

## DESLOCANDO AS FRONTEIRAS DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Adelaide Maria Coelho Baeta\*

O interesse deste trabalho é analisar as possibilidades da participação do paciente na organização da assistência médica. Tal interesse afina-se com o questionamento, hoje presente na sociedade brasileira, sobre as características de uma ordem democrática. A questão talvez fosse mais bem formulada nos seguintes termos: sob que condições estaremos de fato concebendo uma nova organização de saúde?

Diversas e contraditórias são as idéias que motivam esse debate, desafiando nossa imaginação política no momento em que as questões relacionadas com a regulamentação do Sistema Nacional de Saúde, criado pela nova Constituição, tomam força.

A formulação de leis complementares à nova Carta tem estimulado os vários setores da sociedade a rever suas práticas e diretrizes políticas, na busca de conceber uma organização social que concretize os direitos de cidadania.

No setor saúde, as idéias de democratização do atendimento e participação da comunidade tomam novo fôlego. Estas expressões, entretanto, pela constante repetição e conseqüente desgaste semântico, vêm sempre acompanhadas de desconcertante ambigüidade.

Ocorre muitas vezes que, por não possuírem significado evidente, tais categorias, em vez de nos ajudarem a conceber com clareza uma situação nova, funcionam na realidade como verdadeiros obstáculos ideológicos que nos impedem de pensar as exigências de transformação do presente e nos condenam à monótona repetição do passado.

A introdução de práticas participativas exige a compreensão prévia dos princípios de hierarquização e regionalização em função dos objetivos operacionais.

Reconhecendo a importância e a necessidade da participação da comunidade, sobretudo quanto à reorganização dos serviços de saúde, questionamos, porém, as formas dessa participação, ou seja, uma certa "fetichização dos mecanismos e formas de participação". Como adverte Fortes,<sup>1</sup> não é pelo simples fato de se contar com representantes da população em determinados níveis de decisão que a demo-

\* Mestre em Ciência Política pela UFMG; professora adjunta no Departamento de Ciências Administrativas da Face e do Curso de Mestrado em Administração/UFMG. (Endereço: Rua Prof. Carlos Pereira da Silva, 519 — 30330 — Belo Horizonte, MG.)

<sup>1</sup> Fortes, Luiz R.S. Cidadania e fetichismo da representação. *Folhetim da Folha de São Paulo*, São Paulo, n. 486, p. 1, 1 jun. 1986.

cracia está garantida, e menos ainda quando se supõe que toda e qualquer decisão deva ser tomada em assembléia.

No setor saúde, a expressão *participação da comunidade* tem sido destacada nos anos recentes, tanto nos discursos como nos diplomas legais. Entretanto, não se observou a ampliação do espaço público e/ou a criação de condições para que as decisões extravasem os estreitos limites das instituições de saúde.

Muitas vezes essa participação se reduz à colaboração da comunidade nas tarefas de medicina simplificada, ou seja, algumas pessoas são treinadas a executar as ações desenvolvidas pelos técnicos do setor. Caberia, portanto, indagar se esse fetichismo da participação não estaria, na realidade, escamoteando a verdadeira questão da democratização do atendimento à saúde, à medida que reduziria a termos de pura técnica política um problema muito mais amplo, que diz respeito ao acesso e à utilização dos recursos do setor e ao próprio conceito de paciente/usuário.

Entendemos que a democratização do atendimento implica o reconhecimento do paciente como cidadão, isto é, como indivíduo com direito a participar das decisões que afetem sua vida.

Tal conceito nos remete à idéia de comunidade como “conjunto de cidadãos ativos que participam em igualdade de condições dos processos de produção das decisões fundamentais e de interesse vital para a coletividade”.<sup>2</sup>

Isso nos impõe uma reflexão: como alcançar a participação comunitária se amplas camadas da população não têm acesso sequer aos serviços básicos, e mesmo os que se encontram entre os beneficiários, os usuários, são vistos como uma massa passível de domesticação e cujos “benefícios” são definidos pelos interesses de grupos privados dominantes no setor?

Uma constatação mais ou menos óbvia é a de que desde a criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, a proposta de descentralização dos serviços de assistência médica, numa rede hierarquizada, com ênfase na ampliação dos serviços de atenção primária, significou um passo importante em direção à modificação do perfil de atuação das políticas de saúde.

Entretanto, convém destacar que a implantação do modelo implica o redirecionamento da demanda por serviços de saúde.

De modo geral, a população exposta ao “efeito demonstração” de tecnologias sofisticadas e às informações incorretas busca indistintamente os vários níveis de assistência de acordo com sua própria percepção da gravidade do caso, ou por influência de outras variáveis (propaganda, publicidade, filas, demoras, etc.) e passa a acreditar na maior resolutividade dos serviços hospitalares.

Parece evidente que o problema não se esgota na simples elaboração de um sistema bem ordenado de prescrições legais. A avaliação e o envolvimento da comunidade são imprescindíveis à concretização das mudanças propostas no sentido de frear os interesses privados ancorados no setor.

Qualquer política de saúde de um país moderno não pode prescindir de uma nova abordagem do direito à saúde e do conceito de saúde, em que o interesse coletivo prevaleça sobre o individual.

<sup>2</sup> Id. *ibid.* p. 3.

A questão da participação desloca-se, portanto, para a busca de condições que favoreçam o desabrochar de formas de comunicação entre o sistema e a comunidade.

“Sem uma opinião pública bem informada qualquer comunidade é um mero agregado de vontades onde prevalece a vontade do mais forte. Os indivíduos desinformados tornam-se desinteressados e delegam com facilidade a outrem a incumbência de agir e existir praticamente no lugar deles.”<sup>3</sup>

A descentralização do atendimento, baseada nos princípios de hierarquização e regionalização, supõe a descentralização das decisões e a conseqüente ampliação do nível de conhecimento dos agentes sobre o funcionamento do sistema. Pode-se deduzir que a organização dos serviços, sobretudo dos ambulatorios e postos de saúde, estará apta a fornecer ao usuário informações corretas sobre sua utilização a fim de que possa caminhar adequadamente dentro da rede.

Num estudo feito em Belo Horizonte<sup>4</sup> sobre a prática da hierarquização na organização dos serviços de saúde, como pressuposto da democratização do atendimento, buscamos conhecer o processo de informação entre o sistema e o usuário através da reconstrução da trajetória do paciente na rede de prestação de serviços.

Para a reconstrução dessa trajetória, optamos por entrevistar pacientes em alta hospitalar, por se tratar de pessoas em condições de visualizar a rede como um todo, em decorrência da posição do hospital na rede hierarquizada.

Considerando-se que a organização dos serviços se baseia na estruturação dos mesmos por níveis de cuidados, segundo a complexidade dos recursos utilizados, o hospital se situa no ápice dessa estrutura.

Coerente com esses argumentos, o estudo do processo de informação na prática da organização de serviços se ateve primeiramente à rede hospitalar.

Os resultados dessa pesquisa apontaram para um perfil de paciente hospitalizado predominantemente previdenciário e de baixa renda, com diagnóstico e tratamento relativamente simples. Essa primeira constatação reforçou a preocupação com o redirecionamento da demanda, na medida em que o grande número de previdenciários internados foram encaminhados à clínica médica.

Estudos anteriores afirmam que “as internações na clínica médica não são operacionalmente definidas, a exemplo das internações em clínica cirúrgica”,<sup>5</sup> o que nos leva a admitir, como Azevedo, que “a moderna medicina supertecnificada impõe à sociedade contemporânea um ritmo de desenvolvimento de serviços e padrões de utilização que estão mais relacionados a necessidades intrínsecas do setor do que propriamente às carências reais da população”.<sup>6</sup>

Isso nos levou à conclusão de que embora Belo Horizonte apresente características de um centro regional importante, no sentido de que possui grande número de

<sup>3</sup> Id. *ibid.* p. 3.

<sup>4</sup> Baeta, A.M.C. Desinformação e conformismo: o caso de Belo Horizonte. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, FGV, 28(4):33-40, out./dez. 1988.

<sup>5</sup> Rodrigues Filho, José. O mercado de serviços médicos. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, 19(1):101, jan./mar. 1983.

<sup>6</sup> Azevedo, A.C. de. Otimização das ações de saúde a nível nacional. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, edição extra, 15:59, 1981.

hospitais altamente equipados, os internamentos não têm revelado a prática da regionalização implícita na hierarquização dos serviços.

Parece haver confirmação de que a expansão dos atendimentos hospitalares em decorrência da ampliação do seguro social não retrata a necessidade da população, uma vez que os problemas de saúde apresentados pelos pacientes entrevistados, em sua maioria, não justificam a utilização dos serviços hospitalares.

Por outro lado, a pesquisa revelou despreparo da organização em informar aos usuários e mesmo aos agentes sobre as condições de atendimento e funcionamento do sistema.

Quando interrogados sobre o funcionamento da rede, os pacientes demonstraram desconhecer a prática adequada de utilização dos serviços e se mostraram indiferentes à determinação de sua trajetória dentro da rede. Os usuários indicaram como fonte de informação mais consultada os parentes e amigos que já fizeram uso dos serviços.

Parece haver facilidade de internação para pacientes previdenciários, o que talvez se explique, porque segundo as chefias dos hospitais, a previdência é a maior fonte de receitas do hospital. Além disso, uma vez que a maioria das internações se constitui de casos relativamente simples, a taxa de ocupação dos leitos é bastante alta, sobretudo nos hospitais privados. Os pacientes não permanecem por mais de cinco dias no hospital, salvo em pouquíssimos casos, dentre os quais ocorrem freqüentes transferências para hospitais públicos ou filantrópicos.

Esses dados refletem a ausência de informações adequadas à utilização dos serviços e a dificuldade no redirecionamento da demanda, comprometendo a prática da hierarquização dos serviços, sobretudo se considerarmos que o paciente percebe a internação como "benefício". A organização da saúde é vista sob um mito de racionalidade que impede qualquer possibilidade de comunicação com o leigo. O paciente não se sente no direito de se informar ou de reclamar.

Tudo isso, aliado ao desprezo com que o Estado percebia a opinião pública, além do caráter de dominação que a atividade médica exerce sobre os pacientes, dificulta a percepção, por parte da organização, da necessidade de um fluxo de informações corretas para atingir os objetivos de racionalização na utilização dos recursos. Por esta razão pode-se supor que a ampliação do atendimento a uma parte da população que não pode usufruir dos benefícios da previdência canaliza, para os ambulatórios e postos de saúde de urgência, grande número de pessoas que, enfrentando filas e dificuldades de atendimento, ou simplesmente aumentando as filas dos ambulatórios públicos, não alcançam, muitas vezes, solução para os seus problemas de saúde.

Tal situação cria expectativas distorcidas sobre o desempenho dos serviços, na medida em que favorece o descumprimento das normas de hierarquização e regionalização e impede o alcance das metas de democratização do atendimento.

De acordo com Corrêa e Cardoso,<sup>7</sup> "um dos problemas cruciais enfrentados pelas organizações modernas é o contato com o público-cliente (...) O comportamento e as formas de tratamento dispensadas às pessoas refletem muito o ambiente cultural e organizacional. As organizações podem e devem influenciar o ambiente onde existem".

O desafio de democratizar o atendimento e permitir a participação da comunidade

<sup>7</sup> Corrêa, Rossi A.A. & Cardoso, Elisabeth. O contato com o público-cliente numa instituição pública. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, 22(4):70, out./dez. 1988.

na organização dos serviços de saúde exige uma revisão profunda de seus conceitos e valores.

O respeito à dignidade humana e a retomada de questões como justiça social e equidade provocarão mudanças no tratamento dispensado à clientela, assim como exigirão atualização e treinamento dos quadros dirigentes e do pessoal técnico no sentido de humanizar e modernizar a organização.

A criação de um sistema permanente de informações aos usuários é condição fundamental para o desenvolvimento de uma consciência de legitimidade institucional que levará funcionários e usuários a um compromisso mútuo sobre direitos e limites de liberdade.

Pode-se imaginar que à medida que os indivíduos tomam conhecimento de seus direitos através da prática essencial da utilização correta dos serviços, desenvolvem, sobre a realidade da saúde, uma consciência crítica que lhes possibilitará participar ativamente do processo de democratização do atendimento.

A conclusão que se impõe é a necessidade de ampliação das condições de informação entre o sistema e o usuário como um passo inicial para acionar mecanismos de participação efetiva da comunidade.

Desvencilhar a organização dos serviços de saúde das amarras da razão puramente técnica e deslocar suas fronteiras no sentido de alcançar a ação comunicativa é tarefa urgente na conquista da saúde como direito de cidadania.

Qualquer proposta de mudança, por mais democrática que seja, sofrerá antagonismos de grupos que terão seus interesses contrariados.

Por isso mesmo é preciso usar a imaginação política e promover o debate público das questões relativas ao atendimento à saúde, de tal modo que a participação popular realize “um movimento que simultaneamente acumule poder, e, gradualmente, permita a realização de transformações democratizadoras que irão colocar a saúde como direito do cidadão e dever do Estado”.<sup>8</sup>

Segundo Cardoso,<sup>9</sup> “(...) temos que dar mais informação para que a massa demande mais, sem o que não há participação; pode haver manipulação”.

O caráter mais importante do processo de informação é o de ser instrumento de conscientização sobre a realidade da saúde, capaz de desenvolver uma opinião pública com vistas à superação da atual situação sanitária da sociedade brasileira, em direção ao conceito ampliado de saúde.

Torna-se, pois, imprescindível que os profissionais e agentes de saúde sejam devidamente conscientizados da importância da informação correta e atualizada, e capacitados a orientar e esclarecer a população sobre os serviços.

Talvez por essa via se encontrem pistas para pensar o significado das práticas e discursos em relação à afirmação dos direitos e à articulação da ação coletiva frente ao Estado.

Dessa perspectiva é possível imaginar a organização de saúde do ponto de vista da abertura de espaços nos quais o conflito ganha visibilidade e o usuário dos serviços pode constituir-se como sujeito de luta por seus direitos.

<sup>8</sup> Vilhaca Mendes, Eugênio. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 1983. p. 36.

<sup>9</sup> Cardoso, F.H. *A democracia necessária*. Campinas, Papirus, 1985. p. 56.