

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO DE SAÚDE EM BAIROS POPULARES DE FORTALEZA

(GENERAL CONSIDERATIONS REGARDING ATTENTION TO HEALTH IN THE POORES DISTRICTS OF FORTALEZA)

ANTONIO MOURÃO CAVALCANTE¹

RESUMO

O presente trabalho toma como referência o estudo patrocinado pela Oficina de Saúde, Direção de Ciência e Tecnologia da USAID – Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo – onde são propostos 08 (oito) eixos ou dimensões para avaliar a qualidade de um serviço de saúde. Tendo como exemplo a cidade de Fortaleza, faz-se uma análise detalhada destes referidos parâmetros: competência profissional, acessos aos serviços, eficácia, satisfação do cliente, eficiência, continuidade, segurança e comodidade.

Conclui-se que os centros de atendimento médico devem ser concebidos como centros de promoção de saúde. Eles podem representar não apenas a oportunidade do ato médico, mas um espaço privilegiado de mobilização das forças comunitárias, na perspectiva e desenvolvimento de práticas de educação para a saúde.

Palavras-chave: Saúde pública - posto de saúde - promoção de saúde - educação para a saúde.

ABSTRACT

The present work takes as reference the study sponsored by the Workshop of Health, Direction of Science and Technology of USAID – Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo – where 08 (eight) axes or dimensions are proposed to evaluate the quality of a health service. Tends as example the city of Fortaleza, it is made a detailed analysis of these referred parameters: professional competence, accesses to the services, effectiveness, the customer's satisfaction, efficiency, continuity, safety and comfort.

It is ended that the centers of medical attendance should be conceived as centers of promotion of health. They cannot just represent the opportunity of the medical act, but a privileged space of mobilization of the community forces, in the perspective and development of education practices for the health.

Keywords: Public health - health center - promotion of health - education for the health.

INTRODUÇÃO

Será que os serviços de saúde podem sofrer um processo de melhora na qualidade de atendimento? Com insistência os governantes assinalam que o problema não é a falta de recursos mas o mau gerenciamento do sistema. Não são poucos os que insistem em demonstrar que para tornar eficiente o funcionamento da saúde pública não seria necessário aumentar a dotação financeira, mas conseguir agilizar uma aplicação mais eficaz dos recursos existentes.

Pode-se verificar, com facilidade, o que existe de desperdício nas ações dos postos de saúde espalhados por toda periferia de uma grande cidade. Não raro, os próprios usuários são conhecedores e denunciadores dessas situações. Muitas vezes, eles mesmos poderiam ser convocados para prestar uma colaboração na melhora desses serviços. Por vezes se trata de situações simples, algumas medidas de agilização que tornariam bem mais eficaz a prática dessas ações.

Nessa perspectiva os serviços de saúde precisam passar por uma ampla avaliação, onde se possa, ao final, estabelecer as condições e os parâmetros de funcionamento. Se não estabelecemos metas, se não discutimos procedimentos, tudo fica possível, e nada será positivo. Por exemplo, fazer uma campanha de

¹ Professor Titular de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFC, Doutor em Psiquiatria pela Universidade Católica de Louvain (Bélgica), Doutor em Antropologia pela Universidade de Lyon (França)

vacinação onde não se possa garantir eficácia na cadeia fria (manutenção das vacinas em condições adequadas de temperatura) dá um igual resultado ao de não realizar vacinação. A cobertura da população-alvo torna-se inútil. Isso com grande gasto e grande mobilização de pessoas e da própria população, que passa a desacreditar desses serviços. Tornando-se mais difícil, numa próxima ocasião, que se possa novamente mobilizá-la.

A busca da eficácia permite, portanto, aumentar a credibilidade do serviço prestado, facilita a comunicação entre os pares e fomenta a compreensão mais clara das necessidades e das estratégias da comunidade. Deve-se destacar, ainda mais importante, a eficiência em ações preventivas, onde o critério da credibilidade de quem propõe é ainda mais exigido. Se mesmo em pequenas tarefas o serviço não funciona, a população se afastará, só recorrendo em última instância, onde, pela própria situação, o problema será mais grave e menores ainda as chances de êxito. Ademais, as ações curativas têm custos mais elevados e exigem, quase sempre, equipamentos mais sofisticados.

Se o serviço corresponde às expectativas, pode-se até imaginar uma proposta de participação financeira da população. Ela sabe que recorrendo a estes serviços será atendida de forma rápida e eficaz. E, pode até admitir uma contribuição pelo atendimento de qualidade.

Seria interessante tentar viabilizar uma discussão mais conseqüente sobre uma forma de pagamento do atendimento médico. Se estamos vivendo numa sociedade de economia de escala, onde tudo tem um preço a ser pago, por que apenas os serviços de saúde devem ser totalmente gratuitos? Seguramente que as pessoas passariam a ter uma exigência mais forte à qualidade do serviço prestado. Obviamente que a situação econômica da maioria da população não permitiria assumir os custos totais e reais do atendimento, mas, mesmo sendo simbólico, esse pagamento implicaria numa mudança no sistema, com uma provável maior exigência e um maior monitoramento por parte da população.

Ademais, a equipe médica que sempre é tão maltratada em termos de salários, poderia ter na realização e reconhecimento popular uma fonte adicional de contentamento. É bom lembrar que o homem não se satisfaz apenas com dinheiro, mas com a realização profissional e o reconhecimento pessoal.

A grande dificuldade é, sem dúvidas como conseguir romper esse círculo e criar uma nova mística para as ações do serviço público de saúde.

É muito provável que a pedra de toque de toda essa estratégia esteja na melhoria do atendimento profissional.

DIMENSÕES DA QUALIDADE

Em estudo patrocinado pela Oficina de Saúde, Direção de Ciência e Tecnologia da USAID – *Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo* – são propostos 8 (oito) eixos ou dimensões para avaliar a qualidade de um serviço de saúde. Na verdade, a qualidade é um conceito integral e polifacetário. Na organização de sistemas de saúde devem estar presentes todas estas variáveis e é a articulação das mesmas que pode oferecer um serviço de boa ou de má qualidade.

Vamos apreciar esses parâmetros dentro de nossa realidade e a partir do que podemos sentir em nossa pesquisa e observações:

COMPETÊNCIA PROFISSIONAL

Estamos nos referindo a todo o pessoal que compõe a equipe de saúde. Desde aqueles que coordenam as ações de nível superior – Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde (Estado e Municípios) – até aqueles que formam as equipes locais, no postos de saúde: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, auxiliares de enfermagem, agentes administrativos, contínuos, zeladoras, motoristas, vigias, etc. Devemos destacar dois aspectos que se interligam: a competência gerencial e a competência técnico-científica.

Entendemos por competência gerencial a capacidade de elaborar projetos, planos e estratégias de ações e atividades dos grupos operativos. Destaca-se como dificuldades, no plano macro, a articulação e atribuição de funções. Por exemplo, os postos não obedecem a qualquer planejamento global prévio. Parece não existir qualquer preocupação em criar uma política coordenada pelos diversos setores envolvidos.

Em Fortaleza, podemos encontrar numa mesma rua ou praça um posto de saúde mantido pelo Governo do Estado e outro assegurado pela Prefeitura Municipal. Ambos funcionando com graves deficiências e, não raro, exercendo tarefas semelhantes.

No caso específico de Fortaleza, parece existir uma competição, que é a expressão ou continuidade da própria luta política local, protagonizada por partidos diferentes. A Prefeitura é administrada pelo PMDB e o Estado pelo PSDB.

Essa disputa surge em alguns bairros estratégicos por razões eleitoreiras, em detrimento de outras áreas populacionais totalmente carentes, que vivem sem nenhuma assistência.

Os recursos são desbaratados num efeito vitrine. Decide-se, de cima para baixo, o que cada posto deve fazer, sem respeitar as peculiaridades de cada comunidade, as necessidades que possuem, etc. As mobilizações comunitárias, por exemplo, são concebidas do alto para baixo. Há, ainda, o agravante que o Estado e/ou Município devem colocar em andamento determinadas campanhas de cunho nacional que não correspondem, naquele momento, a verdadeira prioridade do bairro. E, algumas vezes, só conseguem algum recurso federal se estiverem dispostos a se engajar em determinações que procedem de Brasília. Só existem recursos específicos para aquele tipo de programa.

Em termos locais, se repete a mesma tendência. A comunidade não participa dos projetos e programas das unidades. São clientes passivos. Os treinamentos que qualificam na área de gerenciamento são teóricos, e não raro, desmotivantes.

Não levam em conta a participação comunitária, nem a realidade socioantropológica das populações. Torna-se, portanto, uma prática burocratizante e fria, formal e pouco eficiente. Por exemplo, o funcionamento obedece a realidade administrativa central e não a disponibilidade de mobilização da comunidade. Então, os postos são fechados nos fins-de-semana, por exemplo, quando poderiam ter um maior número de pessoas mobilizadas e atentas a uma maior parceria. Como boa parte da população trabalha, se desloca de suas casas para outros pontos da cidade, eventualmente ela não pode conduzir uma criança para se vacinar ou mesmo para se consultar. Ela mesma, adulta, não faz algum tipo de procedimento preventivo, simplesmente porque quando está livre - nos fins de semana - os postos estão fechados. Muitas vezes estas pessoas são obrigadas a faltar ao emprego porque precisaram levar um filho ao médico ou eles próprios tinham uma consulta.

A presença da população, mais livre, poderia ser uma força a mais na mobilização dos trabalhos de saúde.

Doutra parte, os dados estatísticos sobre o bairro, são completamente desconhecidos. Não se tem uma visão exata da prevalência de doenças, dos problemas mais comuns, do enfoque a ser agilizado. Ao nosso conhecimento nenhum posto tem um levantamento epidemiológico exato da situação do bairro onde se encontra. Com base em dados mínimos, poder-se-ia realizar campanhas preventivas. Sabe-se, por exemplo, que todos os anos, no período de chuvas, há surtos de doenças infecto-contagiosas. Ora, ficaria fácil mobilizar a comunidade para estes períodos de riscos. E assim sucessivamente.

A identificação das necessidades de saúde da população deve ser o ponto de partida para a oferta de tais serviços. Somente a partir desse diagnóstico pode-se planejar o atendimento de saúde. (REZENDE)

Como não há qualquer planejamento, não se pode também fazer qualquer avaliação. Nenhum posto, ao nosso conhecimento, faz, por exemplo, um planejamento semestral ou anual. As coisas vão acontecendo e vai-se reagindo conforme as circunstâncias. Muitas vezes o monitoramento do posto é feito de um comando hipotético situado na Secretaria sem qualquer consonância com o que realmente está acontecendo na periferia.

O posto é implantado sem qualquer mobilização comunitária. Na verdade, os moradores não se sentem muito responsáveis por aquele estabelecimento. Não lhes pertence. Diz-se, simplesmente, é do “governo”. Não é raro, portanto, que o local necessite de uma vigilância armada (fonte de mais despesas para a Secretaria!) para evitar a depredação e os roubos. Quando fechado, em feriados ou fins de semana, pode ser alvo da ação de vândalos. Pessoas do próprio bairro podem depredar, saquear, até roubar equipamentos, móveis e utensílios do posto. A população não tem o sentimento de que aquilo lhes pertence.

Seria muito oportuno que a comunidade fosse mobilizada a participar da direção do posto, de cooperar com suas ações, de estar mais integrada às suas iniciativas, mesmo nos processos de avaliação.

As funções de direção são, quase sempre reservadas aos médicos. Estes, na formação profissional, não tiveram qualquer treinamento para a tarefa de liderar. Intervencionistas por formação, vão agir por convicções pessoais e de forma arbitrária. Assumem, com grande frequência uma postura voluntarista. A indicação de outro profissional é vivenciada, pelos médicos, de uma forma muito dolorosa e complicada. Dificilmente vão aceitar e cooperar. É mais provável que demonstrem indiferença ou cheguem mesmo a confrontar-se com a nova autoridade. Deve-se destacar, ainda, que esse sistema de médico dirigir colegas privilegia o corporativismo, acobertando faltas e falhas cometidas por outros médicos da equipe.

Uma solução seria entregar a administração desses postos a profissionais de outras áreas – como administradores, economistas, etc. – devidamente treinados para esse mister. Ademais, quando se mobiliza um médico para a direção, está-se desfalcando a equipe de um profissional que teria muito mais rendimento naquilo para o qual foi realmente habilitado: ser médico.

Do ponto de vista técnico-científico observa-se uma grande defasagem entre o que os profissionais aprendem na universidade e o que eles vão se confrontar na vida profissional. Enquanto na academia o ensino é mais teórico com conhecimentos sofisticados, a prática, o dia-a-dia de um posto de saúde, exige mais habilidades no relacionamento com pessoas que buscam alguém capaz de escutar suas angústias e realizar trocas simbólicas. O profissional aprende a prescrever remédios, a pedir exames, a diagnosticar doenças complexas. Não foi treinado para a escuta. Também não sabe aconselhar. Não quer “perder” tempo com pacientes que “não têm nada”. Mostram-se inseguros, inquietos e evasivos, sentimentos que se manifestam em diversos procedimentos condenáveis:

- pressão no atendimento, para logo se desocupar;
- solicitar muitos exames, forma de dizer que se interessou, mas com conseqüências nefastas;
- esquivar-se de procedimentos técnicos pela alegativa de que não há condições no posto, etc.

A mesma crítica é feita em relação ao corpo de enfermagem, que não se engaja diretamente com os pacientes, trancando-se em seus gabinetes com problemas de ordem administrativa, estatísticas etc.

... os integrantes dessa categoria não trabalham com enfermeiros, mas como administradores de enfermarias. Em essência, eles supervisionam os serviços de enfermagem realizados por outras pessoas e recebem salários compatíveis com a responsabilidade e complexidade de tais funções administrativas. O contato com o paciente é realizado na maioria dos hospitais brasileiros por atendentes e outros auxiliares, muitas vezes com treinamento precário apenas nos locais de trabalho (CASTRO).

Devemos destacar, ainda, a necessidade de competência profissional no que se refere ao manejo de equipamentos e seu desempenho. Os resultados de exames, por exemplo, de sangue, de urina ou raios X, etc. devem corresponder às normas técnicas de exatidão e confiabilidade. Podemos constatar queixas quanto à manutenção desses equipamentos. Estão, quase sempre, com defeitos ou com falta de material (reagentes, filmes, etc). A vida útil desses equipamentos é muito curta, logo caem em pane.

Alguns sugerem que sendo os médicos que lidam com estes equipamentos, os mesmos que no mercado prestam serviço à Previdência, não estariam muito interessados em fazer funcionar a máquina pública. Significaria uma diminuição de renda da atividade privada.

Doutra parte, não é raro que estes equipamentos sejam utilizados sem obedecer qualquer tempo para a revisão. Falta assistência técnica. Algumas vezes é mais fácil conseguir verba para comprar novo equipamento do que para consertar um quebrado. Vai-se usando, sem os reparos necessários. A vida útil é encurtada por manobras pouco convencionais, improvisações e mesmo pelo descuido. Alguns desses equipamentos precisam de material de consumo, o que se faz de forma muito precária e sem qualquer previsão. Há a falta de verba, mas há também o desperdício e a falta de planejamento.

Há também descuido quanto ao local em que eles são guardados e forma como são conservados. Pode-se até insinuar que estando o equipamento no “prego” os operadores não teriam o que fazer. Enfim, diz-se que é do “governo”. Falta um maior respeito com a coisa pública. ...

Apesar de todas as deficiências no ponto de vista gerencial e técnico, a confiabilidade na medicina ainda é muito grande. A procura pelos serviços médicos é ainda muito importante. Há uma crença no êxito da intervenção médica e nas potencialidades da intervenção terapêutica. As longas filas de espera e as renovadas visitas aos postos constituem um atestado de tudo isto.

Existe um reconhecimento cada vez maior de que as pessoas leigas não somente têm um grande interesse no que acontece no laboratório, no hospital e na clínica, como também têm o direito de serem informadas e participarem no processo de “reflexão” ética sobre estes assuntos (NELSON).

ACESSO AOS SERVIÇOS

Nem é fácil chegar até onde estão os cuidados médicos. Não observamos qualquer atendimento domiciliar. Existem algumas experiências em alguns municípios do Estado do atendimento feito pelo programa médico de família. Não em Fortaleza. Igualmente não foi registrada a presença dos agentes de saúde. Eles apareceram quando do surto de dengue e cólera e sobretudo no período pré-eleitoral.

Não podemos constatar se existiria uma distribuição de agentes de saúde destacados para determinados postos. Estes agente poderiam ser peças importantes na articulação do posto com a população. Mais uma vez a centralização dificulta estas iniciativas. O mais racional e eficaz seria a ligação direta dos agentes de saúde com os postos de saúde, onde deveriam fazer suas referências.

De igual forma, os postos de saúde funcionam com mais regularidade e numa maior oferta, seja de médicos ou de remédios, nos períodos de campanha eleitoral. O que nos sugere a importância da medicina no processo de proselitismo e adesão política eleitoral. O clientelismo é reforçado nesses períodos, chegando até ao abuso da distribuição de medicamentos sem indicação formal; da retirada de dentes (extração) para colocação de próteses, a doação de óculos, para não falar de abusivas laqueaduras de trompas.

Geralmente existem postos de saúde nos bairros visitados. Uma das dificuldades no acesso é a questão do horário de funcionamento. Estes não são obedecidos. Não se respeita. O povo faz muitas viagens inúteis, antes de ser atendido. Há queixas de que deixaram de frequentar o posto, justamente, pela irregularidade no atendimento.

Os médicos dificilmente cumprem o horário previsto. Dias eles vão, outros não. Esse acontecimento é muito freqüente e compromete gravemente a imagem de qualidade do serviço de saúde. A questão dos horários é essencial. Deve ser resolvida claramente. Uma proposta seria a de expor, num lugar bem destacado, na entrada do posto, os nomes e os horários dos médicos que trabalham naquele posto. Há referência a atendimentos privilegiados. Gente que fura a fila por ser amiga de fulano ou sicrano. Não há ordem na fila de atendimento, nem respeito ao horário de chegada. O tráfico de influência se revela significativo. É preciso ser amigo da atendente ou de alguém que possui algum prestígio no posto. Por vezes essas fichas são vendidas por algum funcionário mais esperto. Nesse campo verifica-se a influência de cabos eleitorais e candidatos a vereador. Eles procuram influir no atendimento e na administração dos postos. Se o político é mais influente ele pode até influir na escolha do administrador do posto ou em uma eventual substituição.

Devemos destacar, ainda, que os clientes estão sujeitos a algumas formalidades embaraçantes, tipo o preenchimento de fichas. Lembremo-nos que boa parte dessa clientela é analfabeta, sendo, por conseguinte, constrangedora e inútil qualquer organização tomando como base a linguagem escrita. Deve-se insistir em gráficos, desenhos, ilustrações.

De igual forma as pessoas são mal-atendidas. As informações não são claras. Os lugares de espera são os piores possíveis. Provocam uma maior promiscuidade, pelo reduzido espaço que é destinado a esse fim. Ficam em lugares sem qualquer ventilação, escuros, favorecendo até a proliferação de doenças entre os presentes. Se o prédio é maior, não há indicações claras para orientar as pessoas. As setas foram arrancadas. Os nomes apagados ou cobertos por outros avisos. Numa espécie de labirinto, é natural que os pacientes se sintam atormentados e perdidos.

Nesses locais, as salas de espera, não se percebe a limpeza e a ordem. Parecem espaços abandonados, quando deveriam ser considerados como as salas de visita da instituição.

Primeiro, é fundamental colocar mais ordem. Destinar pessoas para esclarecer e informar todas as questões que sejam feitas, desde o horário até os serviços que ali são prestados. Pessoas devem ser devidamente treinadas para desenvolver essas tarefas.

Segundo, saber que o esclarecimento é algo de fundamental na prática de saúde. Estar perfeitamente consciente que todas as instruções e recomendações foram entendidas, desde o médico até a atendente. Qual foi a prescrição: que remédios deve tomar, em que dosagem e tempo? Quais os exames que fará, quando, onde? Quando voltar, que dia, que hora, onde?

Doutra parte, poder-se-ia utilizar esse espaço e o tempo disponíveis – de espera para ser atendido – para que fossem passadas algumas informações e orientações sobre o serviço e a saúde de um modo geral. Vislumbra-se a possibilidade de instalar algum tipo de equipamento de vídeo. Ao esperar, as pessoas poderiam ser informadas, orientadas, educadas sobre temas de saúde e prevenção.

EFICÁCIA

A eficácia pode ser entendida a partir da resposta a algumas questões como: o que se propõe a realizar? Produz os resultados desejados? Os procedimentos são os mais adequados? Tem critérios de avaliação de suas ações?

Quando fazemos essas questões, concluímos que muitas ações são verdadeiros desperdícios de recursos e esforços. Por exemplo, o que adianta o médico examinar criteriosamente um paciente, fazer uma correta anamnese, elaborar uma hipótese diagnóstica e um esquema terapêutico e o paciente ao sair, simplesmente, dizer: “Mas eu não tenho dinheiro para comprar o remédio!”.

Parece essencial insistir na idéia que o posto de saúde tem uma função pedagógica essencial. Não se trata apenas de repetir um gesto médico, mas de - por ser educativo - estar aberto a escuta.

Nossa experiência mostra que aliando-se uma vontade política clara e firme a alguma competência técnica e disposição para o trabalho, pode-se realizar algo em benefício da população (CAPISTRANO FILHO, 1985).

Obviamente que devemos concordar que um mínimo de condições materiais é imprescindível.

SATISFAÇÃO DO CLIENTE

Podemos dividir essa resposta em duas partes. Primeira, em termos teóricos, quando os pacientes assinalam uma crença muito vantajada em relação à medicina. Acreditam, claramente, que ela pode resolver os problemas de saúde da população. Que ela tem instrumentais capazes de enfrentar adversidade.

Segunda, a pouca sorte que possuem. Pelo fato de serem pobres e estarem condenados a não terem acesso aos bons serviços da medicina.

Todos os postos precisariam passar por um processo de avaliação por parte da clientela. Esse critério em pauta permitiria alguns melhoramentos no serviço. O usuário é sempre uma pessoa indicada a opinar sobre o assunto.

Enfim, um paciente mal-atendido, que deixa o serviço contrariado é uma propaganda muito negativa para as suas ações e a imagem que pretende ter junto à comunidade.

EFICIÊNCIA

Eficiência deve ser entendida como a ação que produz mais benefício com os recursos que possui. Pode-se falar em desperdício de recursos quando, por exemplo, não se faz a utilização de todos os equipamentos disponíveis - seja pela falta de algum componente, que quebrou! - seja, pela falta de pessoal técnico devidamente habilitado para manipular aquele tipo de aparelho. Dentro de pouco tempo ele se estraga e vira sucata.

A não atribuição clara e precisa de funções e papéis dentro do posto de saúde é outro elemento crucial. A quem se deve dirigir? Quem é o responsável por que? Existe, na maioria deles, uma indefinição muito grande de papéis.

Uma boa proposta seria a de padronizar os procedimentos e estabelecer as manobras e rotinas básicas, os critérios de ação e reconhecimento.

CONTINUIDADE

A dinâmica democrática inaugurou uma ciranda muito intensa na ocupação dos cargos públicos. Troca-se de ministros, secretários, diretores administrativos, com muita facilidade.

Cada um desses novos personagens quer introduzir mudanças e não demonstra qualquer interesse em dar continuidade aos programas do antecessor. Então, haja mudanças de rumos. Muitos programas são jogados fora, abandonados. O importante é apresentar novas iniciativas, novos enfoques, novas diretrizes. Até mesmo, simplesmente mudar o nome do programa. Isto tudo é feito sem critérios, sem avaliações e com imenso desperdício de recursos e materiais.

No caso específico do posto de saúde, o paciente deve se sentir confortado em encontrar a mesma equipe, sempre a mesma maneira e procedimentos. Ele precisa saber que seu tratamento não será suspenso ou interrompido. Até mesmo na questão da pontualidade e da frequência do médico.

A continuidade pode também ser assegurada pelos cadastros e registros do posto. Seria importante que cada membro e/ou família do bairro tivesse seu prontuário, onde se pudesse registrar todo o histórico de saúde daquela família. Em nenhum dos postos das comunidades estudadas pode-se verificar essa prática. Não há anotações nem cadastros mais apurados. Os médicos têm pressa ou nunca vêm.

SEGURANÇA

Entendemos por segurança a redução dos riscos de infecções, efeitos colaterais prejudiciais e outros perigos que podem relacionar-se com a prestação de serviços. Um exemplo bem típico é o da infecção hospitalar por negligência, ou, da transfusão sangüínea e os riscos da contaminação.

Nesse capítulo temos registro de poucas reclamações. Atribuímos a três fatores:

- Primeiro, as práticas médicas de risco são muito reduzidas nesses postos;
- Segundo, o nível de compreensão e escolaridade dos pacientes é muito baixa o que não lhes permite perceber esses perigos;
- Terceiro, o fato do serviço prestado ser gratuito, faz parecer ao cliente que ele não teria o direito de reclamar. É dado, não se comenta.

COMODIDADE

O paciente voltará sempre se encontrar um clima agradável e acolhedor. Esse fator será um dos grandes responsáveis pela propaganda positiva do posto. Rapidamente se espalha, pela comunidade, como foi a atendimento, quem deve procurar, etc.

A busca dessa comodidade pode ser auferida em relação a:

- o aspecto físico - as instalações, as salas, a organização espacial;
- o acolhimento humano - a forma como foi atendido, o tempo de espera, etc;
- a atendimento médico - se o médico escutou, se fez algum comentário, se deu alguma explicação, se demonstrou interesse em rever.

Todos esses elementos terão, obviamente, um papel fundamental na eficácia do processo terapêutico e na cura.

Não devem ser criados obstáculos burocráticos ao acesso dos pacientes. Para isso, as equipes devem organizar seus horários de forma a não fechar as portas da unidade, a manter sempre que possível as atividades essenciais. Onde haja repressão de demanda por excesso de procura deve ser, na medida do possível, organizado o terceiro turno de atendimento com o mesmo enfoque técnico dos outros períodos. Nenhum paciente deve ser dispensado porque esqueceu um documento - Centro de Saúde não é banco e não trabalhamos com dinheiro, mas com vida e com gente (CAMPOS, 1994).

Nos resultados que obtivemos, os entrevistados dão a impressão de que procuram os postos como último e indispensável recurso. Não vão porque gostam, mas porque precisam de uma assistência imediata. E, obviamente, não guardam uma boa lembrança.

Por outro lado, não se deve confundir instalações apropriadas, com conforto, ou excesso de gastos e dinheiro. As instalações podem ser simples, até modestas. O importante é que o cliente se sinta bem.

CONCLUSÃO

A noção de posto de saúde deve ampliar-se para o de centro de promoção da saúde. Isto é, aquele espaço deve ser não apenas o local para o atendimento médico, cuidados médicos, mas para a promoção da saúde como um todo.

Por isso, ele deve ser um espaço não apenas reservado aos profissionais da saúde, mas a mobilização de toda a comunidade. Nesse local devem se processar não apenas os atos médicos, mas todas as iniciativas que promovam as melhoras dos padrões de saúde.

... deveria agora realizar duas tarefas principais: PROVER O ATENDIMENTO AMBULATORIAL BÁSICO ÀS INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS DE TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS E CONCOMITANTEMENTE DESENVOLVER AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA. (grifos do autor) Essas duas áreas de atendimento devem, no entanto, ser organizadas de forma integrada. Ou seja, através do atendimento da demanda espontânea, da que apresenta algum problema imediato, organizar práticas preventivas individuais e coletivas (CAMPOS, 1994).

É ainda oportuno destacar a ausência, cada vez mais sentida, do clínico geral, figura indispensável nesse tipo de atendimento. De um modo geral, a medicina moderna tem dado grande ênfase às especialidades. Estes profissionais têm "invadido" os postos de saúde, dificultando com suas abordagens particularizadas uma aproximação mais sistêmica das situações, dentre elas, as problemáticas ligadas as dinâmicas familiares. Os especialistas exigem uma maior sofisticação de procedimentos, com o uso de equipamentos e materiais difíceis de serem encontrados nos postos e com resultados modestos.

Doutra parte, deveriam existir salas para reuniões, tipo grupos de auto-ajuda ou apoio a egressos, reuniões com mulheres em preparação do pré-natal, grupos de educação para a saúde e sexualidade para adolescentes, núcleos de alcóolicos anônimos, sala de reuniões preparatórias a vacinações, salas de fisioterapia, de aerosol, etc.

O simples ato médico de consultar parece cada vez mais vazio de sentido, se a ele não se juntam outras aspectos relevantes da vida do indivíduo. Não é apenas um corpo que se consulta. É uma pessoa. Seguramente existem outras formas de abordar a questão da saúde com a população, tão proveitosas e eficientes quanto estas.

Destaca-se o papel da educação para a saúde. Sem querer relegar as ações curativas, é importante destacar as ações profiláticas, criando uma mentalidade diferente sobre saúde. Não mais um bem estático, mas uma realidade a construir.

O processo educativo é o instrumento básico que veicula informações e experiências sobre a saúde. Educar para a saúde é atividade das mais relevantes num país em desenvolvimento. A educação é instrumento de transformação social, não só a educação formal, escolarizada, mas toda ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e que estimule a criatividade (REZENDE, 1986).

Defende-se a concepção de um centro de promoção da saúde, onde os atos curativos ou terapêuticos ocupem uma parte e não sejam os únicos determinantes de toda a natureza da instituição.

Quanto mais as pessoas tomam consciência de seus direitos, mais elas vão argüir a necessidade de um atendimento qualificado. O que resulta, hoje, desse entendimento é que grande parte da população no lugar de procurar um posto de saúde, dirige-se logo para um hospital de referência. No caso de Fortaleza, correm logo para a Assistência Municipal (Instituto José Frota). A consequência imediata é que esse hospital, sobrecarregado por problemas de patologia banal ou crônica, não terá condições para assegurar um bom atendimento às verdadeiras urgências, num ciclo infernal de desordem e desperdício.

Quando o paciente procura um serviço de urgência nessas circunstâncias está revelando, em última análise, a falência do posto de saúde. Ele não foi capaz de assumir uma demanda típica, seja pela desorganização, seja pela baixa confiabilidade. Na verdade, não houve acesso facilitado e constante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza - Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: *Planejamento sem Normas*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CAPISTRANO FILHO, David (Org.) - *Saúde para todos, um desafio ao município* - São Paulo: Hucitec-Oboré, 1985.
- CASTRO, Cláudio de Moura, ROMEU, Nilton e VIANNA, Solon Magalhães - A mão invisível nos serviços de saúde: será que ela cura? - *Caderno de Saúde Pública*, RJ. 1(4): 418-431, out/dez.1985.
- NELSON, James B. - Human Medicine, Minneapolis, Minnesota, Augsburg Publishing House, 1973. In: Nunes, Everardo Duarte - *Medicina social, aspectos históricos e teóricos* - São Paulo: Global Ed., 1983.
- REZENDE, Ana Lúcia Magela - *Saúde, dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez, 1986.