

**COMPREENDER PARA INTERVIR.
SAÚDE PÚBLICA: DEFINIR UM POSICIONAMENTO
PARA CONSTRUIR UMA IMAGEM.
UM ESTUDO DE CASO JUNTO DAS UNIDADES DE SAÚDE
DO BAIXO CÁVADO**

HELENA GONÇALVES* / ALEXANDRA LÁZARO* / LUÍSA MAGALHÃES* /
SILVANA MOTA RIBEIRO* / HELENA PIRES* / PAULO XAVIER*

RESUMO

«Compreender para intervir» resume o propósito deste estudo, integrante e integrador de uma candidatura apresentada pelos Centros de Saúde de Barcelos, Barcelinhos e Esposende, no âmbito dos «Projectos Inovadores», à Administração Regional de Saúde da Região Norte e cujo objectivo último visa traçar um plano de acção capaz de promover a *satisfação e qualidade com serviço público de saúde*, na óptica de todos os seus profissionais e utentes. É um trabalho de investigação desenvolvido por uma equipa de docentes investigadores do Departamento de Ciências da Comunicação do Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.

Com as comunicações que se seguem, dá-se conta: do desenho do projecto, seu enquadramento teórico e metodologia; da leitura de alguns resultados; do desenho do plano de acção, nas vertentes de formação e comunicação.

As comunicações apresentadas correspondem à apresentação e descrição das diferentes fases pelas quais passou este projecto até à data.

* Departamento de Ciências da Comunicação, Universidade do Minho, Braga.

1. **COMPREENDER PARA INTERVIR: DESENHO DO PROJECTO, SEU ENQUADRAMENTO TEÓRICO E METODOLOGIA**

HELENA GONÇALVES / ALEXANDRA LÁZARO

Desenho do estudo: formulação do problema

Este estudo, realizado com os Centros de Saúde de Barcelos, Barcelinhos e Esposende, visa traçar um plano de acção capaz de promover a *satisfação e qualidade em relação ao serviço público de saúde*, na óptica de todos os seus profissionais e utentes. É um estudo feito com as pessoas e para as pessoas, norteado pela atitude compreensiva dos comportamentos e seus contextos, e pretende contribuir para inspirar acções de formação/comunicação a empreender e capazes de influenciar a evolução da actual situação no sentido desejado. A situação pretendida, e para a qual se orienta toda a investigação suporte de um planeamento estratégico de acção, toma como dimensões de análise:

Do ponto de vista do profissional de saúde

- motivação e auto-confiança dos profissionais de saúde;
- adequação dos serviços às necessidades dos utentes;

Do ponto de vista do utente

- recurso adequado aos serviços de saúde;
- alfabetização sobre cuidados primários de saúde;
- valorização da medicina preventiva.

Obedeceu a um desenvolvimento faseado, no qual assumiu papel determinante a recolha de informação. Da pertinência dessa recolha, seguida de criativa formatação, resultam os eficazes planos de acção. Porque possuir informação formatada permite desenhar cenários de futuro, influenciando-os no sentido da evolução desejada.

Objectivos

Decorrentes da natureza do estudo, cujo propósito foi sintetizado na denominação «Compreender para intervir», os objectivos principais estão assim enunciados:

- Recensear as atitudes da população face aos serviços de saúde;
- Caracterizar essas atitudes;

- Recensar (dentro do possível) as representações sociais face aos serviços de saúde;
- Recensar as atitudes dos agentes de saúde pública;
- Caracterizar essas atitudes;
- Definir os perfis profissionais desejados;
- Comparar com os perfis actuais;
- Elaborar um plano de formação capaz de anular os desfasamentos entre a situação actual e a situação pretendida;
- Elaborar um plano de comunicação;
- Definir uma estratégia de meios de difusão.

Os resultados esperados prendem-se com a *satisfação e qualidade do serviço*, na óptica de todos os intervenientes – profissionais e utentes – e procuram a humanização dos cuidados de saúde, a harmonização de interesses entre utentes e profissionais, a adequação dos serviços às necessidades dos utentes e, da parte destes, a alfabetização sobre cuidados primários de saúde, com valorização da medicina preventiva, e adequado recurso aos serviços disponíveis.

Faseamento da investigação

Identificado o problema de investigação, os seus objectivos e alcance, merece muita reflexão a metodologia, pela opção de métodos e técnicas de investigação que melhor sirvam os resultados a que se propõe.

- A fase exploratória constitui o nervo de toda a investigação. É uma fase morosa e difícil de cujo rigor e sucesso depende, em larga medida, o desenvolvimento do estudo. Consiste na obtenção de informação sobre o problema em análise, informação genérica e abrangente, tanto quanto possível rigorosa e focalizada. Permite uma aproximação à realidade em estudo, um desbravar de caminho capaz de mapear percursos em direcção aos destinos pretendidos. Constituindo um breve estudo prévio, fornece material sobre o qual se constrói o modelo de análise e se formatam os instrumentos de recolha de dados.
- A triangulação de fontes e de dados, permitindo observar de diferentes lados a realidade social, é elemento fundamental da estratégia de investigação em qualquer das suas fases. Sobre dados de natureza quantitativa e qualitativa que é preciso sintetizar e compreender se constróem hipóteses de trabalho, ensaio de estrutura explicativa global das evoluções do sector. Naquelas se sustentará todo o planeamento da acção, porque agir de forma planeada e

concertada supõe que o meio funciona de determinada maneira e que a acção a empreender o levará a reagir em determinado sentido desejado. Por isso recorreremos a fontes primárias e secundárias, fizemos observação «naturalista» e «focalizada», individual e em grupo, procurando tomar diversas perspectivas e integrar diferentes sensibilidades.

- Procedemos, em primeiro lugar, ao recenseamento de fontes secundárias – bibliográficas e documentais. Foi nosso propósito conhecer os estudos publicados sobre o assunto, as perspectivas de análise já ensaiadas, os resultados obtidos, por um lado; por outro, tomar conta dos enquadramentos legais e sociais do fenómeno, descobrir o seu «código genético» e acompanhar a sua «história de vida».
- Norteados pelos objectivos do estudo, por um lado, e apoiados nas leituras efectuadas, por outro, fizemos a primeira opção e orientámos a nossa pesquisa em torno de 3 conceitos organizadores da reflexão, a saber: *saúde, doença, satisfação*. Em torno destes três conceitos temáticos, precisados em subcategorias que avançámos como componentes integrantes de um sistema de funcionamento, construímos o guião de entrevista a ser efectuada junto dos Directores dos Centros de Saúde, bem como o questionário a ser aplicado aos utentes.
- A elaboração do questionário (utentes) para aplicar junto de uma amostra de indivíduos residentes na área geográfica em que decorre o estudo levou em conta as leituras efectuadas e foi, posteriormente, enriquecido com dados obtidos nas conversas de grupo focalizadas, realizadas nos três Centros de Saúde, bem como nas entrevistas realizadas com os Directores dos respectivos Centros.
- A elaboração do questionário (profissionais) para aplicar junto de todos os profissionais de saúde dos centros de saúde em causa foi feito com base nas leituras efectuadas e na legislação existente. Foi também enriquecido com dados obtidos nas conversas de grupo focalizadas, realizadas nos três Centros de Saúde, bem como nas entrevistas feitas aos Directores dos respectivos Centros.
- Foram realizadas conversas de grupo focalizadas em todos os Centros de Saúde. Com grupos de cerca de 10/15 indivíduos, entre médicos, enfermeiros e administrativos, corpo de peritos na matéria em análise, e com a presença de observadores, elementos da equipa de investigação, estas reuniões/discussão são consideradas um

momento privilegiado de investigação pela diversidade de informações que possibilitam. O contexto de comunicação que se cria permite uma interacção que progressivamente se desprende da expressão controlada, dando lugar à expressão de crenças, atitudes e representações em relação ao objecto de conversa. Foi feito registo *audio* e escrito para posterior análise e integração no estudo.

- Foram efectuadas entrevistas em profundidade (semi-directivas) aos Directores dos 3 Centros de Saúde. A grelha já antes referida, elaborada em torno dos temas/conceitos saúde, doença, satisfação e especificada pelas subcategorias criadas, serviu de guião de entrevista que foi feita por membros da equipa de investigação. Foram registadas em *audio* e posteriormente transcritas para análise e tratamento da informação nela contida e sua posterior integração.
- Fez-se tratamento de dados – tabulação e interpretação – para construção da hipótese de investigação, sobre a qual se traça o plano de acção nas duas vertentes, de formação e comunicação.

Descrição do modelo de análise utilizado

O modo como os utentes utilizam os Centros de Saúde pode ser conceptualizado como estando relacionado com a sua satisfação face a esses serviços, mas também com as suas representações sobre a saúde e a doença. Ou seja, a caracterização de um estado de saúde ou de doença e aquilo que se considera adequado e se faz para promover a saúde e combater a doença influencia o tipo de utilização dos «serviços de saúde» e a relação do utente com os profissionais desses serviços. Deste modo, o modelo que baseia este estudo centra-se em três conceitos: a saúde, a doença e a satisfação com os serviços de saúde, tendo sido construído com base em informação seleccionada nas leituras feitas, em dados recolhidos junto dos profissionais dos Centros de Saúde, numa fase mais exploratória do trabalho, e ainda nas entrevistas com os Directores dos Centros de Saúde.

A saúde e a doença

Nas representações da saúde e da doença, junto dos utentes, começam por ser avaliadas as causas da saúde e da doença do próprio, dos outros e da sociedade em geral. Esta distinção justifica-se com base na verificação empírica de que as concepções dos indivíduos não são idênticas nestes três níveis (Blaxter, 1990; Nettleton, 1995). Neste campo são avaliados factores biológicos e hereditários, infecções, agentes ambientais físicos, factores comportamentais, ambiente social, diferenças individuais, a saúde como

valor e o *locus* de controlo (isto é, se o indivíduo considera que ele controla o seu estado de saúde ou se este depende principalmente de factores externos não controláveis como, por exemplo, a sorte/azar, a constituição física com que nasceu, a vontade divina), entre outros que surjem da análise das respostas aos questionários.

Para além da avaliação de crenças e atitudes (posição avaliativa face a um objecto ou situação, e não ao comportamento da pessoa), também se recolheu informação sobre práticas declaradas – do próprio nos seus cuidados preventivos de saúde – de modo a analisar a relação entre aquilo em que a pessoa acredita e prefere e aquilo que diz fazer.

Na construção da concepção de doença das pessoas, procurou-se também informação sobre sintomas recentemente experienciados, a ocorrência de doenças, o modo como o sujeito tem lidado com a doença (ex., a quem recorreu, que tipo de remédios tomou) e com situações de primeiros socorros.

Relacionado com a saúde e a doença estão os estilos de vida de cada um, principalmente as crenças e as práticas sobre o que pode melhorar ou piorar o estado de saúde – a dieta alimentar, o consumo de álcool e de tabaco, o exercício físico e o descanso (Blaxter, 1990).

Satisfação com os serviços de saúde

Relativamente à satisfação com os serviços de saúde avaliaram-se os seguintes aspectos junto dos elementos da população inquiridos:

- a satisfação global com os serviços e a comparação da sua qualidade com a dos serviços privados;
- a selecção de serviços utilizados e respectiva frequência;
- a satisfação específica, isto é, quais os factores de satisfação e insatisfação livremente referidos pelo sujeito e como este avalia os diferentes serviços de saúde (consulta com médico de família, serviço de enfermagem, serviço de atendimento permanente, serviço de atendimento e consultas urgentes, visita domiciliária, planeamento familiar/saúde materna e saúde infantil);
- o acesso aos serviços (localização do centro de saúde, período de abertura, acesso a cuidados especializados, hospitalares e de emergência, marcação de consultas por telefone, períodos de espera, na sala, pela consulta e pelo atendimento de enfermagem, informação por telefone, procedimentos administrativos para escolha de médico e preenchimento das prescrições, duração da consulta);
- a influência de outras pessoas na escolha do médico;

- o nível de confiança nos médicos em geral e no médico de família em particular;
- obtenção de informação junto do médico e do enfermeiro sobre o estado de saúde actual e sobre como evitar a doença e manter a saúde;
- a relação entre profissionais de saúde e o utente nos aspectos da participação do utente, na continuidade dos cuidados, na relação (simpatia, cortesia, respeito pela privacidade, conforto e apoio) e na equidade do tratamento;
- as estratégias do utente na relação com os profissionais de saúde (ex., seguir indicações médicas/ignorar conselhos médicos, apresentação parcial dos sintomas/exclusão de informação);
- a responsabilização do utente pelos seus cuidados de saúde;
- o conflito na relação utente/centro de saúde (ex., se o utente já sentiu vontade de reclamar devido ao modo de tratamento e se já apresentou alguma reclamação);
- a percepção dos custos dos cuidados de saúde para o próprio, para o Estado e em comparação com os custos dos serviços privados.

Dados sócio-demográficos

Dados sócio-demográficos como sexo, idade, local de residência, local de nascimento, integração e apoio social e classe social foram também recolhidos e servem, como em qualquer pesquisa, para uma caracterização sociológica básica da amostra e, neste estudo, também para avaliação da diversidade da amostra quanto às representações da saúde, da doença e da satisfação com os serviços de saúde correlacionadas com essas variáveis.

Recolha de dados: utentes

A amostra

Foram entrevistados pessoalmente 400 indivíduos pertencentes à área abrangida pelos Centros de Saúde implicados no estudo. Foram determinadas quotas, com base nas proporções observadas na distribuição da população da área de abrangência dos Centros. A amostra é acidental/ocasional, mas procurou-se controlar e equilibrar factores como idade, sexo, área rural ou urbana de residência, de modo a conseguir diversidade amostral. Apesar de se tratar de uma amostra não probalística, diz-nos a experiên-

cia que com os cuidados de aplicação que foram tomados, ela tem propriedades das amostras probabilísticas.

Os dados brutos das respostas aos questionários foram introduzidos numa base de dados e submetidos a uma análise descritiva e comparativa dentro da amostra.

Embora a amostra seja de 400 indivíduos, a partir da questão 30, na parte do questionário que procura avaliar a satisfação com os serviços de saúde, a nossa amostra é de 200 indivíduos. Fica a dever-se esta situação ao facto de ter sido decidido que, aos inquiridos que revelassem não frequentar os Centros de Saúde ou fazerem-no apenas para pedir receitas ou exames, não seria dada a oportunidade de continuar a responder ao questionário em matéria de avaliação de satisfação com os serviços prestados. Esta decisão apoia-se no entendimento de que quem não usa os serviços não tem legitimidade para avaliá-los. Como 56% dos inquiridos revela não frequentar o Centro de Saúde, só os restantes contam nas respostas seguintes.

Procedimento

A pesquisa foi realizada na rua por estudantes universitárias e jovens licenciadas. Estas foram sujeitas a um período de formação intensiva para conhecimento do instrumento de recolha de dados, dos objectivos do estudo, aplicação competente e rigorosa do questionário. Foi feita supervisão da equipa no terreno.

A pesquisa decorreu nos meses de Outubro e Novembro, ao longo de todos os dias da semana, Domingo incluído. Esta exigência, bem como a obrigatoriedade de aplicação em horário pós-laboral – também a partir das 17 horas – prende-se com a preocupação de conseguir maior diversidade da amostra: etária, social, etc.

Análise dos resultados

Os dados brutos das respostas aos questionários foram introduzidos numa base de dados e submetidos a uma análise descritiva e comparativa dentro da amostra.

Recolha de dados: profissionais de saúde

No respeito pela audição de cada um sobre um problema que é de todos, revela-se de grande importância avaliar, na perspectiva dos agentes, as funções e desempenhos dos profissionais de saúde:

- tarefas atribuídas;
- preparação para o desempenho dessas funções;

- satisfação com o trabalho realizado;
- necessidades de formação;
- condições de trabalho;
- contribuição pessoal para a qualidade do serviço;
- caracterização dos perfis actuais.

A amostra

É constituída por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo e auxiliar dos três Centros de Saúde incluídos no estudo. Pretendeu-se auscultar todos os profissionais, não havendo, portanto, lugar a constituição de uma amostra se considerarmos o universo os profissionais dos 3 centros de saúde em causa. O questionário foi disponibilizado a todos, solicitando-se o seu preenchimento e motivando para a importância da colaboração. Num total de 312 indivíduos (de acordo com dados recolhidos na publicação *A Saúde que temos*), recebemos 163 questionários preenchidos, cujas respostas constituem matéria de reflexão neste estudo.

Procedimento

Num primeiro momento, foi enviada uma carta a todos os profissionais, assinada pela coordenadora da equipa de investigação, sensibilizando para o processo de inquérito e pedindo o preenchimento. Esta carta foi distribuída pelos Directores dos Centros, com uma mensagem de reforço, da sua responsabilidade e iniciativa, apelando à colaboração.

Num segundo momento, três elementos da equipa de investigação, deslocaram-se a cada um dos Centros de Saúde, para entregar os questionários de auto-administração, também estes acompanhados de uma carta e de um envelope para entrega pós preenchimento. Pretendia-se garantir a confidencialidade, através da devolução, em envelope timbrado, devidamente fechado pelo respondente. Estes foram preenchidos e posteriormente recolhidos, tendo-se verificado uma taxa de retorno de 52%.

Análise dos resultados

Os dados brutos das respostas aos questionários foram introduzidos numa base de dados e submetidos a uma análise e leitura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BACKER/ROGERS editores (1993) – *Organizational Aspects of Health Communication Campaigns: What Works?*, London, SAGE publications.
- BLAXTER, M. (1990) – *Health and lifestyles*, Londres, Routledge.
- FERREIRA, Gonçalves F. A. (1989) – *Sistemas de saúde e seu funcionamento. Sistema de cuidados de saúde no Mundo. O caso particular de Portugal*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- KOTLER, Philip e CLARKE, Roberta N. (1987) – *Marketing for Health Organizations*, New Jersey, Prentice Hall.
- MORGAN, David L. (1990) – *Focus groups as qualitative research*, Newbury Park, Sage.
- MORGAN, C. e MURGATROYD, S. (1994) – *Total Quality Management in the Public Sector*, Buckingham/Philadelphia, Open University Press.
- NETTLETON, S. (1996) – *The sociology of health and illness*, Cambridge, Polity Press.
- REIS, J. C. (1998) – *O Sorriso de Hipócrates. A integração biopsicossocial dos processos de saúde e de doença*, Lisboa, Veja.
- SIERRA BAVO, R. (1989) – *Técnicas de Investigación Social*, Madrid, Paraninfo.
- STEWART, David W. (1990) – *Focus Groups: theory and practice*. Newbury Park, Sage.

2. COMPREENDER PARA INTERVIR: REPRESENTAÇÕES E ATITUDES FACE AO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA – RESULTADOS DE UM ESTUDO DE CASO

LUÍSA MAGALHÃES / SILVANA MOTA RIBEIRO

No que diz respeito às representações e atitudes face ao Sistema de Saúde Pública, os resultados que este texto se propõe apresentar referem-se a um estudo de caso que envolve simultaneamente utentes e profissionais das unidades de saúde do Baixo Cávado, designadamente Barcelos, Barcelinhos e Esposende. Referir-nos-emos, em primeiro lugar, aos dados recolhidos por inquérito junto dos utentes para, seguidamente, abordar o conjunto de informações obtido a partir das respostas dos profissionais.

O modo como os utentes utilizam os Centros de Saúde pode ser conceptualizado como estando relacionado com a sua satisfação face a esses serviços, mas também com as suas representações sobre a saúde e a doença. Ou seja, a caracterização de um estado de saúde ou de doença e aquilo que se considera adequado e se faz para promover a saúde e combater a doença influencia o tipo de utilização dos «serviços de saúde» e a relação do utente com os profissionais desses serviços. Deste modo, o modelo em que se baseia o estudo relativo aos utentes centra-se em três conceitos: a saúde, a doença e a satisfação com os serviços de saúde, tendo sido construído com base na literatura existente sobre esta matéria, bem como em informação recolhida junto dos profissionais dos Centros de Saúde, numa fase mais exploratória do trabalho, e ainda nas entrevistas com os Directores dos Centros de Saúde.

O primeiro dado que se destaca dos resultados é o facto de uma maioria significativa achar que, hoje em dia, as pessoas são menos saudáveis do que no tempo dos seus pais, o que parece confirmar uma opinião que vai no sentido de uma degradação progressiva da saúde com o decorrer dos tempos. Ainda assim, cerca de $\frac{1}{4}$ dos inquiridos acredita numa melhoria geral do estado de saúde das pessoas. O reforço dos cuidados médicos é o factor mais referido para justificar essa opinião, sendo consequência da evolução da investigação médica e farmacêutica, aperfeiçoamento tecnológico, construção de novas e melhores infra-estruturas de saúde e.g., hospitais ou centros de saúde e aposta na formação dos profissionais desta área. A natural melhoria das condições de vida das populações é também um factor importante na opinião dos inquiridos.

Os principais factores apontados para suportar a opinião de que a população é actualmente menos saudável são a existência de 'erros alimentares' frequentes. O 'estilo de vida' merece portanto uma referência bem

expressiva. A vida quotidiana das pessoas está impregnada de práticas que estas entendem que influenciam o seu estado de saúde. A alimentação é uma delas. Os inquiridos têm, segundo afirmam, uma alimentação variada, comendo, por exemplo, fritos, estufados, cozidos ou grelhados. De realçar que grande parte dos inquiridos dizem consumir fruta fresca, saladas e vegetais crus e peixe (dados que podem estar relacionados com as actividades económicas predominantes na região – a agricultura e a pesca) e ainda de cozidos e grelhados. O predomínio destes alimentos, considerados saudáveis, nas respostas dos inquiridos, ainda que não signifique necessariamente que os inquiridos façam o tipo de alimentação que dizem fazer, pode ser lido como um indicador da consciência dos indivíduos relativamente ao que deve ser uma boa alimentação. Existe a consciência de que por um lado, a maioria das doenças tem uma causa comum, relacionada com os estilos de vida. Por outro lado, as pessoas sabem o que deveriam fazer para corrigir alguns destes factores, designadamente aqueles que resultam de erros alimentares.

Foi recolhida informação sobre alguns dos hábitos alimentares dos inquiridos, bem como sobre a sua posição avaliativa face a um objecto ou situação, contrapondo esta posição ao real comportamento indiciado. Questionámos crenças e atitudes e recolhemos informação sobre práticas de vida, de modo a analisar a relação entre aquilo em que a pessoa acredita e prefere e aquilo que diz fazer.

No que diz respeito à percepção que os indivíduos têm da sua saúde/doença, a alegria, o dinamismo e a vontade de comunicar são consequências de um estado saudável, enquanto que a doença se denuncia através da tristeza, da apatia e do isolamento. É curioso verificar que nenhum destes indicadores está directamente ligado a condições físicas, mas antes a aspectos psico-afectivos, o que é revelador da actual tendência para alargar o conceito de saúde, reforçando a importância de diversas variáveis de ordem emocional e psicológica. Sentir-se bem, hoje, já não é apenas não estar doente, significa atingir também um bem-estar espiritual.

O equilíbrio alimentar e a actividade lúdica e desportiva são as principais acções empreendidas para manter ou melhorar a saúde. Porém, uma boa parte dos indivíduos refere que não faz nada para manter ou melhorar a sua saúde, apesar de muitos deles apontarem actividades que gostariam de fazer mas não fazem. A actividade lúdica e desportiva, mais uma vez, e a vida equilibrada são algumas delas. As principais razões para não as realizarem ligam-se à 'falta de tempo', o que indicia a necessidade de trabalhar, deixando pouco espaço à descontração; mas é também significativa a resposta 'falta de vontade', que pode ser lida como falta de motivação e gosto pela vida.

Quando confrontados com uma série de afirmações acerca de procedimentos, representações e crenças face à saúde, os inquiridos posicionam-se

de diversas formas. É indiscutível que, para os indivíduos, 'ter uma boa saúde é a coisa mais importante da vida'. Outras afirmações reúnem o consenso de uma parte significativa da amostra. O facto de a maioria concordar que 'as pessoas deviam ir regularmente ao médico' pode reflectir já uma consciência da necessidade de vigiar o estado de saúde e de auto-responsabilização. Apesar de as pessoas acharem que podem intervir na sua própria saúde, há ainda uma grande parte que acredita que 'a saúde é uma questão de sorte', o que pode querer dizer que o papel do indivíduo está, neste domínio, limitado.

É importante salientar que não podemos desligar a saúde dos factores socioculturais que enformam as práticas e crenças dos inquiridos. Exemplo disto é a grande percentagem indivíduos da amostra que revelam já terem feito uma promessa a um santo por motivo de doença (53,5%) e daqueles que, não o tendo feito, estariam dispostos a fazê-lo, caso fosse necessário.

A opinião generalizada dos inquirido relativamente às causas de doença incide sobre a 'ausência de cuidados primários'. Com menos importância, aparecem também a 'fragilidade psicológica' e ainda o 'fatalismo', apesar de grande parte dos inquiridos achar que é por culpa própria que se adoecem. Indicámos algumas doenças para que os inquiridos manifestassem o seu conhecimento sobre possíveis causas de desequilíbrio em termos de saúde. Para cada doença indicada, os inquiridos apontam inúmeras causas, destacando-se os 'desequilíbrios alimentares' que aparecem a ocasionar quase todas doenças.

Sofrer de 'doenças ou problemas de saúde permanente' é referido por 38,7% dos indivíduos inquiridos; destes, 21,3% dizem ver limitadas as suas capacidades para o exercício físico e para a actividade profissional. Questionámos também o tipo de tratamento a que foram sujeitos enquanto doentes: percentagem significativa diz ter sido tratado por um médico.

Quanto às doenças mais frequentes, as constipações/gripes, dores nas costas, dores de cabeça e nervos foram os principais sintomas apontados. A maior parte diz não ter sido visto pelo médico, mas ter tomado medicação. Mais de metade dos inquiridos já tomou medicamentos que não lhe foram receitados pelo médico, dando para tal várias justificações entre as quais ganha maior relevância a categoria 'eram remédios leves'. A maior distância aparece a justificação 'já os tinha tomado antes para a mesma doença' e com menos expressão 'segui os conselhos de outras pessoas'.

Para problemas de ortopedia, recorre-se frequentemente aos serviços de um endireita; isto passa-se com cerca de 40% dos indivíduos. No entanto, isto não significa que, em geral, se pense que os endireitas percebem mais de ossos do que a maior parte dos médicos. Ainda assim, $\frac{1}{3}$ dos inquiridos concorda com a afirmação 'os endireitas percebem mais de ossos que a maior parte dos médicos'.

Muitas vezes, saúde e misticismo cruzam-se. Há quem, por motivos de saúde, recorra aos serviços de uma bruxa. Apesar de a maioria dos inquiridos não acreditar nos bons resultados desses serviços, é expressiva a percentagem de inquiridos que não tem dúvidas de que 'quando se perde a esperança na medicina, uma pessoa agarra-se a tudo', embora uma parte significativa concorde com a afirmação 'quando a medicina não consegue curar, as bruxas também não'. Daqui pode inferir-se que as pessoas sentem as limitações da medicina e, numa situação de doença, outras possibilidades são consideradas.

Embora mais de metade dos inquiridos não se aconselhe com ninguém, antes da consulta médica, as práticas da saúde são também atravessadas pelas relações interpessoais mantidas pelos indivíduos com os seus grupos de pertença e de referência. Assim, quando o aconselhamento tem lugar, são os familiares e os amigos os mais procurados.

Nem sempre as doenças são consideradas suficientemente graves para que os indivíduos procurem o médico. Quando estão perante situações não muito complicadas (como queimaduras, cortes, feridas e pés torcidos), resolvem estes problemas, geralmente, em casa ou com recurso ao farmacêutico, só raramente se deslocando ao posto médico ou ao hospital.

A maior parte dos inquiridos que recorrem ao Centro de Saúde, cerca de metade da amostra, considera os serviços prestados entre o razoável e o bom. O que mais parece agradar a estas pessoas é o médico de família, sendo a sua consulta a principal razão para o recurso ao Centro. Contudo, um número significativo de utentes inquiridos afirma não gostar de nada no Centro de Saúde, sendo os factores de desagrado mais assinalados 'o tempo de espera' e os 'funcionários administrativos'.

Entre os serviços de saúde mais utilizados encontram-se a 'consulta do médico de família', em primeiro lugar, seguida da 'urgência do hospital', do 'serviço de enfermagem', do SACU e do SAP, por esta ordem. O serviço usado com mais regularidade é a 'consulta ao médico de família'. À excepção deste serviço, todos os outros parecem nunca ter sido usados por muitos dos inquiridos. Destaca-se neste caso a 'visita domiciliária' que não só é o serviço menos utilizado, como também nunca foi usado por um elevado número de inquiridos.

Quanto à qualidade dos serviços, a 'consulta com médico de família' é, de todos, o avaliado mais positivamente. No entanto, o 'serviço de enfermagem', o 'SACU', o 'SAP' e a 'saúde infantil', são na maior parte dos casos avaliados como bons ou razoáveis.

Nenhum serviço de destaca por ter uma avaliação consistentemente negativa.

Os tempos de espera pela consulta referidos pelos utentes são muito variados. Contudo, cerca de dois terços dos utentes inquiridos afirma passar habitualmente mais de uma hora na sala de espera para consulta. O número

de utentes que refere esperas demoradas na sala de espera de enfermagem é muito mais reduzido, mas não deixa de ser considerável o número de pessoas que afirma já ter aí passado uma manhã inteira.

Mais de metade dos utentes inquiridos refere uma semana ou mais de intervalo na marcação das consultas. O recurso ao hospital ocorre em caso de necessidade, quando o Centro de Saúde está fechado.

Na avaliação do Centro de Saúde da sua área, os utentes inquiridos referem-se mais positivamente à 'localização relativamente à área de residência', ao 'período de tempo aberto', ao 'acesso a cuidados hospitalares, se necessário', ao 'acesso a cuidados médicos e de enfermagem numa emergência', ao 'processo de marcação de consultas por telefone' e aos 'serviços disponíveis para preenchimento das prescrições e receitas'.

Menos positiva ou mesmo negativa é a avaliação de aspectos como o 'tempo de espera pela consulta na sala de espera' e o 'tempo de espera entre a marcação da consulta e a consulta', os 'procedimentos administrativos para a escolha de médico pessoal' e o 'acesso a cuidados de especialidade se necessário'.

Na avaliação comparativa de custos dos cuidados de saúde no Centro de Saúde e na urgência do hospital, os utentes inquiridos não referem diferenças nos custos para o Estado, mas afirmam que os cuidados na urgência do hospital são mais caros para o utente do que os do Centro de Saúde.

A grande maioria dos utentes inquiridos considera os serviços de saúde públicos mais baratos do que a medicina privada e, se bem que mais de metade os considere de pior qualidade, muitos utentes consideram que a qualidade é semelhante.

Situações geradoras de satisfação dos utentes inquiridos são aquelas que dizem respeito à informação e cuidados prestados pelo médico assim como a relação com este. Menos satisfatórias parecem ser as situações associadas aos enfermeiros. A insatisfação surge claramente associada às situações que envolvem funcionários administrativos e o factor gerador de maior insatisfação é o atendimento diferenciado de ricos e pobres nos Centros de Saúde e nos Hospitais Públicos.

A maior parte dos inquiridos declara confiar nos médicos em geral, mas é ainda maior o número de inquiridos que confia especificamente no médico que os acompanha, seguindo atentamente as suas prescrições e cumprindo o receituário.

Os conselhos do médico e do enfermeiro são geralmente seguidos pela maioria dos utentes os quais afirmam descrever ao médico tudo o que sentem sem omitir informação acerca do que os faz sentir doentes ou desconfortáveis. Afirmam ainda contar sempre ao médico ou ao enfermeiro factos relevantes, mesmo quando pressupõem que estes os desaprovam.

Existe uma grande concordância com as afirmações propostas de que 'cabe ao médico/enfermeiro convencer os doentes a seguir as suas indica-

ções' e de que 'o médico deve vigiar constantemente o doente para saber se ele segue as suas indicações'. Existe também concordância com afirmações como 'quem vai ao médico deve seguir o que ele aconselha' e 'cada pessoa deve saber quando é a altura de fazer uma consulta de rotina'.

As opiniões dividem-se quanto à afirmação de que 'é o Centro de Saúde que deve recordar ao utente a necessidade de fazer uma consulta de rotina com regularidade', personalizando esta questão na relação com o médico de família ou mesmo com os enfermeiros.

A maior parte dos utentes já sentiu vontade de reclamar sobre o modo como foi tratado num serviço de saúde, por razões que se prendem principalmente com o atendimento dos funcionários administrativos e com o tempo de espera. Os serviços desencadeiam por vezes o «desejo de reclamar». Apenas desejo, já que grande parte desta vontade, ainda que seja expressa, não é cumprida. Muito poucos utentes chegaram a fazer a reclamação porque 'não valia a pena pois ninguém iria ligar' ou (em menor número) porque 'só arranjariam aborrecimentos'. Esta é a expressão de uma crença relativa à passividade / indiferença dos serviços no atendimento destas reclamações e ao medo de retaliações futuras, especialmente por parte dos médicos. As poucas reclamações existentes concentram-se no atendimento administrativo, no tempo de espera e, em alguns casos, dirigem-se aos médicos.

Uma outra importante base para a intervenção posterior, para além do questionário aos utentes, foi a recolha de dados junto dos profissionais dos três Centros de Saúde objecto do presente estudo de caso. Pretendia-se um diagnóstico funcional dos três centros do qual se partiria, depois, para a idealização de um Plano de Acção/Formação mobilizador de vontades para um desempenho mais eficaz e compensador.

Os dados recolhidos podem agrupar-se em torno de tópicos principais, cada um dos quais com uma bateria de perguntas correspondente. Vejamos, então, alguns dos temas que foram alvo de questões para os profissionais de saúde e possíveis leituras de alguns desse dados.

O primeiro grupo de questões diz respeito à importância dos requisitos formais para o funcionamento dos centros. Neste conjunto de perguntas, procurámos perceber de que forma os profissionais de saúde percebem as competências previstas por lei para os diferentes serviços e grupos profissionais de cada centro, isto é, que importância é atribuída às diversas actividades e tarefas.

Relativamente ao serviço de planeamento e controlo, é atribuída grande importância à elaboração do plano de actividades do Centro de Saúde. Também a colaboração em acções de formação decorrentes da aplicação do plano é vista como extremamente importante. As competências do

serviço administrativo e de apoio são igualmente consideradas pelos inquiridos como muito importantes. Destaca-se a ligação com o público e o encaminhamento dos utentes, por um lado, e a actualização dos registos de inscrição nos centros, por outro. Tal como para as competências dos serviços anteriores, também as que se referem à Presidência da Direcção do Centro de Saúde reúnem o consenso no que diz respeito à atribuição de importância. É dado especial relevo à tarefa de manter o bom funcionamento do Centro e à de assegurar a boa coordenação entre as chefias e as boas relações entre o pessoal. Quanto às funções e serviços oferecidos pelos Centros de Saúde para o bem estar das populações, a maior importância recai sobre a administração de vacinas, seguida da promoção da profilaxia e controlo das doenças transmissíveis.

De uma maneira geral, as competências previstas são consideradas extremamente importantes. É curiosa a confrontação destes resultados com algumas críticas e insinuações recolhidas anteriormente, na fase exploratória; alguns profissionais tinham afirmado que os médicos, especificamente, se recusavam a cumprir várias competências que lhes estavam confiadas.

Em termos de acção/intervenção futura, afigurava-se essencial diagnosticar a opinião dos profissionais face aos utentes do Centro, ou seja, inventariar os diversos aspectos da imagem dos utentes dos Centros de Saúde percebida pelos funcionários do mesmo. Pedimos então aos profissionais que se pronunciassem acerca dos direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde. Os resultados mostram que, quanto à importância conferida pelos profissionais aos deveres de quem os procura, a ênfase é colocada no dever de cuidar da própria da saúde. Este ponto é importante, uma vez que existe, da parte dos profissionais uma tentativa explícita de responsabilizar cada vez mais o doente pela própria saúde, atitude que pode decisivamente contribuir para as tão desejadas melhorias no sistema de saúde. No domínio dos direitos, salienta-se a exigência de sigilo por parte dos diferentes profissionais de saúde e a liberdade de escolha do médico. Refira-se ainda que, por limitações ao nível do funcionamento do sistema e das suas normas, é, muitas vezes, quase impossível assegurar quer um quer outro destes direitos. Apesar disso, é positiva a importância dada pelos profissionais aos direitos, ainda que, na prática, frequentemente, eles sejam acusados de não responder com acções concretas que os tornem reais.

Um outro conjunto fundamental de questões é o que diz respeito à avaliação da satisfação dos profissionais de saúde face aos diversos aspectos da sua realidade profissional nos centros. Este engloba questões como dificuldades práticas do dia-a-dia, satisfação com o desempenho dos diferentes grupos profissionais, nível de satisfação com o exercício da profissão, percepção da satisfação dos utentes e relacionamento entre o pessoal dos centros de saúde. Não há dúvida de que um dos pontos centrais da satisfação dos profissionais se relaciona com as dificuldades de realização, para

cada grupo profissional, no dia-a-dia, dos requisitos formais acima referidos. Para os médicos, a percepção da facilidade de cumprimento de certos requisitos varia muito, mas há tendência para achar que, na generalidade, existem algumas dificuldades. É considerado difícil educar o utente para a saúde e transmitir medidas preventivas da doença, acompanhar e seguir os utentes na utilização de outros serviços de saúde e promover a personalização das relações com os utentes. Ao contrário dos resultados obtidos com a classe médica, o pessoal de enfermagem tende a dar respostas que apontam para posições centrais da escala, atribuindo dificuldade moderada aos diferentes requisitos.

Relativamente ao desempenho do pessoal médico, a opinião geral é positiva nas várias dimensões. Também os desempenhos dos enfermeiros e dos administrativos são percebidos positivamente pelos profissionais. Apesar de igualmente positiva, a avaliação do desempenho do pessoal auxiliar não atinge os níveis da avaliação dos restantes grupos profissionais considerados.

Uma forma mais directa de diagnosticar e avaliar a satisfação dos profissionais de saúde é questioná-los relativamente à satisfação no exercício da profissão face a vários aspectos, como o vencimento, o estatuto social da profissão, o nível de competência profissional, etc. Verifica-se que os níveis de satisfação variam, naturalmente, com os diferentes aspectos em causa, mas a tendência é para um nível de satisfação geral razoável. Curiosamente, a comparação da satisfação por grupos profissionais permite concluir que não há diferenças assinaláveis entre eles.

No que concerne à organização e gestão dos centros de saúde vistas pelos profissionais, o questionário visou a área da informação e coordenação, por um lado, e as práticas de registo de informação médica, por outro. Este conjunto de questões permitiu a confrontação dos profissionais com uma série de afirmações relativas ao seu quotidiano profissional. Algumas delas originaram respostas interessantes que mostram bem como os funcionários perspectivam aspectos determinantes da sua realidade profissional.

No capítulo da informação e coordenação, procurou-se essencialmente avaliar a relação entre os diferentes agentes de comunicação. Foram identificados problemas ao nível do trabalho de equipa e de articulação entre os diferentes profissionais. Os dados obtidos parecem mostrar alguma descoordenação entre grupos profissionais ao nível das tarefas e da comunicação, tendo estes dados sido vitais para o delineamento do plano de acção/formação. A comunicação foi assumida como uma das áreas primordiais de intervenção na dinâmica dos centros de saúde, já que as respostas permitiram entrever algumas carências, nomeadamente no que diz respeito ao sistema de comunicação interno e à circulação de informação.

Ainda relativamente à organização e gestão dos Centros de Saúde, centramo-nos num ponto muitas vezes abordado pelos profissionais com os

quais contactámos nos grupos de debate, na fase exploratória: a produção de informação médica, ou seja, as práticas de registo de informação de natureza médica. Os resultados mostram uma significativa ausência de opinião neste domínio. Para além disso, a partir das respostas, apercebemo-nos de que, embora não esteja em causa a importância deste tipo de registos, um grande número dos profissionais assume que eles não são realizados tantas vezes quanto seria desejável. Supomos que a produção de informação médica é uma prática integrada na carteira de competências dos médicos e enfermeiros – que dominam as técnicas médicas de registo – que a executam em ambiente de tarefa rodeado de algum sigilo e confidencialidade, havendo, por isso, menos conhecimento da mesma entre funcionários auxiliares e administrativos.

O diagnóstico funcional dos centros visava ainda analisar uma área-chave para as representações dos profissionais: o modo como estes percebem as práticas de fruição dos serviços por parte dos utentes. Uma constante das preocupações explicitadas pelos funcionários dos Centros de Saúde nas entrevistas e discussões de grupo da fase exploratória prendia-se com a utilização dos recursos dos centros de saúde por parte dos seus «clientes». O grupo de questões em causa refere-se, pois, às práticas dos utentes relativas aos diversos serviços de saúde disponibilizados por estas unidades, do ponto de vista daqueles que os servem (médicos, enfermeiros, pessoal administrativo e auxiliar), como sejam práticas de marcação de consulta e suas motivações, as reclamações face ao serviço e os alvos das mesmas, o modo como os utentes vêem o seu médico e, mais genericamente, o conteúdo da relação dos utentes com os serviços médicos. A questão que se põe não é, porém, a de saber como os indivíduos mantêm determinadas práticas, comportamentos, visões ou representações face às unidades de saúde, mas o modo como este conjunto de aspectos é visto e representado pelos profissionais. Num jogo de relações mais ou menos conturbadas entre «fornecedores» de serviços e seus «clientes», será talvez mais relevante procurar «ler» as visões e representações mútuas do que analisar aquilo que cada um dos grupos faz por relação ao outro. Argumentamos, pois, a importância de compreender um imaginário fortemente enraizado na mente dos profissionais que diz respeito aos utentes e que determina fortemente as práticas e os procedimentos face a eles.

Os resultados confirmam que, na óptica dos profissionais, existe uma inadequada utilização dos serviços de saúde por parte dos utentes. Por outro lado, e quanto às reclamações efectuadas pelos frequentadores destas unidades de saúde, a opinião dos profissionais divide-se quanto aos principais alvos das reclamações e quanto à pertinência das mesmas. É significativa a percentagem dos que concordam que a maior parte das reclamações é desprovida de razão. Esta é uma dimensão importante e que foi considerada nos planos de acção posteriormente desenvolvidos. Fez também sen-

tido interrogar um aspecto frequentemente abordado neste contexto e que é problemático: a visão que os utentes têm dos médicos, do seu trabalho e da sua competência. Na óptica de mais de metade dos profissionais de saúde, o médico é, para o utente, o agente mais importante, embora na opinião de mais de 50% dos respondentes o médico de saúde pública seja menos considerado pela população do que o médico privado. Quanto à relação dos utilizadores com os serviços médicos, no Centro de Saúde, há um grande caminho a percorrer, de acordo com as respostas obtidas. Os utentes não conhecem bem as atribuições de cada secção e nem sempre colaboram ou se responsabilizam na gestão da sua saúde. Por outro lado, exageram nos exames que pedem aos médicos, usando inadequadamente os serviços disponíveis, o que afecta a relação de mútua confiança e respeito.

A área da formação profissional é uma das mais sensíveis e que mais nos pode dizer acerca da motivação dos profissionais de saúde. Três tópicos principais foram objecto de questões: motivação de participação nas acções de formação, representações sociais da formação e efeitos percebidos da formação. Verifica-se que a formação e actualização profissional são socialmente valorizadas, havendo recusa em aceitar que sejam apenas formas de ocupar o tempo. Frequentar acções de formação não parece assemelhar-se, na sua essência, a práticas de lazer. Estamos provavelmente na presença de um atributo de profissionalismo, talvez rodeado de algum idealismo ou encenação normativa, que não recebe tanta aceitação ao nível das práticas. A participação em acções de formação parece integrar-se nos instrumentos expressivos da ordem social. Assim, muitas pessoas participarão nelas mais movidas por uma espécie de estratégia de gestão da sua identidade pessoal, talvez mesmo de perpetuação ou ascensão na sua posição social definida pelos superiores hierárquicos, do que por uma vontade de formação e actualização técnica e profissional. De realçar que uma elevada quantidade de indivíduos concorda que «há pessoas que só participam nas acções de formação quando são obrigadas», o que revela a natureza compulsiva da participação de alguns, dado a ser considerado nas acções de formação decorrentes deste estudo.

Em geral, a formação profissional integra-se na totalidade da vida das pessoas e nesta a dimensão lúdica está naturalmente presente. Fazer formação permite sair dos espaços e tempos do quotidiano existencial, fazer uma ruptura no dia-a-dia, ver caras e conhecer pessoas diferentes. Esta pode ser uma função não-formal da formação e deverá ser obviamente considerada na elaboração de qualquer plano de acção/formação.

No seguimento da análise dos dados apresentados, e sua articulação com outras informações obtidas ao longo deste estudo, foi elaborada uma estratégia de comunicação dinamizadora das posteriores acções de formação realizadas junto dos profissionais e dos utentes destes centros de saúde.

3. COMPREENDER PARA INTERVIR. DA COMPREENSÃO À ACÇÃO: ESTRATÉGIA DE ENVOLVIMENTO E MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE. RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA.

HELENA PIRES / PAULO XAVIER

1. Descrição das sessões de informação/formação

Após a finalização da recolha, tratamento, análise e reflexão sobre os dados que se encontram compilados num relatório intitulado «Compreender para intervir», iniciámos, nos Centros de Saúde de Barcelos, Barcelinhos e Esposende, a fase da intervenção.

Apesar de o relatório ter sido, num primeiro momento, entregue aos directores dos Centros, achámos que seria fundamental começar por dar a conhecer os resultados do nosso estudo aos diversos profissionais dos Centros de Saúde.

Tratava-se de informar sobre os resultados do inquérito realizado aos utentes e aos profissionais, tendo por base três conceitos-chaves: saúde, doença e satisfação com os serviços de saúde.

Norteados pelo princípio de que *o nosso plano de formação deveria assentar em algo feito para todos e com todos*, considerámos prioritário partilhar resultados do nosso estudo empírico com os diversos profissionais: médicos, enfermeiros, administrativos e auxiliares.

Dar a conhecer, colocar dados em perspectiva, promover reacções e leituras partilhadas, face a esses mesmos resultados, foram os objectivos de um plano de acção que se pretendeu adaptado aos casos e aos contextos específicos em estudo.

Para tal, realizou-se a apresentação do estudo aos profissionais através de 7 sessões, nos Centros de Saúde de Barcelos, Barcelinhos e Esposende. A proposta de calendário das sessões foi sugerida pelos directores dos Centros, no âmbito do horário normal de funcionamento do serviço e segundo um sistema de turnos, permitindo, assim, a participação integral de todos os profissionais.

Tivemos o cuidado de exigir a constituição de grupos mistos em cada uma das sessões, isto é, grupos com membros de todos os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, administrativos e auxiliares), a fim de promover uma experiência de interacção entre todos os sujeitos. Esta opção teve como objectivo, desde logo, envolver todos os profissionais numa primeira fase de informação/formação.

A forma directiva como os directores dos Centros organizaram os grupos, para as sessões de apresentação do estudo (não nos esqueçamos

de que estas sessões de informação/formação se realizaram em horário laboral), levou a que a receptividade e a adesão a esta iniciativa tivessem sido, à primeira vista, largamente abrangentes.

Quanto à apresentação dos resultados nas sessões, esta foi feita do seguinte modo:

- inicialmente, a coordenadora do projecto explicava aos profissionais (estes grupos variavam entre 15 e 30 pessoas) como é que tinha nascido o projecto; quais os objectivos; algumas questões relativas ao procedimento metodológico, etc.
- de seguida, um dos membros da equipa apresentava alguns dos resultados do estudo empírico, os quais eram ilustrados sob a forma de gráficos em acetatos; previamente, tinha sido feita uma cuidadosa selecção dos resultados considerados mais pertinentes para discussão, incluindo dados relativos ao inquérito feito quer aos utentes quer aos profissionais.
- a apresentação dos dados foi pensada de modo a que os profissionais presentes pudessem, a qualquer momento, interagir com os resultados, exprimindo as suas reacções face aos mesmos, as suas opiniões, as suas percepções sobre realidades experienciadas, etc.

Esta discussão colectiva dos dados foi sendo promovida pela própria equipa do projecto e demonstrou ser muito valiosa, já que permitiu «acertar» interpretações, avaliar atitudes e reacções dos profissionais face ao seu próprio desempenho, ao desempenho dos outros, etc.

- o conteúdo das intervenções dos profissionais e algumas observações sobre os seus comportamentos foram sendo registados sistematicamente por duas relatoras que integravam a equipa de apresentação; esta tarefa afigurou-se como especialmente importante, atendendo a que quem está envolvido directamente no processo de interacção (no caso, a coordenadora e o apresentador) não tem o necessário distanciamento e disponibilidade para proceder ao registo desse mesmo processo;
- acrescente-se ainda que a importância deste registo se deve ao facto de os seus conteúdos virem a ser a base da definição da segunda fase da estratégia de intervenção; além disso, pretendeu-se, com uma posterior análise e reflexão, aproveitar este *feedback* enquanto um «barómetro» capaz de limar eventuais ajustamentos relativos à nossa forma de intervir.

Com esta experiência, no âmbito de um plano de acção/formação, junto dos profissionais, fomos encontrando um conjunto de possibilidades

de intervenção, a partir de algumas sugestões que os próprios profissionais dos Centros de Saúde nos iam apresentando.

Compreender as especificidades, as prioridades e os anseios dos casos particulares em estudo foi sempre uma preocupação fundamental. Não se trata, pois, de aplicar «receitas», mesmo que com fundamento teórico, ou resultantes de experiências já realizadas no domínio da concepção e aplicação de planos de acção/formação.

Ao contrário, é com o envolvimento e a responsabilização de todos que pretendemos traçar planos eficazes e pertinentes, fazendo da nossa intervenção *a intervenção desejada e desenhada pelos próprios interessados*, tendo por finalidade a implantação de algumas mudanças, mesmo que pequenas, nos micro-sistemas que estão em causa.

Por isso, depositámos nos profissionais informação relativa aos dados do estudo, demos-lhes espaço para que também eles contribuíssem para o esclarecimento da interpretação dos mesmos dados (feita à luz da sua experiência profissional e pessoal) e submetemos a continuidade do plano de acção à vontade e à motivação dos sujeitos envolvidos.

Devemos assinalar, aliás, que estas sessões de formação, nesta 1.^a fase, proporcionaram já um ambiente de grande entusiasmo e, apesar de algum sentimento de desmoralização generalizada, por parte dos profissionais, foram lançadas à equipa do projecto (como aliás já foi referido) algumas sugestões, a serem posteriormente ponderadas.

Destas sugestões, ressalta a ideia da criação futura de um «gabinete de investigação» (uma espécie de «observatório») capaz de dar conta de trabalhos sistemáticos e regulares, com continuidade, à semelhança do que tem sido feito no âmbito deste projecto; a divulgação, a nível interno, de comunicações de carácter publicitário (cartazes com *slogans* e imagens apelativas) foi outra das sugestões; além disso, também não foi desprezada a importância dos meios de comunicação locais (nomeadamente as rádios locais), para efeitos de campanhas de informação sobre a necessidade de proceder a uma adequada utilização, por parte dos utentes, dos serviços de saúde das Unidades do Baixo Cávado; aliás, note-se que, no dizer dos próprios profissionais, os media assumem particular importância no âmbito da problemática da informação/contra-informação. São eles, em grande medida, os responsáveis pelo diagnóstico que, em Portugal, se faz da saúde pública.

2. Leitura sistémica da dinâmica criada nas sessões de informação/formação

Uma análise sistémica dos dados recolhidos permite-nos caracterizar a situação nos Centros de Saúde da seguinte forma:

- a) os subsistemas¹ possuem fronteiras rígidas entre si – esta rigidez traduz-se numa reduzida partilha de objectivos, na existência de diferenças muito marcadas na cultura de cada grupo e num tipo de relacionamento fortemente regulado pelas representações intergrupais;
- b) existem conflitos intergrupais expressos, mas muitos são apenas revelados «em segredo», como forma de estabelecimento de uma aliança com os investigadores;
- c) entre médicos e enfermeiros existe um conflito aceso e uma rigidez que chega a significar falta de cooperação e o constante receio de ameaça de perda de autonomia;
- d) entre médicos e administrativos a relação é ambivalente – se por um lado a interdependência de funções gera conflitos, por outro lado gera também necessidades de aliança;
- e) os auxiliares tentam manter-se estrategicamente de fora desta arena de tensões, o que, no entanto, também se traduz em distanciamento relativamente a muitos dos problemas da organização.

Estas relações entre subsistemas reflectiram-se também nas sessões. Contudo, foi também nosso objectivo fazer das sessões uma oportunidade para ensaiar e vivenciar outros padrões de interacção. Apesar de se ter manifestado um papel de dominância por parte dos médicos relativamente aos restantes grupos profissionais, o facto é que a todos foi dado espaço de intervenção e quase todos o usaram. Tivemos várias evidências de que se estavam a gerar novas regras no seio daquele novo sistema formado especificamente para as acções. Sinal dessa diferença é a manifestação espontânea de uma enfermeira numa das sessões. «... o que se está a passar aqui não tem precedentes! Isto é uma dinâmica completamente nova para nós!».

Mas o que é que se pode extrair do discurso dos participantes? É expresso um sentimento de insatisfação generalizado e a vontade de mudar. As queixas são tão diversificadas quanto as experiências individuais. Por vezes, os desabafos fazem-se de episódios concretos. Outras vezes, soltam-se discordâncias de natureza mais política. Perguntámo-nos se estas manifestações corresponderiam a uma mobilização efectiva para a mudança. Foram vários os indicadores de que os profissionais não estariam inteiramente motivados para um processo de mudança que envolvesse transformações nas suas práticas habituais.

¹ Consideraremos apenas como subsistemas os grupos profissionais. Temos então quatro subsistemas fundamentais: os médicos, os enfermeiros, os administrativos e os auxiliares.

Conheçamos esses indicadores:

- a) As queixas traduzem-se numa atribuição causal externa. A maior parte das disfunções é atribuída à falta de profissionais que, por sua vez, depende de decisões políticas governamentais. As atitudes negativas do público e as condutas inadequadas que daí resultam são apontadas como contingências sociais que dificultam muitíssimo a eficácia dos serviços de saúde. A demagogia dos governantes (que encorajam o utente a exigir cada vez mais) e dos meios de comunicação social (que transmitem constante e exclusivamente uma imagem negativa dos centros de saúde pública) são co-responsáveis pelas atitudes negativas do público.
- b) Quando se discutem problemas funcionais concretos que possam ser resolvidos pela modificação de procedimentos, os problemas são de imediato minimizados.
- c) É transmitida uma ideia de inevitabilidade e impossibilidade de controlo sobre os problemas. Para o demonstrar são referidas as diversas soluções tentadas sem sucesso.
- d) Para resolver os problemas são apresentadas soluções de diversos tipos: ou o reforço de soluções já tentadas repetidas vezes sem sucesso ou soluções que nunca passam por uma mudança ou envolvimento directo do proponente ou do seu grupo profissional (ex.: projecção de uma imagem mais positiva pelos media, mais formação para outros grupos profissionais).

Os bons indicadores de mudança que obtivemos nestas sessões foram o reconhecimento generalizado de que estas sessões trouxeram ao grupo uma dinâmica diferente e desejável e o reconhecimento da necessidade de encontrar mecanismos que motivem os profissionais para a adopção de práticas mais adequadas.

Tomamos estes dados como ponto de partida para a nossa proposta de intervenção. Apercebemo-nos da importância da comunicação informal nestas organizações. Constatámos que as regras de interacção ensaiadas nestes grupos de sessão podem ser transferidas com sucesso para todo o sistema. Importa agora, neste palco de relações definidas ao nível das fronteiras e das percepções, empreender esforços de cooperação, gerar objectivos supra-ordenados e favorecer soluções que impliquem cooperação.

Partimos para esta viagem com um rumo, mas sem conhecer o ponto de chegada. Estaremos com estes profissionais ao longo de todo o processo enquanto eles assim o desejarem. Pretendemos ser catalisadores de uma mudança que se quer efectiva e não apenas aparente e que parta de dentro, da vontade de todos, como aliás é a única forma de mudar.