada, mesmo que rápida, sobre o que ocorre no Brasil, vamos perceber que as informações repassadas continuam ineficazes, seja no âmbito da saúde em seu aspecto curativo, seja em relação à promoção e prevenção da saúde. É verdade que a assistência curativa sempre teve um lugar privilegiado nas políticas de saúde, pela emergência da situação de extremo adoecimento das populações urbanas e rurais.

Esse privilegiamento transparece em todas as ações no sistema de saúde, sem concessão às alternativas sanitárias de prevenção. Esse privilegiamento

impõe-se conseqüentemente nas relações entre os indivíduos, de modo que o corpo físico se torna facilmente objeto de sujeição.

Um fato a considerar é que a adoção de uma estratégia de comunicação na saúde, na perspectiva do Sistema Único de Saúde, deve levar em consideração a própria credibilidade interna de tais serviços. Os trabalhadores dos serviços de saúde, na chamada rede de saúde pública, incorporaram uma cultura de fracasso e ineficácia e se portam como todos assumindo, inclusive, o discurso dos que são investidos de atividades dirigentes, nos diversos escalões.

O enfrentamento dessa questão implica a necessidade da adoção de um canal comunicacional efetivo. O processo comunicacional tem tido características de mero repasse monológico de informações normalizadoras tais como: "isso pode", "aquilo não pode", "realize tantos procedimentos" e outros semelhantes. O processo comunicacional deve rumar numa outra direção, antes de tudo na perspectiva do próprio trabalhador ser sujeito. As consultas/dia, os pré-natais/dia, as vacinas, os muitos procedimentos e assim sucessivamente, tantos quanto forem os trabalhadores, passarão a ser as atividades/dia de "João", de "Maria" e de "Raul", com identidade, individualidade, personalidade, não significando, entretanto, que tais particularidades devam prevalecer sobre critérios coletivos.

Diferente do que acontece hoje nos serviços de saúde, as informações em si, assim como a própria forma de repasse, devem encorajar os trabalhadores a mudar suas expressões de fracasso e, ao mesmo tempo, permitir-lhes a tomada de consciência.

A informação exige, nessa direção, processos confiáveis e decodificáveis por todos. Quando se quer favorecer a cidadania, a informação é pressuposto básico. A informação, assim como o processo comunicacional, são instrumentos no exercício técnico-político da prática de saúde, favorecendo a participa-

ção, a nova distribuição do poder e possibilitando o exercício da cidadania, num sistema relacional.

Quando se pretende estabelecer o diálogo entre os trabalhadores da saúde e a população usuária, especialmente aquela que procura os mesmos serviços, deve-se ter a preocupação de que estes não carreguem imprecisões à compreensão do ouvinte, ou seja, que qualifiquem a comunicação apenas do ponto de vista do falante.

A elaboração de uma política de comunicação na saúde não pode significar apenas o acesso a esses serviços existentes mas, sobretudo, precisar e discutir se este é o serviço que serve e que oportuniza mais saúde.

Nesse sentido, essa política de comunicação deve ser concebida como instrumento para o conhecimento da realidade sócio-econômica, demográfica e epidemiológica, além de favorecer o planejamento, organização, gestão e avaliação, nos vários níveis que constituem o Sistema Único de Saúde e, também, favorecer o desvendamento do conhecimento da população sobre seus verdadeiros problemas, proporcionando-lhes a consciência e desejo de luta, para intervir nesse processo.

Dentre as diretrizes do Sistema Único de Saúde, queremos destacar a participação popular que pressupõe o repensar do conceito de gerência. Ele não pode significar apenas administrar o espaço físico-público, mas sim incorporar a participação popular na tomada de decisões.

Participação popular não é sinônimo de controle social. Controle social significa efetivo poder de tomar decisões. O controle social significa a participação real da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado, no interesse da coletividade. Participar significa redistribuir as possibilidades de poder.

Meu entendimento é que a participação popular se faz primordialmente, no dia a dia dos serviços de saúde, isto é, nas ações mais elementares de saúde, onde se criam e armazenam as possibilidades de um embate entre os trabalhadores, população usuária e o sistema de saúde, criando os mecanismos essenciais para o exercício da democracia direta e da cidadania.

Uma outra diretriz, a descentralização dos serviços de saúde, não pode ser considerada apenas como uma opção político-administrativa. Requer um processo de mudança qualitativa, ou seja, o estabelecimento de novas regras de convivência entre as instâncias do poder e a população em geral. Sou de opinião que a descentralização terá chances de êxito com o controle social, isto é, com a participação da população na gestão e controle desses serviços de saúde, nas atuais circunstâncias em que os mesmos se apresentam.

Tem ocorrido uma separação entre a informação de dados epidemiológicos e dados operativos, ou seja, os dados que servem ao planejamento, quando este existe, estão baseados nestes últimos. Há, como diz Barros (1990), uma situação total de antagonismo entre a lógica administrativa e a lógica epidemiológica, o que, de certa forma, alimenta disjunções e até conflitos entre os níveis que compõem o sistema local de saúde. Aliás, as informações requeridas pelo sistema têm baixo conteúdo para o apoio gerencial, necessário para dar conta da complexa situação de saúde. O enfrentamento desta questão começa pelo avanço qualitativo que as informações devem permitir, a mudança no paradigma hegemônico da saúde.

Hegemonia na saúde é aqui considerada como a concentração de poder para a parcela responsável pelo atual modelo de produção de serviços de saúde, prevalecendo sobre as demais correntes de interpretação do processo saúde e doença.

Por outro lado, o processo comunicacional na saúde se estabelece através de uma relação assimétrica entre a instituição e a população, num plano geral e entre o trabalhador de saúde e o usuário dos serviços de saúde, num plano particular. A reprodução da assimetria acompanha todos os níveis da estrutura social e, embora a continuidade entre esses planos sugiram dificuldades para qualquer ruptura do “modus operandi”, há algumas transformações possíveis, desde que desejadas, na imediaticidade das relações pessoais, cujo controle, mesmo que esculpido pela ideologia dominante, ainda se constitui num espaço de liberdade para novas possibilidades. Isso efetivamente se constitui na prática cotidiana da cidadania.

É nessa perspectiva que entendo e considero a preocupação com a comunicação em saúde. Que desafios e enfrentamentos devem ser priorizados em nível local, no campo da comunicação na saúde? Pretendo buscar responder porque na saúde as relações se dão dessa forma. Que poder se interpõe entre o trabalhador da saúde e o usuário do sistema? Por que a população, de uma maneira geral, não se manifesta, não se rebela, não se revela?

3.2- Objetivo

Neste trabalho pretendo caracterizar e analisar o processo de comunicação na saúde, compreendendo sua significação, valores e possibilidades no Sistema Único de Saúde, para intervir sobre os desvios que a prática de saúde tem demonstrado, resgatando o homem como ser social, concepção essa relevante para a humanização dessa prática.

Este objetivo tem três partes:

1- identificação do processo de comunicação estabelecido entre a instituição de saúde (Centros de Saúde) e a população;

2- caracterização do processo de comunicação existente nas relações interprofissionais dos Centros de Saúde;

3- caracterização do processo de comunicação nas interrelações entre profissionais de saúde e usuário.

3.3 - Seleção da amostra

Fazem parte do Sistema Local de Saúde 48 unidades básicas e, na impossibilidade de abrangê-las no seu todo, selecionamos 4 unidades periféricas do município (ilha e continente). Assim, o estudo se deu, por amostra proposital, em uma unidade básica de saúde localizada no continente, uma no sul da ilha, uma norte da ilha e outra, em bairro próximo ao centro.

Os usuários também foram selecionados por amostra proposital e correspondem àqueles que, durante o processo de observação, se encontravam nos respectivos Centros de Saúde e concordaram em participar, atendendo aos interesses do estudo. Levando-se em consideração o critério "demanda" nas unidades de saúde pesquisadas, foram entrevistados cinquenta usuários, sendo 15 na unidade A, 10 na unidade B, 10 na unidade C e 15 na unidade D.

Fizeram parte da unidade particular do estudo o universo dos trabalhadores que exercem suas atividades profissionais nos Centros de Saúde pesquisados.

3.4- Técnicas e procedimentos da coleta e análise dos dados

Para abordar a temática "**Comunicação na saúde**", no que diz respeito às relações estabelecidas entre os profissionais, serviços de saúde e população, o estudo foi realizado nas Unidades Básicas Assistenciais de Saúde- Centros de Saúde, da rede básica do município de Florianópolis.

Os pressupostos explicitam uma visão crítica do mundo o que permite realizar a análise da realidade com características globalizantes, permitindo inter-

pretar historicamente os fenômenos nas suas relações, tanto nos aspectos micro quanto macro sociais.

A abordagem seguiu o marco filosófico-metodológico extraído dos pressupostos, apresentados nesse trabalho, pois entendo que este caminho permitirá identificar e analisar a realidade, considerando todos os cenários e atores.

3.4.1. Fontes de Informações:

- Literatura acerca do tema e suas inter-conexões;
- Documentos do sistema municipal de saúde (Secretaria Municipal de Saúde e Departamento de Saúde Pública);
- Documentos existentes nos Centros de Saúde pesquisados, registros em prontuários e outros documentos existentes ;
- Entrevistas com profissionais e usuários;
- Observações das situações vividas nas relações entre esses personagens. (Técnica de observação não-participante)

Todas as entrevistas com os trabalhadores e usuários foram feitas mediante consulta prévia, o mesmo ocorrendo no processo de observação.

Na observação foram considerados todos os mecanismos utilizados na unidade assistencial para o relacionamento com a população usuária do serviço, especialmente a forma comunicacional, seja individual ou coletivamente. A observação se estendeu a nível das relações entre os profissionais que fazem parte desta unidade e, especialmente, nas relações entre os profissionais e usuários nos atos de saúde, ou seja; consulta médica, de enfermagem, odontológica, vacinação e outros procedimentos.

Para cumprir essas etapas do trabalho, empreendemos uma conversa inicial com os trabalhadores de cada Centro de Saúde integrante dessa investigação.

Após a exposição do tema e do processo metodológico, inicialmente, passamos para o primeiro momento deste processo, a observação. Esta se deu em todos os horários de funcionamento de cada Centro de Saúde, nas diversas dependências, onde as ações assistenciais eram realizadas e com cada profissional que concordou previamente em participar. Como a demanda aos Centros de Saúde se dava majoritariamente à consulta médica e odontológica, se priorizou, a princípio, o acompanhamento destes profissionais, seguido dos enfermeiros e pessoal auxiliar de enfermagem. Todos os trabalhadores que estavam de acordo foram entrevistados e observados nas relações que os mesmos mantinham com os usuários, quer individual, quer coletivamente. Alguns trabalhadores não foram entrevistados e observados, por conta da não disposição deles em participar da pesquisa e/ou por não estarem presentes durante o processo de investigação.

Aos trabalhadores dos Centros de Saúde foi aplicado um questionário semi-estruturado (anexo 1) com o intuito de saber dos mesmos seu entendimento sobre o processo comunicacional nas relações entre os próprios trabalhadores, entre trabalhadores e usuários e entre instituição (Centro de Saúde) e população.

Com os usuários se aplicou, também, um questionário semi-estruturado (anexo 2). Adotamos como critério básico a explicação dos objetivos numa perspectiva dialógica com os usuários. Explicamos os critérios da entrevista que se conformava de 3 momentos e, se concordavam, faziam parte da amostra, quais sejam: primeiro, entrevista individual antes da ação assistencial (consulta médica, odontológica, de enfermagem e outros procedimentos tais como: vacina, curativo, injeção, etc.); segundo, acompanhávamos o usuário nessas ações, num processo de observação, considerando, essencialmente, o

relacionamento profissional e usuário; terceiro, voltávamos à entrevista, para finalizá-la.

No primeiro momento estávamos interessados em caracterizar o usuário que frequenta os Centros de Saúde; seu relacionamento com esses serviços e com o profissional que o atende; seu conhecimento acerca dos trabalhadores do Centro de Saúde ao qual está vinculado territorialmente; conteúdo e forma das informações recebidas, e se as compreendia; valoração que os mesmos fazem desses serviços; seu entendimento acerca do processo comunicacional entre Centro de Saúde e população e entre profissional e usuário.

No segundo momento, se deu a observação no espaço assistencial propriamente dito, que teve como objetivo principal caracterizar a relação entre profissional e usuário, a partir de alguns critérios comunicacionais, tais como: espaço para apresentação, para o diálogo, se ao usuário era permitido falar, contar sua história, duração do encontro, recomendações dadas pelo profissional e, no terceiro momento, voltávamos à entrevista para caracterizar 3 pontos, fundamentalmente, quais sejam: se o usuário sabia o nome do profissional que o atendera; se compreendeu as recomendações e se sabia o que fazer a partir delas.

A observação do ato de saúde propriamente dito sempre foi precedida de consulta prévia, tanto do profissional quanto do usuário. Como estratégia, adotamos os seguintes momentos da pesquisa:

- 1- exposição do projeto ao Secretário Municipal de Saúde e diretor do Departamento de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde;
- 2- apresentação e discussão com os trabalhadores das unidades básicas de saúde, que fizeram parte do estudo.

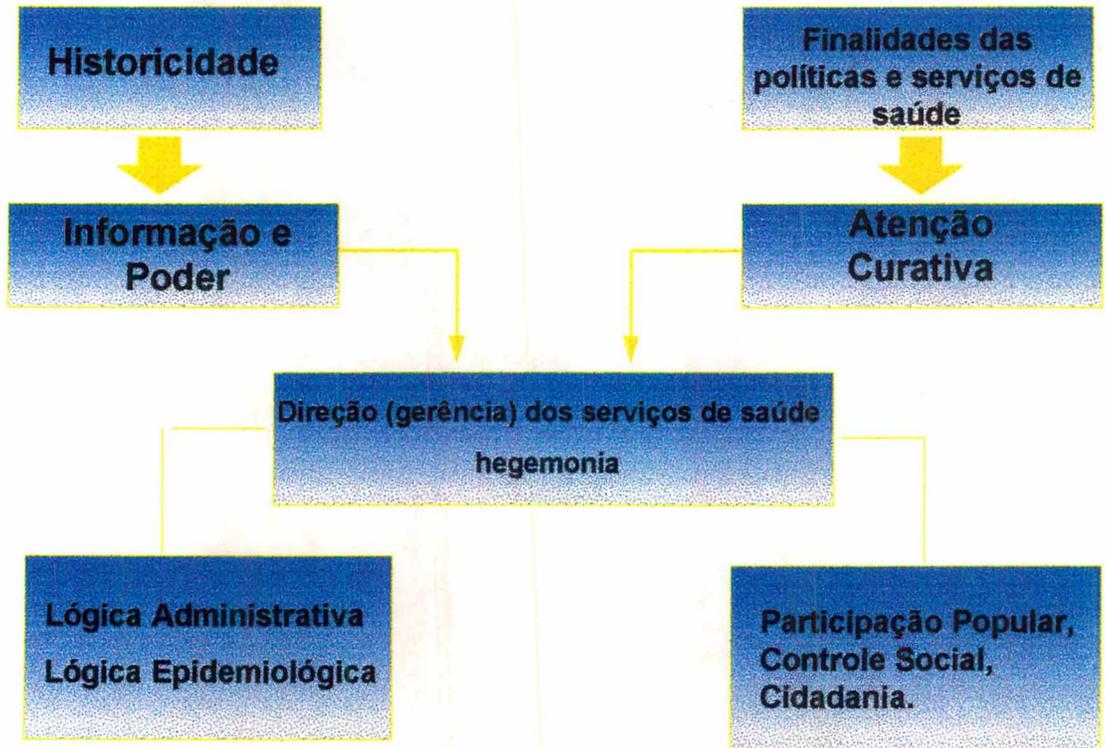
Este estudo está pautado pela análise qualitativa das informações e se realizou mediante resumo analítico da literatura, dos documentos, de depoimentos extraídos das entrevistas e das observações realizadas. A análise do conteúdo foi feita segundo critérios deduzidos dos pressupostos teóricos. Os dados quantitativos serviram como suporte da análise qualitativa. Neste sentido, utilizamos o tratamento estatístico descritivo com as freqüências e as porcentagens.

Algumas categorias conceituais aparecem como fundamentais para a análise. Entendemos, pois, que a compreensão mais abrangente da questão em pauta perpassa conceitos como hegemonia, poder, cidadania e participação.

Essas categorias e outras que surgiram no decorrer do estudo permitiram uma organização da análise das relações que se estabelecem entre a instituição de saúde (Centro de Saúde) e a população e entre os profissionais e usuários, nos atos de saúde, conforme se observa no diagrama 3. Esse processo teórico foi norteador de todo o estudo, desde a sua concepção até os resultados finais, caracterizando a relação entre Teoria - Prática - Teoria.

Para a entrevista foi utilizado o uso de gravação em fita cassete, com os dados de cada entrevistado: idade, sexo, profissão, usuário ou trabalhador do Centro de Saúde, jornada de trabalho, tempo de trabalho e se exerce função de direção no Centro de Saúde. As perguntas relativas ao processo de comunicação e informação na saúde foram abertas, estabelecendo-se um diálogo acerca do tema

DIAGRAMA 3 PROCESSO TEORICO INVESTIGATIVO NO ESTUDO DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.



Para o processo de observação nos atos de saúde como consulta médica, enfermagem, odontológica, vacinação e outros procedimentos foi também utilizado o sistema de gravação, para posterior análise do processo comunicacional, tendo claro que os determinantes aqui foram as observações. O processo de entrevista e observação se deu da seguinte forma: anotei as impressões e a palavra chave do processo comunicacional. Posteriormente, foi feita a entrevista. Nesse momento foi possível precisar alguns detalhes que porventura tivessem escapado das falas e que podiam enriquecer as impressões anotadas. Para as demais observações, foram consideradas apenas as impressões do observador.

Uma vez realizado este processo, e de posse das informações obtidas através dos documentos, foi feita a classificação desses conteúdos, buscando-se identificá-los segundo as categorias propostas nesse estudo. A categorização

se fez, primeiramente, para cada tipo de informação obtida, para posterior análise comparativa das mesmas.

O uso da palavra usuário, para designar as pessoas que freqüentam os Centros de Saúde da rede municipal de saúde de Florianópolis, tem referência ao fato de ser uma terminologia bastante usual no setor. Entretanto, lembramos que nossa concepção é de um sujeito com suas crenças, valores e cultura.

4-Resultados e Discussão

4.1.- Contextualizando

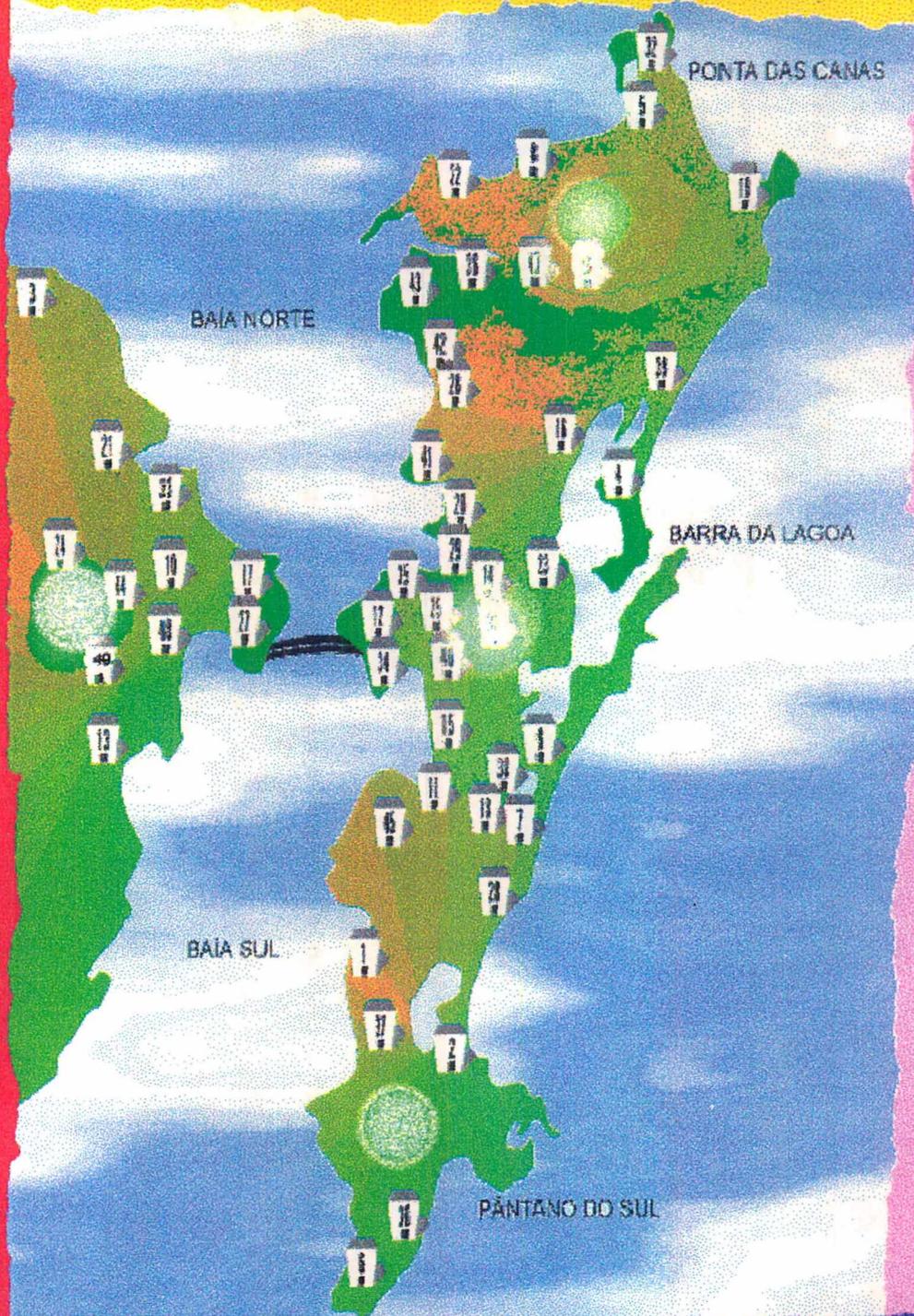
Este estudo foi realizado na rede básica de saúde⁹ do município de Florianópolis. O serviço de saúde, de responsabilidade do município, está assim organizado: Conselho Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Saúde Pública, Regionais de Saúde (em número de 5), 48 Centros de Saúde, (35 tipo I e 13 tipo II), uma Policlínica e um Laboratório. É considerado um dos municípios brasileiros com a melhor rede física, no âmbito da atenção à saúde em nível primário. (Observe mapa da rede básica de saúde do município na página seguinte).

O município de Florianópolis também comporta outros serviços em nível de atenção secundária e terciária, esses de responsabilidade do Governo do Estado de Santa Catarina e/ou do Governo Federal. Conta ainda com hospitais, clínicas, ambulatórios e serviços complementares (Rx e laboratórios) da rede privada, com a maioria das quais o Sistema Único de Saúde (SUS) mantém convênio.

⁹ REDE BÁSICA DE SAÚDE compreende os Centros de Saúde, policlínicas e serviços complementares ofertados e de responsabilidade do município de Florianópolis.

REDE BÁSICA DE SAÚDE

A porta de entrada para o SUS



F
L
O
R
I
A
N
O
P
O
L
I
S

Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social

Um ponto a ser considerado no âmbito das políticas públicas de saúde diz respeito à observação dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde. A esse respeito, vale ressaltar que os serviços de saúde considerados públicos, de competência do Governo do Estado ou do Governo Federal, não foram municipalizados, na sua maioria, em Florianópolis. Isso significa, na prática, enfrentamentos de problemas relativos ao sistema de referência e contra-referência, configurando-se em um dos entraves mais cruciais do atual sistema de saúde, culminando numa deteriorização de um dos aspectos fundamentais do SUS, ou seja, a acessibilidade a todos os níveis de atenção.

4.2.- Os Centros de Saúde.

Foram quatro os Centros de Saúde observados, três deles localizados na ilha de Florianópolis (norte, sul e centro) e um, no continente. São denominados Centro de Saúde A, B, C e D.

O Centro de Saúde A (CS-II) é diferente do B (CS-I) e estão localizados em áreas praianas do município, que no verão têm aumento considerável de população, em torno de 5 vezes mais, quando turistas aportam na cidade. O Centro de Saúde C se localiza no centro da cidade, numa das encostas que o margeiam, em um local de difícil acesso, pelo menos para uma parcela considerável deste bairro, especialmente para aqueles que residem ao pé da encosta. Para esses moradores é mais fácil frequentar outros centros, o que implica uma demanda aquém de suas possibilidades de atendimento. O Centro de Saúde D (CS-II) é diferente dos demais quanto à sua localização, não se situando na ilha. Fica no continente, em um bairro com características de favela. Esses dois últimos centros (C e D) estão localizados em bairros considerados não saudáveis, com inúmeros riscos para a saúde.

Dos quatros Centros de Saúde, um é de porte I, sendo característica ter no seu quadro de pessoal um médico generalista, um dentista, pessoal auxiliar de enfermagem e outros de apoio administrativo e/ou de limpeza. O enfermeiro não é previsto para este nível. Os outros três são de porte II, de modo que o quadro de pessoal comporta as especialidades básicas da medicina - clínica geral, pediatria e ginecologia e obstetrícia, além de odontólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem e/o Auxiliar de enfermagem e outros de apoio administrativo e de limpeza.

A área física desses centros não obedece a um padrão arquitetônico, tendo diferentes estruturas. Dois deles, A e D, necessitam de ampliações, para atender com mais qualidade a demanda e proporcionar melhores condições de trabalho.

Os consultórios médicos e odontológicos estão aparelhados com o mínimo necessário para atendimento à consulta, em nível primário. Nos Centros de Saúde A e C, o profissional enfermeiro não dispõe de espaço próprio, utilizando os consultórios médicos e/ou outros, quando disponíveis, para suas ações específicas.

Os locais para ações individuais em geral são bons, com exceção dos consultórios médico e odontológico do Centro de Saúde B. Os espaços para ações técnicas, como curativo, injeções, vacinas e outras, geralmente são pequenos, e neles são realizadas outras atividades tecnicamente incompatíveis, como, por exemplo, sala de curativo com injeções e farmácia.

A privacidade do atendimento individual é garantida apenas nos consultórios médico e odontológico. Pode-se evidenciar que os Centros de Saúde estão estruturados para as consultas médica e odontológica, esta última recentemente implantada, em quase todos, fato bastante importante. Queremos

chamar atenção para o fato de que não dispõem de espaços para as ações coletivas, o mesmo ocorrendo para as demais ações assistenciais desenvolvidas, reafirmando o modelo assistencial histórico deste tipo de serviço centrado no médico.

As salas de espera, em geral são pequenas, sem aconchego, visualmente desestimulantes. Os usuários, com frequência, esperam o momento de seu atendimento fora do prédio, muitas vezes preferindo ficar no sol. Este fato é bastante marcante em dois centros, A e D.

No primeiro, há uma sala que, além de servir de lugar de espera para os atendimentos correspondentes, é também um local para procedimentos como pesar, medir, aferir pressão arterial, fazer nebulização, dar orientações individuais e coletivas, abrir prontuários, fazer registros, etc. Não se trata, pois, de uma sala de espera com ambiente adequado para momentos de relaxamento antes da consulta. Na verdade se constitui num hall para acesso aos serviços oferecidos, mas com múltiplas funções, inclusive para os procedimentos pré-consulta médica.

No Centro de Saúde D há uma tentativa de tornar este ambiente mais agradável e de socialização de informações, com a utilização de vídeos informativos. Entretanto, o espaço físico é demasiadamente pequeno, tornando tais ações quase despercebidas nos momentos que antecedem à consulta médica, quando todos estão à espera do atendimento.

Há, inclusive, uma reivindicação da população para o aumento da área física nesse Centro de Saúde, sugerindo uma motivação que denota a desaprovação quanto às condições do mesmo. É de se pensar sobre quais outros aspectos levam os usuários a esse tipo de mobilização, uma vez que não está relacionada a questões puramente médicas.

A relação profissional entre médico, odontólogo, enfermeiro e população em cada Centro de Saúde é compatível com o recomendado pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde (SES, 1993), com exceção do existente no Centro de Saúde A. Neste centro, tanto o número de médicos quanto o número de odontólogos e enfermeiros é insuficiente para manter a relação preconizada, que é de 2.500 habitantes/profissional. O Centro de Saúde D não dispõe do profissional enfermeiro, embora ele seja previsto para esse tipo de centro (CS-II). O Centro de Saúde A ainda carece de pessoal auxiliar de enfermagem.

O horário de funcionamento desses Centros de Saúde deveria ser entre 7:00 e 18:00 horas; no entanto, normalmente, às 17:00 horas já se encontram fechados.

As formas de acesso à consulta médica têm variações quanto ao método. Nos Centros de Saúde B, C e D, as pessoas que desejarem atendimento médico devem comparecer ao local no mesmo dia da consulta e, dependendo da quantidade de pessoas que demandam os serviços, muitos poderão não ter suas consultas garantidas. No Centro de Saúde B foi percebido que dificilmente os usuários retornam às casas sem atendimento. Isso pode ser explicado pela relação médico e população, já referida anteriormente. Em relação aos Centros de Saúde C e D isso não ocorre, mesmo tendo uma proporção de médicos e odontólogos e população compatíveis, de modo que se pode dizer que sempre haverá um excedente não atendido. A explicação possível para isto, segundo os trabalhadores do Centro de Saúde D, é que também freqüentam esse centro pessoas de outras áreas, fora de sua jurisdição. Já para o Centro de Saúde C, é possível que a população residente seja maior

que a conhecida, uma vez que para esta comunidade têm se dirigido famílias de outros bairros e/ou de outros municípios.

O Centro de Saúde A funciona com agendamento de serviços, com distribuição de senhas, porém há variações quanto aos dias da semana, ou seja, o atendimento não é regular nesse tipo de atividade. Isso tem sido bastante criticado pelos usuários, principalmente no que se refere à restrição do atendimento em relação à demanda. Por essa razão, as pessoas têm organizado filas de espera desde 4 ou 5 horas da madrugada e, mesmo ficando até às 7:30 horas, quando se inicia a distribuição das senhas, nem sempre conseguem atendimento, o que os obriga a enfrentar outras madrugadas de espera. Para uma população de 14 mil habitantes, este centro deveria ter, no mínimo, de 5 a 6 médicos, para manter uma relação média de 1 médico para cada 2.500 habitantes, mas conta somente com 2 médicos.

O acesso à consulta odontológica, na maioria dos centros pesquisados, também se faz através de agendamento, ou seja, se abrem inscrições para a população, dando-se prioridade às crianças em idade escolar. Uma vez inscritos, inicialmente passam por um exame odontológico e, a partir daí, têm seu tratamento completo garantido. Apenas no Centro de Saúde C não se utiliza agendamento prévio. Ao contrário do atendimento odontológico do Centro de Saúde A, por exemplo, que tem uma demanda maior do que suas possibilidades de atendimento, a procura é bastante reduzida no Centro de Saúde C, considerando-se, inclusive, que neste existem dois odontólogos e no A apenas um. Um dado importante, que pode explicar essa baixa demanda aparente, é o fato do não cumprimento dos horários pelos profissionais, além da não existência de agendamento.

Parece que esse tipo de funcionamento está afastando os usuários. Outras razões possíveis para uma baixa procura dos serviços, como já dissemos anteriormente, são as dificuldades de acesso físico e descumprimento do horário previsto. Oficialmente, o Centro de Saúde tem horário de atendimento entre 7:00 e 18:00 horas e, com certa frequência, o expediente é encerrado antes, dependendo do término do atendimento médico do período vespertino. Significa que se a consulta médica acabar às 17:00 horas, é nesse horário que o centro encerra suas atividades.

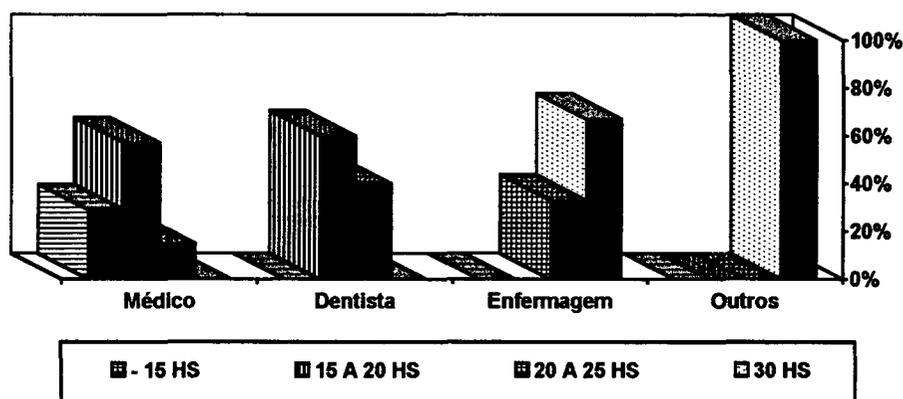
Uma discussão possível, que se pode extrair desse fato, é a contradição que se explicita nesta atitude, ou seja, de um lado o discurso preventivo e coletivo das ações de saúde desenvolvidas nesses centros e, de outro, a ação curativa materializada apenas na consulta médica. Merece, inicialmente, questionamento acerca do mito a respeito da população, de que esta não procura os Centros de Saúde para atividades de cunho educativo e preventivo. É possível esperar-se a participação da população mesmo quando formada de trabalhadores com nível econômico e de instrução baixos, com pouca experiência na mobilização pelos direitos à saúde, quando o próprio Centro de Saúde não está preparado para isto?

Os horários para consulta médica, especialmente, não são instituídos e respeitados, ou seja, variam muito, obrigando os usuários a esperarem longo tempo pelo atendimento. Com frequência, o usuário volta para sua casa sem ser atendido, uma vez que, também com certa frequência, os profissionais faltam ao trabalho, sem aviso prévio. Esta situação de desrespeito e descompromisso profissional tem sido aceita como normal entre os trabalhadores da saúde, raramente se tornando ponto de reflexão entre eles. Para os usuários, já é de uso corrente a expressão “horário de médico”, para

designar situações em que alguém não cumpre horários. Embora reclamem entre si, não têm o hábito de cobrar diretamente de quem os atende ou de seus superiores. Do ponto de vista ideológico, se apresenta uma situação em que a categoria médica, historicamente, tem se comprometido muito mais com as exigências institucionais que, em tese, representam e referendam as necessidades dessa classe hegemônica na saúde. Marx já dizia que as idéias dominantes em uma sociedade são as idéias da classe dominante, que, conseqüentemente, determinam o que é importante numa situação, (Marx e Engels, 1979).

Conforme se observa no Gráfico 1, de maneira geral os horários de trabalho não são cumpridos. Vale ressaltar que apenas dois trabalhadores têm contrato de 20 horas semanais, sendo ele, para os demais, de 30 horas.

GRÁFICO 1 - HORAS TRABALHADAS NOS CENTROS DE SAÚDE, POR CATEGORIA. FPOLIS, 1996



No Centro de Saúde A se observou o índice mais baixo em relação às horas efetivamente trabalhadas, chegando os profissionais a cumprirem menos de 30% da jornada de trabalho, principalmente o profissional médico.

No Centro de Saúde B, especialmente, se ouvia com freqüência por parte do médico a seguinte declaração:

'...médico não tem horário para chegar...tem outros trabalhos...vocês devem ficar tranquilas, que eu vou atender a todos...' (t 11)¹⁰

Esse profissional chegava, com frequência, atrasado, embora permanecesse por um período compatível para o atendimento de todos os que se encontravam presentes. Entretanto, observamos que alguns usuários desistiam de ficar esperando e iam embora. Os demais esperavam o atendimento, o que significa, para muitos, permanecerem até as 12:00 ou 13:00 horas. Sempre que ocorria este fato, o médico ficava só, pois as atendedoras iam embora, segundo elas porque sua jornada de trabalho havia terminado. Mesmo que o tempo cumprido não completasse as jornadas estabelecidas em seus contratos, cada qual cumpria um horário à sua vontade, fossem médicos ou pessoal de enfermagem.

Cabe aqui um comentário preliminar sobre a compreensão coletiva da instituição pública, que, ao que parece, está muito associada à falta de regras, descaso, desrespeito aos cidadãos que, afinal de contas, pagam seus impostos. O público se tornou o sinônimo de “sem dono”, “de ninguém”, de algo que não precisa e não tem nenhum tipo de controle. Criou-se uma cultura do não-compromisso.

Nos horários em que esses Centros de Saúde não têm a presença do médico, a demanda é quase inexistente, fato mais uma vez explicado pelo fato desses centros, assim como os demais da rede, estarem centrados na consulta médica, individual e curativa. Em um dos Centros de Saúde, o B, não há nem mesmo atividades de prevenção específica, no caso, vacina.

¹⁰ A letra "t" simboliza o trabalhador de saúde entrevistado e o número ao lado corresponde à ordem do mesmo no Banco de Dados.

Nos Centros de Saúde A e B, não há qualquer tipo de participação da comunidade, seja em atividades desenvolvidas por estes centros, seja na sua organização. Aliás, se percebe com bastante evidência que a relação instituição e população é conflituosa. Ouve-se com frequência, na sala de espera, os usuários reclamarem do modo como são atendidos, materializado isso por atos de indelicadeza, de uma postura profissional inadequada, além de haver certo abuso de poder entre as pessoas que determinam o acesso à consulta médica, especialmente. Foram percebidos certos pactos de ambas as partes:

'...eu te coloco na frente, te asseguro uma consulta mas, você não deve falar mal de nós...' (t 1)

De outra parte, também percebemos que os usuários utilizam mecanismos para burlar a norma estabelecida, na maioria das vezes sempre bem sucedidos. Quando a burla é percebida, porém, são francamente advertidos, numa clara demonstração do exercício do poder.

Em um desses Centros de Saúde, num determinado dia, uma usuária necessitava de uma consulta, pois estava com "amigdalite". Percebendo que não iria conseguir ser atendida pelo clínico geral, em virtude do excesso de demanda deste dia, apelou para ser atendida pelo ginecologista. Uma vez no consultório, iniciou a sua história. Entretanto, como o médico não estava lá para atender tais problemas, ignorou por completo a necessidade da paciente e passou a realizar uma consulta ginecológica. Quando estava finalizando, ao despedir-se da paciente, ocorreu o seguinte diálogo.

Dr. e o meu problema?

Ah!, disse o médico, você me enganou direitinho mas, como você fez tudo aqui, eu vou lhe encaminhar para o clínico.

Dito isso, chamou a coordenadora do centro e pediu para que ela fosse encaminhada ao clínico geral e a cliente foi medicada por ele (o clínico geral),

mesmo sem ser examinada. A coordenadora percebeu o que havia passado e reprovou, dizendo:

'... na próxima você não vai passar por cima dos outros...'

(t 1)

A paciente saiu absolutamente faceira. Ao comentar com ela sobre o ocorrido, ela respondeu:

'...o que não se faz para ser atendida.... eu, inclusive, havia feito o preventivo na semana passada...' (u 12)¹¹

São situações típicas num Centro de Saúde, em que certos estratagemas são introduzidos para romper barreiras no sistema. Sem questionar sua propriedade, o fato é que no mundo concreto, ao não ser respeitado, o indivíduo busca formas de impor suas necessidades, mesmo à custa da quebra de regras. Não são comportamentos massivos, mas denotam uma espécie de resistência à estrutura, quando esta não se põe a serviço das pessoas, mas ao seu próprio funcionamento. Como diria o acendedor de lampiões, no livro de Exupéry- “são regras, meu jovem, há regras...”

No Centro de Saúde C começa a haver um maior relacionamento com a população, especialmente, a partir da realização da *oficina de territorialização*¹², o que tem incrementado uma maior participação e decisão da população na organização do Centro de Saúde, através do Centro

¹¹ A letra “u” simboliza o usuário entrevistado e o número ao lado corresponde à ordem do mesmo no Banco de Dados.

¹² *OFICINA DE TERRITORIALIZAÇÃO* é uma metodologia utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde para promover o planejamento das ações locais de saúde. Participam desta oficina representantes do Nível central, os trabalhadores do Centro de Saúde onde a oficina se realiza e a comunidade organizada. Durante uma semana, este grupo se reúne para discussões e elaboração do planejamento. Nesta metodologia está incluída a visita e reconhecimento da área de abrangência. São discutidas as prioridades e o planejamento se dá com base nessas prioridades estabelecidas no grupo. Tem, fundamentalmente, o objetivo de cumprir um dos objetivos do SUS- a descentralização e a democratização, além do trabalho na saúde voltar-se para o atendimento das necessidades de saúde do bairro, aqui entendidas não apenas as necessidades relativas ao serviço de saúde, mas todas aquelas circunstâncias que estão interferindo no estado de saúde da população.

comunitário, o mesmo ocorrendo com os trabalhadores, que participam das atividades do bairro. Também ocorre um atendimento extra-muro, seja nas escolas, seja em visitas domiciliares realizadas pela enfermeira e pelo técnico de enfermagem. Também há participação, especialmente por parte da enfermeira, nas atividades organizativas da comunidade, via Conselho Comunitário.

Segundo os trabalhadores desse centro, após a realização da oficina começa a haver um maior relacionamento entre instituição e comunidade, havendo mais respeito mútuo. Geralmente, em tempos que antecederam a esta oficina, havia conflitos entre ambos, ocorrendo, inclusive, atos que desagradavam tanto à população residente quanto aos trabalhadores.

Hoje, segundo os trabalhadores desse centro, assim como a população, tudo está diferente. Entretanto, diz uma trabalhadora:

'...ainda é muito cedo para emitir qualquer opinião...' (t 19)

Assim como o Centro de Saúde C, o Centro de Saúde D também realizou oficina de territorialização, uma das primeiras experiências realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, há 2 anos atrás. Percebe-se um maior vínculo dos trabalhadores com a comunidade, havendo um controle das ações programadas, em conjunto com a população. Inclusive, a comunidade opinou na escolha do coordenador, embora não tenha votado diretamente.

Há, com frequência, reunião com a comunidade, levada a cabo pelos diversos trabalhadores, especialmente os de enfermagem. Percebe-se um maior engajamento da comunidade nas ações de saúde desenvolvidas. Inclusive, muitos dos equipamentos existentes no local foram doações feitas pela comunidade, conseguidas através de projetos desenvolvidos pela Pastoral da Saúde, através de um trabalho comunitário realizado por religiosas.

A partir da contextualização dos locais onde se realizou a pesquisa, pode-se evidenciar uma certa descontinuidade das políticas de atendimento, deixando margem a focos de poder dos técnicos que organizam seu trabalho, de acordo com seus próprios interesses.

As questões estritas da hegemonia médica se perdem nos conteúdos gerenciais das unidades, de modo que se evidenciam mais as questões de estrutura e funcionamento do fluxo do atendimento que as questões ligadas à filosofia do modelo do SUS, ou do próprio conteúdo da consulta.

Se tínhamos antes a crítica do modelo individual curativista como parcial, hoje sonhamos com um mínimo de competência e efetividade deste mesmo modelo. A perversidade das políticas liberalizantes no Brasil está muito além da sua pretendida privatização das instituições de saúde, pois denota um profundo e contínuo empobrecimento dos programas públicos de atendimento, a ponto de empurrar uma parcela enorme da população para o duplo pagamento de seguros sociais, um público, obrigatório, e um particular, nem sempre voluntário. Considerando-se o enorme contingente de brasileiros sem emprego, em condições miseráveis de vida, pode-se ter uma medida da grandiosidade da a

partação existente no país, aprofundada no sistema público em relação às políticas neo-liberalizantes na saúde.

A política de saúde proposta pelo governo federal está de acordo com a política apontada pelo Banco Mundial (BM), conforme Laurel (1994), o que atende aos objetivos dessa política neoliberal, especialmente para os países ditos subdesenvolvidos. O projeto estabelecido prevê a privatização contínua dos setores sociais, especialmente a saúde, que somente sob circunstâncias extremas será considerada tarefa pública. Um segundo aspecto é a adequação

das políticas às prioridades do ajuste fiscal, significando, dentre outras, a diminuição e reestruturação do gasto social, incluindo-se aqui, especificamene, o gasto em saúde.

Um outro aspecto referente às políticas públicas que se pode qualificar são aqueles objetivos que amortizam os custos sociais e políticos para o ajuste. Para esse fim, os esforços consistem em construir um discurso social, centrado no combate à pobreza (Laurell, 1994).

A descentralização dos serviços de saúde, aqui entendida como um dos princípios do SUS, tem significado para o governo brasileiro desocupar-se ou desresponsabilizar-se dos aspectos relativos

à saúde, materializados na diminuição considerável do gasto público em saúde e no escasso controle sobre o trabalho realizado nesses setores.

No estado de Santa Catarina, particularmente em Florianópolis, os recursos destinados à saúde são subdimensionados em relação à demanda, embora com menos problemas que em outras regiões do país. Em cada 4 reais gastos em saúde, no município de Florianópolis (CMS,1996), por exemplo, apenas 1 real é proveniente de outras fontes (federal e estadual).

A importância que se dá à saúde tem sua materialização no investimento que se faz no setor. Dentro dessa ótica, está se estampando o descaso que os governos têm em relação à saúde, especialmente o Governo Federal, com sua política social desvinculada dos problemas mais emergentes no país. É exemplo desse abandono a própria saúde. Entretanto, há experiências no Brasil que têm demonstrado sensibilidade e vontade política para investir em saúde, como parece ser o caso de Florianópolis, em que pese todas as dificuldades encontradas, especialmente no campo financeiro.

4.3 - A paciência e a senha

Um aspecto apreendido da realidade dos Centros de Saúde observados, são *a paciência e a senha* - é característica dos usuários a paciência e a dos Centros de Saúde, a senha.

Cada Centro de Saúde adota critérios diferentes para a distribuição das senhas, que dão direito a uma consulta médica ou odontológica. Uma vez cumprido o ritual da senha, o usuário necessita de uma dose a mais de paciência - a espera pelo profissional do SUS primário¹³.

Essa paciência frente à ordem estabelecida em cada centro parece não ser sempre tão passiva. Embora esses centros tenham suas portas abertas às 7 horas, desde muito cedo os usuários se organizam na perspectiva de ver seu problema resolvido. Em alguns deles os próprios usuários controlam suas filas; em outros, há inclusive usuários que não necessitam deslocar-se tão cedo, pois suas senhas estão asseguradas por intermédio de privilégios entre os amigos que trabalham no local. Entretanto, em um dos centros, uma trabalhadora de enfermagem se desloca para o trabalho um pouco antes de seu horário previsto, para facilitar a vida dos usuários.

Há filas, mas não como as de antigamente. Entretanto, em função do não agendamento, especialmente para a consulta médica, em 3 dos Centros pesquisados há problemas quanto à espera e à incerteza no atendimento. O usuário, nesses centros, deve deslocar-se, num primeiro momento, para conseguir sua senha, que o obriga a chegar muito cedo. Uma vez com a senha assegurada, o usuário, ou retorna à sua casa, voltando no horário previsto para o atendimento médico, ou fica esperando por esse momento, o que representa,

¹³SUS PRIMÁRIO corresponde à rede básica de saúde de responsabilidade do governo municipal

muitas vezes, uma espera de 4 a 5 horas. No Centro de Saúde onde há agendamento, o problema é mais complicado

para o usuário; o mesmo ocorre em determinado dia da semana e em horários diferentes, de acordo com a especialidade médica, obrigando-o a chegar ainda mais cedo, madrugada. Uma outra agravante é que, nesse centro, a relação médico/população está bastante aquém das necessidades assistenciais.

Ocorrem pelo menos dois fatos que merecem uma discussão. O primeiro é relativo ao não agendamento. Que razões determinam esse estilo de trabalho que não inclui a possibilidade para o usuário, em qualquer momento do dia, agendar uma consulta, como ocorre nos consultórios particulares, por exemplo? Parece-me, que há uma relação direta com o pensamento hegemônico na organização dos serviços de saúde, de modo que a saúde pública destinada a essa camada da população, os que freqüentam o SUS em nível de atenção primária, devem pensar que esses serviços são uma “benesse” do sistema público e não um direito. O segundo fato com o agendamento estabelecido, é relativo às normas existentes que, se não cumpridas, inviabilizam o acesso às ações propostas neste caso. Os horários pré-estabelecidos de maneira geral ferem a dignidade dos indivíduos pois, em função do número de profissionais destinados à consulta ser insuficiente, o usuário é obrigado a ficar na fila por muitas horas, na tentativa de ver seu problema resolvido, além de gerar conflitos entre a população, fruto da competição, em busca de um atendimento. Uma dose de paciência é “necessária”.

Esse problema é mais relativo à consulta médica ou odontológica. Já a consulta de enfermagem, por ser uma atividade ainda recente e, também, ainda

não absorvida pelos próprios serviços e pela população, não constitui problema ao usuário quando este dela necessita.

Entretanto, para o SUS secundário¹⁴, ou seja, para ações assistenciais especializadas, a situação se torna trágica. A partir da reorganização dos serviços de saúde, para o acesso à atenção especializada, o usuário deve passar primeiramente pelos serviços de atenção, em nível primário. Conseqüentemente, aquela fila que todos nós, com certeza lembramos, “a fila do INPS”, agora está deslocada para os Centros de Saúde, onde se apresenta de forma diferente, ou seja, a fila do telefone. Um trabalhador de cada Centro de Saúde é responsável para marcar, por telefone, a consulta com o médico especialista ou odontólogo. A característica fundamental desse trabalhador é ser paciente.

Todas as manhãs dedica um par de horas discando um certo número (o da central de marcação de consultas), muitas vezes sem sucesso, obrigando ao usuário a uma outra dose de paciência para permanecer na fila invisível do sistema secundário das ações assistenciais do SUS.

Ainda mais paciência precisa o usuário para compreender quando o momento da consulta médica, especialmente nos Centros de Saúde observados, não passa de um encontro impessoal, sem permissão ao diálogo, rápido, na maioria deles não ultrapassando a média dos 5 minutos.

Por outro lado, o atendimento nos ambientes coletivos são cenas teatrais: não temos esse medicamento..., nebulização só às 11:00 horas..., não há

¹⁴ SUS SECUNDARIO: conhecido como a CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS. Este serviço integrante do Sistema de Saúde de responsabilidade estadual é o trágico no sistema local de saúde. É trágico porque os tais especialistas sumiram...os tais especialistas se negam a dar consultas através do SUS.O trágico para este trabalhador é repetir ao usuário todas as manhãs: hoje não deu, volte amanhã, telefone. O trágico para o usuário é esperar 1 mês ou quase 1 ano para ver sua necessidade atendida. Mais trágico ainda é imaginar que esse encontro com tais especialistas não passará de 3 a 5 minutos.

espaço..., agora não posso atendê-lo... meu horário já acabou..., não tem mais ficha..., o médico está numa reunião, não vem hoje..., hoje estou com muita pressa...meu consultório..., o espaço vazio...não há médico consultando..., esta semana não tem atendimento odontológico...o equipamento quebrou...! Um cartaz avisa o horário do médico, geralmente não cumprido.

Essas cenas retratam o cotidiano dos Centros de Saúde - o espaço público das ações assistenciais de saúde é lugar para o exercício da paciência sem objetivo, por pura necessidade de sobrevivência.

Será que o espaço comunicacional é possível aí, com uma estrutura de trabalho em que cada um faz o seu trabalho e vai embora; de um local centrado apenas para atender corpos doentes; de uma estrutura física preocupada apenas com o lugar da consulta médica e/ou odontológica, não considerando outras possibilidades para se tornarem ambientes de reflexão e de relaxamento, frente a um encontro que, afinal, desnudará a intimidade do usuário?

4.4. Os usuários dos Centros de Saúde

Os usuários entrevistados, num total de 50 pessoas, são residentes em bairros da região norte, sul, centro e continente do município de Florianópolis, respectivamente, pertencentes às áreas de abrangência dos Centros de Saúde pesquisados e, na sua maioria, são mulheres (84%). Isso pode ser explicado por duas condições: primeiro, os Centros de Saúde funcionam apenas no período diurno. Segundo, em geral os homens trabalham fora, especialmente neste grupo populacional considerado mais desprotegido, tanto econômica quanto instrucionalmente e os seus horários de trabalho são incompatíveis com os dos Centros de Saúde. São, portanto, as mulheres que dão conta da questão “saúde”, as que cuidam dos filhos e, como foi observado, as que também

tentam resolver os problemas da família, quando seus membros estão doentes, como por exemplo, solicitando remédios, requisição de exames, etc. Foi freqüente, nas consultas observadas, as usuárias, além de tentarem resolver seus problemas, também buscarem soluções para os problemas de seus esposos, filhos maiores, pedindo receita de medicamentos, mostrando exames complementares dos familiares, enfim, fazendo numa consulta um inventário das mazelas de toda a família. Essa estratégia obscurece a demanda real, encoberta pela consulta “familiar”.

Observei com freqüência, especialmente no Centro de Saúde B, falas parecidas com a que segue:

‘...Dr. meu marido não pode vir, está trabalhando, poderia dar um remédio para ele. Está com ‘tal’ problema. Para o meu filho, também...’

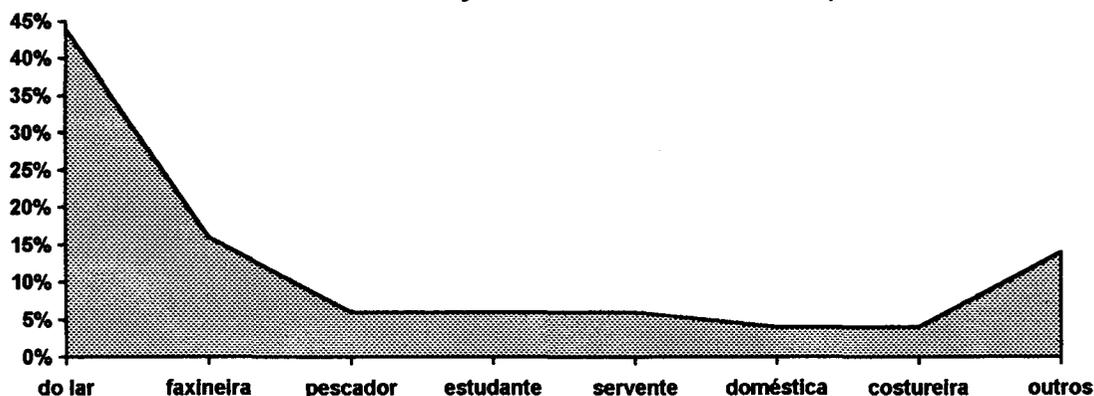
Também foi freqüente a solicitação de medicamentos ao pessoal de enfermagem, que depois eram prescritos em receituário próprio, pelos médicos responsáveis.

O fato dos Centros de Saúde não funcionarem no período noturno ou terem seus horários, na maioria deles, não ultrapassando as 18:00, acresce uma tarefa a mais na vida diária das mulheres, ou seja, procurarem esses centros para resolverem problemas de saúde de sua família, uma vez que, majoritariamente, as pessoas que freqüentam os Centros de Saúde são casadas.

Este fato poderia ser simplesmente analisado sob a ótica de que, sendo as mulheres as que permanecem em casa, com os afazeres do lar, é razoável pensar que esta tarefa lhes coubesse. Embora, como já mencionado anteriormente, a maioria das mulheres possa estar desempregada, ainda temos que observar a inserção dos usuários no mundo do trabalho, pois 48% destes têm emprego, sendo que 40% são mulheres. Segundo o Gráfico 2, as

ocupações mais freqüentes entre as mulheres são de faxineira, servente, doméstica¹⁵, sendo ainda o maior contingente daquelas que se auto-denominam do lar. Parece, então, que, independente da mulher trabalhar ou não fora do lar, a tarefa do cuidado à saúde da família fica por conta dela.

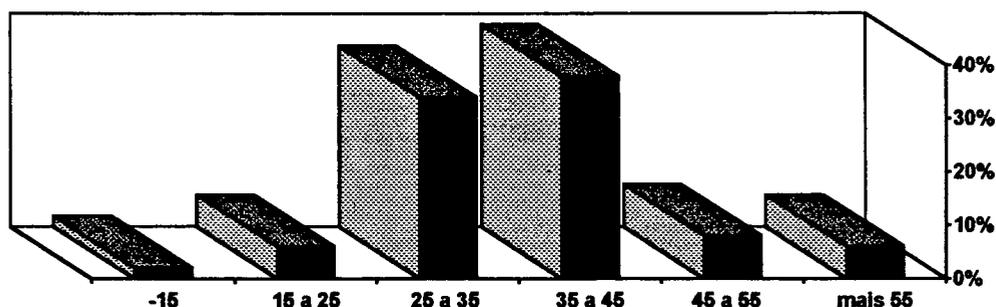
GRÁFICO 2 - OCUPAÇÃO DOS USUÁRIOS. FPOLIS, 1996



Em relação à idade, conforme se observa no Gráfico 3, majoritariamente os usuários do sistema no nível do Centro de Saúde pertencem ao grupo populacional economicamente ativo, ou seja, entre 25 e 45 anos. Por serem mulheres, na sua maioria, parece ser mais adequado pensar em mulheres em idade fértil, mais sujeitas ao desemprego, tanto por razões de ordem cultural (as mulheres cuidam das crianças enquanto estas são dependentes), quanto por razões ligadas ao sistema produtivo (as grávidas ou com filhos pequenos não são assíduas no emprego).

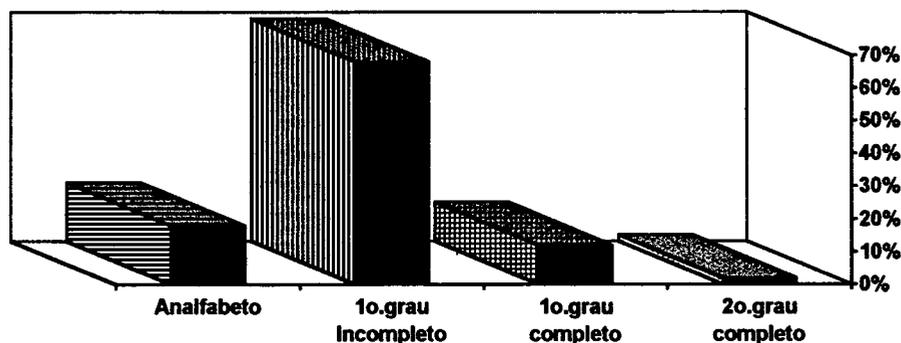
¹⁵ O uso da palavra doméstica é para referir àquelas mulheres que trabalham como empregadas domésticas

GRÁFICO 3 - IDADE DOS USUÁRIOS. FPOLIS, 1996



Já com relação à escolaridade, a grande maioria dos usuários não completou o primeiro grau, sendo que, inclusive, grande parte frequentou apenas de 2 a 3 anos a escola. Chama também a atenção o percentual elevado de analfabetos (18%), conforme se observa no Gráfico 4.

GRÁFICO 4 - ESCOLARIDADE DOS USUÁRIOS. FPOLIS, 1996



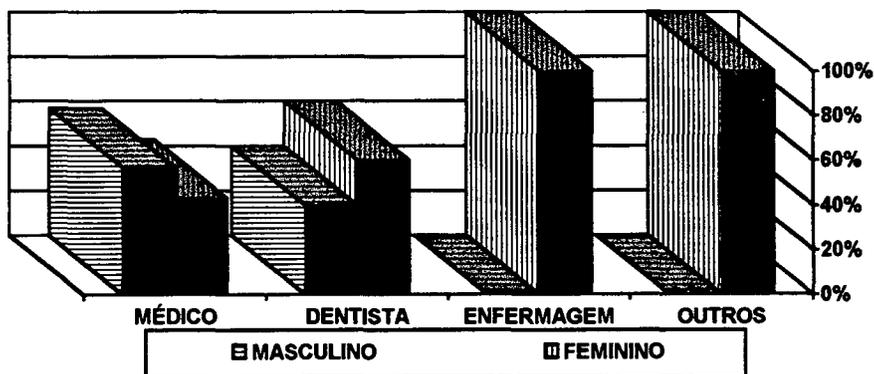
Este quadro de escolarização é um indicador que pode apontar aos Centros de Saúde algumas pistas quanto à maneira de comunicar-se com a população. Ao que parece, não têm ocorrido tais preocupações pois, geralmente, se comunicam prescritivamente, através de cartazes, não havendo espaço ao diálogo. Uma outra análise que podemos fazer é que, dependendo de como se expressam os profissionais, a terminologia utilizada e o tempo dedicado aos encontros com os usuários podem significar dificuldade para a compreensão das orientações dadas. Além disso, não há qualquer preocupação com outras formas comunicacionais que não a verbal, com a rapidez no

atendimento, com a impessoalidade na relação, com os gestos materializados no “não olhar”, no “não escutar”, por exemplo.

4.5. Os trabalhadores dos Centros de Saúde: aqui, cada um faz o seu trabalho e vai embora...

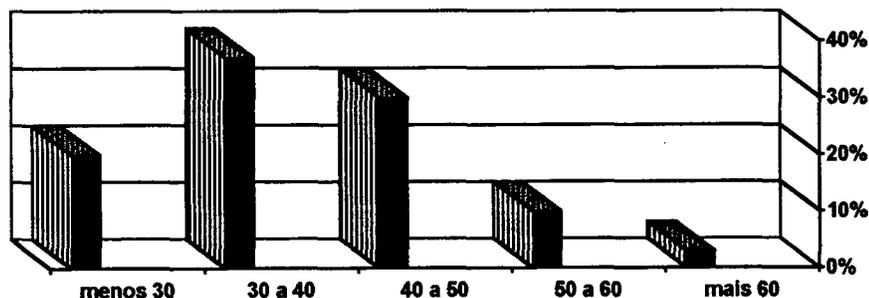
Os trabalhadores entrevistados e observados nos Centros de Saúde pesquisados, num total de 30, em sua maioria, pertencem ao sexo feminino, confirmando a regra de que, na área da saúde, a presença desse sexo é bastante forte, especialmente dentro da categoria enfermagem, conforme se observa no Gráfico 5

GRÁFICO 5 - SEXO DOS TRABALHADORES, SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL/OCUPACIONAL. FPOLIS, 1996.



Quanto à idade, a maioria encontra-se na idade madura da vida, isto é, a idade produtiva, entre 30 e 50 anos. Para ilustrar, observe o Gráfico 6.

GRÁFICO 6 - IDADE DOS TRABALHADORES. FPOLIS, 1996



De todos os trabalhadores, a maioria tem formação específica. Destes, 7 são médicos, 5 são dentistas, 2 são enfermeiras, 6 são técnicos de enfermagem e 1 é auxiliar de enfermagem. Dos demais, sem formação na área da saúde, 6 são atendentes, 2 são auxiliares administrativos e 1 é auxiliar de serviços gerais. A maioria dos trabalhadores com formação específica têm mais de 5 anos de formados e, destes, a metade tem mais de 10 anos. Também a maioria trabalha nos Centros de Saúde pesquisados há mais de 3 anos. Alguns, há mais de 10 anos.

Como podemos observar, os dados que caracterizam os trabalhadores dão mostras de que, na rede básica dos serviços de saúde no município de Florianópolis, a maioria tem formação específica na área de saúde, ao mesmo tempo que uma parcela considerável tem uma experiência significativa nos respectivos centros, o que poderia, a princípio, nos indicar um maior vínculo destes profissionais com a população usuária desses centros, especialmente. Como veremos a seguir, entretanto, os dados demonstram que, independentemente da quantidade de anos trabalhados nos respectivos centros, não há indicação direta de maior relacionamento ou mesmo conhecimento dos problemas mais evidentes.

Quanto ao regime de trabalho, a maioria tem contrato formal de 40 horas semanais. Entretanto, em acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, os trabalhadores percebem remuneração por 40 horas e trabalham 30. Apesar do acordo, como já referenciamos anteriormente, apenas os trabalhadores de enfermagem e os auxiliares administrativos e operacionais, na sua maioria, cumprem a jornada de trabalho acordada. Dentre os trabalhadores que menos a cumprem, estão os médicos e dentistas, chegando a permanecer em seu posto de trabalho menos de 30% de sua jornada, caso concreto de dois trabalhadores. Entretanto, menos da metade dos trabalhadores tem outro

trabalho, o que poderia significar maior disponibilidade para cumprir sua jornada contratual.

Nos quatros Centros de Saúde, dentre os trabalhadores das categorias médica e odontóloga, apenas um médico e um dentista não têm outro trabalho. É fato evidente a não dedicação exclusiva para o trabalho em saúde coletiva. Os motivos dessa não dedicação à ação coletiva em saúde são muitos. Dentre eles, segundo os trabalhadores, o salário percebido é determinante. Sob outro ângulo, sabemos que as políticas sociais implantadas em nosso país dão mostras de um descaso quanto aos recursos destinados à área de saúde, o que, de certa forma, inviabiliza o pagamento de salários dignos aos trabalhadores. De qualquer modo, esse fato não pode justificar o abandono ao cumprimento de um contrato de trabalho.

Um outro aspecto passa, possivelmente, pela especificidade do trabalho em saúde coletiva que, historicamente, sempre foi desvalorizado e sem estímulos, além de que a formação desses profissionais é dirigida quase que totalmente para a área curativa e hospitalar.

Muitos questionamentos podem ser feitos nesse momento. Certamente não responderemos a todos; entretanto, é necessário explicitá-los. É lícito ganhar integralmente e cumprir um terço da jornada? Por que essa diferença entre o profissional que atende e o usuário que o procura? Será que uma faxineira ganha seu salário completo trabalhando apenas um terço do que deveria trabalhar? Que relação tem tal atitude frente ao coletivo? Diante do não cumprimento da jornada, pode isso ser considerado como um ato de corrupção ou uma impunidade? Por que se tornou regra, para certos profissionais da área da saúde, não adotarem uma postura de respeito ao usuário?

É fato conhecido, e já comentado anteriormente, que o serviço público parece representar, para certas categorias, especialmente o médico, um bico a mais na sua jornada de trabalho diário. De maneira geral, os serviços públicos não têm controle sobre seus trabalhadores. De outro lado, esses têm como cultura o não cumprimento da jornada de trabalho; entretanto, isso não explica tudo. O que possivelmente pode explicar esse abandono ao cumprimento do contrato de trabalho pelo médico, especialmente, é que esta categoria tem um peso decisivo na constituição concreta de um dado modo de produção de serviços de saúde, modo esse aceito pela própria instituição, que os introjeta como a única saída para lidar com essa força hegemônica, pois ela mesma é dirigida, na maioria dos casos, por essa categoria, deixando, portanto, de ser considerado um ato de desrespeito, pelo menos sob esse ponto de vista.

A maioria dos trabalhadores, mesmo diante de um quadro salarial baixo, segundo eles, estão satisfeitos com o que fazem. Podemos extrair das próprias falas algumas indicações desse gostar, como por exemplo:

'...faço o que gosto...até estou satisfeita com o salário...a comunidade é boa de trabalhar...faço seis horas...é menos estressante...os pacientes vêm a tua procura...' (t 2)

'faço o que gosto...a população está próxima de mim e eu dela...com a saúde pública o conceito de atenção a saúde, do dentista, mudou...agora já não é um bico a mais...agora interessa o coletivo...' (t 4)

Já com relação às razões da insatisfação no trabalho, os trabalhadores apontam como mais importantes as condições inadequadas e a falta de trabalho em equipe. Aqui as falas se expressam por si mesmas.

'...adoro o que faço, sinto prazer em atender a comunidade...agora, eles [da Secretaria Municipal de Saúde] não reconhecem o nosso trabalho' (t13)

'...aqui, [no Centro de Saúde] eu não consigo fazer o que deve ser feito...as condições são precárias...além do mais, o trabalho não é em equipe...' (t 9)

'...como médico, estou satisfeito, faço o que gosto...não estou satisfeito porque o trabalho não é em equipe...' (t 11)

'...com a comunidade estou bem...gosto de trabalhar com ela...agora, eu ainda tenho problemas com a organização do centro...é preciso mudar a forma de trabalhar... buscar o trabalho em equipe...aqui cada um faz o seu trabalho, isoladamente...' (t 19)

Mesmo diante de um quadro salarial aquém das necessidades sentidas pelos trabalhadores, encontramos pessoas que cumprem seus compromissos, como expressa uma técnica de enfermagem, quando diz:

'...eu estou insatisfeita pelo salário que é muito baixo, mas estou satisfeita com o meu trabalho...isso não tira a minha responsabilidade de atender bem...' (t 23)

Por outro lado, há também respostas que não expressam o sentimento anterior, como vemos a seguir.

'...eu não estou satisfeita porque o objetivo do posto é dar assistência àquela mãe que não pode ter uma consulta particular e isso não é cumprido. É incoerente eu reclamar, eu ganho por 40 horas e trabalho 12 horas mas, o meu salário não dá e não dá para fazer isso. Então, você entra no jogo e entrar no jogo significa produzir 90 consultas semanais e em 3 dias...claro, isso baixa a qualidade da assistência...' (t 8)

Essa fala nos leva a pensar muitas coisas, inclusive para perguntar: não é essa pessoa e todos nós que pagamos os impostos e não é com esse dinheiro que é pago o seu salário? Esse pensamento de benemerência nas ações ditas “públicas” é bastante comum entre os trabalhadores de saúde. Os fatos, muito mais que as falas, podem demonstrar ao usuário esse sentimento e podem passar a idéia de que, se se lhe faz um favor, o usuário deve portar-se obedientemente e sem reclamar, cumprindo as regras e normas desses centros,

como o que foi dito por um profissional, quando indagado acerca da comunicação entre o Centro de Saúde e população.

'... é muito interessante... eles [os usuários] reclamam muito nas filas mas...quando chegam no consultório, estão calmos...te tratam bem...o problema é chegar até aqui...'. (t 4)

Será que nos espaços específicos do atendimento, ele também não é cobrado como um favor? Se o que se faz é um favor, quem recebe não deve cobrar nada, nem mesmo em relação ao horário, que sempre é o que melhor se adapte ao trabalhador, ao invés de o ser para o usuário. Não há nenhuma pesquisa sobre as conveniências dos usuários e nem mesmo dos trabalhadores, para que se possam considerar alternativas adequadas a ambos. Assim, cada trabalhador apresenta suas razões, muito pessoais apenas, para definir sua jornada. Aqui, a ética é relativa: quando não traz prejuízos para mim, eu faço o que posso e não o que deveria, eu cumpro a norma das 90 consultas semanais. Ao usuário resta esperar, um dia, quem sabe, ter um atendimento digno e de direito.

Aparece com bastante evidência e, de certa forma, expressando um sentimento de “não prazer” no trabalho, o fato desse não se realizar em equipe, quando dizem, “aqui cada um faz o seu trabalho”. A divisão do trabalho está irremediavelmente posta na realidade estudada, não como uma necessidade técnica, mas arbitrariamente, onde cada qual faz uma parte, à sua escolha, não importando as desconexões de conteúdo que essa partes possam ostentar entre si. Além disso, a solidariedade e o respeito mútuo parecem passar distante do cotidiano das pessoas. Os fragmentos do processo de trabalho na saúde não se juntam. Esses elementos podem ser mais bem interpretados, a partir das falas dos trabalhadores, como a seguir.

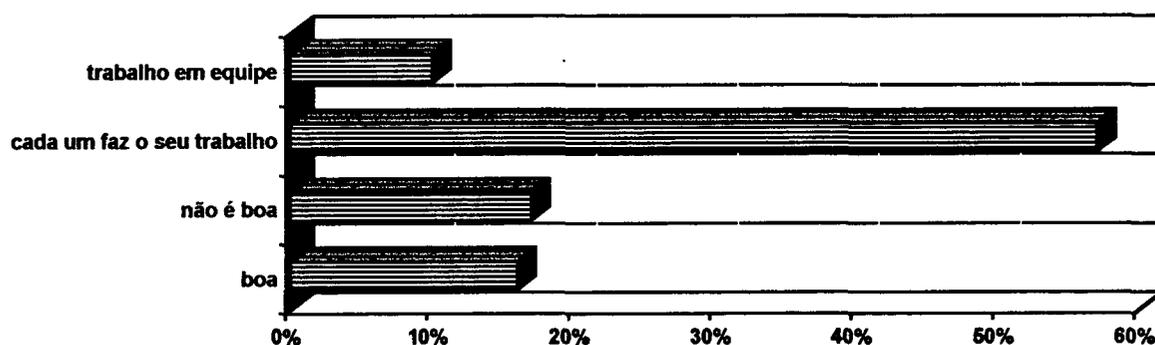
'...as pessoas aqui [no Centro de Saúde] estão insatisfeitas com o que fazem, cada um fica na sua... a enfermagem entre si ainda combina um pouco mais...' (t 3)

'...eu tenho a minha auxiliar e a minha relação é com ela...'
(t 5)

A respeito do processo comunicacional entre os trabalhadores, ficou explícito que, apenas do ponto de vista interpessoal, essa comunicação é considerada satisfatória. Entretanto, é uma comunicação casual e administrativa. Os encontros são para reafirmar regras, não para discuti-las. O sentar junto, o discutir, o planejar, o sentir, o escutar, o falar, são elementos desconhecidos no processo comunicacional.

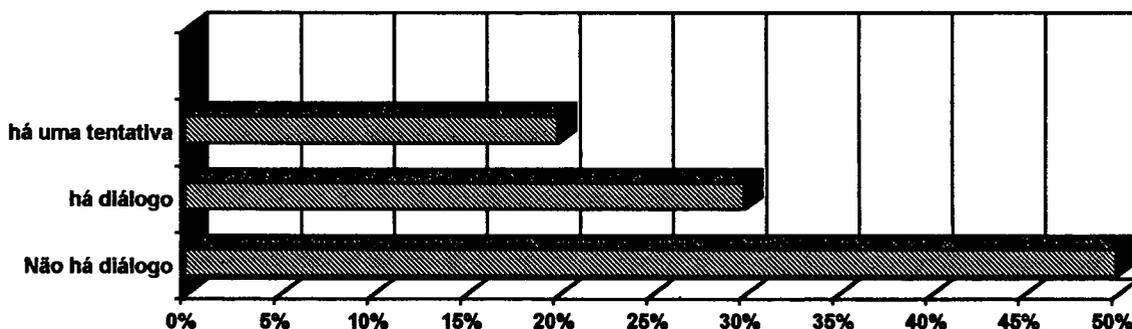
A comunicação nas relações de trabalho propriamente dito aparece, como podemos observar no Gráfico 7, com um forte afastamento dos elementos do processo de trabalho na saúde, agravado pela não existência de diálogo, como

GRÁFICO 7 - COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES DE TRABALHO, SEGUNDO OS TRABALHADORES. FPOLIS, 1996.



podemos observar no Gráfico 8.

GRÁFICO 8 - COMUNICAÇÃO ENTENDIDA COMO DIÁLOGO PELOS TRABALHADORES DOS CENTROS DE SAÚDE. FPOLIS, 1996



A fala de uma trabalhadora ajuda a compreender que, no local de trabalho, as pessoas são peças de uma engrenagem, ligadas apenas por um mesmo contrato, não tendo nenhuma outra relação, nenhuma solidariedade, nenhum compromisso comum, enfim, sem o prazer de estarem juntos e o de construir algo em comum, em benefício da comunidade. Diz ela:

'...aqui [no Centro de Saúde] o diálogo não é bem vindo...aqui debes pensar antes de falar...aqui debes saber não se meter no trabalho do outro...' (t 2)

Essa comunicação casual pode ter sua explicação na inexistência de organicidade no trabalho, acrescido ao fato que o papel do coordenador desses Centros de Saúde não é um trabalho de liderança, de direção, mas de controle. Em muitos dos Centros de Saúde, quem coordena são pessoas ligadas à categoria de enfermagem, o que pode, em tese, explicar o abandono às regras estabelecidas mutuamente. Uma vez que o centro hegemônico está ligado a outra categoria, a dos médicos, são esses, em sua maioria, os que não cumprem suas jornadas de trabalho, chegam no horário que lhes é conveniente e outras insubordinações.

Esses aspectos até aqui levantados se refletem, sem dúvida, na comunicação entre os profissionais e a população. As falas dos trabalhadores

a respeito denotam como “ruim” essa comunicação se referida ao âmbito do coletivo, materializada na permissão ou não de acesso ao atendimento médico ou odontológico, por exemplo. Em todo caso, o medo relativo à autoridade é forte. Um outro aspecto a ser considerado são as condições de trabalho e o modelo assistencial proposto, centrado na doença e individual, que dificulta esta relação, como a fala de um profissional médico, quando diz:

‘...acho tão ruim...tem algo errado...aqui nós temos os recursos humanos, medicamentos e a população reclama muito, não há organização...falta alguma coisa para integrar...’ (t 8)

4.6. Assimetria na comunicação

Nas páginas que seguem, apresento os aspectos relacionados à comunicação entre trabalhadores e usuários e entre instituição (Centro de Saúde) e população.

Como podemos perceber nos Gráficos 9 e 10, há incongruência sobre a importância nas formas comunicacionais, verbal e não verbal, reconhecidas pelos trabalhadores e usuários. Segundo os trabalhadores, a comunicação verbal é percebida como mais efetiva nas suas interações pelo usuário. Entretanto, é a forma não verbal que é considerada mais importante para os usuários.

GRÁFICO 9 - INDICAÇÃO DA FORMA COMUNICACIONAL CONSIDERADA MAIS COMPREENSIVA PELOS USUÁRIOS. FPOLIS, 1996

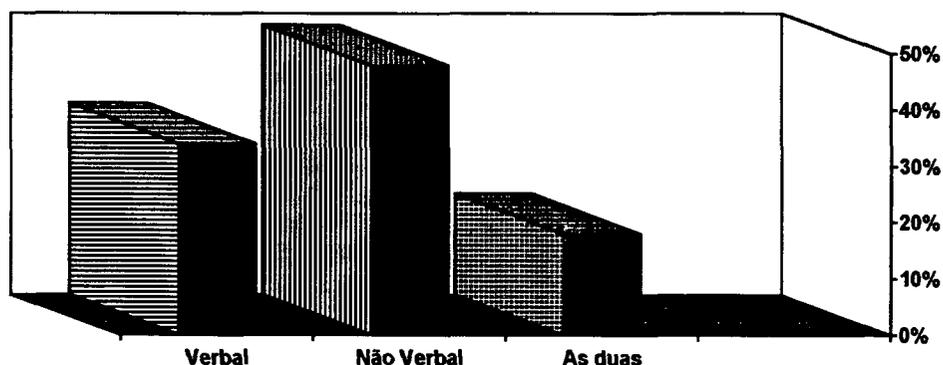
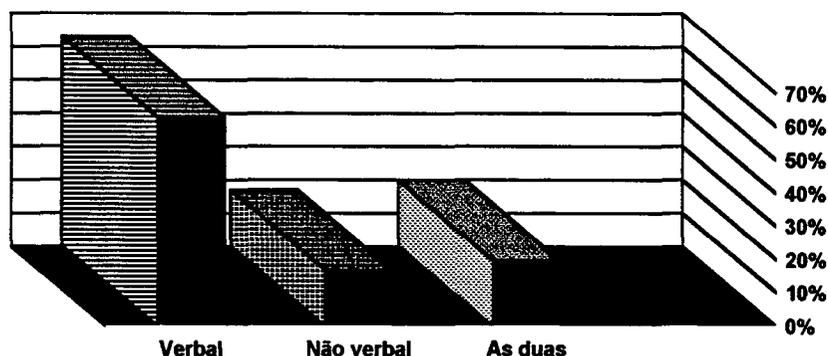


GRÁFICO 10 - INDICAÇÃO DA FORMA COMUNICACIONAL CONSIDERADA MAIS EFETIVA PELOS TRABALHADORES. FPOLIS, 1996



É preciso reafirmar que o espaço comunicacional compreende, além da fala (expressão verbal), também os gestos, o lugar onde se realiza a interrelação, o olhar, o escutar; esses são elementos não considerados pelos trabalhadores, nas interrelações com os usuários, importando, ao que parece, repassar a mensagem, sem se considerar os aspectos de relação. Desse modo, temos um encontro empobrecido que, embora repleto de comunicações de ambos os lados, não chega a se constituir num diálogo. Além disso, há que se considerar que não está em questão somente a adequação comunicacional, mas a efetividade da própria consulta ou orientação. Há perdas não apenas na relação humana, mas também na relação técnica.

Frente a isso, fica difícil para o usuário compreender as mensagens dos profissionais. Isso se agrava pelo quadro instrucional dos usuários que, normalmente, ainda se colocam numa postura bastante submissa, não esboçando qualquer reação frente à não permissão de espaços para falar durante a consulta, especialmente entre médico e usuário, como podemos perceber numa consulta observada e relatada a seguir.

a) Momento da consulta.

O usuário entra no consultório. Não observei aquele intróito característico de um encontro de pessoas que não se conhecem ou que não se vêem por um período. Aspecto importante para estabelecer uma comunicação, o momento da apresentação ficou no vazio; não houve aperto de mão, não houve convite para sentar. O usuário também adotou a mesma postura, esperando que a iniciativa fosse do profissional. Estava aí um corpo, não um sujeito dotado de emoções, crenças, cultura, costumes. Um encontro de desiguais, ou seja, de antemão estava estabelecida a diferença.

b) Uma história por contar.

O médico perguntou o nome, idade e anotou na ficha de produtividade, sem olhar para o usuário.

O usuário, também com olhar perdido, respondeu com voz quase inaudível.

__ Eu sou fulana... tenho 30 anos...

__ Qual é o problema, perguntou o médico?

__ Dr., eu estou com tal problema, respondeu o usuário.

d) O desfecho.

O médico dirigia seu olhar à parte corporal doente, quando olhava. Sem diálogo, não aprofundou, não pareceu necessitar de informações adicionais.

e)  término de um encontro casual.

__Aqui está a receita, passe ali, as meninas lhe dão o remédio. Marque a consulta com o especialista e volte quando tudo estiver pronto.

O médico anotou na ficha do usuário e na ficha de produtividade, encerrando a consulta.

Quase tão chocante que não requer análise. A cena se expressa por si mesma. O saber corporificado e o poder de intervenção sem abrir-se às possibilidades do outro, afinal o interessado direto. A decisão ficou por conta do detentor do saber. A história é contada pelo lado hegemônico, porque a verdadeira, aquela balbuciada pelo usuário, ficou no vazio, nem sequer é anotada.

Por outro lado, também não se faz questão de que o usuário ouça as prescrições, já que alguém há para interpretá-las, de modo que a última determinação o usuário não ouviu, pois já estava sendo convidado a sair.

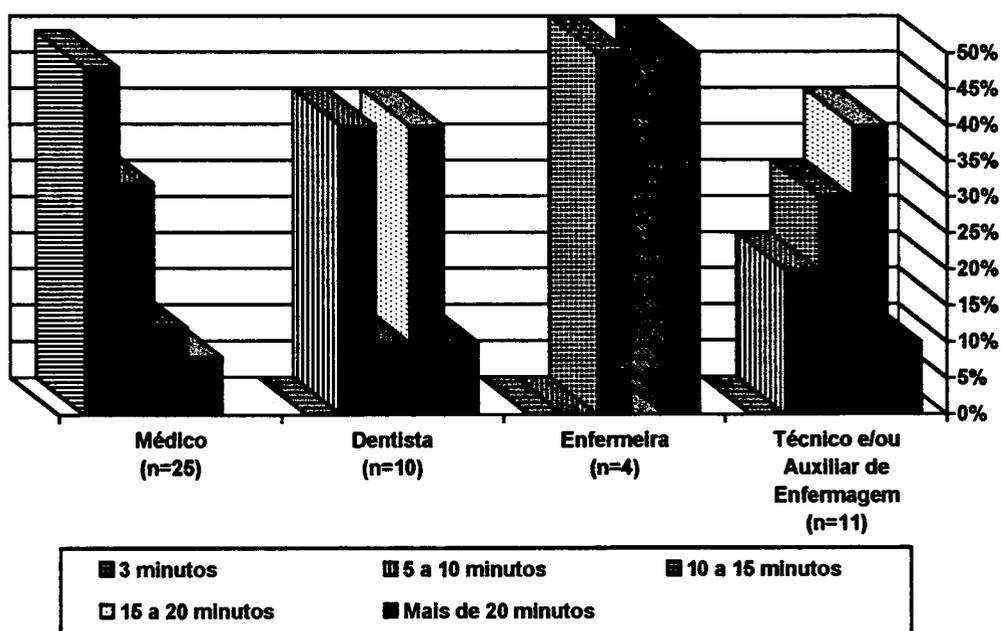
Não houve despedida. Como não houve encontro, para que serve a despedida? Era, de fato, o singular em um corpo, a diarreia, a lombalgia, a hipertensão, que iam sem despedir.

Este é o cotidiano de um profissional, repleto de racionalidade científica, de objetivismo. Os corpos dóceis de outra classe subjugada se perdem nas representações simbólicas de uma instituição, geralmente criadas e nem sempre tão representativas para o usuário.

Um aspecto que reforça esse distanciamento nos espaços de consulta médica, por exemplo, é o tempo dedicado a ela. Como podemos verificar no

Gráfico 11, esse tempo, em sua maioria, não passa de 3 a 7 minutos. Entretanto, quando os trabalhadores foram questionados acerca desse tempo para dedicar a uma consulta dialogizante, eles referiram que não poderia ser menos que 20 minutos. O que se pode deduzir é que o atendimento, na realidade, está pelo menos 4 vezes inferior ao ejado pelos próprios trabalhadores, pelo menos no discurso.

GRÁFICO 11- TEMPO DEDICADO AO ATENDIMENTO PELOS TRABALHADORES. FPOLIS, 1996.



Esse fato indica que não há diálogo nas relações entre os usuários e profissionais; o que transparece é um forte distanciamento desses atores sociais. O saber não é compartilhado e a adoção de uma postura distante indica um poder explícito pela representação da autoridade que sabe, que não necessita da participação do interessado nos encaminhamentos a serem dados frente ao problema de saúde.

Como explicar esse distanciamento dos médicos? Quando esse distanciamento começa a ter forma mais consistente?

É provável que o distanciamento tenha se estabelecido a partir da introdução da ciência positivista, a partir do momento em que ela se torna hegemônica como modelo de relação baseado apenas em fatos concretos, objetivos. O espaço para a subjetividade fica em segundo plano. É aceitável o que é comprovável. Não é aceitável o generalizado. O médico só pode falar a um cliente desde uma posição científica conclusiva, pois esse cliente não considerará um “eu acho”. Ou dói, ou não dói. O tangível é o que prevalece. Isso pode ser parte da explicação do distanciamento.

De outra parte, os médicos são educados como técnicos para resolver problemas específicos. No meio científico se espera que o técnico esteja fortemente interessado em compreender o problema e em ter alternativas de solução. Não se está interessado, em princípio, que um mecânico, por exemplo, me trate de uma forma angelical, mas que conserte o carro. O mecânico deixa ou não o carro consertado e eu vou criticá-lo ou não, mas não porque não conversou, não porque não foi amável. Minha aprovação estará dirigida a fatos concretos: foi bom técnico porque resolveu meu problema.

Pode-se fazer um paralelo a isso na atenção à saúde, desde que se mantenha o mesmo ponto de vista. O “bom” médico resolve o problema, não porque foi amável, não porque conversou. Na verdade ele tem sido treinado para responder e conversar uma posição objetiva, de alguém que observa um objeto com olhar clínico, decifrador de um problema técnico. Como tal, usa o espaço da consulta para tratar da doença, sendo isso o que melhor pode fazer.

Critica-se o médico e outros profissionais de saúde por não terem maior aproximação com o cliente, não utilizando o momento da consulta como possibilidade de diálogo, onde a vida real e inteira dos sujeitos usuários possa ser exposta até o ponto desejado e necessário. Na verdade não são treinados

para isso, o que aprofunda as distâncias já postas pela apartação social dos que procuram os sistemas públicos de saúde.

Há muito que as escolas se tornaram os prepostos da ciência, assumindo as estratégias de relação técnica como fundamento do treinamento profissional.

Assim, os técnicos olham através das pessoas, perscrutam seu corpo por dentro, sem ver o homem, a mulher, a criança, enfim, o ser humano como humano. Afastaram-se da lógica anterior de ver a doença como um problema de todo o organismo, do todo o ser humano. O olhar clínico emudeceu a fala e fechou a escuta para penetrar num pedaço do corpo, seja coração, seja pulmão ou fígado, e estabelecer aí o foco de sua atenção.

O paradigma na medicina está estabelecido - o comprovável é o aceitável, mas somente aquilo que o olhar clínico alcança.

A crítica a esse modelo de relação clínica, à não possibilidade de espaços dialógicos dentro das ações assistenciais de saúde, não é para que o médico deixe de ser um bom técnico, mas para que ele inclua nas relações terapêuticas o que é do humano, ou seja, as dimensões do social, do cultural, do subjetivo na objetividade do problema de doença.

Pfifferling, apud Helman (1994:83), analisando os conceitos e premissas subjacentes à profissão médica, coloca alguns aspectos e, dentre eles, destacamos alguns. Diz ele: “a profissão é centrada no médico, é ele, e não o paciente, quem define a natureza e os limites do problema do paciente; as habilidades intelectual e diagnóstica são mais valorizadas do que as habilidades de comunicação; os ambientes escolhidos para o atendimento, os consultórios, por exemplo, são freqüentemente da conveniência dos médicos; centradas no caso, as decisões são tomadas sobre um caso isolado de uma doença e, por último, é dirigida aos processos biológicos quantificáveis”.

Como fala Helman (1994:84), durante o processo de formação médica, os acadêmicos passam por uma espécie de “endoculturação”, quer dizer , “adquirem uma cultura particular dos problemas de saúde, que durará durante toda a sua vida profissional”. Segundo esse mesmo autor, as premissas básicas à atuação do médico podem ser assim interpretadas: seu trabalho está baseado na “racionalidade científica, ênfase sobre a mensuração objetiva e numérica, ênfase em dados psicoquímicos, dualismo mente-corpo, com uma visão das enfermidades como entidades e ênfase sobre o paciente, não na família ou na comunidade”.

Uma outra questão que se acrescenta nessa discussão passa-se no âmbito da ética, porque a falta de comunicação é uma das bases para ser mais ético no processo terapêutico. Porque a comunicação pode se constituir num elemento de re-distribuição do saber e, portanto, do poder. E, quando se fala aqui de ética e poder, se está estabelecendo o caráter do direito dos cidadãos, não somente no espaço político da vida social, mas também no espaço das subjetividades em contato na consulta médica, entre outros.

Se tratarmos eticamente as questões centradas na comunicação em geral, poderemos dizer que há um princípio universal, não porque ele esteja acima dos demais, mas porque dificilmente alguém vai se opor a ele. Esse princípio ético preceitua que toda pessoa merece respeito (Rawls, 1990; Mahcin, 1990). Se ela está doente ou sadia, se tem uma cultura, se tem uma nacionalidade, merece respeito para além de qualquer de suas características. Do diálogo descrito nas páginas anteriores, pode-se inferir que o mais universal dos princípios éticos não foi considerado nas relações entre o profissional de saúde e o usuário.

Um segundo princípio diz respeito à justiça e à equidade (Rawls, 1990; Mahcin, 1990). Esse princípio parece ser mais complexo. O que se quer dizer com esse princípio? A que prática e equidade nos reportamos? As pessoas dizem, muito facilmente, que os indivíduos não têm porque serem discriminados. O acesso aos bens sociais e, dentre eles, o acesso às informações, num processo dialogizante deve ser garantido. Ninguém se opõe a isso; entretanto, sua complexidade tem ramificações que implicam necessariamente as partes envolvidas, quer dizer, a ambos os envolvidos numa relação terapêutica devem ser dadas as possibilidades de escolha sobre o desenvolvimento das ações. Pelo que podemos apreender dos fatos observados, tampouco esse princípio foi observado, como se percebe em uma das falas de um trabalhador, quando questionado acerca das prioridades que dava às informações para o usuário. Disse o trabalhador:

'[...] sobre a doença eu dou umas pinceladas[...] eu não gosto de falar quando eu estou examinando, isso é coisa do médico[...] a medicação, isso sim, ele deve seguir as minhas recomendações[...]' (t 8)

Essa fala também denota que o espaço de diálogo está repleto de coerção. O saber médico exerce um poder sobre a existência humana, o que transforma os corpos dos indivíduos em objetos para a ação clínica.

Será razoável perguntar, neste momento, se o usuário que frequenta os Centros de Saúde passa por discriminação? Ele é visto como sujeito na realidade observada?

Os trabalhadores, quando indagados acerca de como é a comunicação entre Centro de Saúde e população usuária responderam, majoritariamente, não ser boa. Outras falas dão margem a uma outra análise e, de certa forma, isso

vai ao encontro do questionamento elaborado anteriormente. O princípio da equidade não se realiza, como bem demonstra a expressão a seguir.

'...eles são mal educados...são ignorantes...eles não entendem...'
(t 6)

Isso pode ser avaliado nos Gráficos 12 e 13. Há congruência acerca do processo de comunicação estabelecida entre Centro de Saúde e população, ou seja, entre trabalhador e usuário. Ambos sabem que não se comunicam bem. As interações são conflituosas e o que se diz não tem muita importância. Fica claro que não há comunicação entre instituição (Centro de Saúde) e a população.

GRÁFICO 12 - COMUNICAÇÃO ENTRE CENTRO DE SAÚDE E POPULAÇÃO, SEGUNDO OS TRABALHADORES. FPOLIS, 1996.

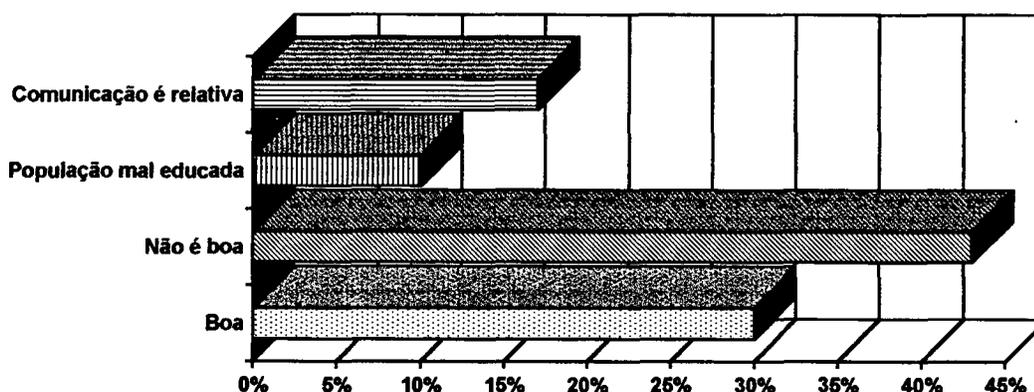
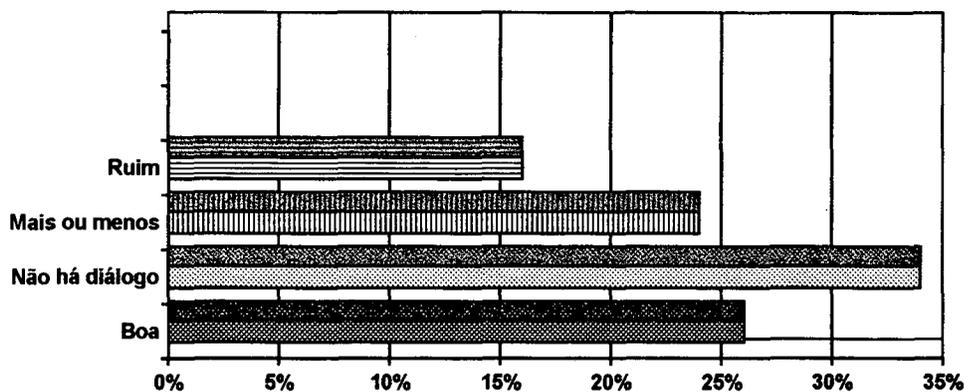


GRÁFICO 13 - COMUNICAÇÃO ENTRE CENTRO DE SAÚDE E POPULAÇÃO, SEGUNDO OS USUÁRIOS. FPOLIS, 1996



A maioria dos informantes, sejam trabalhadores, sejam usuários, concordam que a comunicação entre ambos não é boa, embora uma outra parte considerável a considere boa. Há, portanto, alguma divergência, que considero significativa, indicando pelo menos que as expectativas das pessoas são diferenciadas, ou então que não têm uma adequada concepção de comunicação. É algo que merece estudos mais aprofundados.

Por outro lado, como considerar a efetividade da comunicação nos serviços de saúde quando se desconsidera o princípio fundamental da relação interpessoal que é a equidade? A compreensão dessa seqüência estabelece a natureza da relação. Se assim não for compreendida, vamos sempre encontrar conflitos nessa relação; portanto, o que se diz nesses serviços acaba por não ter importância aos usuários, como expressa a fala de um deles.

'...o que dizem [as pessoas do Centro de Saúde] não tem importância para nós...' (U 23)

Não tem importância, provavelmente, porque não diz respeito a suas vidas. O ritual cumprido está na "receita" o resultado total da relação, sem que a impessoalidade do mesmo se constitua a buscar essa referência como exclusiva busca. Tudo o mais deixa de ter importância.

Um terceiro princípio fala a respeito da beneficiência ou má beneficiência das ações sociais. Supõe-se que devam buscar o maior benefício, para o maior número de pessoas, com o menor dano (Rawls, 1990; Mahcin, 1990).

É possível que o organizador responsável pelos serviços de saúde tenha objetivos mais científicos, mais técnicos, de modo que as pessoas para esse organizador são objetificadas em suas ações normalizadoras. Os tempos curtos, as ações precisas, os diálogos poupados, as prescrições inquestionadas são movimentos corriqueiros nos Centros de Saúde.

Os indivíduos que procuram os Centros de Saúde pesquisados, conforme os dados anteriormente demonstrados, nos dão conta de que pertencem à classe social trabalhadora pobre.

E é para esta classe social que os Centros de Saúde estão organizados, pobres também, tanto na sua concepção metodológica, quanto na sua prática diária, traduzindo-se em pobreza de recursos humanos, para dar conta de questões mais abrangentes e determinantes do estado de saúde. As questões subjetivas do usuário são pobres também no que diz respeito aos equipamentos necessários para o atendimento às necessidades epidemiológicas locais. Esta situação, em que se estruturam serviços empobrecidos para populações empobrecidas, é a face perversa da ação neo-liberalizante de um modo de produção que vai assim se acomodando às novas exigências da moral e das lutas populares, sem alto custo no empreendimento.

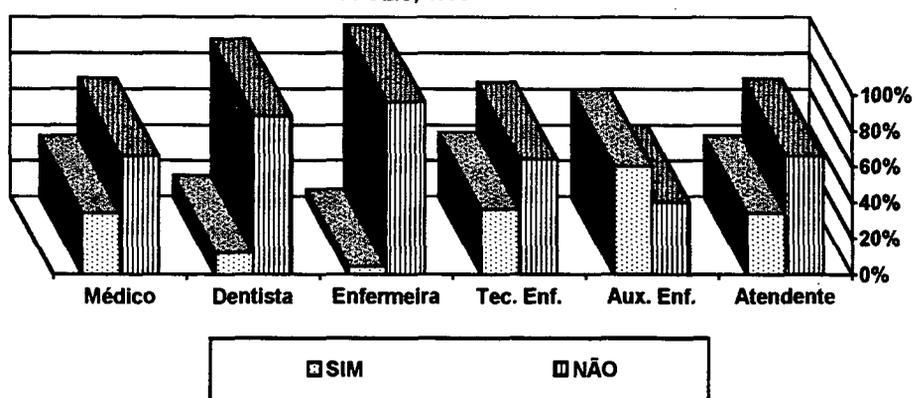
Mais uma vez, os Centros de Saúde atendem os corpos dos indivíduos, ficando esquecido qualquer esboço de expressão dos sujeitos políticos que os procuram. Há uma tentativa em melhorar as relações entre o profissional e o usuário. Entretanto, ainda permanece a relação onde o saber se sobrepõe aos espaços de intersubjetividade, com um componente forte de disciplinarização dos atos de saúde. O conhecimento do usuário, sua participação nas decisões de como encaminhar as soluções de seus problemas esbarram nos espaços ditos profissionais, tornando-se competência do profissional que atende. Por isso, em muitas ocasiões, os usuários acabam por não cumprir as ordens dadas. De fato, mais de 30% dos usuários informaram não seguir as recomendações dadas, especialmente quando se trata de medicamentos.

Quase a totalidade dos entrevistados vive nos bairros onde os Centros de Saúde se situam e também, majoritariamente, procuram-no para resolver seus

problemas relativos a doenças (88%). Dentre os problemas mais frequentes que motivaram as pessoas a procurarem esses centros estão: problemas dentários, problemas respiratórios, hipertensão arterial sistêmica, orientações e técnicas específicas, problemas osteomusculares, problemas gastrointestinais, problemas urinários e outros. Por si, esses dados poderiam se constituir em informações para estratégias preventivas, deixando de ser quantidades estatísticas sem utilidade.

Tentando aprofundar mais a questão da comunicação entre técnicos e usuários, foi perguntado aos usuários integrantes dessa investigação se conheciam as pessoas que trabalham nos Centros de Saúde pelo nome e se podiam relacioná-los às suas respectivas categorias profissionais. De modo geral, as mais conhecidas eram o técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, médico e atendente. O Gráfico 14 demonstra as variações sobre esse aspecto.

GRÁFICO 14 - RECONHECIMENTO DOS TRABALHADORES DOS CENTROS DE SAÚDE PELOS USUÁRIOS.
FPOLIS, 1996



Analisando os dados específicos de cada unidade, eles nos indicam que é no Centro de Saúde D que a equipe é mais “lembrada” pelos usuários e isso pode ter uma outra explicação relacionada à participação da população na organização e planejamento das ações de saúde, além da participação dos

trabalhadores na vida diária da comunidade, nos eventos culturais e organizativos, fato que ocorre com mais frequência, especialmente após a oficina de territorialização.

Quer dizer, na medida em que há envolvimento dos indivíduos nas ações de saúde, seja a nível do Centro de Saúde, seja a nível das ações comunitárias, a comunicação entre ambos é mais efetiva; portanto, a busca de uma participação efetiva tende a transformar os serviços de saúde em mais humanizados e éticos.

Já com relação aos trabalhadores, exceto médicos e dentistas, todos são identificados como enfermeiros. Apenas um dos usuários sabia o nome do enfermeiro. Também neste trabalho identificamos uma certa confusão quanto à denominação “enfermeiro”, assim como, para os demais trabalhadores, sejam eles técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, atendentes. Também não foram feitas relações às suas respectivas profissões e/ou ocupações, sendo geralmente denominadas como “as meninas” ou, “as enfermeiras” ou, ainda, “elas”, como expressam as falas dos usuários.

‘...as meninas [o pessoal de enfermagem] dão as informações que a gente pede...’ (u 1)

‘...nem sempre elas [o pessoal de enfermagem] dizem as coisas certas...’ (u 10)

Aqui vale fazer uma reflexão acerca do sujeito trabalhador, quando no caso, sua identidade é confundida com o seu fazer, já não sendo a sra. “Maria” ou o sr. “João”, mas aquela que marca consulta, o que mede pressão, o que faz o curativo, o que faz a consulta, a que obtura o dente, numa relação francamente consumista. Nesse caso, nos parece que o sujeito trabalhador como indivíduo político desaparece para a população que o procura.

O mesmo ocorre com os trabalhadores. A maioria não lembra do nome da pessoa que é atendida. Entretanto, as queixas foram prontamente lembradas, como expressa a fala de um trabalhador:

'... o nome de todos eu [o médico] não lembro agora, os problemas são mais fáceis, foi... um caso de lombalgia...um caso de pressão alta...etc...' (t 4)

Portanto, constata-se que não é uma dificuldade somente do técnico, em geral responsabilizado por todos os males que a assistência à saúde tem apresentado. Considerando-se ambos os lados, vemos que o problema é mais amplo, mais profundo. Parece que é a consulta ou o atendimento à saúde em si que, ao ser instituído, replicou toda a insensatez e desfiguração das desigualdades sociais mais gerais. São, de fato, os mesmos homens, em momentos particulares.

Está claro que é aos corpos que a atenção médica é dirigida, calcada numa razão instrumental e estratégica. Evidentemente, transparece o tipo de relacionamento que a instituição mantém com os usuários e isso se reflete também no modo como o usuário percebe esses trabalhadores. São sempre relações emanadas da organização do trabalho nos Centros de Saúde, aqui entendidas não apenas como trabalho, mas percebidas como relações de poder e de produção, exteriorizando construções ritualísticas que revelam uma mecânica do poder, tendo como pressuposto a externalidade dessas práticas, ou seja, para fora do encontro concreto de duas pessoas com a mesma meta.

Nesse processo, a dominação aparece nos elementos do trabalho, o que faz do trabalhador um ator que não só executa aquilo que se determina, mas também o como fazer, representado aqui pelas normas, rotinas, regras estabelecidas e distribuídas na própria organização do trabalho, como expressa a fala de um trabalhador.

'...aqui [no Centro de Saúde] cada um faz o seu trabalho e vai embora...' (t 21)

O trabalho organizado nos Centros de Saúde está pautado essencialmente na produção de atos construídos somente do ponto de vista quantitativo, com tarefas pré-determinadas, quais sejam, 12 consultas/dia, “n” preventivos/mês, por exemplo. O processo de trabalho na saúde se encontra distribuído entre os vários atores, tendo como trabalho predominante o ato médico. E é para esse ato, fundamentalmente, que a população frequenta os Centros de Saúde, ao invés de ser para resolver seu problema.

O interesse em saber se a população participa das atividades desenvolvidas pelos Centros de Saúde e/ou na organização dos mesmos, nas decisões tomadas e acordadas com referência às ações ali desenvolvidas, é porque entendo haver proximidade física entre a população e os Centros de Saúde. Por outro lado, supõe-se que haja, também, o interesse em não apenas produzir o que esteja pré-determinado, mas também ações que correspondam às necessidades emergentes dessa mesma população usuária.

Em que pese esse raciocínio, os usuários não participam das atividades e/ou da organização dos Centros de Saúde e isso representa que a ação coletiva, discurso interno às políticas públicas na saúde, não tem tido eco nas ações assistenciais empreendidas por esses centros. Ao mesmo tempo, o trabalhador está sob disciplinarização da instituição que o coloca diante de condutas pré-estabelecidas e orientadas para a ação curativa.

A participação nas atividades e/ou na organização, embora bastante tímida, ocorre no centro de saúde “D”. Isso pode ser explicado pelo fato desse centro ter uma postura de maior relacionamento com a população e, ao mesmo tempo,

uma maior cobrança dos usuários, especialmente a partir da oficina de territorialização, já referenciada anteriormente.

A partir de 1994, a Secretaria Municipal de Saúde vem implementando as chamadas oficinas de territorialização em cada Centro de Saúde, na perspectiva de envolver os trabalhadores desses centros e a comunidade no planejamento local de saúde, aproximando-os o mais possível das necessidades locais de saúde, além de proporcionar também, uma melhor e mais eficaz relação com a instituição e com a população. Nesses dois últimos centros (C e D), tais oficinas já ocorreram. A metodologia prevista requer a participação da comunidade. No Centro de Saúde “C” a oficina ocorreu recentemente, 1996, enquanto que no Centro de Saúde “D”, já ocorreu há 2 anos (1994).

As alegações da não participação apontada pelos usuários se referem essencialmente à falta de oportunidade, como pode ser identificado na fala de um usuário:

‘... a gente [a população] nunca foi convidada. Eu acho que a gente podia até ajudar em alguma coisa. Era só a gente discutir em conjunto...’ (u 9)

De outra parte, os trabalhadores, quando questionados a respeito, exteriorizam formulações que expressam desconhecimento acerca das intenções dos usuários , quando dizem:

‘... eles [a população] não entendem essa história de participação... eles não têm organização suficiente...’ (t 10)

Uma outra avaliação possível dessas falas elucida qual é a compreensão desses trabalhadores quanto ao papel que os próprios centros devem ter para a animação e estimulação, na perspectiva de um trabalho conjunto com os usuários, especialmente os orientados organicamente.

Entretanto, naqueles centros em que há incentivo à participação, especialmente após as oficinas de territorialização, os trabalhadores expressaram:

'... a população conhece melhor sua realidade e devem dizer o que é melhor para eles... a participação dos usuários é vital para o nosso trabalho...' (t 25)

As oficinas, se não têm contribuído para a mudança do eixo norteador do modelo assistencial, têm pelos menos apontado um caminho de aproximação desses centros com a população.

Percebe-se que há uma intenção viva, clara, por parte dos usuários, em participar no cotidiano desses centros, quando a grande maioria dos entrevistados diz que a população deveria participar. Os motivos que apontam podem ser melhor compreendidos através das suas falas, como segue:

'...ajudar na organização do posto [...] para ficar sabendo das coisas [...] levar nossas reivindicações [...] dar opinião porque nós sabemos o que precisamos...' (us 5, 13, 8, 12)

É reafirmada a intenção e a disposição em participar, recolocando o que eles mesmos disseram anteriormente, ou seja, não participamos por falta de oportunidade e, de certa maneira, isso evidencia que o Centro de Saúde não tem tido essa preocupação, pelo menos de saber das intenções dos usuários. Observem-se as declarações dos usuários a respeito:

'... a gente [a população] poderia dizer o que necessita e em conjunto com eles ver o que poderia melhorar...' (u 11)

'... olha, esse posto precisa melhorar muito e se um dia a gente participar é preciso ter cuidado para não passar como um favor...' (u 17)

A idéia das oficinas de territorialização é um passo neste sentido. Obviamente é uma longa caminhada, pois ambos os sujeitos não têm esta

prática. É preciso, portanto, estimular, esperando-se, assim me parece, que a instituição assuma esse papel como impulsionadora, ajudando na construção do exercício da cidadania, numa postura libertadora.

É preciso enfrentar essa questão da participação, não tratá-la apenas como algo discursivo, mas que tenha um teor qualitativo, quer dizer, que as entradas e saídas das informações fluam transparentemente, na perspectiva de diálogo e que os sujeitos envolvidos saibam decidir frente às possibilidades de escolha que o próprio grupo apresentou. Assim, acreditamos que é possível a construção de consciências lutadoras de seus direitos e seus deveres, através de um acordo mútuo.

A participação dos indivíduos nos aspectos que os envolvem traz consigo dois elementos que fomentam a construção do sujeito. O primeiro deles é a ampliação dos espaços comunicacionais que a própria participação propicia, na medida em que os sujeitos envolvidos nos atos que lhes dizem respeito, tanto aqueles que atendem, quanto aqueles que são atendidos, podem se apresentar possibilidades de escolha, situação em que vão se perfilando os elementos da construção do cidadão.

Portanto, falar em participação significará sempre a abertura de canais de comunicação, onde todos se expressem, numa relação de iguais, quer dizer, numa relação ética. A participação não significa reunião de pessoas ou espaços cedidos, mas espaços construídos mutuamente. A participação não implica referendar o já estabelecido. A participação é um momento de escolha, de decisão sobre todas as ações em que pessoas estão envolvidas, para além de questões exclusivamente subjetivas. As subjetividades têm espaço para constituírem-se no coletivo, tendo aí, na síntese, algo de seu.

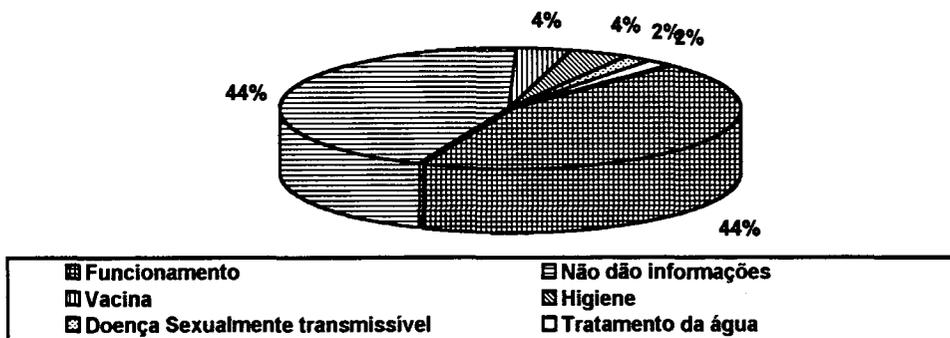
Embora dois centros estejam abertos à participação, usando as palavras de seus trabalhadores, o que se percebe é que há um desencontro entre o discurso e a prática, na questão da participação da população. A prova disso está na forma e conteúdos das informações repassadas à população. Segundo os usuários, as informações veiculadas estão no campo restrito, basicamente, do funcionamento do posto, como por exemplo, “horário de pegar a ficha, “horário do médico e do dentista”, entre outros, ou não “dão informações”, como podemos observar nas falas dos usuários:

[As pessoas do Centro de Saúde] *‘... não dão muita informação e quando dão é que não tem médico, ele não vem hoje, essas coisas...’* (u 16)

‘... se eu vier aqui elas [as atendentes] dão o horário do médico, do dentista, o horário para fazer nebulização, nada mais... tem muita gente que fala mal do Centro de Saúde...’ (u 23)

Para visualizar melhor observe o Gráfico 15.

GRÁFICO 15 - TIPOS DE INFORMAÇÕES DADAS À POPULAÇÃO PELOS TRABALHADORES. FPOLIS, 1996.



A forma como as informações são repassadas pelos Centros de Saúde é considerada boa apenas para 30% dos usuários. Os demais a consideram de regular a ruim. Para aqueles que dizem ser ela “boa”, o motivo alegado é que “eles [os funcionários dos Centros de Saúde] são atenciosos”. Já, para os que afirmam “não ser bom” o processo informativo, as respostas evidenciam um

buraco entre o que se deseja informar e o que efetivamente é repassado, como podemos perceber na fala dos usuários.

'...as informações dadas não são as que nós precisamos ...' (u 14)

'..só se vier no Centro de Saúde, perguntar, ou ler o cartaz..'(u 4)

Tais afirmações vão ao encontro do que falaram os trabalhadores, quando questionados a respeito de como eles se comunicavam com a população. Majoritariamente, disseram ser através de cartazes afixados no interior do Centro de Saúde. Chama a atenção o fato de estarem, na sua maioria, amontoados, num visual que não estimula a leitura.

O diálogo travado, tanto individual quanto coletivo no Centro de Saúde (sala de espera, por exemplo), diz respeito às questões puramente individuais e imediatas do usuário e aparecem sempre num tom de mando e de obediência: o horário é tal, não temos isso, você deve comprar aquilo. Acresce-se a isso o fato de que essas informações são sempre dirigidas de forma massiva, sem considerar as particularidades dos usuários.

Segundo os usuários, a forma como os Centros de Saúde estão organizados já não lhes serve mais, especialmente quando se trata do relacionamento interpessoal. Isso é reforçado pelas mensagens repassadas, individual ou coletivamente e, na sua maioria, não são compreendidas pelos usuários, conforme as falas aqui expressas.

'... muita coisa não se compreende, especialmente a receita...'(u 1)

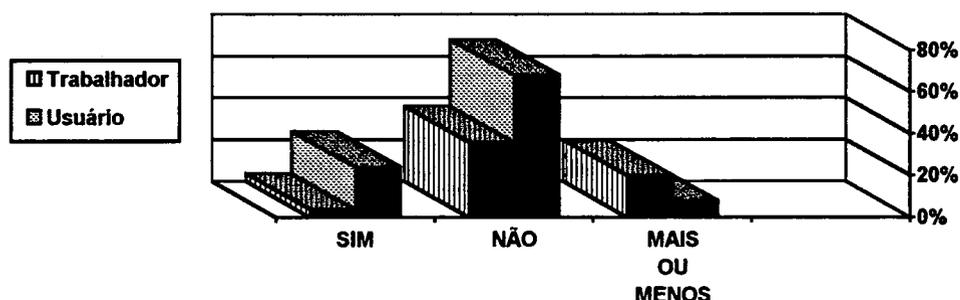
'... aqui [no Centro de Saúde] precisa ter instrução para compreender...e nós não temos, aí fica difícil...' (u 2)

'... eles [os profissionais de saúde] nem sabem o que vão explicar...' (u 8)

Como já observado em dados anteriores, ocorre mais uma vez uma incongruência entre trabalhadores e população, de modo que, como se vê no Gráfico 16, os primeiros afirmam majoritariamente que suas informações são compreendidas. Parece que o trabalho se tornou tão mecânico que ele segue sendo feito, diariamente, sem que se tenha em conta a impossibilidade da relação em si.

Visualmente, neste gráfico, pode-se observar que os usuários reforçam a idéia de que não há comunicação durante a assistência, sendo que 68% dizem não compreender as informações fornecidas pelo pessoal técnico.

GRÁFICO 16 - COMPREENSÃO DAS INFORMAÇÕES DADAS PELOS TRABALHADORES, SEGUNDO OS USUÁRIOS E TRABALHADORES. FPOLIS, 1996



Isso também é reforçado pela organização do atendimento, que demonstra um total descaso à população, como se observa nas falas dos usuários. De fato, a cada questão apresentada, mais e mais se evidencia a distância existente entre instituição de saúde e população.

A organização, entenda-se, compreende aspectos burocráticos como o horário de funcionamento do posto, horário de “pegar” a senha para o atendimento médico e odontológico, horário de vacina, enfim, a determinação de tempos e movimentos do Centro de Saúde. Não entram, do ponto de vista interno à instituição, em questão, aspectos mais amplos da assistência, tais como o modelo de atendimento em si.

'... tu vens um dia pega a ficha, vens outro dia e consulta e mais um dia para marcar com especialista, se for o caso, e aí é uma novela, muita espera...' (u 10)

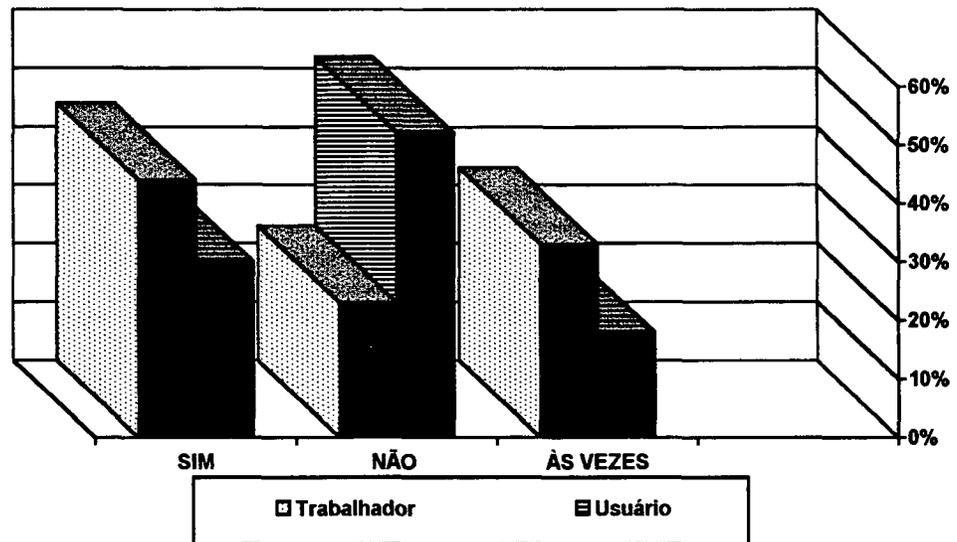
'... eles [os técnicos do Centro de Saúde] deveriam ter um jeito para que a gente não perdesse muito tempo. Por que não se pode marcar consulta por telefone, como acontece nos outros lugares? ...' (u 44)

'... isso aqui [o Centro de Saúde] é muito confuso... só nós para agüentar tanta coisa...' (u 24)

Já com relação ao atendimento propriamente dito, isto é, à consulta médica, odontológica e aos cuidados específicos de enfermagem, segundo os usuários, estão bastante aquém, em termos qualitativos, das necessidades da população. Majoritariamente expressam que esse tipo de atendimento é de regular a ruim. Em todos os centros apareceram referências de que há pessoas que atendem mal a população.

Esse “mal atendido” pode ser expresso pelo tempo de espera para conseguir uma senha, a impessoalidade, a rapidez, o descaso com as histórias dos usuários, o não ser ouvido pelo profissional que atende. Conforme o Gráfico 17, se percebe que há uma outra incongruência. De um lado, os usuários dizem que não são ouvidos. Em contraposição, os trabalhadores afirmam que prestam atenção. No entanto, perguntamos: será possível ouvir realmente com o tempo tão reduzido, dedicado aos encontros entre trabalhador e usuário? Na verdade, não se trata somente de atenção às respostas dos usuários, em relação às questões objetivas apresentadas pelos técnicos. Trata-se de oferecer oportunidade para que o cliente tenha voz para os temas, histórias e relações que desejar expressar, para contar seu problema.

GRÁFICO 17 - INDICAÇÃO DA OPINIÃO DE TRABALHADORES E USUÁRIOS SOBRE SE A POPULAÇÃO É OUVIDA. FPOLIS, 1996



Tentando-se avançar um pouco mais a respeito, perguntamos ao usuário se ele consegue contar sua história ou o motivo que o levou a procurar o Centro de Saúde. A maioria diz que não são ouvidos neste espaço específico. São comentários:

'... as coisas aqui [Centro de Saúde] são 'vapt e vupt' e aí não têm como ser ouvida...' (u 11)

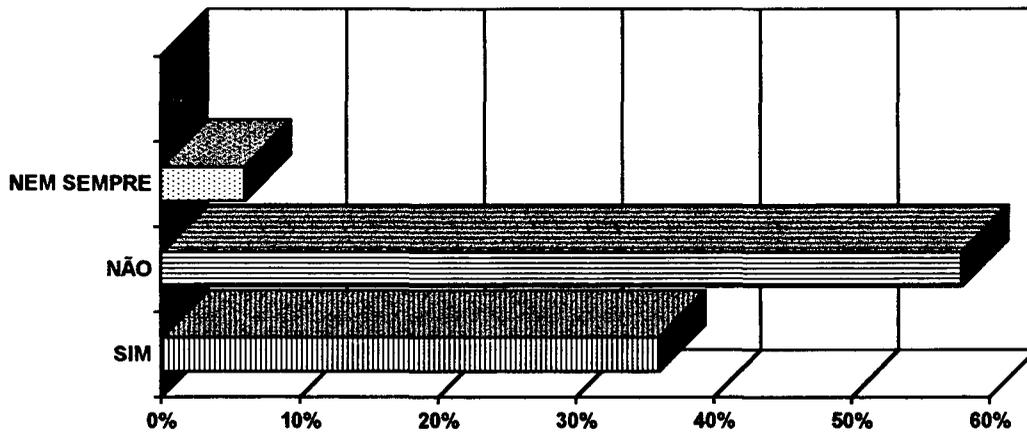
'... às vezes, tu pensas que sim mas, quando tu chegas em casa e ficas pensando, aí tu nota que não. Eu fico lembrando: eles perguntam: qual é o caso e mal tu comesas a falar eles já estão receitando...' (u 8)

'... eles [os profissionais de saúde] fazem tudo correndo e a gente percebe que não te dão atenção e muito menos para aquilo que tu falas. Eles não têm interesse. Eles não perguntam nada da gente. Eles fazem o que querem...' (u 9)

'... a gente está só na metade e eles [os técnicos] já estão dizendo que está tudo bem e já estão te dando remédio...' (u 13)

'... a gente começa a falar e eles [os técnicos] já estão te mandando embora, dão a receita e pronto...' (u 33)

GRÁFICO 18 - USUÁRIO CONSEGUE CONTAR SUA HISTÓRIA AOS TRABALHADORES. FPOLIS, 1996



No Gráfico 18 fica explícita a assimetria nas interações profissionais de saúde e usuário. Pensando apenas no aspecto biológico, por exemplo, sabe-se que para se chegar a um diagnóstico, a “história” é fundamental. É possível diagnosticar sem conhecê-la? Tem sido observada uma dose forte de desrespeito às pessoas que procuram esses centros. Parece que são um “caso” a mais. É correto pensar que a população tem razão, quando relaciona esses espaços como um local para pobre.

A fala truncada, a emoção negada, o gesto paralisado, tudo indica que a estrutura do encontro entre os personagens da cena assistencial é duplamente assimétrica; na forma, pelo distanciamento entre os atores, e no conteúdo, pela sonegação e expropriação da subjetividade.

Entretanto, e apesar de tudo, os usuários ainda têm confiança nesses trabalhadores “porque são atenciosos”, não importando o aspecto profissional. O que representa para a população o profissional de saúde? Por que se entrega aos cuidados de alguém que não o escuta? Observemos a fala de um usuário:

‘... é tão rápido as coisas, que tu sai do consultório sem saber o que fazer, tu ficas perdida...confiar como?...’ (U 19)

Parece que, para esse estrato populacional, não há saída. Os serviços de saúde explicitam essa relação de poder que rotiniza as coisas, determina como elas devam ser. O usuário, esse não conta, como se percebe no comentário abaixo.

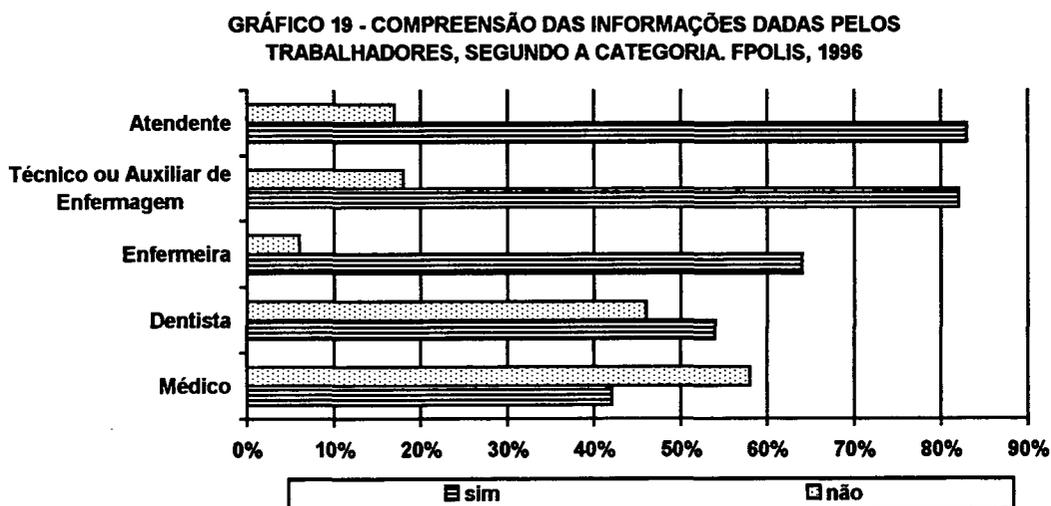
‘... a gente vem aqui, [no Centro de Saúde] porque não tem outro lugar...’ (u 11)

Ainda, quanto à compreensão das informações repassadas pelos diversos trabalhadores, os usuários expressam que compreendem melhor, quando estas são veiculadas pelo técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem e pelo atendente, como podemos perceber nas falas dos usuários.

‘... elas [as profissionais de enfermagem] explicam bem as coisas... o problema é que às vezes tem muita gente para atender e elas não conseguem explicar tudo... elas são muito atenciosas...’ (u 26)

‘... elas [as profissionais de enfermagem] são mais simples e aí compreendem melhor a gente e explicam o que nós precisamos...’ (u 1)

‘... elas [as profissionais de enfermagem] explicam bem os medicamentos que temos que tomar...’ [u 22)



Observamos, no Gráfico 19, que os profissionais de nível universitário fornecem informações que são menos compreendidas, principalmente o médico. Com relação ao dentista e ao enfermeiro, os usuários relatam que

compreendem melhor, mas os melhores escores são os relativos aos técnicos de primeiro e segundo grau. Será fundamental reconhecer a estrutura lingüística destes e compará-la à dos usuários, para que os resultados possam orientar o treinamento profissional em nível universitário, também. São comentários:

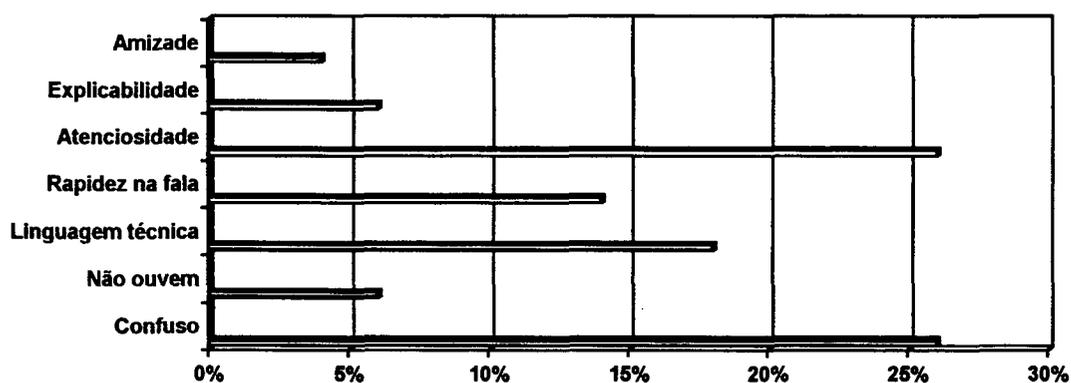
'... o médico fala muito difícil e rápido, não dá tempo para tu compreender...' (u 41)

'... eu não sei ler e se ele [o médico] fala rápido eu não entendo e como eles estão sempre com pressa, a gente não entende mesmo...' (u 7)

Numa relação dialógica, entendendo-se que para isso é necessário que se conjuguem vários elementos, dentre eles se apresenta um que revela se houve ou não uma relação desse tipo, ou seja, a compreensão mútua dos falantes. Para isso é necessário, então, que ambos dêem espaço para o conhecimento um do outro, a começar pelos seus próprios nomes, tempo para cada um se expressar, abertura para as possibilidades de discussão, e assim por diante. Pelo exposto anteriormente, podemos pensar que as relações existentes nos Centros de Saúde estão mais dirigidas para a execução de ordens, expressas na maioria das relações. Numa escala menor, às vezes aparece a colaboração mútua para a solução dos problemas, demonstrando que essa não é uma utopia inconseqüente. O tempo de consulta do médico, por exemplo, na média não ultrapassa os 5 minutos. Já o tempo despendido em uma consulta do enfermeiro, nunca dura menos de 15 minutos. O mesmo ocorre com os atendimentos dados pelo técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem, o que determina uma melhor qualidade comunicacional, seja pelo tempo despendido, seja pela forma da linguagem, como já analisado.

Os elementos que determinam a incompreensão das informações, segundo os usuários, estão relacionados à confusão, distanciamento, linguagem inacessível, ou, quando as compreendem, os elementos associados se encontram no campo da atenção, conforme se observa no Gráfico 20.

GRÁFICO 20 -CRITÉRIOS PARA COMPREENSIBILIDADE OU NÃO DAS MENSAGENS DOS TRABALHADORES, SEGUNDO OS USUÁRIOS. FPOLIS, 1996



Quanto à linguagem (verbal ou não verbal), já referenciada anteriormente, os usuários revelam que dão mais importância à comunicação não verbal. São comentários:

“... ele [o médico] pode ser um bom falante mas, se não te encara, o que adiantou...se não fala com delicadeza a gente não presta atenção...” (U 29)

“[é bom profissional] ... quando é atencioso... acerta nos remédios... não tem nojo da gente... e pede os exames certos...” (U 6, 16)

“[é sinal de mau profissional] ..ser tratada como um cachorro e ser atendida em 3 minutos...” (U 9)

GRÁFICO 21 - REPRESENTAÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE SER "BOM" PROFISSIONAL. FPOLIS, 1996.

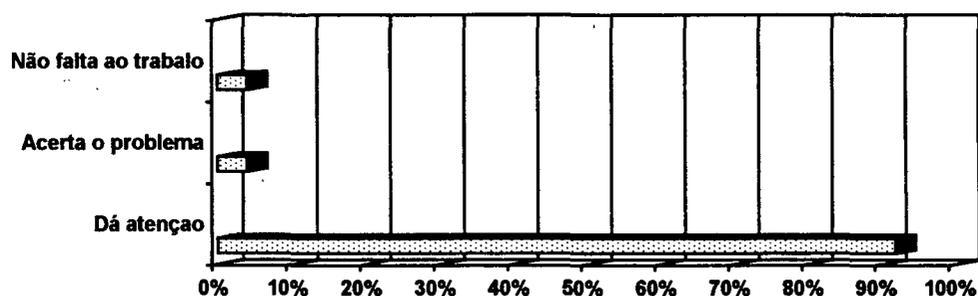
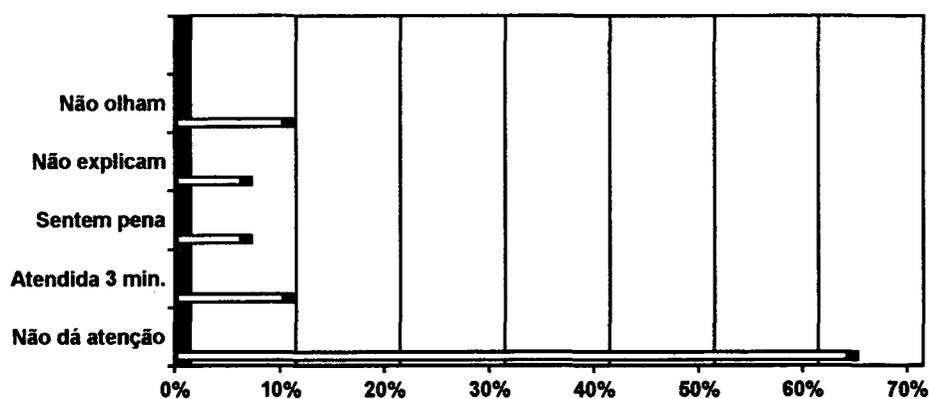


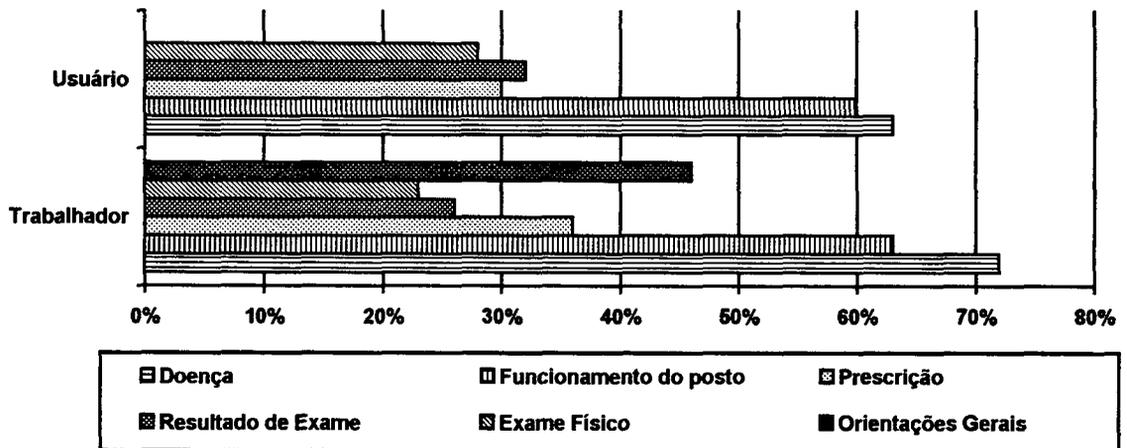
GRÁFICO 22 - REPRESENTAÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE SER "MAU" PROFISSIONAL. FPOLIS, 1996.



Quanto à prioridade que os usuários dão às informações recebidas nos espaços específicos de atendimento, tem-se, em ordem decrescente sobre a doença, sobre o funcionamento do Centro de Saúde, sobre o conhecimento acerca dos resultados dos exames realizados, sobre o exame que o profissional lhes faz e, em último lugar, sobre a prescrição e/ou orientações recebidas.

Essa mesma prioridade também é dada pelos profissionais, conforme se observa no Gráfico 23.

GRÁFICO 23 - PRIORIDADES ÀS INFORMAÇÕES, SEGUNDO OS TRABALHADORES E USUÁRIOS.FPOLIS. 1996



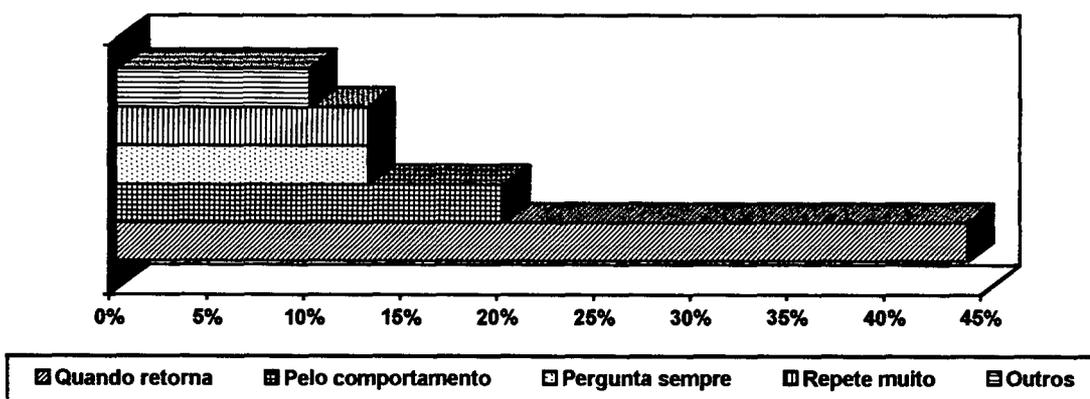
O Centro de Saúde é, tanto para o usuário quanto para o trabalhador, um local onde se trata a doença, com regras e normas pré-estabelecidas, que dirigem a organização do serviço, como já analisado anteriormente. O que se observa é que dirige também o conteúdo das informações repassadas, considerando-se que somente a este nível pode se dar o processo comunicacional, não ultrapassando, senão muito raramente, aspectos técnicos de diagnóstico e terapêutica.

No resultado do trabalho em saúde coletiva, contrariando os discursos, parece que há mercadorias postas à venda. Embora o pagamento da compra dessa mercadoria não seja imediato, criando-se uma suspensão artificial da venda, o usuário/consumidor não sabe a qualidade do produto, de modo que não pode nem mesmo reclamar. Aos “vendedores” não compete decifrar o produto, nem avaliá-lo, importa vendê-lo.

O exposto anteriormente pode ser melhor compreendido, como se observa no Gráfico 24. Os trabalhadores, majoritariamente, dizem que têm controle sobre o seu produto final, quando afirmam que conseguem reconhecer o nível de compreensão dos usuários, perguntando-lhes sobre os encaminhamentos anteriormente feitos. Esse dados aparecem mais fortes naqueles centros onde a

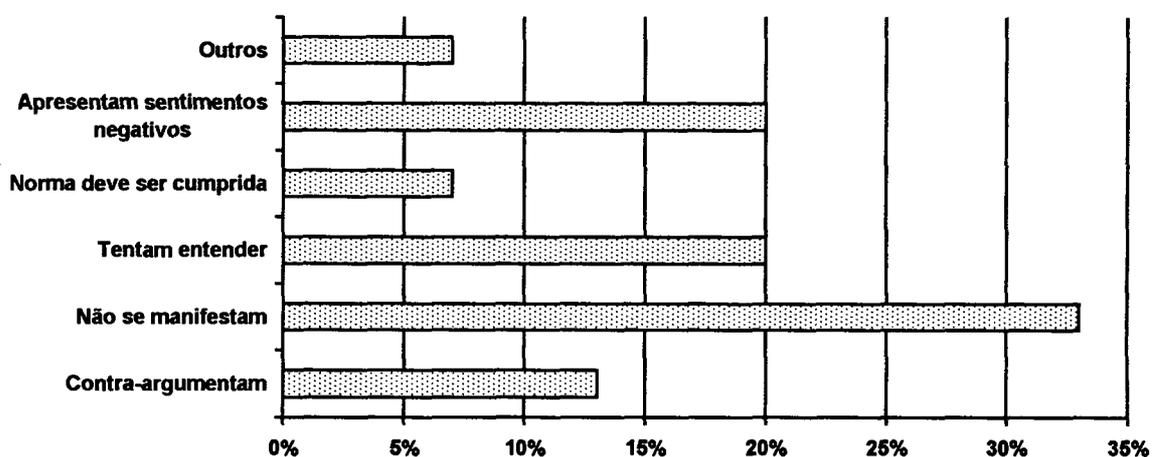
população não tem nenhuma participação nos Centros de Saúde, quer a nível da organização, quer a nível das atividades coletivas programadas.

GRÁFICO 24 - FORMAS DE SABER SOBRE A COMPREENSÃO DO USUÁRIO, SEGUNDO OS TRABALHADORES. FPOLIS, 1996.



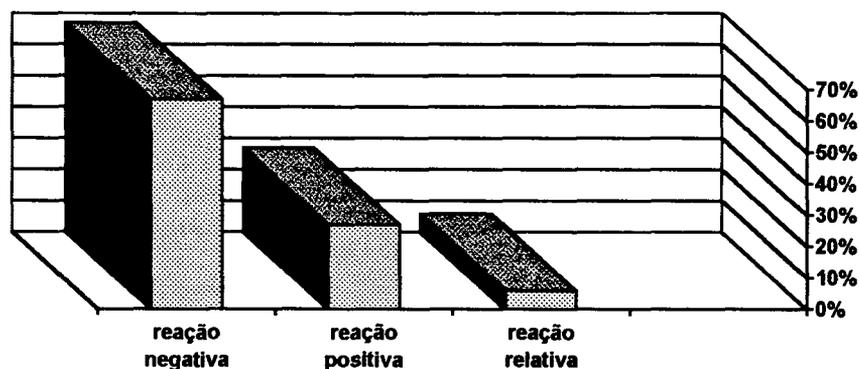
Se o usuário contra-argumenta, os trabalhadores, no geral, ou não se manifestam ou dizem que a norma deve ser cumprida, além de apresentar sentimentos negativos, como podemos observar no Gráfico 25.

GRÁFICO 25 - REAÇÃO DOS TRABALHADORES ÀS ARGUMENTAÇÕES DOS USUÁRIOS. FPOLIS, 1996.



O mesmo ocorre quando o usuário, mesmo compreendendo o que foi dito pelos trabalhadores, não obedecem às recomendações. Geralmente, apresentam uma reação negativa, como se observa no gráfico 26.

GRÁFICO 26 - REAÇÃO DOS TRABALHADORES QUANDO O USUÁRIO NÃO SEGUE AS RECOMENDAÇÕES. FPOLIS, 1996



Estas são as características que se apresentam cada vez mais, em todos os âmbitos da vida, como um déficit crônico e, mais propriamente dito, uma improbabilidade intrinsecamente estrutural, que tem reflexos diretos na relação profissionais de saúde e usuários.

Aos 50 usuários entrevistados e acompanhados durante o atendimento pelos diversos trabalhadores destes centros, uma pergunta era feita imediatamente ao término da consulta ou do atendimento em geral: se sabia o nome do profissional que o atendera. Ocorreu que a maioria não sabia o nome do profissional médico que o atendera. Quanto aos enfermeiros, a maioria disse que sim. Com relação aos dentistas, 50% informaram que sim. O pessoal de enfermagem, exceto o enfermeiro, é mais conhecido nos Centros de Saúde. É possível que a explicação esteja relacionada ao fato desses trabalhadores permanecerem toda jornada no local de trabalho, ou por serem moradores, também, nas comunidades onde os Centros de Saúde se situam.

Uma outra pergunta também foi feita para saber se haviam compreendido as informações dadas por esses técnicos. A maioria respondeu que sim; entretanto, se referia a coisas simples, tais como apanhar o medicamento prescrito no próprio centro, ou comprá-lo em outro local. Na verdade, o tempo

restrito, o espaço inexistente para o diálogo, impõe que a mensagem, nesses encontros, esteja relacionada exclusivamente à medicalização, confirmando que o Centro de Saúde, longe de ser um centro que discute saúde, tem se configurado num centro medicalizador da existência. Parece que as informações primárias, isto é, aquelas advindas do usuário e do trabalhador, baseadas numa plena compreensão intersubjetiva, realizada dentro de um marco comum, próprio de um compartilhamento do mundo vital comum, são relegadas pelos profissionais de saúde. Com isso, parecem infelizes. O trabalhador não se dá conta desse espaço como um momento de muita riqueza e de aprendizado comum e o usuário fica insatisfeito com o que recebe. As questões pessoais são postas no plano do cotidiano. Como conciliar estes dois lados? De um lado o trabalhador tentando explicar as dificuldades do Centro de Saúde, sem incluir-se; de outro, a população reclamando do atendimento.

Não interessa estabelecer uma regra comunicacional. Interessa sim, compreender que, nesses espaços, o objeto do trabalho é o homem, que tem crenças, paixões, desejos, valores e, mais que isso, é sujeito e como tal deve ser respeitado. Nesse sentido, partindo do mundo existencial ou mundo vivido dos profissionais e usuários, deve ser buscada uma nova racionalidade comunicativa construtiva, fora, portanto, dos códigos simbólicos puramente calcados na racionalidade instrumental e estratégica, que têm transformado os corpos em objetos manipuláveis, sem qualquer referência aos usuários, como sujeitos de diálogo. Entretanto, esses serviços devem passar de uma autorreferenciabilidade normativa para uma referência construída, mediatizada pela cultura e centrada na solidariedade como valor simbólico que aponte novos eixos de sociabilidade.

5 - A Voz e o Gesto Como Alternativa no Silêncio e a Imobilidade

Quero iniciar este capítulo reafirmando que a comunicação é inevitável nas relações humanas, seja na sua realização objetiva, como fonte de trocas para a sobrevivência, seja como meio para significações simbólicas.

Da análise desse processo, um primeiro aspecto que podemos deduzir desse estudo está relacionado à organização dos serviços de saúde em nível primário. Está claro que estão assim organizados, a despeito do discurso coletivista e preventivista, baseado na produtividade, respondendo às determinações do sistema social na saúde através do modelo assistencial centrado na consulta médica. Não há interesse demonstrado de que as subjetividades sejam colocadas para indicar uma relação dialogizante.

A relação que se estabelece é aquela em que o técnico sabe o que faz, determina o que fazer. O poder é exercido pela imposição, caracterizando-se como um espaço de violência não física, mas uma violência que despreza a subjetividade daqueles que procuram esses serviços. É uma violência silenciosa, que traduz a cumplicidade entre saber-poder.

Pesa, na relação terapêutica nos Centros de Saúde, a assimetria denunciada pela hegemonia dos técnicos no saber e no poder que estão em jogo, no momento da ação clínica. Torna-se uma ação vazia de sentido humano, com uma estrutura virtualizada por um olhar que só vê o que deseja, poderoso neste sentido de ultrapassar a concreticidade total do indivíduo, para focar e fornecer identidade somente à doença.

Trata-se de uma estratégia de ocultação para retirar toda a possibilidade de resposta ao ser humano que vai à instituição de saúde, para resgatar este mesmo sentido de totalidade pela “cura” da parte afetada em seu corpo.

Os dados demonstram que há uma cultura cotidiana respondendo basicamente aos códigos simbólicos administrativos, fragmentando não só o corpo dos indivíduos, mas também as relações individuais, base para a negação das relações sociais.

A comunicação como diálogo permite uma aproximação dos envolvidos e, sobretudo, conjuga necessariamente a participação. Esse parece ser um ponto crucial no cotidiano dos Centros de Saúde pesquisados. Na sua forma mais peculiar em que se esperaria uma participação efetiva, isto é, nos encontros terapêuticos, por exemplo, esta não é considerada por inúmeras razões.

Dentre essas razões, o tempo dedicado ao usuário não está relacionado à necessidade de se chegar à definição do seu problema. É determinado pela expectativa de produção e pelo tempo que o profissional “dispõe” no dia a dia, mesmo que isso signifique o não cumprimento de sua jornada de trabalho. A fala de uma trabalhadora evidencia melhor a situação:

‘ [...] é incoerente reclamar...ganho por 40 horas e faço 12 [...] então você entra no jogo [...] entrar no jogo é produzir 90 consultas

semnais [...] claro, isso baixa a qualidade da assistência...’ [t 8]

A verdade é evidente demais para ser negada, mas pode ser escamoteada por intermináveis justificativas, dentre elas a questão salarial, a simplicidade do “caso”, a ignorância do usuário. “Entrar no jogo” traduz o processo assistencial como uma atividade em que estratégias e táticas possam garantir sua realização técnica, como se fosse a única característica desse trabalho.

Trata-se de outras minúcias do poder que esse estudo aponta. Ressalte-se aqui que essa determinação é mais explícita na relação médico e usuário,

ainda que limitado ao mínimo necessário. O ritual estabelecido sempre compreende o tempo de que o médico dispõe para dedicar-se ao usuário. Não é o problema trazido pelo usuário que determina essa relação para a investigação, discussão e decisão mútua. Ao contrário, ao usuário cabe apenas responder às perguntas fragmentadas que interessam ao questionador, o qual, a seu juízo, determina a parte corporal doente e a trata.

Uma hegemonia diferente e ao mesmo tempo complementar ao poder, está fixada na estrutura desses centros, cujo ponto nuclear é a consulta médica, própria ao modelo assistencial curativista e individual. Os aspectos coletivos são desconsiderados, embora em alguns centros haja elementos em direção a ações coletivas e à participação dos usuários nos destinos e programação dos mesmos. Entretanto, é ainda o espaço particular da consulta o que prevalece. A hegemonia médica se confirma dentro de um conjunto de práticas burocráticas, tanto em relação aos demais trabalhadores da instituição, quanto ao usuário. Em todos os Centros de Saúde analisados, a ausência do médico provocava um vazio que tomava conta do espaço institucional, evidenciando a centralidade da ação médica. Quase se pode dizer que a instituição é o próprio médico.

As ações aí desenvolvidas são para tratar corpos enfermos. As emoções, crenças, valores e culturas postas, enfim, o mundo vivido dos usuários, não contam na relação.

A concepção de homem livre se veicula à idéia de que todos são proprietários de seus corpos, quer dizer, a liberdade aqui colocada está inteiramente relacionada ao arbítrio pessoal quanto ao uso desse organismo auto-apropriado. Requer uma explicação de que essa liberdade não só se refere à auto-determinação dos corpos particulares, mas está associada à capacidade de movimentar-se, de expor suas idéias, de decidir, de opinar, enfim; fatos aos quais só a participação pode conferir legitimidade.

Todo o avanço que se possa perceber com a municipalização dos serviços de saúde em nível primário, ainda não ecoou fortemente para que a população perceba e codifique como presságio de melhoras nos serviços de saúde a que tem direito.

Se questões administrativas e técnicas ainda não foram suficientemente desenvolvidas, o mesmo se poderá dizer de aspectos relativos aos modos de ser das pessoas no trabalho.

Nos Centros de Saúde estudados, a estrutura do processo comunicacional considerada pelos trabalhadores não respeita a significação simbólica da relação. As mensagens estão alicerçadas em seu caráter denotativo, são subjetividades que não se encontram. A experiência do usuário não tem o mesmo significado avaliativo para ele e para o técnico que o atende.

A comunicação aí, portanto, não representa um espaço significativo para os sujeitos envolvidos; as condições objetivas do contexto onde ocorrem as relações não favorecem a compreensão das mensagens repassadas. As relações nas sociedades de classe são por definição desiguais, de modo que muito

facilmente as ações em um determinado sistema, como o de saúde, não são sustentadas em processos de negociação entre os envolvidos. A informação que interessa é aquela que se conforma aos padrões da clínica, num processo dirigido pelo clínico.

A busca da igualdade talvez seja o propósito mais complexo e controvertido que se impõe na sociedade. A igualdade pressupõe a pluralidade, isto é, a interação do homem com outros homens, no mesmo espaço de vida. A idéia de liberdade e cidadania são outras formas de participação e emancipação; todos são conceitos sustentados pela mesma busca humana de uma identidade.

Como coloca Demo (1994), o processo participativo define a cidadania organizada, que faz prevalecer o coletivo sobre o individual, sendo objeto de conquista e não de consentimento. O conceito de cidadania, mesmo possuindo rasgos conservadores históricos, desde os gregos que privilegiavam como cidadãos apenas componentes da elite, parece hoje ser entendido como uma condição desejável à sociedade integral. Assim compreendida, deve escapar à tutela do Estado, dos serviços de saúde e emergir a partir da iniciativa dos interessados, dos desiguais, dos excluídos.

Quando todos falam em cidadania, é preciso cautela, pois esta pressupõe a participação, com decisão. Cidadania sem participação é sua própria negação. Em outras palavras, é fundamental que se privilegie a participação como estratégia para assegurar a conquista da cidadania. Esse processo assim entendido é especialmente recomendado para legitimá-la.

O Estado tem materializado esse modelo perverso de assimetria nas políticas sociais controladoras e desmobilizadoras, privando iniciativas que tinham como fundamento a construção da cidadania de se desenvolverem. O que está em jogo, portanto, é uma inversão da ação da cidadania. Nos

movimentos sociais, dentre eles a Reforma Sanitária, a busca de novas possibilidades de manifestação da cidadania é uma proposta que só se realizará através do exercício do poder pessoal para a decisão sobre os eventos da vida.

Nesse sentido, as relações ocorridas nesses centros estudados representam um desrespeito aos princípios da cidadania. A assimetria duplamente posta, tanto na forma quanto no conteúdo, presente no cotidiano dos centros, não tem contribuído para que o cidadão usuário exerça seus direitos. Inclusive o direito de falar e contar a sua história lhe é negado. Isso demonstra a concepção que se tem do “outro”, como objeto conhecível apenas na objetividade das manifestações clínicas de sua patologia.

Apesar da tese de Foucault de que o poder se exerce e é móvel, não há porque chegarmos à conclusão de que não seja possuído, ou perdido, em certos momentos históricos. A prática do poder está inseparada dos sujeitos, tanto que na história aparecem momentos em que a máquina do poder é confundida com as pessoas e instituições, criadas e manipuladas cotidianamente.

Um primeiro divisor de águas nesta questão é a busca das formas de distribuição do poder para a plena participação, significando o exercício da democracia como apontado, porque a democracia está baseada na redistribuição do poder enquanto essência da apropriação e acessibilidade a todos os bens e serviços produzidos na sociedade, sejam materiais, sejam simbólicos.

No entanto, o viés democrático como concessão deve ser banido, de modo a priorizar a perspectiva da democratização conquistada. A cidadania regulada pelo discurso participativo de caráter representativo deve ser recusada, pois esta concepção é outorga e não conquista. Significa que apenas concede, à sua vontade, oportunidades à população em geral de participar nas decisões sobre a estrutura e organização da sociedade, quando isso lhe convém. No nível dos

serviços de saúde, esse tipo de visão filosófico-metodológica leva a ter uma comunicação hermética (monológica) entre os técnicos e usuários. Cada qual traz ao encontro as suas possibilidades comunicativas; entretanto, o tom nas ações clínicas, por exemplo, é estabelecido pelo técnico, como já comentado anteriormente. O usuário está aí para quase nada dizer, embora expresse tudo, pela postura emudecida que o sistema lhe impõe. Está estampado o exercício do poder conferido ao técnico pelo saber.

Esses núcleos de micro-poderes, geralmente estão calçados pela cientificidade e objetividade da técnica e do saber, que escamoteiam um poder político e formas do poder administrativo, ou seja, sua manifestação pessoal é uma concretização de formas socialmente construídas.

Diante dessa realidade, a totalidade do processo comunicacional, não é respeitada. Prevalece a comunicação verbal (linguagem digital). Há fragmentos da linguagem que dão o tom nesse encontro entre técnico e usuário do sistema de saúde, afirmando a assimetria na relação, de modo que apenas se repassam conteúdos pré-elaborados. A linguagem analógica, aquela que oportuniza um aprofundamento da relação, é absolutamente desconhecida pelos trabalhadores, gerando a ineficiência na comunicação. Aliás, se encontra neste trabalho que é a linguagem verbal a mais eficaz e a mais compreendida pelo usuário, contrariando, inclusive, demonstrações dos mesmos quando afirmam que é a linguagem não verbal a mais importante, como expressa a fala de um deles.

***'...ele [o médico] pode ser um bom falante, mas se não te encaram, não te escutam, o que adiantou...se não falam com deliandexa, a gente nem presta atenção...'* (a 29)**

Os espaços para a expressão do sujeito político ficam no esquecimento, dando lugar apenas a uma relação onde o saber técnico se sobrepõe aos espaços

de intersubjetividade, reafirmando o componente disciplinador dos atos de saúde.

Por outro lado, ao focalizarmos a análise para o campo institucional, vamos observar que a relação entre este e a população está baseada em critérios puramente administrativo-burocráticos, a partir de códigos simbólicos sistêmicos que fragmentam as relações entre as pessoas. Essas questões não parecem estar na ordem do dia para serem discutidas. O Centro de Saúde é algo já estruturado previamente e as ações aí desenvolvidas não se constituem em elementos do cotidiano da população. Percebe-se, neste estudo, um clamor dos usuários pela atenção que gostariam de receber como direito, para serem vistos como pessoa e não como qualquer “coisa”.

É recomendável fazer um questionamento: como é possível que o poder atravessasse esses indivíduos e as instituições, sem se localizar ao mesmo tempo neles?

Vale lembrar, novamente, que esse poder não é algo que vem de cima para baixo, como se fosse uma linha que atravessasse todos os espaços da vida dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. O poder nas instituições de saúde, como já analisado, se apresenta fragmentado, configurando uma rede construída e desconstruída em núcleos de micro-poderes interligados uns aos outros por uma malha de relações, na maioria relações informais que se organizam segundo os interesses de cada momento histórico dessas instituições, como fala Foucault¹.

¹ “O poder é uma vasta tecnologia que atravessa o conjunto de relações sociais, uma maquinaria que produz efeitos de dominação a partir de um certo tipo peculiar de estratégias e táticas específicas [...] as técnicas de funcionamento do poder cruzam transversalmente os corpos e as almas dos indivíduos dominantes e dominados, ninguém escapa da dinâmica e proliferante tecnologia do poder [...] embora o poder transita horizontalmente, se converte em atitudes, gestos, práticas e produz efeitos, ele não se encontra localizado e fixado eternamente, não está nunca nas mãos ou é propriedade de certos indivíduos, classes ou instituições [...] em todas as partes onde existe poder, o poder se exerce. Ninguém, falando com

Seguindo essa lógica, o poder se difunde cotidianamente mediante infinitos mecanismos e práticas sociais, os quais, ao atuarem, produzem um conjunto de relações mutáveis que sempre são assimétricas. No estudo da comunicação, essa condição observada tem gerado não só dificuldades pessoais, mas uma completa destruição do processo terapêutico, no qual as partes envolvidas possam trazer a totalidade de suas vidas, como condição para sua realização.

O estudo demonstra claramente o exercício do poder nas relações entre trabalhador e o usuário, em todos os âmbitos do Centro de Saúde, quer nas ações burocrático-administrativas, quer nas ações clínicas.

Diria que a instituição de saúde tem se configurado na história da humanidade, especialmente no mundo moderno, como um aparelho da estrutura estatal de dominação, isto é, uma instituição representativa do poder pensado estrategicamente.

O exercício do poder é assim explícito nas regras e normas institucionais, que nem mesmo são anunciadas com clareza à população. São disciplinarizações assumidas como próprias à sua organização.

Confirma-se nesse estudo o que Latorre Portigo e Beneit Medine (1994) colocam, ou seja, que a maioria dos usuários estão insatisfeitos com a comunicação ocorrida nesses centros. Isso tem contribuído para o não seguimento das recomendações, especialmente quando se trata de medicamentos. A visão sistêmica da relação ainda é central nas funções aí desenvolvidas.

Entretanto, onde há poder, o poder é questionado. Aí, sempre se enunciará um foco de resistência. Nesse estudo ficou evidenciado que há resistência,

embora tímida e velada. Como diz Foucault (1990), na complexa rede do poder, sempre vamos encontrar uma grande multiplicidade de pontos de resistência ao mesmo. Assim como o poder não existe em um só âmbito específico, mas se encontra ramificado e atomizado, assim também os espaços de resistência se acham diversificados e acionados como respostas diretas, frente à infinidade de micropoderes anunciados.

O usuário desses serviços deseja ser atendido, mas para isso deve deslocar-se, sempre, segundo as exigências e as determinações burocráticas dos serviços. São imposições, disciplinarizações a que deve se submeter, caso contrário será decididamente excluído das possibilidades de acesso às ações aí desenvolvidas. Nesse sentido, constitui-se uma dialética onde aceitação e resistência são pólos de um movimento que precisa ser avaliado, para que novas decisões possam emergir numa política de democratização dos serviços de saúde, nas suas formas estruturais e nas relações pessoais.

Parece-me, entretanto, sendo a saúde uma necessidade imperiosa e sendo, hoje, o SUS a única alternativa para alguns estratos sociais na sua busca de socorro, ser possível que a subjetividade dos indivíduos dê lugar à interiorização do poder, materializado nas formas de sujeição ao processo de dominação imposto pelos Centros de Saúde, ou como diz Canetti (1977), como manifestação de poder de proteção ou o temor à morte.

Nesse sentido, a prática dos serviços de saúde tem afirmado essa sujeição, através da idéia de concessão. Nesse caso, a legitimidade da participação e o exercício da cidadania se esvai. Esse “direito” consentido provém, justamente, do caráter de benesse da autoridade, como se a assistência prestada fosse uma outorga, limite moral para que ainda exista. Aos “pobres” concede-se algum

bem, exclusivamente para a satisfação de um imperativo funcional do sistema, para que este não se desintegre.

Como fala Spossati (1996), a proposta ético-política da solidariedade é o caminho a ser pensado. As políticas com base nas concepções de que aos mais pobres só resta a solidariedade, materializa-se em ações de segunda geração e qualidade, traduzindo-se em discursos e operatividades que não têm significado para a redução de desigualdades sociais. Acrescenta a mesma autora que é preciso colocar nas discussões a relação entre pobreza e cidadania. Precisamos reforçar o reconhecimento do direito à heterogeneidade, necessidade de que as políticas universais nem sempre dão conta, por trabalharem com padrões igualitários.

É o caso da equidade, princípio proposto no Sistema Único de Saúde, que representa a incorporação do direito de cada um; portanto, pensar uma política, uma prática de saúde como direito, necessariamente deve passar pelo âmbito de uma política e de uma prática universal e equânime. Essa gestão democrática da saúde requer, necessariamente, democratização da informação e do direito à comunicação.

A assimetria presente em todas as faces visíveis e invisíveis das ações de saúde desenvolvidas nesses centros não tem contribuído para a construção e o exercício da cidadania, pelo emudecimento proposto nesse tipo de relação e observado neste estudo.

Essas situações, entretanto, estão relacionadas à consciência que tanto o técnico quanto o usuário adquiriram ao longo de suas vidas e das circunstâncias de seus modos de viver. O processo de mudança requer, portanto, um desenvolvimento da consciência, de uma perspectiva “para si” em direção a

uma perspectiva “para nós”, de modo que os processos interativos tenham um novo significado para a saúde de todos.

As circunstâncias expostas nessa relação parecem indicar que as pessoas estão irremediavelmente destinadas a passar pelas mãos dos profissionais, sem absolutamente terem o poder de decisão. É nesse espaço que as questões éticas se tornam visíveis. Como já foi dito neste trabalho, os princípios éticos de respeito e equidade estão descartados por essa relação assimétrica.

Essa assimetria também está presente nas relações interpessoais entre os trabalhadores. Estes se comunicam basicamente para referendar as normas e rotinas pré-estabelecidas. Os elementos constitutivos do processo de trabalho na saúde estão distantes e não se juntam.

Sem dúvida, como supúnhamos, poder, cidadania, hegemonia e participação são categorias importantes para a discussão do processo comunicativo nos serviços de saúde, pela sua composição historicamente determinada.

6 - Considerações finais

A escolha de um tema para um campo particular de pesquisa se constitui num compromisso. Foi uma opção política e ética, mais que técnica, pois não concebo uma ação técnica de outro modo.

Foi também um desejo expresso na busca do reconhecimento das possibilidades de conjugar, através do processo comunicacional libertador, a conquista da participação com decisão, da construção e do exercício pleno da cidadania, pelo menos nesse espaço, resgatando a humanidade dos sujeitos envolvidos.

Por isso, mergulhar nesse tema, apesar das obviedades conhecidas por nós da área da saúde, significou penetrar nas minúcias dramáticas dos conteúdos explícitos e implícitos do processo relacional entre os profissionais da saúde e os usuários do SUS. A realidade para cujo foco concentrei meu esforço é dolorida, desumana, anti-ética e empobrecida. Mais que isso, esse olhar implicou reconhecer o quanto temos que caminhar em busca de uma práxis libertadora, para uma relação sujeito com sujeito.

É possível apontar alguns aspectos que chamam a atenção nessa investigação que, certamente, repercutem na construção da imagem do objeto particular da prática em saúde, tendo como aporte central a política social

global, em especial, a da saúde. Não podemos nos esquecer, portanto, que as políticas liberalizantes incidem necessariamente sobre as práticas sociais, dentre elas a da saúde, traduzidas no parcos investimentos no setor, especialmente para as ações do campo da saúde coletiva e pública. Trata-se da construção de um Estado mínimo, que se afasta da responsabilidade de garantir a elaboração de políticas sociais universais e eqüanimes

Possivelmente, um dos problemas essenciais a ser reelaborado esteja no campo das relações sociais, materializado na forma e no conteúdo do processo comunicacional levado a efeito nesses Centros de Saúde estudados. Como elo fundamental, acredito que o investimento que a Instituição de saúde deve procurar estabelecer na formação dos recursos humanos deva ser humanizado e ético. Entretanto, também, urge construir uma forma de gerenciamento que seja capaz de dar conta das questões técnicas e administrativas, buscando construir uma prática de respeito e de participação dos atores envolvidos.

A busca de um trabalho interdisciplinar é, no meu entendimento, um caminho; portanto, é central a redefinição do modelo assistencial, na perspectiva da vida e da humanização da assistência à saúde.

Evidentemente, esse percurso demanda incontáveis lutas, dentre elas, o enfrentamento e discussão política da questão hegemônica no setor e pela redefinição da formação dos recursos humanos na área da saúde, que tem privilegiado o ensino objetivista, centralizado na doença e no curativo. Nesse sentido, a instituição de saúde deve indicar aos órgãos formadores as necessidades de saúde da população, às quais o sistema local de saúde deve responder, estabelecendo-se um *feedback* entre a prática assistencial e a academia.

Nessa perspectiva, não será mais possível compactuar com o faz de conta: os trabalhadores fingindo que atendem, os usuários fingindo que são atendidos

e a Instituição de saúde se tornando um lugar frio e sem identidade com as pessoas que ali se encontram

Como pilar central dessa mudança no setor saúde e na prática nele exercida está a construção e realização de uma política de comunicação e informação à população, considerando e respeitando as pluralidades, explicitadas, discutidas e decididas no coletivo. Inclui-se aqui, o mundo vivido, o mundo da cultura, como central à identidade dos usuários e dos trabalhadores.

Para mim não se trata apenas de um discurso, ainda que em muitos momentos tenha sido difícil fugir de um conteúdo moralizador. O mundo real causa espanto à contemplação politizada e fundada no “dever ser”, quanto mais se mergulharmos profundamente para ver além das aparências.

Ouvir e ver os homens e mulheres em seus silêncios e imobilidades foi mais contundente que sua voz e gestos, porque se revelou um fato polissêmico, tanto que ao lado de uma descrição óbvia e simples se interpôs uma explicação múltipla e complexa, como um grid de interconexões entre as subjetividades, costuradas ao arcabouço estrutural de um sistema ambivalente: por um lado a organicidade de sua hierarquia, e de outro, a inadequação do seu controle interno. Some-se a isso a ausência de controle externo, possibilidade associada a outros padrões de consciência popular que não estes, que se apresentam ainda imaturos e frágeis como resistência ou como participação.

Havia uma tênue esperança de que o real fosse menos cruel. Mas não se tornou total desesperança, por permitir tocar na ferida, para que este contato possa se tornar restauração da utopia. Sim, porque os homens e mulheres, sejam trabalhadores ou usuários, mostraram inúmeras formas de insatisfação e resistência ao seu próprio movimento na relação “terapêutica”. As aspas aqui são para mostrar o desejo e sua incompletude; se é o que deve acontecer, ainda há um extenso caminho a ser percorrido.

Para isso é que ampliar as verdades serve, para ampliar também as possibilidades de construção de novas estratégias de ação, de modo que aproximem melhor as práticas aos discursos.

Este trabalho não esgotou todas as aportações que o problema merece. Penso que é um caminho, a partir do qual se podem buscar novas perspectivas na prática assistencial. Creio que outros estudos devem ser levados a cabo para elucidar melhor alguns pontos aqui levantados.

7 - Referências Bibliográficas

- BAKHTIN, Mikhail. Marxismo e filosofia da linguagem. São Paulo: Cortez, 1986.
- BARROS, José Marcio. Conferência de Abertura do I Seminário sobre Saúde e Comunicação Social. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Dias, 1990. (mimeo)
- BELTRÃO, Luiz. Teoria Geral da Comunicação. Brasília: Thesaurus, 1982.
- BORDENAVE, Juan E. Díaz. O que é Comunicação. São Paulo: Brasiliense, 1995. (Coleção primeiros passos).
- CACCIARI, C. La comunicazione fra médico e paziente: Una rassegna crítica. In: Psicologia Clínica (3). Milano, 1983
- CANETTI, E. Masa y poder Barcelona: Muchnik, 1977.
- CARLSON, R. J. The end of Medicine. New York: J.Wiley., 1975.
- CHAUI, Marilena P.T. -Por uma nova política. São Paulo, 1982. (mimeo)
- CICOUREL, A. V. Hearing is not believing: language and the structure of belief in medical communication. In: FISHER, S. e DUNDAS Tood, A. The social organization of doctor -patient communication. Center for Applied linguistics. Washington DC, 1983.
- COHN, Amelia et al. A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez, 1991.

- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS). Relatório financeiro apresentado aos Conselheiros do CMS. Florianópolis, 1996.
- DÂMASO, Romualdo. Saúde e autonomia: Para uma política da vida. In: Fleuriy, Sonia (org.) Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- DEMO, Pedro. Política Social, Educação e Cidadania. São Paulo: Papyrus, 1994.
- DONATI, Pierpaolo. Modelos y transformaciones de la relacion médico-paciente. In: Donati, Pierpaolo Sociologia de la salud. Madrid: Díaz Santos, 1994. (edição espanhola)
- ENGELS, Friedrich. A dialética da natureza. São Paulo: Paz e Terra, 1977.
- ENCICLOPÉDIA LUSO BRASILEIRA. Filosofia São Paulo: Verbo Lisboa, 1990.
- FESTINGER, Leon. La teoría de la disonancia cognoscitiva. In: Schrmann, Wilbur La Ciencia de la Comunicación. Mexico: Roble, 1975.
- FARIA, Eliana Marilia, PANCERA, Osmar. Características filosoficas y metodologicas de la formación de recursos humanos en salud (médico y enfermero) y su correspondencia con las necesidades de salud de la población e la organización de los servicios de salud en Brasil. Dissertação (Mestrado) Instituto Superior de Ciencias Médicas del Curso Internacional de Saúde Pública. La Habana, 1988.
- FISCHER, Desmond. O direito de Comunicar: expressão, informação e liberdade. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- FIORIN, José Luiz. Linguagem e Ideologia. São Paulo: Ática, 1988.
- FREIDSON, E. Professional dominance. New York, 1970.
- FOUCAULT, Michiel. Microfisica del poder. Madrid:La Piqueta, 1980.
- _____. Vigilar y Castigar. Mexico:Siglo XXI, 1980.
- _____. Historia de la Sexualidad. Mexico:Siglo XXI, 1983.
- _____. Un dialogo sobre el poder. Buenos Aires: Alianza, 1990.

GARRAFA, Volnei. Contra Monopólio da Saúde. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

GUARESCHI, Pedrinho A. Comunicação & Poder. A presença e o papel dos meios de comunicação de massa estrangeiros na América Latina. Petrópolis: Vozes, 1988.

HABERMAS, Jürgen. Razão Comunicativa e Emancipação. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HELMAN, Cecil G. Cultura, Saúde e Doença. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde- Nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KLAPPER, Joseph T. Los efectos sociales de la Comunicación de Masas. In: SCHRAMM, Wilbur La ciencia de la comunicación. Mexico: Roble, 1975.

LATORRE PORTIGO, José Miguel, BENEIT MEDINE, Pedro José. Psicología de la Salud Buenos Aires: Lumen, 1994

LAUREL, Asa Cristina et al (coord.). Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud. Mexico: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, 1994.

MAHCIN, Ruth. Health's Woman and Ethic's principal. Rev. Social Problems, (37), New York, 1990.

MARCONDES, Danilo. Filosofia, Linguagem e Comunicação. São Paulo: Cortez, 1992.

MARX, C., ENGELS, F. La Ideologia Alemana. La Habana: Política, 1979.

NAVARRO, V. et al. A critique of the present and proposed strategies for redistributing resources in the health sector and a discussion of alternatives. Medical Care, (12). New York, 1974.

PARSONS, T. Health and disease: a sociological and action perspective. In: Encyclopedia of Bioethics. New York: The Free Press, 1978.

PIERNES, Guillermo. Comunicação e Desintegração na América Latina. Brasília: UNB, 1990.

- PIOVESAN, Ângelo Pedro. Saúde e Comunicação. Relatório I Seminário Saúde e Comunicação Social. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Dias, 1990.
- RAWLS, John. Sobre las libertades. Barcelona: Paidós, 1990.
- RODRIGUE, José Carlos. Antropologia e Comunicação: princípios s radicais. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989
- SCHRAMM, Wilbur . La Ciencia de la Comunicación. Mexico: Roble, 1975.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES). Municipalização da Saúde. Florianópolis: Caderno I, março,1993.
- SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação tem Remédio: A comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde. São Paulo: Gente, 1996.
- SOUZA Campos, GASTÃO Wagner . A Saúde Pública e a Defesa da Vida. São Paulo: Hicitec, 1994.
- SOZZI de Moraes, ILARA Hammerli. Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SPOSSATI, Adaíza. Cidadania e comunidade solidária. São Paulo, 1996. (mimeo).
- STEFANELLI, Maguida C. Comunicação com paciente: teoria e ensino. São Paulo: Robe, 1993.
- STRONG, S. R., CLAIBORN, C. D. El cambio a traves de la interación procesos psicosociales en consejo e psicoterapia. Bilbao-Espanha: Desclée Broewer, 1985.
- TEIXEIRA, Sonia Fleury et al.(org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.
- WOLF, Mauro. Teorias da Comunicação. Lisboa: Presença, 1994

Anexos

- sobre o exame físico realizado: 1o. 2o. 3o. 4o. 5o. 6o. lugar
- sobre medidas a serem tomadas pelo usuário: 1o. 2o. 3o. 4o. 5o. 6o. lugar
- sobre a prescrição recomendada: 1o. 2o. 3o. 4o. 5o. 6o. lugar
- sobre o funcionamento do posto: 1o. 2o. 3o. 4o. 5o. 6o. lugar
- outra. Qual? 1o. 2o. 3o. 4o. 5o. 6o. lugar

Anote por ordem de prioridade

28- Numa relação interpessoal sempre vai existir uma comunicação verbal (a linguagem) e outra não verbal (gestos, tom da voz, etc.). Pensando dessa forma você considera como principal:

- a verbal (o que você diz e escuta):

- a não verbal (os seus gestos, os gestos do usuário, a maneira , a disposição do local onde você se relaciona:

29- Qual das duas formas de comunicação (verbal e não verbal) você considera que o usuário entende melhor:

- verbal:

- não verbal:

30- Quais as razões que você consideraria para dizer que as informações que você dá são consideradas pelo usuário?

31- Que mecanismos são utilizados para o repasse dessa informação?

32- Você lembra dos nomes e dos problemas de cada pessoa que você atendeu hoje?

Quais? Nome:-

Problema:

33- Você gostaria de dizer alguma coisa ?

Anexo -2

Instrumento para coleta de dados com os usuários dos Centros de Saúde

Centro de Saúde: _____ Data _____ No. Prontuário _____

1- Nome:

2- Profissão:

3- Trabalha: Sim: _____ Não: _____ Em que: _____

4- Idade:

5- Estado Civil:

6- Escolaridade:

7- Residência:

Telefone: _____

8- Motivo da procura ao posto:

9- Colher a historia da(o) paciente e especificar o problema:

10- Primeira vez que vem ao Centro de Saúde: Sim _____ Não _____ Retorno _____

11- Sabe o nome das pessoas que trabalham no Centro de Saúde?

Nome: _____ Profissão: _____

12- Que informações o pessoal do Centro de saúde dá a população?

16- A forma como as informações chegam a população é considerada por você como:

Boa: _____ Regular: _____ Ruim: _____ Por que? _____

17- O que você acha que deveria mudar?

18- As informações dadas no Centro de Saúde são compreendidas pela população?

19- Como você vê o atendimento no Centro de saúde?

20 Tem alguém aqui, neste Centro, que não atende bem a população? S: _____ N: _____ Profissão: _____

21- Você percebe se é ouvida (o) pelos profissionais/ocupacionais durante o atendimento aqui no Centro?

22- Você consegue contar toda a sua história para o profissional/ocupacional que lhe atende?

Sim: _____ Não: _____ Por que? _____

23- Você consegue compreender as informações dadas pelas pessoas que trabalham aqui no Centro?

Médico: Sim: _____ Não: _____ Mais ou menos: _____ Por que? _____

Enfermeiro: Sim: _____ Não: _____ Mais ou menos: _____ Por que? _____

Dentista: Sim: _____ Não: _____ Mais ou menos: _____ Por que? _____

Técnico de Enfermagem? Auxiliar de Enfermagem: Sim: _____ Não: _____ Mais ou menos: _____ Por que? _____

Atendente: Sim: _____ Não: _____ Mais ou menos: _____ Por que? _____

24- Você dá mais importância para aquilo que o profissional/ocupacional fala ou a maneira como ele fala?

25- Você sempre segue a prescrição e/ou orientação dada pelos profissionais/ocupacionais aqui do Centro de Saúde ?

Sim: _____ Não: _____ Por que? _____

26- Durante o atendimento de saúde aqui no Centro de Saúde (consulta, exame, marcação de consulta, vacinação, curativo, etc.) você se sente tratada como igual, respeitada?

Sim _____ Não: _____ Por que? _____

- 27- Você considera que o profissional é bom quando ele:
- 28- Alguma vez você foi mal atendida aqui no Centro de Saúde?
Sim ___ Não
- 29- O que você considera ser “mal atendida”?
- 30- Em ordem de prioridade, qual é a informação que você considera mais importante (dada pelo profissional que lhe atende)?
- sobre a sua doença: 1o. 2o. 3o. 4o. 5o. 6o. lugar
 - sobre os resultados dos exames: 1o. 2o. 3o. 4o. 5o. 6o. lugar
 - sobre o exame físico realizado pelo profissional: 1o. 2o. 3o. 4o. 5o. 6o. lugar
 - sobre a prescrição recomendada: 1o. 2o. 3o. 4o. 5o. 6o. lugar
 - sobre o funcionamento do Centro de Saúde: 1o. 2o. 3o. 4o. 5o. 6o. lugar
 - outra, Qual? _____ 1o. 2o. 3o. 4o. 5o. 6o. lugar
- 31- Alguma vez você se sentiu mal pela forma como o profissional lhe atendeu?
Sim: ___ não: _____
- 32- O que aconteceu? Você pode falar?
- 33- Como se dá a comunicação aqui no Centro de Saúde?
Depois da consulta
- 34- Como é o nome da pessoa que lhe atendeu?
Nome: _____ Profissão _____
- 35- Você entendeu tudo o que ele (a) lhe disse?
Sim: ___ Não: _____ Por que?
- 36- Sabe o que tem que fazer agora?
- 37- Você gostaria de dizer mais alguma coisa ?
- 38- Duração(em minutos) do atendimento efetuado pelo profissional/ocupacional _____