

ADIR VALDEMAR GARCIA

**O CARÁTER EDUCATIVO DAS AÇÕES EM SAÚDE:
ENTRE O BIOLÓGICO E O POLÍTICO**

Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção do grau de Mestre.
Curso de Mestrado em Educação,
Programa de Pós-Graduação em Educação,
Centro de Ciências da Educação,
Universidade Federal de Santa Catarina.
Orientadora: Prof^a. Dr.^a Maristela Fantin

FLORIANÓPOLIS
junho de 1997



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

**“O CARÁTER EDUCATIVO DAS AÇÕES EM SAÚDE: ENTRE O
BIOLÓGICO E O POLÍTICO”.**

Dissertação submetida ao Colegiado do
Curso de Mestrado em Educação do Centro
de Ciências da Educação em cumprimento
parcial para a obtenção do título de Mestre
em Educação.

APROVADO PELA COMISSÃO EXAMINADORA em 23/06/97

Profa. Dra. Maristela Fantin (Orientadora)

Profa. Dra. Elizabeth De Leone Monteiro Smeke (Examinadora)

Profa. Dra. Zuleica Maria Patricio (Examinadora)

Prof. Dr. Reinaldo Matias Fleury (Suplente)

ADIR VALDEMAR GARCIA

Florianópolis, Santa Catarina, junho de 1997.

A meu pai

VALDEMAR JOÃO GARCIA (in memorian)

que partiu durante a execução deste trabalho.
Foi um grande pai e, com sabedoria
me ensinou que é preciso lutar.

AGRADECIMENTOS

No decorrer do Mestrado e, principalmente durante a elaboração desta dissertação, foi muito importante contar com o apoio, o incentivo, a compreensão de todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, participaram deste momento. Porém, alguns amigos estiveram mais próximos. Do mestrado, gostaria de agradecer à Joana, Patrícia, Paulo, Giane, Rose, Ivan, Pedro, Jorge, Dóris, Solange e aos demais.

Outras pessoas também foram muito importantes: Ana Baiana, Bel e Paulinho, Dirce, César, Lilian, Marta, pessoas que sempre estiveram próximas nos bons e nos maus momentos, dividindo alegrias e preocupações. A todos os outros amigos, que também gostaria de nominar, meu muito obrigado.

Meu agradecimento especial ao Celso Tumolo por ter participado, principalmente dos momentos finais, que para mim foram os mais difíceis. Obrigado pela compreensão, pelo carinho, pelo companheirismo, por todo o esforço para estar sempre presente.

Um agradecimento especial a minha família pelo amor e incentivo, sempre constantes.

De maneira especial, agradeço à Maristela Fantin, minha orientadora e companheira nesta trajetória.

Meu agradecimento a todos os professores do curso e outros que também deram sua colaboração. Aos servidores do Departamento que sempre estiveram prontos a ajudar no que fosse preciso.

Agradeço à Secretaria de Estado da Saúde por ter possibilitado minha saída para freqüentar o curso. À Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, por concordar que a pesquisa fosse realizada em um dos seus Centros de Saúde. Aos trabalhadores e usuários do Centro de Saúde que se dispuseram a colaborar para a efetivação desta pesquisa, principalmente àqueles que deram um pouco de seu tempo para serem entrevistados. À CAPES, pelo fornecimento de bolsa, auxílio indispensável para levar o curso adiante. Ao povo brasileiro que continua financiando o ensino público e a quem desejo conseguir agradecer através do meu desempenho profissional.

SUMÁRIO

RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUÇÃO	1

CAPÍTULO I

SAÚDE: UMA LENTA CONQUISTA QUE AINDA DEMANDA LUTA14

1 - A história da saúde: alguns fatos	14
2 - A história da saúde no Brasil: um breve relato	21
2.1 - A saúde como direito	29
2.1.1 - A Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).....	32
2.1.2 - A participação popular	39
2.1.2.1 - Os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde: uma primeira radiografia	43
2.2 - Da conquista de direitos ao risco de perdê-los	49

CAPÍTULO II

A PRÁTICA COMO PONTO DE PARTIDA: OS ATORES ENTRAM EM CENA57

1 - O relato de um dia que se repete	57
2 - A organização dos serviços	60
2.1 - O tempo de espera	64
3 - A posição não-reativa: uma construção a ser desconstruída	74
4 - Os calados propõem soluções silenciosas e silenciadas	86
5 - Usuários e profissionais avaliam os serviços oferecidos no Centro de saúde.....	90

CAPÍTULO III

SERVIÇOS DE SAÚDE: MAIS UM ESPAÇO DE FORMAÇÃO PERMANENTE DO CIDADÃO	100
1 - O caráter educativo das ações em saúde: reintroduzindo algumas questões	100
2 - O conceito de saúde: a fala dos profissionais e da população	104
3 - A responsabilidade pela saúde	111
4 - A relação entre saúde e educação	114
5 - A dimensão educativa do trabalho	122
6 - O Centro de Saúde enquanto espaço de participação popular	128
CONSIDERAÇÕES FINAIS	137
ANEXOS	146
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148

GARCIA, Adir V. O caráter educativo das ações em saúde: entre o biológico e o político. Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo apresentar uma discussão sobre o caráter educativo das ações em saúde para além daquele voltado para a prevenção, tratamento e cura de doenças. Neste sentido, busco ressaltar um caráter educativo de teor político que colabore com a permanente construção da cidadania e, conseqüentemente, com a construção de uma sociedade mais igualitária. Apresento alguns fatos importantes da história da saúde pública, onde esta aparece muito claramente vinculada a interesses de classe. Isto significa dizer que a saúde pública foi um dos instrumentos usados pela classe dominante para a execução de seus projetos, não tendo como objetivo, mudar a situação de vida das classes menos favorecidas. A saúde passa a ser entendida como o resultado de múltiplos determinantes e a classe dominante, pela própria necessidade de manutenção do capitalismo, como também pressionada pelas lutas sociais por melhores condições de vida, é levada a garantir determinados benefícios aos menos favorecidos, dentre eles, o direito à saúde. Dois aspectos passam a ter grande importância no entendimento do que seja saúde: a saúde como resultado de múltiplas determinações e como um direito de todos e dever do Estado. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 incorpora este entendimento e o Sistema Único de Saúde, avança mais ainda ao delegar à sociedade o direito e o dever de participar do gerenciamento e fiscalização dos serviços de saúde. Incorporar este entendimento e lutar por sua efetivação prática se constitui em mais um avanço na construção da cidadania. No entanto, este entendimento não tem recebido o destaque que deveria. Isto tem levado a uma interpretação restrita do caráter educativo das ações em saúde por ser definido apenas em função da difusão de conhecimentos necessários à prevenção, tratamento e cura de doenças, ou seja, de caráter substancialmente biológico. A pesquisa empírica - estudo de caso - apresentada no decorrer do texto mostra que, na prática, esse entendimento não é trabalhado pelos profissionais do Centro de Saúde pesquisado, tampouco faz parte do entendimento de saúde dos usuários que buscam pelos serviços ali oferecidos. Isto permite dizer que as ações desenvolvidas no Centro de Saúde analisado têm sido inexpressivas no que diz respeito à permanente construção da cidadania. Esta consideração aponta para a necessidade premente de promoção de ações que possibilitem a mudança deste quadro.

GARCIA, Adir V. The formative character of actions in health: between the biological and the political. Florianópolis, 1997. Dissertation (Master Degree in Education) - Universidade Federal de Santa Catarina.

ABSTRACT

This study presents a discussion on the formative character of actions in health that goes beyond prevention, treatment and cure of diseases. I seek to highlight the formative character with political dimension that contributes to the permanent development of citizenship and consequently to the development of a more equal society. For such, I present some important facts of the history of the public health, where it appears associated with the interest of the ruling class. This means that public health was one of the instruments used by the ruling class to achieve its goals, which did not include real changes in life conditions of the less privileged people. Health is, then, understood as a result of multiple determinants and the dominant class, driven by its need to maintain capitalism and pushed by the social struggles, starts to guarantee certain benefits for the less privileged, being the right for health one of them. Two aspects become very important in the understanding of health: health as a result of multiple determinants and as people's right and the State's obligation. In Brazil, the 1988 Federal Constitution incorporates this understanding and the Sistema Único de Saúde (Health Single System) advances even more for delegating to the society the right and obligation to participate in the management and supervision of the services in health. Incorporating this understanding and struggling for its realization constitute an advance in the development of citizenship. However important, this understanding has been neglected. This has led to an interpretation of the formative character of the actions in health restricted to the biological, i.e. to the information for prevention, treatment and cure of diseases. The empirical research - case study - shows that this understanding is neither worked by the Health Care Center professionals nor part of the users' understanding of health. This allows one to say that the actions developed at the Health Care Center studied have been insignificant to the permanent constitution of citizenship. Such conclusion points to the necessity to promote actions towards a change in the whole situation.

INTRODUÇÃO

*Hay hombres que luchan un dia y son buenos.
Hay otros que luchan un año y son mejores.
Hay quienes luchan muchos años y son muy buenos.
Pero hay los que luchan toda la.
Esos son los imprescindibles.*

(Bertolt Brecht)

O trabalho ora apresentado nasceu de uma necessidade prática, tendo em vista que, desde 1991, faço parte da equipe do Ambulatório de Atenção Integral à Saúde do Adolescente¹, programa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, que tem por objetivo principal o atendimento integral ao adolescente. Este programa elege como áreas prioritárias de atuação: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar e prevenção de acidentes. Tudo isto aliado a uma formação crítica do adolescente enquanto cidadão.² Um espaço diferente, um novo lugar para trabalhar com educação.

Ter como responsabilidade aliar todas as áreas acima elencadas com a formação do cidadão se constituía em uma tarefa difícil para a equipe, considerando-se que os trabalhos desenvolvidos na área da saúde, via de regra, se pautam no tratamento, cura e prevenção de doenças.³

O trabalho desenvolvido no Ambulatório do Adolescente, de certa forma, vai além dessa função característica dos serviços de saúde, ou melhor, busca aliar essas

¹ Passarei a denominar apenas como Ambulatório do Adolescente para facilitar a leitura.

² Neste trabalho, a expressão “formação do cidadão” refere-se à formação de homens e mulheres. Significa uma formação permanente - considerando a existência de graus de exercício de cidadania - que deve ser desenvolvida, também, pelos serviços de saúde.

³ É possível dizer que os serviços de saúde estejam longe de garantir o desenvolvimento de tais funções. Porém, este é o entendimento corriqueiro e histórico a respeito dos serviços de saúde. O que se poderá ver na leitura do texto é que esse papel está intimamente ligado a uma série de interesses de classe.

funções a um componente educativo de caráter político transformador⁴, possibilitando o acesso do adolescente a determinados conhecimentos e discussões que o leve a refletir sobre a sua condição de ser social. Isto distancia o trabalho de um plano apenas biologizado, apesar de ter o aspecto preventivo, lugar privilegiado no trabalho ali desenvolvido. A prevenção, porém, não diz respeito apenas às questões biológicas, mas sim a todos os aspectos da vida desse adolescente. Por isso sua história ser tão importante para o desenvolvimento do trabalho; suas relações familiares e sociais terem peso relevante nas análises e discussões sobre suas dificuldades e sua condição material de vida ser determinante. Entender a saúde como o resultado de múltiplos determinantes e como um direito de todos e dever do Estado passou a ser ponto fundamental para o desenvolvimento do trabalho.

O Ambulatório do Adolescente se constitui em uma experiência única dentro dos moldes que está estruturado⁵. Apesar de contar com uma discussão no sentido de participar da formação do cidadão, não sentia que este objetivo estava sendo devidamente contemplado, por ser algo não organizado, tampouco refletido como deveria. Mas, de qualquer forma, estava tomando um direcionamento diferente.

Nesses quatro anos trabalhando na área da saúde pública, acabei por vivenciar uma experiência que creio ser diferenciada dos demais trabalhos nessa área, pelo menos, considerando as questões apontadas anteriormente.

⁴ É necessário deixar claro que ao propor que as ações em saúde incorporem um componente educativo de caráter político transformador não significa que este passe a ser o aspecto mais importante. O que procuro fazer é alertar para a necessidade de considerar este aspecto, ultrapassando o caráter biológico calcado no tratamento, cura e prevenção de doenças. Deve ficar claro também, que ao apontar esta necessidade, não estou dizendo que as ações em saúde estão destituídas deste elemento educativo de caráter político. Elas sempre tiveram, porém voltado para a manutenção da ordem social estabelecida. Por isso falar em elemento educativo de caráter político transformador, visto que a supremacia das questões biológicas, no meu entender, se constitui em estratégia política de manutenção.

⁵ Principalmente considerando o fato de ter uma equipe formada por médicos das áreas de clínica geral, gineco-obstetrícia, ortopedia, por profissionais das áreas de enfermagem, serviço social, pedagogia, sociologia, além daqueles da área administrativa. Por questões administrativas, o ambulatório não conta com psicólogos e os odontólogos, ligados exclusivamente ao programa, foram desligados. Além disto, existe uma certa autonomia que garante que os atendimentos sejam marcados sem a necessidade de encaminhamento de um centro de saúde, como ocorre com a maioria dos serviços oferecidos pela Policlínica de Referência Regional III - local onde fica sediado o Ambulatório - principalmente com o atendimento médico especializado. Por isto, as consultas dos profissionais não são ofertadas via central de marcação de consultas. Uma outra questão é a possibilidade de garantir uma média de 30 minutos por atendimento, o que acaba restringindo quantitativamente o número de atendimentos, mas permite garantir a qualidade destes.

MINAYO (1995) diz que os estudos sobre saúde, geralmente, partem de epidemiologistas. Porém, à medida que a epidemiologia se aprimora, faz-se necessário um intercâmbio do saber por ela produzido com outros saberes de outras áreas que passaram a participar da análise do campo sanitário.

Enquanto pedagogo, busco analisar a área da saúde, não apenas no que diz respeito a sua condição de responsável por lidar com o processo saúde/doença no seu aspecto biológico, mas como uma área potencialmente ligada à possibilidade de contribuir para a formação permanente do cidadão. O que busco é trabalhar com a potencialidade educativa dos serviços de saúde no sentido da transformação social. Isto porque defendo o entendimento onde a saúde sempre teve um papel educativo, porém, geralmente direcionado para a manutenção da ordem social estabelecida.

À medida que falo de formação do cidadão, acredito que a área da saúde pode ter um outro papel além do que lhe foi atribuído historicamente, ou seja, de atender aos interesses de grupos privilegiados, seja através de seu uso para a preservação da integridade biológica relacionada à manutenção de mão-de-obra ou para a garantia do controle social. Imaginar que isto não seja possível é destituir os homens da capacidade de lutar e transformar. É considerar os grupos privilegiados e o Estado (seu representante legal), como algo que se mantém imutável, inatingível.

A vivência pessoal, a prática profissional e as reflexões acerca da educação me levaram a eleger um entendimento de educação que passa a ser base para esta dissertação. Passei a assumir o entendimento de alguns autores, dentre eles: BRANDÃO, SEVERINO E GADOTTI.

Segundo BRANDÃO (1981), a educação se coloca inevitavelmente como uma prática social que, no uso da inculcação de tipos de saber, reproduz tipos de sujeitos sociais. Citando a expressão de Paulo FREIRE - *reinventar a educação* - o autor sustenta o fato de que a educação é uma invenção e que, se em um dado momento histórico foi feita de um modo, pode, em um outro momento, ser feita de modo diferente, diverso e até mesmo oposto.

SEVERINO (1986) destaca que a função reprodutiva da educação não esgota sua significação total, não sendo, desta forma, apenas lugar e mecanismo da reprodução ideológica e social, mas pode, também, desenvolver e implementar um

discurso contra-ideológico. Este entendimento também é defendido por GADOTTI (1983) quando fala da luta por uma educação emancipadora. Uma educação configurada por um conjunto de conexões internas e externas, deixando de ser entendida apenas como uma relação bipolar entre professor/aluno, mas passando a ser vista como elemento contraditório de um movimento mais amplo da própria sociedade, colocando a educação como sendo essencialmente política e o político, por sua vez, como um meio transformador.

Os autores acima citados defendem uma concepção de educação onde esta se traduz como um dos meios de luta para transformar a sociedade. Salientam porém, que ela também pode ter como caráter básico a manutenção das estruturas sociais. Por isto, é necessário que se faça uma opção relacionada ao tipo de homem e de mundo que se deseja. Quando falo de transformação social, estou desejando um novo homem e um novo mundo. Um homem que exerça o seu papel de cidadão. É necessário então, falar um pouco sobre cidadania.

A questão da cidadania aparece no discurso daqueles que detém o poder político e econômico, na produção intelectual, meios de comunicação e no discurso das camadas mais desprivilegiadas da população. No entanto, é necessário saber de qual cidadania falam esses atores tão diferenciados no contexto social, já que alguns têm muitos direitos e a outros cabe uma parcela maior de deveres (COVRE, 1991).

COVRE (1991, p.9) aponta que a Carta de Direitos da ONU, de 1948, diz em seu texto que:

Todos os homens são iguais ainda que perante a lei, sem discriminação de raça, credo ou cor. E ainda: a todos cabem o domínio sobre seu corpo e sua vida, o acesso a um salário condizente para promover a própria vida, o direito à educação, à saúde, à habitação, ao lazer. E mais: é direito de todos poder expressar-se livremente, militar em partidos políticos e sindicatos, fomentar movimentos sociais, lutar por seus valores. Enfim, o direito de ter uma vida digna de ser homem.

A autora também chama a atenção para os deveres do cidadão apontados na Carta de Direitos da ONU, como o de ser o próprio cidadão, “fomentador da existência dos direitos a todos, ter responsabilidade em conjunto pela coletividade, cumprir as normas e propostas elaboradas e decididas coletivamente, fazer parte do

governo direta ou indiretamente, ao votar, ao pressionar através dos movimentos sociais” (ibid.).

Para a autora, essas propostas são difíceis de serem efetivadas, considerando os interesses daqueles que detém o poder e que não querem perder privilégios, apesar de fazerem um discurso contrário. Esta pequena parcela da população cuida para que os direitos sejam garantidos conforme seus interesses.

Apesar de sermos regidos por um documento que garante a todos direitos e deveres em um mesmo nível (Constituição Federal), temos que lutar para garantir aquilo que, formalmente, já está garantido. Para BUFFA (1991, p.18), “*a igualdade jurídica esconde, na verdade, a desigualdade dos indivíduos concretos*”.

Portanto, educar para a cidadania é dar conta que esta se insere em um contexto conflitivo. É avaliar a possibilidade de participação no poder e de igualdade política no interior da sociedade capitalista - caracterizada pela desigualdade (ARROYO, 1991 In: BUFFA; ARROYO; NOSELLA, 1991). Essa discussão e, de alguma forma, experimentação do exercício da cidadania, pode ser uma experiência vivenciada nos espaços sociais, sendo os serviços de saúde um desses espaços. Educar para a cidadania é, também, colaborar para que as pessoas desenvolvam a capacidade de se fazerem sujeitos individuais e coletivos. Nas palavras de FANTIN (1997), “*a cidadania é um processo em construção*”.

É importante ressaltar que, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde foi declarada como um direito de todos e dever do Estado, bem como o resultado de múltiplos determinantes apontados anteriormente na declaração de Alma-Ata (URSS) em 1978 e registrados nos documentos da VIII Conferência Nacional de Saúde que serviram de base para o texto constitucional. A criação do Sistema Único de Saúde garante a participação popular no seu controle e fiscalização. Esta participação se constitui num direito, mas também, num dever da população. É necessário que sejam criados espaços para que este direito e dever sejam exercitados.⁶ Isto se

⁶ No decorrer do texto será dado mais destaque à questão dos direitos, visto que estes têm sido menos respeitados pelo Estado em função da falta de medidas práticas para o seu exercício. Pode-se considerar desde a falta de conhecimento destes direitos até a descrença na possibilidade de exercê-los, como fatores responsáveis pelo não exercício do direito e do dever de lutar e exigir para que sejam respeitados os contratos sociais representados pelo aparato legal da nossa sociedade, através da participação em organizações sociais ou, até mesmo, individualmente. É oportuno acrescentar que os deveres da população são mais cobrados, principalmente

constitui em um fato de extrema importância para que se possa trabalhar com a formação do cidadão.

Inicialmente havia pensado em fazer a pesquisa no próprio Ambulatório do Adolescente. Porém, alguns fatores me levaram a mudar de idéia: primeiro, o fato de trabalhar com uma clientela específica, ou seja, o adolescente; segundo, o fato de não querer fazer um relato de experiência; terceiro, por ser o Ambulatório uma experiência que não reflete a realidade dos serviços de saúde pública.⁷

Alguns fatores me levaram a optar por fazer a pesquisa em um Centro de Saúde da rede municipal: o fato de existir um número expressivo de Centros de Saúde; por ser, geralmente, o primeiro setor dentro do conjunto dos serviços de saúde a ser procurado pela população⁸, considerando a proximidade espacial e a organização hierárquica dos serviços estabelecida no SUS, e por ser um espaço que poderia oferecer uma série de elementos para a pesquisa.

Surgiram, então, questionamentos sobre os Centros de Saúde. De que forma trabalhavam? Como funcionavam? Qual seria o teor educativo do trabalho que desenvolviam? Apesar de trabalhar em um serviço de saúde pública, conhecer a sua estrutura e funcionamento, além de ser usuário desses próprios serviços, considerei importante pesquisá-los e entendê-los de maneira mais sistematizada. A questão chave passou a ser **o caráter educativo das ações em saúde**, ou seja, buscar verificar se os trabalhos desenvolvidos estavam colaborando para a formação permanente do cidadão. Isto pressupunha verificar se a saúde estava sendo vista como o resultado de múltiplos determinantes, bem como um direito de todos e dever do Estado. Pressupunha averiguar, também, se as conquistas adquiridas com a criação do SUS estavam sendo colocadas em prática.

A princípio, algumas coisas estavam claras. Primeiro, que a área da saúde poderia se constituir em um espaço de conquista de mais saúde e de formação

aqueles que não levam ao exercício de direitos conquistados e que possam promover lutas para a conquista de outros.

⁷ Digo isto pelo fato de o trabalho ser organizado diferentemente dos demais, considerando desde o acesso ao tipo de acompanhamento feito.

⁸ No decorrer deste trabalho, o termo população será usado para definir os usuários dos serviços de saúde pública, denominados também, em alguns momentos, como usuários.

permanente do cidadão. Segundo, que isto se daria através de um entendimento de saúde que ultrapassasse os limites do biológico. Terceiro, que a formação permanente do cidadão se daria através de um trabalho educativo. Portanto, trabalhar com este tema implicaria, em primeiro lugar, entender a educação como uma ação não restrita ao espaço formal da escola e nem mesmo restrita à aquisição de conteúdos curriculares, mas sim, entendê-la de maneira mais abrangente, como apontado anteriormente. Da mesma forma, entender a ação em saúde como uma ação mais ampla, ultrapassando a sua relação com as questões biológicas, buscando realçar o seu conteúdo político transformador.

É importante falar que, neste estudo, busco traçar a relação entre saúde e educação que, no meu entender, são conceitos indissociáveis. Digo isto considerando que as ações relativas ao tratamento, cura e prevenção de doenças, bem como a manutenção da saúde, resultado das ações anteriores, não se dão apenas pela aplicação de técnicas instrumentais, mas também, e principalmente, pela disseminação, assimilação e construção de conhecimentos relativos a esta área. É dizer então que a educação sempre fez parte das ações em saúde. É necessário verificar quais os efeitos destas ações.

Uso o termo **caráter educativo** para exprimir um conjunto de conhecimentos que representaram, no decorrer dos tempos, a garantia de uma série de interesses, ou seja, o uso destes conhecimentos para a manutenção das relações de classes antagônicas.

Na bibliografia pesquisada, no que se refere ao que chamo "**caráter educativo**", é utilizado o termo "**educação e saúde**". É importante ressaltar que ambos os termos adquirem, neste trabalho, o mesmo significado.

Defrontei-me com uma série de perguntas, inclusive com algumas que pareciam ter respostas claras, mas que no decorrer da pesquisa, acabaram se mostrando bem mais complexas. Apresento as mais importantes e que nortearam este trabalho: O que é saúde? Qual tem sido o papel dos serviços de saúde no contexto sócio-político e econômico? Como a saúde pode ser caracterizada como um dos instrumentos de transformação da ordem social estabelecida? Como se chegou a conquista da saúde

como um direito? Quais são os elementos mais importantes para que os serviços de saúde possam colaborar para a formação permanente do cidadão?

No I capítulo - **Saúde: uma lenta conquista que ainda demanda luta** - busco responder a essas perguntas através de uma apresentação sintética de alguns fatos relativos à história da saúde com o intuito de entender a atual situação dos serviços de saúde pública, apontando para a relação destes serviços com a organização social. A conquista da saúde como um direito de todos e dever do Estado, bem como a discussão sobre a participação popular no SUS, caracterizado como um dos elementos que apontam para um novo modo de pensar o caráter educativo das ações em saúde, são a tônica deste capítulo. Além disto, procuro discutir o risco da perda de direitos sociais já garantidos, pelo menos ao nível legal, considerando a influência do discurso e da prática neoliberais, tão presentes na realidade brasileira.

No II capítulo - **A prática como ponto de partida** - apresento o resultado das observações e entrevistas no que diz respeito à organização dos serviços, à postura da população e profissionais frente a essa organização e à avaliação que fazem dos serviços. É neste capítulo que procuro responder outras questões elencadas anteriormente a respeito do trabalho desenvolvido no CS, quais sejam: de que forma trabalham? Como funcionam os serviços? Qual é o teor educativo do trabalho que desenvolvem?

No III e último capítulo - **Serviços de saúde: mais um espaço de formação permanente do cidadão** - discuto a questão específica da dissertação, ou seja, o caráter educativo das ações em saúde. Apresento o conceito de saúde da população e dos profissionais; a opinião destes sobre quem é responsável pela saúde; a relação que fazem entre saúde e educação e a opinião sobre a dimensão educativa do trabalho desenvolvido no CS. As perguntas que procurei responder aqui foram: O que profissionais da área e população entendem por saúde? Quem são os responsáveis pela saúde? A população e os profissionais da área vêem a saúde como um direito de todos e dever do Estado? Qual o caráter educativo das ações em saúde na visão dos profissionais e da população? Qual a dimensão educativa do trabalho desenvolvido no Centro de Saúde?

A área da saúde passa por uma crise que ultrapassa a falta de recursos financeiros para o seu gerenciamento. Este fato tem sido colocado como o responsável - às vezes parece ser o único - pelo abandono a que está relegada. A imprensa tem destinado um espaço significativo para relatar tal situação. No entanto, não são apenas recursos financeiros, apesar de imprescindíveis, que garantirão uma política de saúde que atenda aos interesses da sociedade. É preciso analisar e avaliar todo o contexto. Uma mudança nas relações que nele se travam pode dar-lhe uma outra configuração.

O Centro de Saúde, pela posição que ocupa no cenário das políticas de saúde, se constitui em elemento de grande importância em toda a engrenagem dessas políticas. Afinal, é a porta de entrada e, como tal, a meu ver, deveria servir como facilitador e esclarecedor de todo o sistema.

Discutir sobre estas questões, possibilita refletir sobre as ações de saúde, apontar situações e indicar novas ações que facultem uma melhoria desses serviços. Melhoria esta, que venha ao encontro das necessidades da população que deles usufrui.

Para efetivar esta pesquisa, escolhi como metodologia a abordagem qualitativa, por considerá-la a que oferece uma maior possibilidade de análise. Para isso, tomei por base o trabalho de LÜDKE e ANDRÉ (1986) que, por sua vez, apresentam pontos básicos da pesquisa qualitativa apontados por BOGDAN e BIKLEN (1982).

Um dos pontos básicos é que *“a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento”* (LÜDKE e ANDRÉ, 1986, p.11). Aqui, o que pretendi foi analisar, in loco, a relação entre o profissional de um Centro de Saúde e a população que buscava pelos serviços. Ao analisar esta relação, pretendi identificar o caráter educativo das ações ali desenvolvidas, o que se caracterizou como ponto central desta pesquisa. Isto implicou na manutenção de *“um contato estreito e direto com a situação onde os fenômenos ocorrem naturalmente [...] influenciados pelo seu contexto”* (ibid., p.12).

Outra característica deste tipo de pesquisa é que *“os dados coletados são predominantemente descritivos”* (ibid.), o que leva à necessidade de trabalhar com descrição de pessoas, situações e acontecimentos, tornando o trabalho mais rico. Esta característica traz outra onde *“a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto”* (ibid.), dando ênfase à questões cotidianas.

A pesquisa qualitativa aqui desenvolvida se constituiu em um estudo de caso, onde “o caso pode ser similar a outros, mas é ao mesmo tempo distinto, pois tem um interesse próprio, singular” (ibid., p.17), mesmo que apresente semelhanças com outros casos.

O local da pesquisa foi um Centro de Saúde II. Este é um dos 47 Centros de Saúde sob a administração da Prefeitura Municipal de Florianópolis.⁹ A escolha foi feita pelo fato de ser um Centro de Saúde com um número expressivo de funcionários (27) e com diversidade técnica, ou seja, médicos das áreas de clínica geral, pediatria, ginecologia, saúde do trabalhador, dentistas, enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, além do pessoal de apoio administrativo, manutenção e vigilância. Outro ponto que favoreceu a escolha foi o fato de o local não estar sendo alvo de nenhum trabalho exterior, como o que ocorre em outros Centros de Saúde onde já existem projetos, principalmente ligados à UFSC, sendo desenvolvidos. A única ação externa é o recebimento de estagiários do curso de Auxiliar de Enfermagem. Isto possibilitou colocar o Centro de Saúde escolhido em paridade com a maioria dos 47 existentes, já que as intervenções são restritas. O elemento facilidade de deslocamento também influenciou na escolha, considerando que o CS se localiza num bairro de fácil acesso, possibilitando a presença do pesquisador por mais tempo e em vários horários.

⁹ Em relação à saúde, chama bastante a atenção o fato de Florianópolis contar com uma grande rede física de atendimento. Só a estrutura física da rede municipal é composta por: 01 Policlínica de Referência, 14 Centros de Saúde II e 31 Centros de Saúde I, 01 clínica modular odontológica, 09 gabinetes odontológicos em escolas estaduais, 02 simplificados odontológicos e 03 laboratórios de análises clínicas. Os CS I se caracterizam pelo atendimento básico de enfermagem, clínica geral e, em alguns, disponibilidade de atendimento odontológico. Os CS II contam com atendimento de clínica geral, pediatria, ginecologia, odontologia e enfermagem. Alguns possuem laboratório e postos de coleta para exames, bem como nutricionista. A Policlínica se diferencia pelo fato de ter toda a estrutura de um CS II acrescida de outras especialidades médicas e serviço de radiologia. A Policlínica, juntamente com os CS II são responsáveis pelo atendimento de 40% da demanda. A rede hospitalar, ora sob a administração do Estado, conta com 05 hospitais, sendo um deles, infantil. Além dos hospitais, o Estado ainda mantém outros serviços (outros dados podem ser encontrados no Plano Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina de março de 1994).

No ano de 1993, foram realizadas nos ambulatórios da rede municipal 260.193 consultas médicas, sendo as doenças mais detectadas (por grupo e por ordem decrescente): **doenças do aparelho respiratório**, apresentadas principalmente por crianças (gripes, resfriados, bronquite, etc) **19,6%** do total; **doenças do aparelho geniturinário** (doenças nos rins, bexiga, órgãos genitais, etc) **13,6%**; **sintomas e sinais mal definidos** (tontura, vômito, febre, dor de cabeça, enjôo, dores no corpo, insônia, nervosismo, dor de garganta, etc) **13,4%**; **doenças infecciosas e parasitárias** (diarréia, vermes, amigdalite, faringite, otite, etc) **11,5%**; **doenças do aparelho circulatório** (pressão alta, problemas no coração, vasos, derrame, infarto, etc) **6,8%**; **doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos** somaram **6,5%**; **doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo** (dor nas costas, problemas de coluna, artrites e artroses, etc) **6,3%**. Estes grupos representam em torno de 78% do total de diagnóstico das consultas médicas (conforme DOCUMENTO PREPARATÓRIO DA I CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE realizada de 07 a 09 de abril de 1995 em Florianópolis).

O Centro de Saúde observado é classificado como um CSII pela estrutura que apresenta, ou seja, pelo oferecimento de mais especialidades médicas e serviços. Este ainda conta com um laboratório de análises clínicas. Está localizado em um bairro bastante populoso, com características próprias de um bairro de classe média. O bairro apresenta uma infra-estrutura privilegiada, visto que suas ruas principais são asfaltadas, sendo as demais também pavimentadas, apresenta muitas opções de acesso através de várias linhas de ônibus e tem um comércio variado. O Centro de Saúde fica em uma das ruas mais importantes do bairro, próximo de um hospital. No entanto, está rodeado por outros bairros mais carentes que, por sua vez, também contam com Centros de Saúde, porém com uma estrutura menor. São os chamados CSI.

A **população pesquisada** se constituiu de profissionais que atuavam no Centro de Saúde¹⁰ e dos usuários que buscavam os serviços ali oferecidos. A análise se pautou na relação que estes atores travavam entre si e nos resultados advindos dessa relação. Foram entrevistados 09 profissionais e 06 usuários.

Os **métodos de coleta de dados** utilizados foram os métodos indicados neste tipo de pesquisa, ou seja, observação, entrevista e análise documental (LÜDKE e ANDRÉ, 1986). A observação foi escolhida como método de coleta de dados por possibilitar *“um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado”* (ibid., p.26), bem como por possibilitar a descoberta de novos aspectos do problema, e proceder a coleta de dados onde não existe outra forma para se fazer isto. Meu papel foi ser observador participante, situação *“em que a identidade do pesquisador e os objetivos do estudo são revelados ao grupo pesquisado desde o início”* (ibid., p.29). Neste sentido, todos os profissionais estavam cientes do trabalho que estava desenvolvendo. Em relação aos usuários, a identidade e objetivos do pesquisador eram informados àqueles com quem travava diálogos ou entrevistava.

A observação foi feita em um período de 4 meses, entre outubro de 1995 e janeiro de 1996. A escolha deste período se deu após verificar se haveria modificações no funcionamento dos serviços em função de férias de profissionais e de frequência

¹⁰ A pesquisa foi feita com todos os profissionais sem se limitar àqueles que têm formação na área da saúde, tendo em vista que todos têm contato com a população que busca os serviços ali oferecidos. No entanto, será resguardada a diferenciação no que tange a aspectos que digam respeito à formação profissional.

dos usuários, tendo em vista que dezembro e janeiro são, geralmente, escolhidos como período de férias. Como todos os profissionais estariam trabalhando no período e por ter sido informado por estes que a frequência dos usuários não sofreria modificações, o período de observação não influenciou para que fosse descrita uma situação atípica.

A entrevista também se tornou interessante pela relação de interação que criou, com influência recíproca entre entrevistador e entrevistado. Este tipo de recurso metodológico traz como vantagem a captação imediata do que se deseja enquanto informação, bem como possibilita correção, esclarecimentos e adaptações, caso seja necessário, facilitando a obtenção de informações (ibid.). Foi do tipo semi-estruturada, atendendo aos interesses do pesquisador, seguindo formulários anexos, com o uso de anotações e gravador, quando permitido pelo entrevistado.

Esta técnica foi aplicada com 05 profissionais de nível superior (01 dentista, 03 médicos e 01 enfermeira), 03 profissionais de nível médio (02 atendentes de enfermagem, 01 educadora social)¹¹ e 01 de nível de 1º grau (01 vigia). Também foram entrevistados 06 usuários (05 mulheres e 01 homem com idade entre 18 e 42 anos). Em relação a escolha dos profissionais, esta se deu buscando contemplar todas as categorias profissionais. Os usuários entrevistados foram escolhidos aleatoriamente, contando apenas com a disponibilidade destes em darem a entrevista. O número, tanto de profissionais quanto de usuários entrevistados foi o considerado suficiente e possível no momento da pesquisa de campo.

Também foi utilizada análise documental como mais uma técnica para a coleta de dados. Seu principal papel, além da possibilidade de fornecer dados sobre os pesquisados (ex.: prontuários médicos), foi servir de "*fonte de informação contextualizada*" (ibid., p.39), (ex.: prontuários médicos, Planos de Saúde, documento da Conferência Municipal de Saúde e outros).

Esta pesquisa atende a um interesse individual enquanto profissional inserido no contexto dos serviços de saúde. No entanto, creio que a discussão que promovo tem uma relevância social, considerando a importância da área da saúde dentro da organização de qualquer sociedade. Apesar de ser uma área que enfrenta sérios

¹¹ No caso dos profissionais de nível médio as funções não eram bem definidas. Eles, ao mesmo tempo que faziam trabalhos administrativos, se ocupavam com outras questões como verificação de pressão arterial, curativos, vacinação e outras.

problemas, se coloca também como espaço de construção e de esperança. De construção de uma sociedade mais igualitária, de esperança de mais vida, principalmente no que diz respeito a sua qualidade, considerando que a expectativa de vida vem melhorando.

Para que esta área se constitua, de fato, como área de construção e esperança, é necessário que se invista neste sentido. Por isto, a análise do caráter educativo das ações em saúde, desenvolvidas no interior de um Centro de Saúde, possibilita questionar **para que e para quem** é dirigido o trabalho ali realizado. Possibilita também, tomar uma posição no sentido de lutar para que estas ações venham ao encontro dos anseios populares.

CAPÍTULO I

SAÚDE: UMA LENTA CONQUISTA QUE AINDA DEMANDA LUTA

1 - A HISTÓRIA DA SAÚDE: ALGUNS FATOS

Neste capítulo, procuro narrar de forma sintética alguns fatos relativos à história da saúde, na tentativa de buscar elementos para entender a situação atual dos serviços de saúde, em particular, dos da área pública. Por não ser objetivo central deste trabalho, aponto apenas para algumas questões emergentes a partir do século XVII.

Demonstro como as ações em saúde estavam intimamente relacionadas a questões que ultrapassavam a simples aplicação de técnicas e instrumentos para a promoção da saúde. Estas questões apontam para o uso das ações em saúde como forma de controle social, manutenção da mão-de-obra necessária ao desenvolvimento do capitalismo, bem como para o fato de cuidar da saúde dos pobres para evitar que os ricos pudessem sofrer conseqüências.¹

O investimento no caráter educativo das ações em saúde foi a forma utilizada para a efetivação de um projeto da classe dominante que não tinha como objetivo mudar a situação de vida das classes desfavorecidas. Pelo contrário, seu objetivo era a sua própria manutenção e fortalecimento.

Para que pudesse se manter, o capitalismo, pelas suas próprias contradições, foi levado a garantir determinados benefícios. Além disso, a própria classe dominada imprimiu uma série de ações para a garantia de direitos a uma vida mais digna. Esses fatores, ou seja, a necessidade do capital se manter e as lutas da classe dominada,

¹ Fazendo uma análise da medicina (que se apresenta como foco central da área da saúde), DONNANGELO (1979, p.15) diz que “a medicina, que em uma primeira aproximação pode ser encarada como prática técnica, isto é, como manipulação de um conjunto de instrumentos técnicos e científicos para produzir uma ação transformadora sobre determinados objetos - o corpo, o meio físico - responde, enquanto tal, a exigências que se definem à margem da própria técnica, no todo organizado das práticas sociais determinadas, econômicas, políticas e ideológicas entre as quais se inclui”.

levaram ao estabelecimento legal de muitos direitos, dentre eles, o direito à saúde, como veremos posteriormente.

Falar de saúde se apresentou como uma tarefa difícil, principalmente porque trouxe consigo a necessidade de falar de um outro conceito, ou seja, o de doença.

Segundo ROSEN (1979, p.77), a doença, enquanto processo biológico, é mais antiga que o homem. Ela é um atributo da vida que se instala num organismo que, por sua vez, está inserido num mundo de fluxos e mudanças.

A doença e a saúde são aspectos desta instabilidade onipresente, são expressões das relações mutáveis entre os vários componentes do corpo, entre o corpo e o ambiente externo no qual ele existe. Como fenômeno biológico, as causas da doença são procuradas no reino da natureza; mas no homem a doença possui ainda uma outra dimensão: nela a doença não existe como 'natureza pura', sendo mediada e modificada pela atividade social e pelo ambiente cultural que tal atividade cria.

Para FOUCAULT (1980, p.60), na origem da humanidade, a medicina era a relação imediata do sofrimento com aquilo que o aliviava. Era uma relação “*de instinto e de sensibilidade, mais do que de experiência; era estabelecida pelo indivíduo para consigo mesmo antes de ser tomada como uma rede social*”. A medicina torna-se um acúmulo de verdades e tem a clínica como responsável pelo seu movimento histórico, inaugurando a escrita e o segredo de um saber restrito a um grupo privilegiado.²

O que se entende da fala de FOUCAULT é que a saúde, representada pela medicina, se torna um instrumento de poder de um grupo sobre outros. O próprio autor diz que “*o controle da sociedade sobre os indivíduos não começa pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo*” (ibid., p.80) . Diz ainda que, o corpo, no capitalismo, foi o primeiro objeto a ser socializado enquanto força de trabalho. O corpo é uma “*realidade bio-política*” e a medicina é uma “*estratégia bio-política*” (ibid.).

O mundo em que vivemos e nossa relação com ele são refletidos por nossas doenças e acidentes. As doenças servem como veículo de informação sobre as

² A medicina, neste sentido, é tratada como campo de estudos que lida com questões relativas à saúde e à doença.

condições de vida de uma sociedade. Seu aparecimento em uma determinada sociedade, em uma determinada época, se caracteriza como um fenômeno ligado à estrutura, cultura e psicologia dessa sociedade. *“Se a doença surge e afeta as condições e relações sociais em que o ser humano vive, então ela é um fenômeno social que deve ser estudado enquanto tal e enquanto fenômeno só completamente inteligível em um contexto bio-social”* (ROSEN, 1979, p.51).

Este mesmo autor também aponta os cuidados médicos oferecidos a uma sociedade como sendo elemento refletor da estrutura desta sociedade, particularmente, da estratificação e divisão de classe. Desta forma, as classes sociais são diferenciadas em seus privilégios em relação à saúde e à doença. Essa diferenciação em classe determina os procedimentos médicos, causando uma distinção das pessoas pelas enfermidades que apresentam.

Nos dias de hoje, isto é plenamente visível se nos atentarmos para as diferenciações existentes entre os serviços de saúde privada e de saúde pública. Afinal, a saúde pública apresenta maior dificuldade em atender a população considerando seu aparato técnico e humano - mais restrito pelo número de pessoas que dela precisam - se comparada àquele existente na saúde privada. Dentro dessa divisão ainda ocorrem outras. Por exemplo, os diversos planos privados de saúde que estabelecem uma hierarquia das possibilidades econômicas, onde o tratamento depende do que se pode pagar. Dentro da saúde pública a divisão não é por planos, mas por outros elementos como: possibilidade de deslocamento para um centro com maiores recursos; conhecimentos que possibilitem exigir o atendimento, buscando a garantia de seus direitos e a própria apresentação do usuário, ou seja, como chega, como fala, como se veste, fatores que acabam influenciando no tipo de atendimento oferecido.

Levar em consideração as divisões no tipo de atendimento a que são submetidos os membros de uma sociedade, principalmente quando todos deveriam ter os mesmos direitos, me parece de suma importância para caracterizar a diferenciação real diante da igualização discursiva.

Apresentar divisões no tipo de atendimento considerando duas classes distintas parece ser pouco revelador. Porém, levantar questões que servem de base para divisões no tipo de atendimento, considerando uma parcela populacional que faz uso de um

mesmo serviço, parece ser algo a ser considerado. É importante levar em conta que o acesso a determinados conhecimentos - neste caso, àqueles que dizem respeito ao direito de acesso aos serviços de saúde - bem como a forma como as pessoas se apresentam - especialmente relacionada com o seu aspecto e forma de comunicação (se fala como se estivesse pedindo algo ou se demonstra estar exercendo um direito) - são elementos que apontam para a existência de mais diferenciações do que se imagina.

Pelo fato de propor que esta pesquisa se desenvolva dentro da saúde pública,³ julgo necessário apresentar, de forma sucinta, como se estruturou a medicina social emergente a partir do final do século XVIII.

O conceito de medicina social apareceu como resposta às doenças criadas pelo processo de industrialização. *“Em grande parte, a história da medicina social é a história da política social (bem-estar). Preocupada de início principalmente com a nova classe de trabalhadores industriais e com seus problemas, a medicina social pode hoje ser concebida em um sentido mais amplo, incluindo vários grupos sociais”* (ROSEN, 1979, p. 138).

ROSEN (1979) distingue dois aspectos relativos à medicina social: descritivo e normativo. Enquanto ciência descritiva, ela trata de investigar as condições sociais e médicas dos grupos estabelecendo as relações causais existentes entre estas condições. Enquanto ciência normativa, estabelece padrões e indica medidas para atenuar as condições existentes, buscando alcançar os padrões que foram, por ela, determinados.

Foi a partir do século XVII que o conhecimento do homem sadio e do homem doente sofreu considerável progresso. Foi neste século que Giambattista MORGAGNI (1682-1771) criou a anatomia patológica, onde os sintomas clínicos correspondem a lesões orgânicas internas e que Claude BERNARD (1813-1878) desenvolveu as bases da fisiopatologia que tem como pressuposto o fato de que o conhecimento de um fenômeno fisiológico dá condições para explicar distúrbios que eles podem sofrer num estado patológico (BERLINGUER, 1988). Também foi a partir do século XVII até metade do século XIX que amadureceu o conceito de corpo social. Simultaneamente, amadureceu o processo de formação da saúde pública (SCLAR, 1987).

³ Segundo ROSEN (1994), a saúde pública tem suas raízes nas mais antigas civilizações.

O século XVIII mostrou duas faces de um mesmo processo em relação à saúde: a organização de um mercado médico voltado para as clientela privadas e a organização de uma política de saúde, considerando a doença um problema político e econômico. *“Entra-se, portanto, menos na era da medicina social que na da nosopolítica refletida”* (FOUCAULT, 1993, p.194). Segundo o autor, essa nosopolítica tem como características básicas: o privilégio da infância, a medicalização da família, o privilégio da higiene e a medicina como instância de controle social.

O Estado não foi o único a ter iniciativa, a organizar e controlar esta nosopolítica. Outros grupos também o fizeram. *“A nosopolítica, mais do que o resultado de uma iniciativa vertical, aparece, no século XVIII, como um problema de origens e direções múltiplas: a saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral”* (ibid., p.195). A nosopolítica da época teve como característica marcante *“o deslocamento dos problemas de saúde em relação às técnicas de assistência”* (ibid.).

FOUCAULT (1993) destaca alguns fenômenos ocorridos durante esse século:

01 - Deslocamento progressivo dos procedimentos mistos e polivalentes de assistência a partir da análise dos modos de investimento e capitalização, bem como de diferenciação entre as diversas categorias de pobres, antes atendidos indistintamente pela caridade. Era preciso tornar a pobreza útil, aliviando o peso para o resto da sociedade.

02 - Surgimento do bem-estar físico da população como um todo, como objetivo essencial do poder político, garantido por instituições genericamente chamadas de polícia - conjunto de mecanismos que asseguram a ordem, crescimento canalizado das riquezas e manutenção da saúde em geral.

O autor diz ainda que o suporte das transformações ocorridas se dirige à manutenção da força de trabalho e aos efeitos econômico-políticos, em função do crescimento demográfico.

Ao final do século XIX, com o aperfeiçoamento de uma série de instrumentos, particularmente o do microscópio, cientistas, médicos e estudiosos *“individualizaram as causas, os mecanismos de transmissão, as medidas preventivas e higiênicas (profilaxia) para muitas doenças infecciosas, da peste à varíola, da tuberculose à*

malária, contribuindo para reduzir, e em alguns casos eliminar, flagelos seculares” (BERLINGUER, 1988, p.15). A partir deste momento, outros fatores ligados à questão saúde/doença, ou seja, genéticos, ecológicos e sociais, evidenciam sua multicausalidade (PATRÍCIO e SAUPE, 1992).

ROSEN (1979), citando BEHRING, diz que este assinala que no século XIX, o pensamento médico associava a doença com as condições de miséria. Diz ainda que BEHRING se baseou no pensamento de VIRCHOV que, por sua vez, analisou a epidemia de febre amarela ocorrida em Alta Silésia em 1847, atribuindo às condições sociais e econômicas, a responsabilidade pela epidemia e a ineficiência do tratamento médico sem a devida reforma social. ROSEN menciona o fato de NEUMANN ter também, em 1847, afirmado ser a medicina, essencialmente uma ciência social.

Os teóricos da época, citados por ROSEN, apontam que a Revolução Industrial trouxe consigo grandes problemas em relação à saúde. Por exemplo, LEUBUSCHER propunha um programa de higiene industrial com leis que regulassem as condições de trabalho. Apontavam a necessidade de mudança (diminuição) da jornada de trabalho, proibição do trabalho infantil antes dos 14 anos, proteção da mulher grávida, salubridade no ambiente de trabalho. A questão da saúde vinha sempre relacionada a questões de hábitos morais e sociais. Também fica evidente a necessidade, apontada pelos teóricos, de uma ação governamental para a resolução dos problemas sociais e, conseqüentemente, dos problemas de saúde e doença.

ROSEN aponta MEYNNÉ como defensor da saúde preventiva. Os conceitos de higiene e de polícia médica faziam parte dos discursos da época. Citando GROTTJAHN, diz que este apontava a educação como fator essencial para a saúde preventiva. Outro teórico desta mesma época foi Franz Anton MAI que, em 1800, formulou um código de saúde com os seguintes tópicos: higiene da moradia, proteção ambiental, higiene do alimento e do vestuário, aspectos médicos da recreação, saúde ocupacional, proteção materno infantil, prevenção de acidentes, primeiros socorros, prevenção e controle de doenças transmissíveis, tanto do homem quanto dos animais e organização da assistência médica. MAI enfatizava a questão da educação em saúde e conferia aos profissionais desta área uma evidente função educativa. A educação sanitária nas escolas, ministrada por um agente de saúde, era o primeiro dispositivo de seu código

que não chegou a ser decretado em função das guerras e problemas políticos da época. Aqui já é possível verificar uma ligação mais direta, principalmente ao nível da necessidade de, através da educação, evitar ou amenizar problemas de saúde.

O caráter educativo das ações em saúde era eminentemente voltado para a prevenção de doenças. No entanto, cabe ressaltar a necessidade de se atentar para os objetivos de promover a prevenção, como foi assinalado no início deste capítulo. É necessário também, deixar claro que não discuto a existência de preocupações voltadas para a melhoria da condição de vida das sociedades. As lutas de muitos cientistas e intelectuais tinham esse objetivo. O que quero dizer é que os interesses do capital eram bem maiores.

O processo saúde/doença passa a ser analisado sob sua determinação histórica e social. Está relacionado com a forma com que o homem se apropria da natureza através do processo de trabalho que, por sua vez, está baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. Este entendimento, baseado no materialismo histórico e dialético, se contrapõe ao anterior no que diz respeito à responsabilidade atribuída ao indivíduo em relação ao processo saúde/doença. Traz à tona, explicitamente, o conteúdo social como ponto de análise desta questão (PATRÍCIO e SAUPE, 1992). Aqui surgem outros conceitos.

CASTILLO (1984, p.84) diz que só se pode chegar a um conceito objetivo de saúde quando se compreender a realidade histórica da comunidade humana, considerando seu processo dinâmico. Define saúde como sendo *“um processo de equilíbrio estável e integral das pessoas com o seu meio ambiente, condicionado por fatores intersetoriais e históricos, biológicos e culturais, individuais e coletivos”*.

QUEIROZ e EGRY (1987) entendem que o processo saúde/doença é determinado socialmente, isto é, as transformações sociais provocam transformações na saúde, tanto na estrutura (indivíduo) quanto no sistema de saúde (instituições).

LAURELL (1982), ao se referir ao caráter social do processo saúde/doença destaca que, da mesma forma como a normalidade biológica define-se em função do social, a anormalidade também o faz. Aponta a não contrariedade entre o caráter social e biológico do processo saúde /doença.

Os aspectos de maior relevância que busquei apontar até aqui dizem respeito à evolução do entendimento de saúde, particularmente à sua vinculação a questões de caráter sócio-políticas e econômicas. Esta vinculação coloca por terra o que se poderia chamar de “neutralidade das ações em saúde”, bem como a individualização no que diz respeito à responsabilidade pelo processo saúde/doença. Outra questão importante diz respeito à relação entre saúde e educação, caracterizada por ações de cunho preventivo que visavam a evitar e controlar doenças. A prevenção deveria ser feita através da disseminação de hábitos de higiene e conhecimentos relacionados às formas de evitar doenças.

Apontadas estas questões gerais da história da saúde, buscarei relatar de forma breve, questões básicas relativas à história da saúde no Brasil. No decorrer do texto, serão apontados aspectos voltados às questões de educação e saúde em seus períodos de maior evidência. A questão da saúde como direito, no decorrer deste relato histórico, receberá maior atenção, tendo em vista a atualidade deste aspecto e sua implicação direta com o objetivo maior deste trabalho, que é apontar o caráter educativo das ações em saúde para além das suas ligações com os aspectos biológicos.

2 - A HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL: UM BREVE RELATO

Para resgatar a história da saúde pública no Brasil, faz-se necessário ter claro os aspectos sócio-político-econômicos do país, que se insere tardiamente no contexto do capitalismo mundial. Inicialmente, a saúde no Brasil aparece como questão do domínio privado, familiar ou local de caráter filantrópico e/ou fiscalizador. A saúde pública passa ao domínio estatal em 1889 sob a hegemonia da burguesia cafeeira que define a sua forma de organização e o momento e local de sua atuação. No entanto, a responsabilidade continuava sendo assumida pelas famílias e entidades filantrópicas que, por sua vez, eram “*mantidas pelas contribuições de proprietários rurais e/ou auxílios e subvenções governamentais*” (LYDA, 1994, p.35).

É importante ressaltar que nesse período, que se estende até 1930, o interesse maior da saúde pública no Brasil não residiu na reprodução da força de trabalho, mas

sim na circulação e distribuição de mercadorias, “*inclusive da mercadoria força de trabalho estrangeira. A imigração estrangeira contava com significativa subvenção governamental*” (ibid., p.37). Isto se reflete em duas questões básicas: pela preocupação em relação ao saneamento marítimo, pois as campanhas sanitárias ocorridas entre 1898 e 1910 estavam voltadas principalmente para os portos brasileiros (denotando uma preocupação eminentemente comercial e financeira) e pela disponibilidade de mão-de-obra.⁴

As campanhas sanitárias tiveram então, além da profilática, outras funções, como o estabelecimento de uma área específica de atividade estatal e a formação de intelectuais necessários para a sua organização. Figuravam como intelectuais de prestígio nessa área, Osvaldo Cruz e Emílio Ribas (ibid.).

É, portanto, na sua contribuição para a constituição de relações políticas, das idéias sanitárias, de sua organização, mais do que no controle de doenças, que a Saúde Pública se impõe. [...] Até hoje predominam o efeito e os mecanismos destas ações coletivas que, não só nos países centrais como no Brasil, conseguiram controlar algumas doenças epidêmicas importantes do ponto de vista do capital [...] (ibid., p. 47).

A década de 20 no Brasil foi um período bastante importante no que diz respeito à saúde e à educação. Nesta época surgiu o movimento sanitarista, bem como o movimento pela escola nova, fazendo com que a educação e a saúde ganhassem grande importância. A luta pelo ensino universal e gratuito se somou à luta pela universalização dos Centros de Saúde, de serviços preventivos sob a responsabilidade do Estado (MELO, 1987). Através da escola, disseminou-se o pensamento higienista e a moralidade sanitária, tão apregoados naquele momento. A grande influência dessas questões morais e higiênicas deu origem ao Departamento Nacional de Saúde em 1923 (COSTA, 1987).⁵

⁴ Isto não descarta a importância da produtividade do trabalho (ai reside o controle terrestre através de campanhas, principalmente nas zonas cafeeiras de São Paulo). Porém, o intenso fluxo migratório, o regime de trabalho vigente e a permanência de relações não-capitalistas nas áreas rurais foram responsáveis por uma ampliação da mão-de-obra excedente (LYDA, 1994).

⁵ Relacionado à importância das questões de educação e de saúde na década de 20, CARVALHO (1986) diz que a questão do higienismo foi um dos destaques da I Conferência Nacional de Educação realizada em Curitiba em dezembro de 1927. Isto vinha demonstrar a importância adquirida pela questão do higienismo no Brasil, bem como sua relação com os projetos educacionais.

Não cabe aqui fazer um relato detalhado sobre esta questão, mas é necessário frisar que as questões de saúde passaram a ser trabalhadas diretamente nas escolas, fazendo parte, inclusive, dos currículos e programas de ensino. A história da educação e saúde é marcada por um caráter especificamente voltado para a prevenção de doenças. Os cursos para educadores sanitários (nesta época, destinados a professores de 1ª a 4ª séries) eram calcados em conteúdos puramente biológicos, descaracterizando, de certa forma, a ligação dos problemas de saúde com as questões estruturais da sociedade (MELO, 1987).⁶

No entanto, *“a grande questão, a partir da década de 20, era organizar o mercado de trabalho, valorizando-o para a continuidade da ordem e do progresso e, conseqüentemente, combatendo os distúrbios, como a pobreza e a doença”*. É aqui, que a Saúde Pública, tendo as campanhas sanitárias como método principal de ação, *“buscará, como todo regime político da época, um novo mecanismo de controle social - à educação - integrando valores liberais de constituição do Estado burguês”* (LYDA, 1994, p.50). A autora acaba definindo o caráter educativo das ações em saúde como resultado do trabalho desenvolvido pelas campanhas sanitárias. Cabe salientar que, pelo entendimento que defendo, as ações em saúde sempre tiveram um caráter educativo.

A saúde foi para os currículos escolares enquanto conteúdo, passando a escola a ter função de disseminação de hábitos e conhecimentos que pudessem prevenir doenças. Por sua vez, a educação passou a fazer parte do rol de procedimentos oficiais das práticas de saúde, dando a conotação que, até então, as ações em saúde não tinham um caráter educativo, a não ser através das campanhas sanitárias, como apontado anteriormente.

O que ocorreu foi uma junção explícita das políticas de educação e saúde para a prevenção de doenças e não a incorporação, por parte da política de saúde, da educação enquanto instrumento de ação. Digo isto pelo entendimento que venho

⁶ É importante perceber que se está falando especificamente de questões de saúde trabalhadas no interior da escola. O entendimento de educação e saúde de que trato neste trabalho ultrapassa essa questão específica se voltando para o seu entendimento mais amplo, ou seja, o caráter educativo das ações em saúde em qualquer âmbito de atuação.

defendendo, onde as ações em saúde sempre foram permeadas pela educação. Por isso falo de caráter educativo das ações em saúde. O que pareceu ter acontecido foi que, a partir dessa época, ficou mais explícito uma intencionalidade que vai além da necessidade humana de se ter cuidado com a saúde, ou seja, a necessidade de controle social e de manutenção de mão-de-obra.

Não se tratava, portanto, de instrumentalizar a população com conhecimentos que a ajudasse a cuidar de sua saúde para o alcance de seu bem-estar. Não se tratava tampouco, de utilizar os trabalhos desenvolvidos na área da saúde para produzir um movimento em prol da exigência de condições de vida mais dignas. Assim, não continha um viés educativo de caráter político transformador.

Na década de 60, mais especificamente 1967, *“a saúde/doença passa a ser compreendida na sua multicausalidade - mas a solução ainda é dada pela educação (em Saúde Pública)”* (MELO, 1987, p.38). As ações educativas não competem apenas ao educador em saúde pública, mas a toda equipe de saúde. *“Esse profissional deveria diagnosticar, identificar as ‘barreiras’ sociais, econômicas e culturais oferecidas pela população e propor medidas ‘educativas’ que [pudessem] ‘quebrar’ essas barreiras”* (ibid., p.39).

Nesse período, vigorava no país um regime autoritário, de extrema repressão. A política econômica causava a centralização e concentração de renda e a sociedade civil era desmantelada. O controle passou a ser exercido pela sociedade política, fazendo com que as questões sociais passassem a ser questões de segurança nacional (MELO, 1987).

No Estado populista, mais especificamente 60-64, a crise vivida no setor da saúde pública refletia a crise do Estado, onde os discursos e as práticas dominantes, confrontados com as duras condições de vida da maioria do povo brasileiro, refletiam as principais contradições dessa sociedade. *“Evidencia-se não somente a crise da saúde do povo (expressão indireta da contradição capital x trabalho) mas também a crise do discurso institucional da saúde (expressão da contradição entre a ‘universalidade’ do discurso hegemônico x particularidade real de suas práticas”* (LUZ, 1986, p.83).

O planejamento em saúde no período 60-64 restringia-se a programas de atividades setoriais de rotina, diferente do que aconteceria a partir de 68 com a existência de uma organização institucional centralizada e planejada. Porém, a centralização e planejamento da saúde já é pensada a partir da III Conferência Nacional de Saúde convocada em dezembro de 1963, onde é definida uma ideologia de acordo com *“a ideologia do desenvolvimento econômico, da racionalidade do planejamento, submetido à produtividade e à distribuição das riquezas, ambas vistas como fonte de saúde”* (ibid., p.101).

É a partir da III CNS que o discurso sanitarista, calcado nas campanhas de saúde pública, perde espaço em relação às propostas de serviços permanentes relacionadas diretamente ao desenvolvimento econômico, trazendo uma visão baseada na descentralização do poder que busca conciliar uma visão sanitarista moderna com uma organização regionalizada da saúde pública. A bandeira dos defensores do projeto sanitário desenvolvimentista era a municipalização dos serviços de saúde. *“As propostas do discurso desenvolvimentista na saúde, muito mais sanitaristas que assistencialistas não serão, no entanto, postas em prática no aparelho estatal mesmo que a originou (Ministério da Saúde). Predominam, com efeito, as práticas sanitárias campanhistas, herança da década de 50, num rotineirismo burocrático herdado da década de 40”* (ibid., p.113).

No ano de 1967 ocorre uma expansão das instituições médicas, principalmente as escolas de medicina, com intensa manifestação dos estudantes dessa área. A partir deste momento se impõe, progressivamente, um discurso médico privatista, contrariando o que ocorrera anteriormente, onde os discursos se voltavam para a hegemonia do Estado na área da saúde. Na década de 70, ocorre a tentativa de implantação de um novo modelo de ensino e de ideologia médica. Em 1969 o Ministério da Educação faz críticas ao modelo liberal, propondo a adoção de um currículo médico adaptado à nosologia das massas, ou seja, um ensino voltado para a realidade da saúde da sociedade brasileira (ibid.).

Entre 68 e 74, os discursos dominantes na área da saúde estavam centrados em torno do planejamento econômico. Categorias como *“racionalidade, produtividade, crescimento, desburocratização (desrotinização), descentralização (da execução de*

atividades) e, finalmente, ao término da conjuntura, aparece a temática da participação, entendida em geral como adesão, seja dos agentes institucionais, seja da população, aos planos e programas institucionais” (ibid., p.120).

Apesar da reprodução do discurso político-econômico pelas instituições de saúde, estas, sobretudo as ligadas à saúde pública, não receberam do Estado os recursos necessários para por em prática esse discurso (LUZ, 1986).⁷ Segundo CAMPOS (1991, p.49), esta fase de reorganização da saúde pública se caracteriza por uma substituição da “antiga ‘utopia sanitária’ da sociedade higienizada e regulada por uma nova utopia - a dos serviços de saúde regulados”. O que estava sendo proposto era a redefinição da política de saúde entendida como “reorganização racional dos serviços, em que a lógica do planejamento substituiria a do mercado” (ibid.). O planejamento deveria levar em conta os problemas de saúde da população e preceitos técnicos considerados mais adequados por sua eficiência e eficácia.

Outra questão considerada era que “a organização dos serviços se desse de acordo com critérios de hierarquização das unidades conforme a complexidade dos problemas a serem atendidos e a correspondente incorporação de tecnologia” (ibid., p.50). O autor aponta também a questão da regionalização dos serviços de saúde caracterizada pela descentralização administrativa e de planejamento adaptado às características de cada região.

O que fica claro é que todas as propostas, independente de concordância, não são postas em prática, ou quando o são, acontecem de forma capenga sem conseguir chegar a uma efetivação capaz, inclusive, de permitir uma avaliação. A história demonstra também que não houve muito incentivo, principalmente ao nível de financiamento, para que as mudanças sugeridas pudessem vingar. Volta à tona a falta de vontade política de realmente implantar qualquer tipo de mudança que pudesse trazer resultados positivos no sentido de melhorar as condições de saúde da população.

⁷ LUZ (1986) aponta o Plano Nacional de Saúde de 68 e o Plano de Pronta Ação de 74 como dois momentos importantes na luta pelo poder na área da saúde. O discurso privatista liberal (garantido no PNS, onde “as atividades de assistência médica devem ser de natureza primordialmente privada ‘sem prejuízo do estímulo, coordenação e custeio parcial do poder público’”) será varrido do Estado, prevalecendo o discurso estatal privatista, ancorado no PPA - caracterizado pela autora como “um instrumento jurídico-político para ‘por em ação’ uma política já dominante de *atenção médica*, o modo de tornar um *programa* setorial (assistência curativa individualizada) em prática universal e verdadeiramente hegemônica” (ibid., p.141).

Outra questão que pode ser levantada é o fato de as propostas de mudanças estarem baseadas em experiências de outros países, desconsiderando a realidade concreta do Brasil. Tudo isto reflete uma preocupação muito maior com o estabelecimento de um projeto que diminuísse a necessidade de investimentos do que uma preocupação real com a saúde da população.

A partir de 1975, já vivendo uma nova conjuntura econômica, política e social, passou a vigorar no país um discurso oficial que incorporava a participação comunitária⁸ (participação esta que anteriormente era censurada pelo regime político em vigor). O objetivo era aliviar as tensões sociais - como forma de controle - geradas pelo fim do milagre brasileiro. No campo político, as oposições se mostraram mais organizadas. O fortalecimento foi demonstrado nas eleições de 1974, onde o então MDB assumiu o poder. O país continuava vivendo um momento econômico e social muito delicado. Em relação à saúde, a crise era expressa pelos altos índices de mortalidade infantil. Ocorreu um ressurgimento dos movimentos populares, principalmente dos movimentos sindicais e sociais urbanos dos grandes centros, bem como o da igreja (MELO, 1987).

Em 1978 ocorreram as primeiras greves envolvendo setores dinâmicos da economia, resultantes dos movimentos grevistas parciais ocorridos entre 1973-1978. Estas greves foram precedidas pelas do funcionalismo público e pelos movimentos sociais urbanos contra o custo de vida, que lutavam também por creches, habitação e anistia (LYDA, 1994).

A história segue seu rumo e muitas críticas foram feitas ao modelo adotado para trabalhar as questões de saúde. Estudos sobre saúde popular tomaram força. Cito aqui a obra de BRANDÃO - Lutar com a palavra: escritos sobre o trabalho do educador (1982, p.121), onde o autor coloca que:

⁸ Os termos “participação comunitária” e “participação popular” apresentados no decorrer deste trabalho adquirem o mesmo significado. Alguns autores utilizam o termo “participação comunitária”, outros “participação popular”, mas todos imprimem o mesmo sentido para os dois termos - o que difere é a forma desta participação, o que é esclarecido nos momentos em que o termo é usado. Em minhas colocações, opto pelo uso do termo “participação popular”. No caso relativo à saúde, entendo a participação popular como sendo uma tomada de posição de indivíduos ou grupos organizados no sentido de participar da organização e fiscalização dos serviços de saúde, direta ou indiretamente, buscando um serviço de qualidade que satisfaça as necessidades sociais, no sentido de garantir um direito de todo cidadão .

A área setorial sobre a qual a prática social se amplia é a saúde. Mas o trabalho exercido ali pode ter uma dimensão básica: controladora paternalista, comunitária promocional ou político popular. Pode ser um trabalho especificamente médico ou médico sanitário, pode ser um trabalho de organização através da saúde e pode ser um trabalho de educação na área da saúde.

Ele reforça a existência de um “*teor político em todo trabalho social*” (ibid., p.123). Expressa que a precariedade dos serviços de saúde não se deve tanto a falta de recursos financeiros ou humanos, mas pelo fato de estes serviços se caracterizarem como mais um meio da política oficial de controlar a vida, o trabalho e a consciência dos trabalhadores. “*A medicina previdenciária existe como uma empresa de emergência para o trabalhador e de descompromisso para com o homem que nele existe*” (ibid.).

É possível verificar que, em alguns momentos, a ligação feita entre educação e saúde diz respeito à saúde do escolar ou a questões de saúde difundidas dentro do espaço da escola. Em outros, a educação e saúde é representada pelas campanhas sanitárias. Levanto novamente a necessidade de atentar para o fato de que o caráter educativo está presente em todas as ações em saúde, sendo que o entendimento de educação e saúde defendido neste trabalho procura mostrar a não existência de dissociação entre os dois termos.

Em todos os casos, o caráter educativo das ações em saúde passam apenas pela prevenção, tratamento e cura de doenças. No entanto, é necessário ressaltar que a prevenção, tratamento e cura de doenças sempre estiveram ligados a determinados interesses: filantrópicos e religiosos, manutenção da força de trabalho, manutenção da ordem social (seu aspecto controlador). Neste sentido, a intencionalidade está ligada ao interesse de determinado grupo social, apesar de, como frisei, não descartar o fato de existirem interesses, por parte de muitos, de melhoria da condição de vida da humanidade. Não descarto também o fato de muitos profissionais já desenvolverem um trabalho voltado para a construção permanente da cidadania, aliando ao caráter educativo das ações de prevenção, tratamento e cura de doenças, um caráter educativo de teor político transformador, colaborando ainda mais para a promoção da saúde. Deixar de apontar este fato seria excluir qualquer possibilidade de que, um dia, a

importância do ser humano enquanto tal, seja o motivo do desenvolvimento de ações no âmbito da saúde, bem como em qualquer outro.

Em relação à saúde, os anos 80 se caracterizam, principalmente, pelos aspectos legais retratados na Constituição Federal de 1988. Foi um momento bastante diferenciado na história da saúde no Brasil, merecendo aqui, um destaque.

2.1 - A SAÚDE COMO DIREITO

A década de 80 e início dos anos 90 deste século têm como característica as lutas pela liberdade e igualdade. Passamos a viver momentos de grandes reivindicações pela cidadania. Ao mesmo tempo, entram em crise os Estados de bem-estar e os socialismos reais. As exigências sociais demandam a criação de mecanismos que dêem soluções aos problemas sociais e levam muitos governos a considerarem a necessidade de estabelecer “‘contratos’, ‘pactos’ e ‘entendimentos’ sociais” (KRISCHKE, 1993, p.14).⁹

Estas exigências são fruto dos movimentos reivindicatórios, principalmente de caráter urbano. Para JACOBI (1993)¹⁰ esses movimentos refletem a presença dos

⁹ KRISCHKE (1993) diz que no Brasil, a idéia de contrato social, na última década, assumiu três ou quatro significados. O primeiro, surgido no início dos anos 80, na abertura do regime militar, onde a idéia de pacto social se ligava à mudança de regime político. Este entendimento estava baseado no Pacto de Mançoa - Espanha (coordenação de ação por parte de partidos políticos com diferentes bases e programas sociais para promover a transição do regime autoritário ao democrático). “No caso brasileiro o exemplo não prosperou, embora servisse para estimular o ‘pacto das elites’ coordenado por Tancredo Neves e Sarney que conduziu à ‘Nova República’ (1985 - 1989)” (ibid., p.15). O segundo se caracteriza, de forma mais abrangente, pela votação da Constituição Federal de 1988, entendida como um novo contrato social. O terceiro significado é representado por formas de negociação para o enfrentamento de problemas do momento, como inflação e estagnação da economia. Um quarto entendimento dizia respeito a um pacto de caráter partidário e institucional, acerca das alternativas de fortalecimento da consolidação democrática, tendo em vista a possibilidade de implantação do regime parlamentarista, baseado “na elaboração de modelos institucionais e de coalizão, com vistas à reforma e consolidação do regime democrático” (ibid., p.16). Isso foi definido em 93 com o plebiscito que teve como resultado a vitória do presidencialismo. O autor coloca ainda que “o debate acerca da liberdade, da igualdade e do contrato social é um tema clássico que se torna cada vez mais atual e vivenciado pelas pessoas, embora permaneça confuso e indeterminado, perdido muitas vezes na generalidade e na falta de referência histórica, em cada país, tempo, lugar e grupo social” (ibid., p.14).

¹⁰ JACOBI (1993, p.12/13) diz que “a existência das contradições urbanas não representa necessariamente a emergência de mobilizações populares. A relação entre carências e exclusão de benefícios urbanos com a emergência de lutas reivindicatórias não pode ser estabelecida de forma mecânica, mas permeada por mediações que nos permitam estabelecer elos entre a vivência-percepção e a ação propriamente dita”.

antagonismos de classe, bem como a multiplicação de espaços de ação e de desafio ao Estado, na busca de constituição de uma identidade social ou política.

Os estudos sobre movimentos sociais, em sua maioria, têm desconsiderado o papel do Estado, bem como as suas transformações. Estas análises, geralmente, têm privilegiado o caráter autoritário e coercitivo do Estado e analisado a participação popular como um fim em si mesmo, tratada como alternativa aos padrões institucionais (ibid.).

O Estado, a partir do momento que representa o grupo dominante, também tem que lidar com contradições inerentes à defesa de seus interesses, o que representa um caráter ambíguo nas suas intervenções. Tem funcionado como propulsor de movimentos sociais, considerando-se, em primeiro plano, a sua inoperância ou mesmo omissão na oferta de serviços coletivos. No entanto, o Estado brasileiro tem implementado políticas sociais globais, criando, desta forma, uma demanda pelos serviços. O oferecimento de serviços pode funcionar como fator de contenção dos movimentos, mas isso não invalida a existência de negociação entre Estado e movimentos sociais. Considerar esta análise implica em assumir uma posição onde os movimentos sociais e o Estado travam uma relação e ambos se transformam no processo (ibid.).

Levar em conta a possibilidade de existência de um processo onde o Estado possibilite serviços públicos que promovam o bem-estar social (seja por qualquer motivo) e que isso possa ser apropriado por essa mesma sociedade, servindo de incentivo para lutar no sentido de não perder o que foi feito (por iniciativa do próprio Estado ou por conquista da população) é considerar a possibilidade de conquista, por parte da sociedade, de uma parcela de poder.

Logicamente, como aponta JACOBI, isso implicaria refletir sobre uma outra questão, ou seja, a democratização do Estado em função da pressão exercida pelos movimentos sociais. O autor faz referência a estudos que destacam o fato de eles estarem desafiando as práticas políticas tradicionais. No Brasil, a investidura desses movimentos tem que lidar com uma democratização restrita, visto que “*a democratização plena das relações sociais ainda é uma meta*” (ibid., p.18). No entanto, o estudo dos diversos movimentos sociais no Brasil não põe em evidência “o

papel democratizador da mobilização e participação popular, colocando em cheque o autoritarismo do Estado, mas mostra um Estado cada vez mais apto a absorver a maioria das demandas populares” (ibid., p.18/19). Isto significa dizer que o estudo referido por JACOBI aponta para uma diminuição das lutas promovidas pelos movimentos sociais em função de uma resposta positiva do Estado aos anseios da população, ou seja, não é necessário lutar pois o próprio Estado está suprindo as necessidades da população. Se considerarmos unicamente a situação da saúde pública, podemos dizer que nunca se precisou tanto de pressão dos movimentos sociais, considerando o abandono a que esta área está e esteve relegada.

De certa forma, podemos vislumbrar a possibilidade de fortalecimento da democracia a partir do fato de existirem movimentos sociais (destes terem alcançado algumas conquistas) e de o Estado estar dando respostas a algumas reivindicações sociais. No entanto, não podemos desconsiderar o momento de pouca expressão destes movimentos (excetuando o MST) e o fato de o Estado estar dando respostas à absorção da maioria das demandas sociais em função da pressão exercida, mas também por estas respostas se constituírem em estratégias do Estado para se manter através da absorção destas demandas.

Ao falar em democracia, se faz necessário tecer considerações sobre seu entendimento. Neste sentido, trago a contribuição de DEMO (1995, p.1), onde o autor define democracia como *“sistema político no qual o acesso ao poder pretende ser majoritariamente regulado ou administrado, não imposto por minorias, ou seja, organizado em prol das maiorias, não de oligarquias”*. Ele diz ainda que *“não é viável suprimir o fenômeno do poder, porque faz parte da estrutura da sociedade, mas é bem possível administrá-lo de modo democrático, sobretudo com base num Estado de direito”* (ibid.). Para DEMO, isto só é possível através da cidadania.¹¹ Para ele, o Estado é necessário e inevitável considerando-o instância delegada de serviço público. Porém, o Estado não precede e nem conduz à cidadania. O contrário se constitui na ordem correta, ou seja, *“uma sociedade [...] cidadã atina para a necessidade de construir uma instância pública comum, à qual delega uma série de serviços e*

¹¹ DEMO (1995, p.1) define cidadania como *“competência humana de fazer-se sujeito, para fazer história própria e coletivamente organizada”*.

*funções que somente têm razão de ser frente aos desafios de bem-estar comum” (ibid., p.3).*¹²

A pressão dos movimentos sociais, a assunção por parte do Estado das demandas sociais e o processo de “redemocratização” do país, são questões definidoras da garantia do direito à saúde expresso na Constituição Federal de 1988 e da organização e oficialização do Sistema Único de Saúde.

2.1.1 - A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O movimento sanitário, além de se caracterizar como elemento de denúncia contra a ditadura e contra os interesses econômicos, apresentou propostas para a transformação do sistema de saúde da época (NETO, 1994). O SUS - Sistema Único de Saúde - foi gestado no final da década de 70 e foi fruto de um amplo movimento de luta pela democratização política no país, cuja referência na luta pela saúde como um direito universal foi o movimento sanitário. Foi deste movimento, liderado pelo Partido Comunista Brasileiro¹³, tomando por base a experiência italiana, que se originou a Reforma Sanitária brasileira (COHN, 1995).¹⁴

¹² DEMO (1995, p.3) diz ainda que “o desafio descomunal do Estado é de que seja público (sirva aos interesses comuns) e de serviço (promova o bem comum) para que seja, então legítimo ou de direito”.

¹³ COHN (1995) aponta para o fato de que a liderança do Partido Comunista Brasileiro frente ao movimento sanitário não era pública. Este movimento era composto fundamentalmente por professores universitários, estudantes de medicina, profissionais da saúde, sindicalistas, movimentos populares por saúde e de outros setores organizados da sociedade.

¹⁴ ROS (1991, p.11) aponta alguns dados históricos relativos ao Movimento Sanitário em Santa Catarina. O autor diz que este movimento, no final da década de 70, era chamado de Partido Sanitário, tendo suas origens ligadas às condições materiais objetivas do país depois de uma década do golpe militar. Nessa época, surgiu nas universidades, tanto ao nível dos intelectuais quanto do movimento estudantil “um espaço de enfrentamento para a lógica dominante na área da saúde, de aberto privilegiamento aos interesses econômico-corporativos e empresas do setor”. No sul do Brasil, o Movimento Sanitário surge “permeado pelas discussões e tentativas de implantação de projetos de medicina comunitária” (ibid., p.16). O autor diz que a partir de 1982, o Movimento Sanitário nos três estados do sul, passa a ter características complementares. Após relatar fatos que marcaram o movimento no Rio Grande do Sul, o autor aponta para uma aproximação dos grupos deste Estado com o movimento que também acontecia em Santa Catarina, calcado basicamente no movimento estudantil dos cursos de medicina, enfermagem e bioquímica, assessorados por alguns professores do Departamento de Saúde Pública da UFSC. Estes professores tinham uma concepção preventista de saúde e atuavam exclusivamente na área da saúde pública. Tinham também, acesso a alguns espaços na Secretaria Estadual de Saúde. Em 1978 é fundado o CEBES em Florianópolis com a participação de acadêmicos e estudantes da UFSC, bem como de pessoas ligadas ao CEBES de Porto Alegre/RS. É a partir deste ano que a Prefeitura Municipal de Florianópolis busca a implementação de “um modelo de medicina comunitária/atenção primária, com proposta de extensão de

Em 1979, a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados realizou o I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, onde o movimento sanitário, representado pelo CEBES - Centro de Estudos de Saúde, apresentou publicamente, pela primeira vez, uma proposta de reorientação para o sistema, já denominado Sistema Único de Saúde (NETO, 1994).

A proposta não teve espaço naquele momento. Porém, o agravamento da crise e o crescimento da pressão social fez com que o governo começasse a implementar algumas mudanças. Em 1980 foi elaborado o PREV-SAÚDE, integrando os Ministérios da Saúde e da Previdência, proposta que não saiu do papel.¹⁵ Em 82, foram implantadas as propostas de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e AIS (Ações Integradas de Saúde). Estas propostas foram básicas para a implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde). Em 85, já na Nova República, o movimento social se intensificou, pressionando para a adoção de medidas que melhorassem o sistema de saúde. Em 86 foi convocada a VIII Conferência Nacional de

cobertura, contratando técnicos oriundos do Rio Grande do Sul" (ibid., p.29). Nesse mesmo ano, foram estabelecidos vínculos entre os diretórios acadêmicos da área da saúde e Secretaria Municipal de Saúde para a abertura de campo de estágio nos Postos de Saúde que contassem com a presença de profissionais da área de saúde comunitária. O autor destaca o trabalho do CEBES em Santa Catarina, onde este Centro buscou, desde o primeiro momento, alianças com setores populares, tanto no que dizia respeito à definição das discussões temáticas quanto em aproximações efetivas para desenvolvimento de trabalhos conjuntos. Um desses setores era a Pastoral da Saúde, ligada à Igreja. O Movimento Sanitário catarinense se amplia a partir do momento em que se iniciam os cursos regionalizados de saúde pública, promovidos pela UFSC, ENSP e SES/SC, com uma vinculação dos professores do interior do estado à proposta do Movimento Sanitário. Em 1982, ano eleitoral para governo dos estados, o Movimento Sanitário catarinense apresenta fracionamentos de origem político-partidária (PT e PMDB). Mesmo assim, o programa de saúde dos dois partidos foi elaborado por representantes do Movimento Sanitário. Porém, a vitória nas eleições é do candidato Esperidião Amim do PDS. ROS aponta este momento como o término do primeiro ciclo do Movimento Sanitário em Santa Catarina. O que ocorreu, a partir daí, foi o fechamento de espaços institucionais, tanto estaduais quanto federais, para os progressistas egressos da UFSC, sendo que os únicos espaços ainda abertos estavam nas prefeituras dos municípios que passaram a ser governados por candidatos do PMDB. O ano de 1982 marca os novos rumos tomados pelo MS, classificados por ROS como "corporativos, partidarizados, tecnocráticos" (ibid., p.35).

¹⁵ Segundo CAMPOS (1988), o PREV-SAÚDE refletia a busca governamental de racionalidade, produtividade, crescimento, desburocratização e descentralização das ações em saúde. Visava então, "a expansão da rede pública, de redução do número de consultas médicas produzidas no setor de Pronto Atendimento dos hospitais privados e de extensão da cobertura populacional a baixo custo" (ibid., p.44). Este plano, que não foi implementado, foi seguido pelo Plano Conasp que, por sua vez, alterava a relação do INAMPS com os hospitais contratados. Este Plano tinha como peculiaridade a substituição do "sistema de pagamento a médicos e hospitais através da Unidade de Serviço, segundo a produção de atividades ou atos médicos, por outro sistema denominado de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em que o pagamento se daria por patologia tratada, ou por procedimento realizado" (ibid.). Este plano passou a vigorar no país em 1983. Teve como consequência o descontentamento dos médicos (com o fim do pagamento por produção), que acabou agravando a crise entre estes e o Estado.

Saúde, cujas recomendações constituíram o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (NETO, 1994).

A década de 80, em relação à saúde, foi marcada por garantias legais. A afirmação da saúde como direito teve como base os resultados da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde realizada em Alma-Ata (URSS) em 1978. DUCHIADE (1995, p.14) cita integralmente um trecho do documento fruto dessa conferência, onde:

A saúde, que consiste num estado de completo bem-estar, físico, mental e social, e não apenas na ausência de doença ou enfermidade, é direito fundamental dos seres humanos; o acesso ao nível de saúde mais elevado possível é um objetivo social extremamente importante, que interessa ao mundo inteiro e supõe a participação de numerosos setores sócio-econômicos, e não exclusivamente daqueles ligados à saúde.

As declarações de Alma-Ata foram bem assimiladas pelo Brasil. A VIII Conferência Nacional de Saúde, definiu que:

Em sentido mais abrangente, a saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde In: COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA: DOCUMENTO 1, [199-]).

A Constituição Federal de 1988, no seu artigo 196, diz que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A partir desse momento, a saúde muda completamente o seu aspecto jurídico, tendo em vista que, anteriormente, a Constituição 67/69 enunciava a saúde como direito do trabalhador, reduzida à assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva.

Apresentava-se como uma “contraprestação” do Estado aos trabalhadores contribuintes do sistema de previdência social (CARVALHO e SANTOS, 1995).

A diferença entre os dois tipos de sistemas de saúde reside no fato de que, no último, afirmado na Constituição de 1988, a saúde passa a ser reconhecida como um direito fundamental do ser humano e seu conceito ultrapassa a assistência médico-hospitalar, seja ela curativa ou preventiva, passando a ser vista como o resultado de políticas públicas do governo. Desta forma, deixa de ser uma “contraprestação”, passando a ser um direito público inerente a toda pessoa humana (ibid.).

O SUS está inserido no contexto da Seguridade Social - citada no artigo 194 da Constituição Federal de 1988 - que tem por objetivo, através das ações dos Poderes Públicos e da sociedade, assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social.¹⁶ O SUS se constitui como as ações e os serviços públicos de saúde, financiado pelo Poder Público, dirigido pelas três esferas governamentais (federal, estadual e municipal)¹⁷, com a participação da comunidade na condução e controle do sistema, com garantia para que a iniciativa privada também possa realizar serviços de assistência à saúde, regulamentado na forma da lei.¹⁸

¹⁶ Em relação ao Sistema de Seguridade Social, a DIVISÃO de DESENVOLVIMENTO SOCIAL da CEPAL (1993) diz que a eliminação ou redução dos riscos que provocam doenças e morte tem se constituído, há muito tempo, tanto num objetivo principal da política social como num importante critério para avaliar o desenvolvimento social alcançado por uma sociedade. Sua importância pode ser avaliada, em relação aos países desenvolvidos, por alguns aspectos: pela soma de recursos destinados; pelas lutas travadas para a sua manutenção diante dos esforços empregados para o seu fim (principalmente nos países europeus); pelo apoio da opinião pública norte-americana ao estabelecimento de um sistema nacional de saúde no país. A D.D.S. da CEPAL diz ainda que tem existido esforço para desenvolver sistemas de seguridade social na América Latina. Porém, todos sofrem de problemas como a escassa cobertura e o déficit financeiro. Apesar das dificuldades estatísticas, é estimado que, aproximadamente, 61% da população total e economicamente ativa da América Latina esteja coberta pelo subsistema de seguro social (pensões por velhice, invalidez e morte; atenção médica hospitalar e adicionais por risco profissional; atenção médico hospitalar e seguro por doença comum e maternidade; seguro desemprego). Esse percentual se deve a altíssima cobertura apresentada pelo Brasil que representa mais da metade de todos os segurados. A D.D.S. da CEPAL aponta que as cifras em relação ao Brasil estejam, provavelmente, superestimadas, conseqüentemente, também o total para a América latina. Conforme CARVALHO e SANTOS (1995) O termo seguridade social já havia sido utilizado em constituições de outros países como EUA (1935), Nova Zelândia (1938), França, Itália, etc. A seguridade social tem sido uma assunto polêmico em função da dificuldade no equacionamento dos fins e dos meios de cada um de seus sub-sistemas, principalmente no que diz respeito ao financiamento do seu custeio.

¹⁷ Em relação ao papel das três esferas governamentais, cabe a União o estabelecimento de normas gerais sobre a saúde (o que não exclui a competência suplementar dos Estados neste caso); aos Estados, cabe suprir as normas gerais, através do aperfeiçoamento, particularização e explicitação de acordo com a sua realidade, necessidades, peculiaridades e aspirações; aos Municípios cabe legislar sobre os assuntos de interesse local e suplementar as legislações federal e estadual (CARVALHO e SANTOS, 1995).

¹⁸ Em relação à iniciativa privada, esta é formada por pessoas físicas e pessoas jurídicas de direito privado com fins lucrativos, e entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. A participação da iniciativa privada se dá de duas formas: através dos serviços privados de assistência à saúde que não integram o SUS e por serviços

O texto constitucional foi reforçado em 1990 pela Lei 8.080, no seu artigo 3º, onde:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a saúde, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

É preciso deixar claro que o discurso oficial contido na Constituição Federal de 1988 e que é base de sustentação do SUS - o direito de todos terem saúde e o dever do Estado em garanti-la - é o mesmo da sociedade brasileira, expresso através de suas reivindicações. As reivindicações por água, luz, saneamento básico, educação, serviços de saúde entre outras coisas, sempre fizeram parte das lutas populares por melhores condições de vida. O discurso legal passa a garantir o direito a esses bens e serviços como necessários à manutenção da saúde. É importante ressaltar que se está falando em “discurso”.

A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, teve como marca central a municipalização. A partir da Constituição Federal de 1988, os municípios passaram a integrar o pacto federativo, até então restrito aos Estados. Pelo fato de diversos poderes ainda permanecerem nas mãos da União, a municipalização adquiriu um caráter mais simbólico do que real. O SUS apresentou como conceitos básicos o direito universal à saúde e o deslocamento do poder, visando a maior participação e controle por parte da população. No entanto, o que aconteceu foi um gerenciamento centralizado dos recursos por parte da União, ficando os estados e municípios na condição de prestadores de serviço, fazendo com que a autonomia destes, enquanto instâncias governamentais, fosse ignorada (MISOCZKY, 1991).¹⁹

de assistência privada, que executam complementarmente a assistência pela incapacidade do Poder Público de dar conta da demanda pelos serviços de saúde. Este último caso é regulamentado por contrato ou convênio entre iniciativa privada e Poder Público. O Brasil tem um grande número de leitos contratados (CARVALHO e SANTOS, 1995).

¹⁹ Sobre a questão da municipalização, é interessante consultar a pesquisa de HEIMANN; CARVALHEIRO; DONATO et al (1992), onde os autores buscam investigar a questão da municipalização da saúde no Estado de São Paulo. Estes dizem que “com o advento da Nova República, também em 1986, tomava corpo um movimento pela recuperação do poder político e econômicos dos municípios. Essa tendência ganhava as ruas e chegou mesmo a contar com adeptos dos mais diversos setores” (ibid., p.22/23). Com a Constituição Federal de 1988, os municípios voltaram a ter diversas prerrogativas e recursos perdidos durante o regime

Não se descaracteriza o salto qualitativo, onde a saúde passa a ser entendida como direito humano fundamental e abrangente, não se tratando apenas do acesso aos serviços públicos de saúde, mas da efetivação de outras políticas previstas na Constituição. No entanto, a não realização na prática acaba pondo em jogo toda uma conquista, visto que a regulamentação do direito em si é apenas uma parte da luta social.

CARVALHO e SANTOS (1995, p.23) levantam alguns fatores que influenciam para a não efetividade prática do SUS. São eles:

- *os obstáculos trazidos pelas correntes opostas à concepção e execução das políticas sociais e econômicas aptas a garantir o direito à saúde;*
- *a complexidade dos fatos e circunstâncias que envolvem a organização do SUS e seu funcionamento (especialmente nos campos jurídico, administrativo e financeiro);*
- *a falta de vontade política para concretizar a descentralização prescrita no texto constitucional;*
- *as profundas raízes da prática da centralização do poder e, conseqüentemente, da centralização da distribuição dos recursos fiscais;*
- *e o fato histórico de que a saúde só começou a ser juridicamente caracterizada como um conjunto de ações e serviços, públicos e privados, sujeitos a diretrizes constitucionais e a inovadora regulamentação legal nos últimos três anos.*

Os autores demonstram certa complacência quando apresentam os fatores que dificultam a efetividade prática do SUS. Não discordo dos fatores apresentados, porém é necessário evidenciar que, apesar do discurso, não tem existido interesse real, por parte dos governos, na sua implementação. Neste caso, parece que as “correntes opostas” citadas pelos autores formam um bloco que representa a maioria, bloco este

autoritário. Segundo os autores, uma das grandes conquistas foi a autonomia para a elaboração da Lei Orgânica do Município. No entanto, apontam, também, para problemas reais na implantação da municipalização concluindo, considerados os dados pesquisados, que “é inegável que a municipalização, com todas as críticas que possam haver, está propiciando a extensão da cobertura de assistência médica e a criação de estruturas básicas de gerenciamento dos serviços de saúde nos governos municipais. Mais, ainda, tem contribuído para a politização da questão da saúde com relação ao papel do Estado e da disputa entre os diferentes níveis de governo. Em contrapartida, a municipalização, como está sendo implementada, não constrói, com nitidez imediata, as bases do SUS, funcionando mais como um processo simultâneo de desconcentração de recursos financeiros e disseminação do atendimento em unidades básicas. A saúde não é prioridade real de governo e a aparente adesão dos políticos locais à municipalização está associada à avidez por recursos repassados de outros níveis de governo. Os recursos repassados têm sido, invariavelmente, aplicados na construção e expansão de unidades destinadas à prestação de assistência médica, o que desmonta o mito segundo o qual este processo está implementando o SUS previsto na Constituição” (ibid., p.174).

do qual faz parte o próprio chefe da Nação. Neste sentido, é importante lembrar que a grande maioria dos “representantes do povo” têm se apresentado como uma orquestra altamente afinada em benefício próprio. Porém, em relação a estes fatores, ressalto a importância do aspecto político. A realização de qualquer reforma passa necessariamente pela perda, por parte de alguns, de privilégio e poder. Isto aponta para uma necessária reforma do sistema político. A partir de então, é possível se pensar no alcance de uma equidade social.²⁰

Segundo a DIVISION de DESARROLLO SOCIAL de la CEPAL (1993), no momento em que é estabelecida a equidade em termos de direito à vida (que está mal distribuído), uma participação maior da área da saúde no debate político e no delineamento de políticas é de suma importância. Este debate variaria de acordo com a fase em que se encontre a área da saúde em cada sociedade, ou seja, considerando o peso de patologias relativas ao subdesenvolvimento e ao desenvolvimento, o que acaba definindo o grau de iniquidade. Seria necessário, então, estabelecer prioridades na área da saúde. Prioridades estas que implicariam no encaminhamento de garantia de um maior grau de equidade nas condições e possibilidades de vida dos habitantes de determinadas regiões, bem como o acesso aos serviços básicos de saúde a toda população.

O Brasil, em relação à América Latina, parece ter conquistado o delineamento de uma política que aponte para a equidade social. Isso se expressa até o momento, em relação aos aspectos jurídicos de garantia de direitos, como apontado anteriormente. No entanto, o Estado ainda não deu conta de garantir na prática, essa equidade. Essa possibilidade está certamente ameaçada como veremos posteriormente. A participação popular e a tomada de consciência por parte dos trabalhadores nos serviços públicos de saúde podem ser de suma importância para a reversão do quadro ora posto, garantindo as conquistas no plano jurídico e lutando pela sua efetivação. A participação popular é elemento de grande importância nesta luta. Por este motivo busco explicitar um pouco mais a questão.

²⁰ Conforme a D.D.S. da CEPAL (1993), a iniquidade social alcança sua manifestação mais extrema na área da saúde, por refletir uma injusta distribuição do direito à vida. Isto se esboça na alta proporção de mortalidade infantil por causas evitáveis, situação esta vivida pelas camadas mais pobres da população, determinando a expectativa de vida, ao nascer, em função dos extratos sociais.

2.1.2 - A PARTICIPAÇÃO POPULAR

Foi a partir do momento em que os serviços sociais do Estado foram postos em cheque que a participação da comunidade²¹ como responsável pelo seu próprio bem-estar passou a gozar de maior popularidade.

MIDGLEY (1993) destaca algumas definições sobre participação da comunidade. Dá destaque às considerações de DAKLEY e colaboradores (1991) que apontam três elementos característicos da participação da comunidade. O primeiro seria a **participação como contribuição**, caracterizada pelo compromisso voluntário de trabalho, com investimento de tempo, dinheiro e recursos da comunidade para o desenvolvimento de ações comunitárias. O segundo seria a **participação como organização**, onde a participação não é um processo fortuito, mas envolve a formação de organizações como conselhos, cooperativas, comitês que, por sua vez, criariam motivos para a participação. O terceiro seria a **participação como obtenção de poder**, considerado o elemento mais característico da participação da comunidade e o que diferencia de outras formas de participação. Neste sentido, para que haja participação, é necessário que a comunidade se libere de controles externos, pressupondo independência política e econômica.

Este elemento, obtenção de poder, não é visto com bons olhos por aqueles que comandam o Estado e seus organismos. Os que advogam pela obtenção do poder são contrários à participação do Estado no desenvolvimento da comunidade, baseados no entendimento que esta é capaz de organizar-se, levantar recursos e obter melhorias das suas condições sem a interferência e ajuda do Estado. Essa corrente avalia os serviços estatais como ineficientes, de alto custo, burocráticos e desorganizados. Este é o mesmo entendimento do movimento político de direita radical, o que justifica seus esforços para diminuir a participação governamental na prestação de assistência social, propondo a substituição dos serviços estatais pelos oferecidos pelo mercado e voluntários (MIDGLEY, 1993).

²¹ Apesar de recente, a expressão “participação da comunidade” tem seus antecedentes históricos. Ver: MIDGLEY. “La política social, el Estado y la participación de la comunidad”. In: KLIKSBURG, B. Pobreza: un tema impostergable, 1993.

Outro ponto sustentado pelos defensores da participação comunitária sem interferência do Estado é o fato de este ser considerado paternalista, sendo a população tratada como beneficiária passiva, o que não promove seu envolvimento no processo de tomada de decisão. Citando BIGNICOURT (1992), MIDGLEY (1993) diz que ele afirma que:

[...] Los intentos por parte de los gobiernos para movilizar a la gente hacia el desarrollo suprimen su capacidad innata para resolver sus propios problemas, lo cual da lugar a su 'desmovilización'. Por esta razón es que para las comunidades locales resulta mejor que la gente corriente encuentre las respuestas a sus problemas mediante un control político directo de sus asuntos internos. La participación de los gobiernos actúa como inhibidor del surgimiento de respuestas de base y promueve la dependencia del Estado y sus instituciones (ibid., p.211/212).

MIDGLEY aponta ainda outros pontos levantados pelos defensores da participação comunitária sem interferência do governo, como o caráter opressor do Estado que usa os serviços de bem-estar como formas de controle, manipulação e subversão dos interesses da população. É levantado também o uso de técnicas sutis, por parte do Estado, para o controle da população, como a cooptação, levando as pessoas a pensarem que participam do processo de tomada de decisão, quando, na realidade, estão sendo manipuladas.

Neste sentido, é defendida pelos proponentes da participação comunitária sem interferência do Estado, a ajuda de organizações não governamentais, pelo fato de estas estarem comprometidas com os ideais da participação, por terem flexibilidade na administração e estarem livres de normas e regulamentações burocráticas. *"Puesto que no intentan los intereses de élites, no tienen necesidad de manipular o de co-optar a la gente local"* (ibid., p.213). Estas organizações são vistas como ardentes defensoras dos interesses dos pobres, ajudando estes a desenvolverem técnicas que proporcionem maior poder de organização comunitária, incrementando sua atividade política.

Por outro lado, existem aqueles que defendem que as comunidades devem explorar os recursos do Estado. *"[...] Estos recursos deben estar asegurados sin permitir al gobierno que ejerza el control sobre los mismos, puesto que esta situación invariablemente conduce a la subversión de su autonomía"* (ibid., p.214). Isto

exigiria astúcia política da comunidade, através de um processo de tomada de consciência após o reconhecimento de sua situação, e da apreensão de técnicas que permitam garantir a contrapartida do Estado manipulador. *“También deben aprender a usar tácticas de confrontación para exigir servicios y asegurar el apoyo adecuado a sus esfuerzos de desarrollo”* (ibid.).

MIDGLEY diz que é necessário fazer algumas ressalvas em relação a estas análises. Para o autor, é necessário observar que nem todos os governos são tiranos; que nem todos são indiferentes às necessidades da população. A partir de pesquisa feita em 1986, ele e seus colaboradores concluem que os governos dos países do Terceiro Mundo não se opõem, de maneira uniforme, à participação da comunidade, apesar de, em alguns países, a participação ser reprimida brutalmente. Esta participação, no entanto, não é irrestrita e nem aponta para formas autênticas de participação comunitária. Apontam que muitos governos usam a retórica da participação, mas não oferecem apoio para que isso aconteça, seja pela não criação de programas ou pelo não funcionamento dos programas criados. Geralmente, este apoio, calcado na retórica da participação, serve para aumentar o prestígio de elites políticas.

A pesar de ello, en numerosos países el Estado ha apoyado los ideales de la participación, y puesto que los elementos de la misma se destacan con mayor intensidad en la política social, dicho apoyo ha aumentado sea cual fuere su motivación, en la actualidad numerosos gobiernos promueven activamente la participación de la comunidad en la asistencia en materia de salud, educación, suministro de agua potable, sanidad, programas para mejoramiento de viviendas marginales y desarrollo de infraestructura. Si bien está lejos de satisfacer los ideales de la auténtica participación por la cual abogan sus entusiastas defensores, ha apuntado beneficios tangibles a numerosas comunidades y elevado su bienestar (ibid., 215).

O autor enfatiza que o que foi feito pela atividade estatal é melhor do que nada e que aí reside ainda um aspecto de justiça social, tendo em vista que as comunidades pagam impostos, sendo a idéia de dispensar o apoio estatal, uma injustiça. Isto anularia também a noção de redistribuição, por parte do Estado, de recursos de comunidades mais favorecidas para aquelas mais empobrecidas. Neste sentido, concordo com o autor.

A realidade brasileira aponta, no caso da saúde, para uma participação popular no controle social do SUS. Esta participação é garantida pela lei 8.142/90 e se dá através da criação de Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.²²

O artigo 1º da lei anteriormente citada diz que o SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde deverá ser convocada a cada 4 anos, com representação de vários segmentos sociais e terá como função avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação de políticas de saúde. Já o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, se constitui enquanto um órgão colegiado com representação do governo, de prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários²³, tem como função atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive dos aspectos econômicos e financeiros (CARVALHO e SANTOS, 1995).²⁴

CARVALHO e SANTOS (1995, p.273) apontam que a participação popular na organização e controle do SUS se constitui na *“expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, ou seja, da participação popular no exercício do poder político”*. Os autores colocam que o ato de reclamar e fiscalizar leva a sociedade a exercer o controle social do poder. E é participando da organização, através dos Conselhos de Saúde, que a sociedade passa a participar, também, do poder político formador de direitos.

Este tipo de participação, se comparada à classificação de DAKLEY e colaboradores, apontada por MIDGLEY anteriormente, pode ser classificada como **“organização”** em função do caráter associativo, através da formação de Conselhos, mas também pode ser classificada como **“obtenção de poder”**, visto o papel ativo na formulação e controle das políticas. A população passa a ser a personagem central do

²² Esta lei regulamenta, também, a transferência de recursos arrecadados pela União para os Estados, Distrito Federal e Municípios (CARVALHO e SANTOS, 1995).

²³ Os representantes dos usuários podem ser representantes de organismos ou entidades privadas, de movimentos comunitários, organizados ou não como entidades jurídicas. Isto significa dizer que não pode ser representante dos usuários, a pessoa que detém alguma condição que a caracterizaria ou qualificaria como representante de outros segmentos (CARVALHO e SANTOS, 1995).

²⁴ O parágrafo 4º da lei diz que *“a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”* (CARVALHO e SANTOS, 1995, p.272).

processo, sendo o segmento com maior possibilidade de diagnosticar as suas reais necessidades.

A participação da população no controle social do SUS implica em muitas questões. Uma das mais importantes se refere à mudança de postura adotada pelo servidor público da área da saúde. Digo isto pelo fato de o Estado ser o responsável por formular e administrar as políticas de saúde e o servidor, de exercer o papel de representante do Estado.²⁵ A mudança reside, principalmente, no fato de a avaliação dos serviços passar a ser feita pela população - o que também não significa que isto não poderia ser feito anteriormente, mas, no momento atual, a representação da população nos Conselhos, modifica a situação - sendo que não é mais o Estado “Patrão” o responsável pela adoção de posturas frente às deficiências dos serviços - aqui relacionada ao desempenho profissional - mas deste em conjunto com a representação da sociedade.²⁶

Uma das atribuições dos Conselhos de Saúde é estimular a participação da população no controle da administração do sistema de saúde. Porém, para que essa atribuição seja cumprida, é necessário que os Conselhos funcionem de forma a garantir, não apenas essa atribuição, mas todas as demais.²⁷

2.1.2.1 - OS CONSELHOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE: UMA PRIMEIRA RADIOGRAFIA.

Neste item procuro mostrar uma primeira radiografia da estruturação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde no Brasil. É importante ressaltar que os dados apresentados dizem respeito à estruturação destes Conselhos, não sendo possível

²⁵ É claro que, mesmo sem a afirmação legal da participação popular no controle do SUS, a finalidade dos serviços de saúde deveria ser o atendimento da população, o que não implicaria em atender mal pelo fato do Estado ser considerado o “Patrão”.

²⁶ CARVALHO e SANTOS (1995) também chamam a atenção para a necessidade de mudança de mentalidade do servidor público da área da saúde. O servidor deve se sentir como parte do problema e também como solução. Deve ter como postura o desenvolvimento do melhor trabalho possível.

²⁷ Essas atribuições constam na lei 8.142/90. Também podem ser encontradas no documento: Conselho de Saúde: guia de referência para sua criação e organização, MINISTÉRIO DA SAÚDE, [199-].

apresentar uma avaliação qualitativa ao nível da atuação pelo fato de não ter encontrado pesquisas que fornecessem dados a este respeito. Faço uma breve menção ao funcionamento do Conselho Municipal de Florianópolis, apontando para alguns fatos que levam ao entendimento de que esta forma de participação popular ainda não desenvolve, na prática, todas as possibilidades para que o sistema de saúde funcione de acordo com os princípios do SUS, principalmente no que diz respeito à criação e efetivação de canais de denúncia e da efetiva participação de seus membros. Outras conclusões a respeito das dificuldades para a efetivação dos Conselhos Estaduais e Municipais serão apontadas no decorrer do texto.

Uma pesquisa encomendada pelo Conselho Nacional de Saúde, envolvendo as 27 Unidades Federadas do país e realizada no primeiro semestre de 1993, fornece dados importantes sobre o funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.²⁸ Os dados mostram que em 14 estados, o Conselho havia sido legalmente instituído e encontrava-se em funcionamento. Em 11 deles, o Conselho existia juridicamente, mas não funcionava. Nos dois estados restantes, Santa Catarina e Maranhão, o Conselho não havia sido criado, sequer, no âmbito legal.

Um outro item da pesquisa buscava detectar como se desenvolveu o processo de formação dos Conselhos, destacando o fato de a participação da sociedade no processo de formação do Conselho ter sido apontada em apenas 10 dos 19 estados analisados. Os demais não dispunham de dados para o procedimento da análise, entre eles, Santa Catarina.

No item “composição social”, analisados 24 C.E.S., foi possível detectar que a representação nacional de usuários era de 312 membros contra 350 representantes dos prestadores (56 representando setores que prestam serviços diretos, sendo 47 do setor privado filantrópico e lucrativo). Esta diferença é explicada em virtude de 11 dos Conselhos não apresentarem composição paritária como prevê a legislação federal. Em âmbito nacional, a maior representação era do Poder Executivo com 154 membros das três esferas de governo, em segundo lugar, apareciam os profissionais de saúde em número de 111; em seguida, os representantes dos movimentos comunitários com 94

²⁸ Conforme relatório do MINISTÉRIO DA SAÚDE: Avaliação do funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, 1995.

membros, sendo: 32 de Associações de Moradores e os demais do Movimento Popular pela Saúde e Conselhos Comunitários.

Outro dado importante apresentado pela pesquisa está relacionado com o grau de receptividade a demandas e denúncias dos diversos setores da sociedade civil. Para isto, os Conselhos deveriam criar mecanismos adequados, porém foi observado uma total inexistência de canais de demandas e denúncias, sendo que, na imensa maioria dos casos, o canal de vocalização eram os próprios membros dos Conselhos. A pesquisa destaca o caso do estado de Mato Grosso, onde foi criada uma Ouvidoria Geral e uma comissão especial para estudo das demandas e denúncias. Também foi verificado a inexistência de ações planejadas de ocupação de espaços nos meios de comunicação como forma de divulgação das ações dos Conselhos e das suas finalidades sociais. A pesquisa mostra que não aparecem indicativos de que os Conselhos sejam conhecidos ou reconhecidos como órgãos pela população.

O relatório traz conclusões importantes acerca da efetividade dos Conselhos Estaduais de Saúde:

O pouco tempo de existência e a precariedade do funcionamento do CES, por si só, faziam supor uma baixíssima efetividade desses órgãos para influenciar concretamente as políticas e ações governamentais.

As entrevistas, em geral, revelam que o impacto dos CES é realmente baixo e se dá mais no campo político que no sanitário especificamente.

A definição de prioridades em saúde, não é, na prática, assumida pelos CES. O acolhimento de sugestões e reclamações de usuários e elaboração do Plano Estadual são práticas em fase de implementação [...].

Quanto ao acompanhamento dos recursos e revisão das contas do SUS, embora as informações sejam mais difundidas, o controle continua sendo de difícil execução (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995, p.23/24).

Em relação aos Conselhos Municipais de Saúde, a pesquisa se deteve nos Conselhos das 26 capitais brasileiras, sendo que foram examinados 24 CMS, tendo em vista que São Luís e Aracaju não tinham Conselhos legalmente instituídos. Foi detectado que o Poder Público, principalmente através das Secretarias Municipais de Saúde, foi o principal responsável no processo de criação dos Conselhos. Na maioria das capitais, a criação dos Conselhos ocorreu entre 1990 e 1991.

A pesquisa aponta que, em quase totalidade dos municípios, a participação da comunidade foi garantida através da realização das Conferências Municipais de Saúde. Foi possível verificar avanços significativos quanto a participação da sociedade local em algumas capitais na gestão de unidades e serviços de saúde, além da criação de canais de denúncia e demandas.

Em relação à composição social, foi revelado que a representação nacional de prestadores era de 283 membros contra 278 dos usuários. Dos 24 CMS, apenas 9 eram paritários, sendo que entre os não paritários, os usuários predominavam em 9 e os prestadores em 6. A maior representação fica por conta dos Movimentos Sociais/Comunitários, com um total de 172 membros (predominando a representação das Associações de moradores com 49 membros e dos Conselhos Comunitários com 51). A segunda maior representação é do Poder Executivo com 112 representantes (das três esferas). Os profissionais de saúde ficam em terceiro lugar com 99 representantes.

O cadastramento dos municípios, com Conselhos implantados até o primeiro semestre de 1993, revela um número de 3.397. Este número corresponde a 70% dos municípios brasileiros. Santa Catarina aparece como um dos estados onde os municípios mais avançaram na montagem dos seus CMS. É interessante perceber que Santa Catarina, na mesma época em que foi feita a pesquisa, não tinha seu Conselho Estadual criado sequer no âmbito legal.

O repasse de recursos financeiros aos Estados, DF e Municípios para o financiamento das ações e serviços de saúde só pode ser feito mediante alguns critérios previstos na LOS, sendo um destes critérios, a existência de Conselhos de Saúde. Este pode ser um dos fatores preponderantes da criação dos Conselhos²⁹, tanto ao nível estadual quanto municipal, em números satisfatórios como mostra a pesquisa apresentada. Seria interessante verificar se isto aconteceria se não houvesse esse atrelamento ao repasse financeiro. Desta forma, poderíamos verificar o nível de importância da participação social no controle do SUS para os governos. Se considerarmos como acontecia no período que antecede a Constituição Federal de 88, essa participação seria nula.

²⁹ Sobre este assunto ver análise feita por CARVALHO e SANTOS, 1995.

O Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis foi criado através da Lei nº 3970/93. O CMS é constituído de 26 membros titulares e 26 suplentes. As reuniões acontecem uma vez por mês e, quando necessário, são feitas reuniões extraordinárias.

Segundo a secretária do CMS, a partir de 1996, algumas reuniões passaram a ser feitas diretamente nas comunidades, sendo eleitas aquelas onde havia sido implantado o Plano de Saúde da Família. Ao ser indagada sobre a existência de denúncias e reclamações feitas ao CMS, por parte da população, em relação aos serviços de saúde, a secretária informou que elas acontecem mais quando as reuniões são feitas nas comunidades. Isto pôde ser verificado através da leitura das Atas de Reunião do CMS. As reclamações/denúncias que aparecem nas Atas dizem respeito a erro médico, falta de recursos humanos e precariedade de espaço físico, mau atendimento, atrasos e faltas de funcionários, entre outras. Cabe salientar que o número de reclamações/denúncias encontrado nas Atas é pequeno. Porém, segundo a secretária do CMS, muitas reclamações são feitas por telefone, diretamente à Secretaria Municipal de Saúde.

Uma outra questão observada nas Atas de Reunião está relacionada à participação dos conselheiros nas reuniões. Apesar de o Conselho ser formado de 26 conselheiros titulares e 26 suplentes, foi possível verificar que, em muitas reuniões, a participação não chegava ou mesmo passava da metade. Os motivos que levaram a isto não foram levantados, até porque isto encaminharia para outras questões que não pretendo discutir, apesar de reconhecer a importância.

Ao nível da divulgação do SUS e da participação popular na sua fiscalização e controle em Florianópolis, cito duas iniciativas que julgo importantes. A primeira foi quando, em 1993, o Fórum Popular Estadual de Saúde de Santa Catarina elaborou uma cartilha para a sociedade e para o movimento popular com o intuito de prestar orientações básicas sobre o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde. Esta cartilha traz, de forma bastante didática, informações necessárias sobre a regulamentação e funcionamento do SUS, principalmente no que diz respeito ao controle social via Conselhos. Uma das observações feitas na cartilha diz o seguinte: *“Ora, o povo organizado juntamente com os trabalhadores de saúde, já pode participar e controlar os serviços de saúde [...]”* (FÓRUM POPULAR ESTADUAL

DE SAÚDE, 1993, p.12). A segunda foi a elaboração do Manual do Cidadão Usuário do SUS, por parte da Prefeitura Municipal de Florianópolis que, em 1996 distribuiu 20.000 desses manuais para as famílias da capital, solicitando o apoio destas para participarem da divulgação.

Estas iniciativas tiveram por objetivo instrumentalizar a população com informações básicas para usufruir do novo Sistema (SUS). Apontam também para a necessidade de a população se organizar. Cabe aqui, em primeiro lugar, acreditar nas possibilidades de organização e de luta do povo. Parece ser necessário dizer isto num momento em que os movimentos populares demonstram perda de fôlego diante de tantas mudanças vividas por todas as sociedades, não só a brasileira. O mundo passa por uma reorganização e, de momento, é difícil saber ao certo o que vai acontecer. O que se pode dizer é que estamos prestes a perder muitas conquistas e que a reversão desse quadro vai depender de muita luta.

O SUS, pode ser considerado uma grande conquista. Sua manutenção, bem como seu aperfeiçoamento, depende de uma organização social ampla, e o seu fracasso pode ser promovido por ações nem sempre perceptíveis ao nível do senso comum, mas justificadas de tal forma, que passam a ser aceitas sem resistência. Um exemplo é a promoção da falibilidade da competência do Estado.

Neste sentido é que busco ressaltar a importância da execução de um trabalho na área da saúde que vá além da cura, prevenção e tratamento de doenças. Levanto a necessidade de um trabalho que promova uma discussão de caráter mais político, voltado para o esclarecimento do SUS, da sua importância, da necessidade de ser assumido, por parte da população, o seu direito de participação enquanto gerenciadora e fiscalizadora dos serviços de saúde. Discussão que pode e deve ser promovida em qualquer lugar, mas que tem os Centros de Saúde, assim como os demais serviços desta área, como pontos estratégicos que podem se constituir em mais espaços de formação contínua do cidadão. Afinal, a saúde traz à tona muitas outras questões para a sua garantia, apontadas, inclusive no próprio conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988.

Logicamente que, para que isto aconteça, é necessário que os profissionais assumam o seu papel, inclusive legal, de lutar pela efetividade do SUS. Estes se

apresentam, a meu ver, como peças de extrema importância para a execução de um trabalho desta natureza, ou seja, de luta pela cidadania.

2.2 - DA CONQUISTA DE DIREITOS AO RISCO DE PERDÊ-LOS

Até o momento, falamos das conquistas alcançadas em relação ao direito à saúde expostas na Constituição de 1988 e da busca de operacionalização deste direito através do Sistema Único de Saúde. Porém, a partir da década de 80, esta conquista passa a correr riscos em função das políticas neoliberais que tomam força em muitos países. Pelo fato de o Brasil não ficar fora das transformações advindas com o pensamento neoliberal, julgo necessário discutir sobre o assunto, pois as idéias que o compõe influenciam diretamente as questões sociais, dentre elas, a saúde. Neste sentido, apresento reflexões feitas por alguns estudiosos acerca do neoliberalismo.

FEIJÓO (1995, p.11)³⁰, ao definir neoliberalismo, diz que este está *“associado à posturas políticas profundamente conservadoras, defensoras do ‘livre’ mercado e da repressão política mais brutal”*.

NOVELO U (1995) diz que o neoliberalismo se caracteriza pela onipresença do mercado e pela redução da ação do Estado, cabendo a este a função de regulamentar e administrar esta ação. Referindo-se ao socialismo real, aponta um entendimento contraditório, ou seja, o mercado poderia ser substituído por uma atuação planejada e centralizada do Estado. Diz que Estado e mercado são instituições muito antigas da organização econômica da sociedade e que, historicamente, se mostram complementares para equilibrar o sistema econômico, sempre instável. Para o autor, *“a proposta neoliberal consiste em contar, sempre a qualquer momento, com o menor Estado possível”* (ibid., p.54).

Para falar do neoliberalismo, TOLEDO (1995) volta ao liberalismo e diz que este teve como fator preponderante da sua decadência as lutas sociais e políticas do século XIX e início do século XX, que resultaram no auge do movimento socialista e na decadência do assistencialismo cristão. O liberalismo não conseguiu dar conta de

³⁰ Em seu estudo, o autor se detém, mais especificamente, no sentido econômico do termo.

sustentar o crescimento econômico sem grandes crises, nem, tampouco, de garantir a ordem social.³¹

Este fracasso do liberalismo conduziu à afirmação do Estado social, surgido a partir dos anos 20 deste século, predominando até a década de 70. O Estado social se caracteriza pela:

1) [...] redefinição das relações clássicas entre sociedade civil e política, a politização das relações civis por meio da intervenção do Estado na economia e das corporações na política econômica, e um processo de 'civilização' das relações políticas (pela importância da planificação nas decisões políticas); 2) [pela] legitimação da classe operária e de suas organizações, institucionalizando uma parte do conflito inter-classes³²; 3) [...] o Estado social é, em parte, investidor econômico, em parte regulador da economia e dos conflitos, mas também é Estado benfeitor que procura conciliar crescimento econômico com legitimidade da ordem social (TOLEDO, 1995, p.75).

O Estado social, na sua veia econômica, abandona as concepções dominantes que defendiam que o equilíbrio se daria de forma espontânea. Durante sua existência, que segundo TOLEDO foi de uns 40 anos, o Estado social capitalista, em todo o mundo, permitiu altas taxas de crescimento e ordem social, se caracterizando como *“alternativa aos triunfantes socialismos reais”* (ibid., p.76).

O declínio do Estado social³³, segundo TOLEDO, começa na década de 70, com o aparecimento do neoliberalismo. O neoliberalismo, enquanto doutrina que

³¹ Em relação ao Estado de bem-estar liberal, LAURELL (1995) diz que nele não é admitido o conceito de direitos sociais (acesso aos bens simplesmente por ser membro de uma sociedade e a obrigação desta de garanti-los através do Estado). Pelo contrário, o uso de benefícios corresponde a uma contrapartida, seja pelo desempenho de trabalho ou pelo seu pagamento. No Estado de bem-estar liberal só deve ser garantido um mínimo de bem-estar, a princípio, somente aos indigentes. A mercantilização é outro fator preponderante no Estado de bem-estar liberal (o peso da produção-administração privada - independente do financiamento - dos fatores sociais - educação, saúde, etc - tende a ser maior que o da esfera pública). Outro elemento do Estado liberal é o condicionamento da proteção social à contribuição salarial, o que, por sua vez, serve de mecanismo disciplinador para os trabalhadores. A autora levanta ainda a questão das desigualdades sociais e de consumo. Aponta os EUA como o caso mais clássico do Estado de bem-estar liberal.

³² Neste sentido o autor diz que a sociedade passa a ser reconhecida como sendo formada por classes sociais, deixando de ser pensada como somatório de indivíduos, como era vista pelo pensamento liberal. As organizações (aqui representantes de interesses setoriais e não simplesmente de cidadãos) são legitimadas, passando a participarem de pactos e relações que ultrapassam a democracia parlamentar. Esses pactos têm papel preponderante nas grandes decisões políticas do Estado.

³³ TOLEDO (1995, p.76/77) apresenta algumas explicações para a crise do Estado social: 1) relacionada à crise fiscal onde o “Estado enquanto eixo da acumulação do capital e da ordem social”, passou a gastar muito além de um orçamento não-inflacionário; 2) relacionada a “inflação das demandas e das proteções aos

justifica uma nova ordem social e econômica, tem permitido um crescimento econômico ou uma redução da taxa de inflação à custa de uma polarização produtiva e social. A igualdade no mercado, através da desregulamentação e da privatização, não tem ameaçado os monopólios que têm aumentado o seu poder em função das políticas neoliberais. Isto se caracteriza como uma de suas contradições. Outra contradição é que a liberalização do mercado traz consigo uma rígida política salarial calcada na queda dos salários reais, ficando a crise sobre os ombros dos assalariados. A propalada liberdade, com o fim dos pactos corporativos (colocados como elementos que distorcem os mercados), acontece ao mesmo tempo em que novos grupos de pressão se formam (nesse caso, grupos privilegiados). Isto leva TOLEDO a crer que:

O Estado neoliberal não existe [...] O neoliberalismo realmente existente não é senão o Estado do grande capital que, por meio da derrota da classe operária impôs rupturas ou limitações aos pactos corporativos do pós-guerra; implantou uma nova disciplina fabril e uma austeridade salarial, também nos gastos sociais; e descontou sobre os trabalhadores os custos da crise. A derrota proletária foi econômica e política, mas também ideológica, onde o keynesianismo e o marxismo estão desprestigiados, e a intervenção estatal virou sinônimo de ineficiência, inflação e privilégios (ibid., p.84).

LAURELL (1995) também diz que, na última década, a América Latina está passando por uma situação onde os salários se encontram em queda livre com um não menos importante crescimento do sub e do desemprego, o que revela um retrocesso social dramático. Verifica-se um empobrecimento generalizado da população trabalhadora, bem como a passagem de outros grupos sociais à condição de pobreza ou extrema pobreza. Simultaneamente, ocorre uma diminuição brutal nos gastos sociais, significando uma redução dos serviços sociais públicos e de subsídio ao consumo popular.

A autora indaga, como ponto necessário para o entendimento da situação vivida na América Latina, se o neoliberalismo se caracteriza como um projeto global de

trabalhadores”. O aumento da produtividade baixa a taxa de lucro, levando a uma menor taxa de investimentos e a uma crise de acumulação. A crise de acumulação estaria relacionada ao welfare state; 3) um entendimento contrário, onde a crise do “welfare state” se devesse à crise de acumulação “ao fazer depender as receitas do Estado dos impostos aos assalariados e ao capital, e do nível de emprego e do salário”; 4) relacionada ao taylorismo-fordismo, onde “a crise de produtividade gera desemprego, queda salarial, menor arrecadação pelo Estado, crise fiscal, crise de legitimidade e reestruturação do próprio Estado em direção ao neoliberalismo”.

organização social (redefinição da relação entre classes sociais) ou somente como uma política econômica, onde os efeitos no campo social, são secundários e transitórios, tendo em vista os argumentos usados pelos governos, quando explicam a situação como necessária para enfrentar a deterioração social, buscando uma melhor utilização dos recursos.

A autora lembra que todo avanço da produção e organização social capitalistas têm sido acompanhado de questões sociais, não raro, complexas e intensas.³⁴ Por outro lado, este mesmo avanço é responsável pelo desencadeamento de lutas com finalidade de garantir a satisfação das necessidades sociais básicas como alimentação, habitação, saúde e educação. Isto faz com que a questão social se transforme em fato político. LAURELL define políticas sociais como “*o conjunto de medidas e instituições que têm por objeto o bem-estar e os serviços sociais*” (ibid., p.153). Analisá-las significa cair no âmbito estatal, seu local de articulação. Elas se constituem na substância do Estado de bem-estar.³⁵

Para LAURELL, é possível identificar a maioria dos Estados latino americanos como Estados de bem-estar, desde que analisados antes da aplicação das políticas neoliberais. A autora levanta alguns elementos: o reconhecimento, por parte de muitos deles, dos direitos sociais em sua legislação; a escolha do seguro ou da seguridade social públicos como meio institucional de garantir assistência médica; sistema de aposentadoria; auxílio por acidente, doença ou maternidade; programas de habitação; subvenções familiares e programas de lazer. Aponta para uma variação na produção desses serviços entre os países, sendo que em alguns, estes ficam sob responsabilidade do setor público e, em outros, ocorre parceria com o setor privado. A autora lembra ainda que, na maioria dos países, a educação em todos os níveis está, principalmente, a cargo do Estado.

³⁴ LAURELL (1995) cita a proletarianização, a concentração da população nos centros urbanos e o desaparecimento da proteção social na sua forma tradicional.

³⁵ Para LAURELL (1995, p.153), isto não significa dizer que as políticas sociais estejam única e exclusivamente no âmbito do Estado. A partir da articulação público x privado, Estado x mercado, direitos sociais x benefícios condicionados à contribuição ou mérito é “possível distinguir, dentro daquilo que genericamente é denominado de ‘Estado de bem-estar’ capitalista, várias formas assumidas pelo Estado e que correspondem a políticas sociais com diferentes conteúdos e efeitos sociais”.

O Estado de bem-estar, característico da maioria dos países latino americanos deve ser considerado como “ *‘restrito’ ou ‘incompleto’ pelas limitações de seus programas e dos seus critérios de seletividade*” (ibid., p.160).

Em relação à implantação do projeto neoliberal nos países da América Latina, LAURELL aponta para uma diferenciação em relação aos países capitalistas avançados. Nos países da América Latina, as políticas implantadas são mais ortodoxas, considerando que não se instrumentalizam apenas os postulados econômicos, mas, principalmente os de política social, ocasionando uma retração do Estado no sentido de ceder espaço ao capitalismo privado, não só na esfera econômica, mas também, na esfera do bem-estar social.

O neoliberalismo, em primeiro plano, provoca um processo de empobrecimento, aumentando a polarização entre ricos e pobres. Na América Latina esta tendência tem sido dramática. Para LAURELL, este processo impulsiona um alto grau de conflito político. O desfinanciamento do setor público tem como consequência imediata a sua deterioração, tendo como resultado final, o seu desprestígio, colaborando, desta forma, para a aceitação, por parte da sociedade, do processo de privatização. Esse processo global de empobrecimento, associado ao ataque dos direitos sociais, tem provocado levantes sociais e resistência política organizada, e tem levado muitos governos a mudarem o discurso, onde é negada a própria inspiração neoliberal das medidas adotadas. No seu conjunto, as políticas sociais criadas pelos governos latino americanos, inspirados no neoliberalismo, buscam uma reestruturação que se aproxime do Estado liberal (caracterizado pelo modelo norte-americano). Porém, na América Latina, a reestruturação do Estado segundo o paradigma liberal é extremamente diferenciado daquele que vem acontecendo na Europa e, principalmente, nos EUA. Os Estados latino americanos pertencem ao mundo do capitalismo selvagem, considerando sua pobreza maciça. O bem-estar privado é alternativa a uma pequena minoria. “*A eliminação das instituições solidárias e coletivistas, tal como prescreve a doutrina liberal, não só nos distancia do universalismo dos direitos sociais como nos faz avançar em direção ao passado. Estamos saindo do século XX, mas para entrar no século XIX, ressuscitando o Estado assistencialista*” (ibid., p.175).

COHN (1995) diz que o Brasil, em relação aos demais países latino americanos, apresenta diferenças à medida que o seu ajuste estrutural da economia não expressou uma assimilação da política neoliberal, como aconteceu principalmente no Chile e no México. Aponta também como motivo preponderante para esta compreensão o fato de, nas duas últimas décadas, termos alcançado avanços significativos na institucionalidade legal de diversos direitos, principalmente a universalidade do direito à saúde, assim como a organização institucional do aparato da saúde.

A partir da metade dos anos 80, delineia-se no país o embate entre duas correntes de pensamento sobre o Estado: a concepção neoliberal e a concepção que defende a necessidade de um Estado democrático forte. Na avaliação da autora, o que ocorre é um retorno à centralidade do Estado.

Desloca-se, assim, a discussão da relação Estado-Mercado como mais Estado e menos Mercado, ou vice-versa, para a necessidade de reconstrução do próprio Estado, de um Estado democrático que incorpore os cidadãos. Isso significa associar democracia política à democracia social num projeto para a sociedade que contemple um desenvolvimento auto-sustentado que 'torne vigoroso o novo paradigma' (ibid., p.239).

Pelo entendimento anteriormente apontado acerca do ideário neoliberal, é compreensível que a autora defenda que esse ideário não tenha sido assimilado na reestruturação econômica do Brasil. No entanto, se esse ideário não influenciou - o reflexo é a própria Constituição de 88 que reafirma uma centralidade no Estado - ele está bastante óbvio na realidade que se apresenta. Parece-me que as influências neoliberais não podem ser analisadas somente a partir do discurso, mesmo que seja o discurso escrito, como no caso da lei. Implica em analisar o não cumprimento das leis, como tem se configurado no caso brasileiro. Existem fortes indícios de aplicabilidade prática dos conceitos neoliberais no Brasil: o crescente empobrecimento da população, bem como a manutenção da grande concentração de renda; o desemprego e subemprego generalizado; a privatização dos serviços, inclusive daqueles garantidos como universais pela própria lei.

A não aplicabilidade dos dispositivos legais, como apontou LAURELL (1995) anteriormente, tem levado a um profundo descrédito da capacidade gerencial do

Estado, facilitando a aceitação social da desestatização, ponto forte do ideário neoliberal através da defesa do Estado mínimo. A revisão constitucional, presente algum tempo na agenda política vem, aos poucos, retirando garantias sociais conquistadas pelos movimentos sociais e políticos contrários à postura governamental aliada aos ditames do mercado. O que se poderia dizer é que a dominação neoliberal no Brasil se dá em doses homeopáticas, evitando uma não aceitação social das reformas.

Isto não significa perder de vista a possibilidade de reverter este quadro. Não significa esquecer a luta pela democracia nos moldes definidos anteriormente, através da recuperação/intensificação da cidadania. É de suma importância a participação dos trabalhadores nos serviços públicos em geral, apesar de, neste trabalho, estar lidando com o trabalhador nos serviços públicos de saúde.

Apesar de a implementação do SUS se apresentar de forma lenta e truncada, creio que para garantir sua efetivação será necessário grande mobilização social, considerando o quadro de intensa infiltração do ideário neoliberal vivido pela sociedade brasileira.

Segundo CAMPOS (1991, p.107)

*Não há como fugir ao fato de que o fator determinante para o sucesso da Reforma Sanitária brasileira é de natureza política. O elemento decisivo para esta vitória é a consolidação de um bloco de forças sociais, capaz de construir uma nova proposta de ordenação dos modos de vida e atenção à saúde e de, ao mesmo tempo, difundi-la, transformando-a em senso comum, até o ponto em que venha a substituir o antigo modo de produção dos serviços de saúde e a consciência sanitária dos brasileiros.*³⁶

Uma das condições necessárias para uma possível intervenção no direcionamento das políticas sociais do Estado é a abertura de espaços para a participação popular,³⁷ os quais já estão garantidos, sendo necessário fazer uso deles.

³⁶ CAMPOS (1991, p.108) diz ainda que “a vigência de uma dada modalidade de gestão, voltada para viabilizar um processo de reforma, é uma condição necessária ao seu sucesso, mas não razão suficiente”. Segundo o autor, a história contemporânea não aponta para nenhuma reforma sanitária desencadeada e sustentada a partir dos dirigentes do aparelho burocrático. Porém, implantar um novo modelo de saúde sem que os gerentes e trabalhadores de saúde estejam de acordo e dispostos a pô-lo em prática é, também, muito difícil.

³⁷ Esta abertura de espaços pode ser considerada como uma conquista social, bem como uma estratégia do Estado para acalmar os ânimos de uma sociedade insatisfeita. Pode ainda ser considerada uma estratégia “polítiqueira” que visa a tirar a atenção de outros fatos importantes, que acabam passando despercebidos, ou seja, dá-se alguma coisa importante (que, a princípio, pode ser controlada) que satisfaça e trabalha-se no sentido de

Os trabalhadores nos serviços públicos de saúde podem contribuir, de maneira direta, para a defesa do direito à saúde através da promoção de um trabalho de teor político que esclareça os direitos da sociedade em relação à saúde, bem como no oferecimento do melhor serviço possível, podendo levar a população a ter uma visão diferente dos serviços públicos, tornando-os defensáveis. Estas duas formas de atuação (esclarecimento do direito à saúde e oferecimento do melhor serviço possível), que aparentemente parecem pouco significativas, se constituem em ações de suma importância para que o SUS possa ser defendido pela população. Atuar desta forma também significa atribuir às ações em saúde um caráter educativo que ultrapassa as questões biológicas. É sobre o caráter educativo das ações em saúde que tratam os próximos capítulos.

Ao findar este capítulo, creio que seja possível dizer que, apesar de todas as dificuldades enfrentadas no decorrer da história, conseguimos garantir uma série de conquistas, mesmo que essa “conquista” possa ser relativizada. O importante é que essas conquistas e neste caso específico, o estabelecimento da saúde como resultado de múltiplas determinações, bem como o direito à saúde e o dever do Estado em garanti-la, servem como exemplo de possibilidades de efetivação de um projeto que propicie a construção de uma sociedade mais igualitária. Temos o direito à saúde, a possibilidade de exigí-lo por se constituir num dever do Estado, o direito à participação na organização e fiscalização dos serviços de saúde. O que parece estar faltando ainda é acreditar e exercer o nosso papel de cidadãos, o que também se constitui num dever. Sem a crença de que estas possibilidades não são apenas teóricas e sem o exercício de lutar para alcançar a sua efetividade prática que, de certa forma, já está se delineando, corremos o risco de perdê-las em ambos os campos - teórico e prático. Por isto, é de suma importância que este assunto seja refletido e que esta reflexão aponte para ações que possam efetivamente garantir estas possibilidades, não só de direito, mas também de fato.

CAPÍTULO II

A PRÁTICA COMO PONTO DE PARTIDA: OS ATORES ENTRAM EM CENA

1 - O RELATO DE UM DIA QUE SE REPETE

A descentralização dos serviços de saúde, através da municipalização passou a distribuir o atendimento pelos bairros, com uma maior disseminação dos Centros de Saúde. Porém, isto pouco modificou o panorama destes serviços, antes concentrados em alguns locais como os Postos do extinto INAMPS ou hospitais. As características, ao nível da organização, continuam muito semelhantes, pelo menos no Centro de Saúde objeto deste estudo.

Ao chegar no Centro de Saúde às 6:40 horas, encontrei pessoas esperando por atendimento. Estas pessoas continuavam saindo de suas casas logo ao amanhecer, o que não seria um fato a ser questionado se, pelo menos, fossem atendidas na hora marcada. Aqueles que chegavam por volta deste horário, geralmente, tinham consulta agendada com um dos médicos que, pelo quadro de horário do Centro de Saúde¹, deveria começar a atender às 7:00 horas. No entanto, foi bastante comum ver que essas pessoas começavam a ser atendidas com atrasos que variavam de 30 minutos à 1 hora.

O número de pessoas aumentava rapidamente, já que chegavam aquelas que começariam a ser atendidas às 8:00 horas, quando mais dois profissionais de nível superior deveriam iniciar o seu trabalho. Algumas pessoas que não aguardavam por consultas também acabavam esperando, pois vinham cedo para marcar uma consulta ou usufruir de outros serviços oferecidos no CS.

Às 7:00 horas, deveria começar o atendimento no Serviço de Atendimento Médico (SAME), setor responsável pela marcação de consultas, entrega de prontuários

¹ No decorrer do texto, em alguns momentos, a expressão Centro de Saúde será substituída pela abreviatura CS.

e outros serviços como prestar informações. Foi comum observar um atraso neste atendimento que variou de 10 à 25 minutos.

Enquanto esperavam, as pessoas ficavam conversando, falando de algum médico que haviam conhecido e não recomendavam, falando sobre os seus problemas de saúde ou de familiares, indicando remédios usados para tal doença e tantos outros assuntos.

Assim que os profissionais começavam a atender, as pessoas se colocavam em fila que, dependendo do dia, chegava a ter 25 pessoas. Neste momento, começava o problema de saber ao certo quem havia chegado primeiro. Era a própria população que se organizava, já que não era distribuída nenhuma senha para facilitar a organização.

Retirados os prontuários, restava às pessoas esperarem. Digo esperarem, porque era literalmente o que faziam, pois o atraso no atendimento era uma coisa comum. Algumas esperavam bem mais, porque todas as consultas eram marcadas para o mesmo horário, sendo que aquele que tinha o prontuário retirado por último podia permanecer no CS por mais de 2:30 horas. Isso dependia do horário que ele, como também o profissional, haviam chegado, do número de pessoas que haviam chegado antes e do tempo dispensado para as consultas. Esta última variável era a que menos pesava, como mostrarei adiante.

Falar que pouco mudou requer algumas explicações. Falo da forma de organização dos serviços. Não posso negar que o atendimento passou a ser feito mais próximo aos domicílios, que o conforto é maior, visto que o número de pessoas é mais reduzido e que estas ficam melhor acomodadas. Quando chegavam cedo, antes do horário de início do atendimento, as pessoas podiam entrar no CS e ficar aguardando sentadas, protegidas das intempéries.

Quando os profissionais iam para os seus consultórios as pessoas abandonavam as cadeiras e ficavam de pé, no corredor. No começo achei estranho, mas depois percebi que elas ficavam com receio de não ouvir o médico chamar. As que eram atendidas, geralmente, chamavam a próxima. Alguns profissionais, algumas vezes, saíam do consultório para chamar o próximo a ser atendido. Outras vezes, chamavam de dentro do consultório e realmente era difícil de escutar.

Por volta das 10:30 horas o CS já estava praticamente vazio. Os profissionais das áreas médica e odontológica não se encontravam mais no local, ficando o serviço restrito à marcação de consultas, curativo, vacina e verificação de pressão arterial. Sempre aparecia alguém buscando atendimento, mas teria então, que marcar a consulta para outro dia. O único profissional de nível superior que permanecia no CS era uma enfermeira que, no momento da pesquisa, além das atividades da área, respondia interinamente pela coordenação.

No período vespertino, as coisas se davam da mesma forma, com duas diferenças: uma relacionada ao horário de chegada dos profissionais que, de certa forma, era mais respeitado; outra que, no caso do atendimento de um dos médicos, as pessoas eram convidadas a formar uma fila no corredor para aguardarem ser chamadas. Neste caso, nem aquelas que preferissem esperar sentadas teriam escolha.

Por volta das 15:30 horas, o movimento era bem reduzido, repetindo o que acontecia no período da manhã.

São muitos os aspectos que poderiam ser analisados. Por impossibilidade de trabalhar com todos eles, apontarei aqueles que julgo mais importantes pela forma e constância com que apareceram. Buscarei especificar a questão da organização dos serviços, a posição da população em relação às dificuldades que encontra para ser atendida, como apresenta soluções para essas dificuldades e qual o sentimento final em relação ao serviço oferecido no CS. A posição dos profissionais que trabalham no CS também será apontada no decorrer do texto, buscando traçar um paralelo entre o que estes pensam e fazem e a posição da população.

Estes dados são importantes à medida que ajudarão a compreender qual o caráter educativo das ações que são desenvolvidas no Centro de Saúde. A organização dos serviços, a relação entre profissionais e população expressa nas falas e o sentimento em relação ao serviço oferecido possibilitam verificar se o trabalho desenvolvido contribui para a formação contínua do cidadão.

2 - A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Neste item, apresento alguns aspectos da organização dos serviços oferecidos pelo Centro de Saúde. Considero o CS um prestador de serviço e tomo por base os conceitos de “prestação” e de “serviço” contidos no Dicionário Aurélio, onde “prestação” significa *“ação de satisfazer”* tomando o sentido jurídico de *“ato pelo qual alguém cumpre a obrigação que lhe cabe, na forma estipulada no contrato”* e “serviço” como *“produto da atividade humana que, sem assumir a forma de um bem material, satisfaz uma necessidade”*. Desta forma, os serviços prestados pelo CS deveriam satisfazer as necessidades de quem o procura, bem como refletir o cumprimento da lei (obrigação de prestação de serviços contida na Constituição de 1988, através do direito à saúde e dever do Estado em garanti-la).

A observação, as falas registradas e as entrevistas demonstraram que os serviços eram organizados mais em função das necessidades e disponibilidade dos profissionais do que da população, já que os horários eram estabelecidos pelos primeiros e os serviços funcionavam conforme uma organização interna. Pude perceber que alguns não eram oferecidos, porque fugiria de uma organização preestabelecida. Por exemplo, ao mesmo tempo que todos os profissionais de nível médio atendiam no balcão dando informações e agendando consultas, dentre outras atividades, eles se colocavam impossibilitados de fazer um curativo porque o profissional responsável pela atividade não se encontrava no local. Isto acontecia, mesmo na presença de outros profissionais habilitados para fazer um curativo, principalmente os da área da enfermagem. Muitas pessoas saíam do Centro de Saúde sem atendimento, sendo orientadas a procurarem um outro CS ou o hospital. A verificação de pressão arterial era feita por todos, inclusive os assistentes administrativos. Isso gerava uma certa confusão, pois as pessoas acabavam não sabendo quem fazia o quê.

A forma como o trabalho era organizado é passível de algumas críticas. Muitas vezes foi possível verificar um acúmulo de pessoas no balcão do SAME para atendimento. As filas chegavam a ter 25 pessoas. Pude perceber, em alguns momentos, a irritação de quem atendia e de quem esperava pelo atendimento. No entanto, apesar do desconforto causado, as consultas eram todas marcadas para a mesma hora. Se

colocarmos em números seriam, em tese ², 20 pacientes para o clínico geral (as 7:00 horas), 20 para o pediatra (as 8:00 horas), 12 para a dentista (as 8:00 horas) no período matutino, um total de 52 pessoas, fora aquelas que procuravam o CS e não tinham consulta naquele momento. É necessário salientar, que praticamente todos chegavam antes ou pouco depois das 7:00 horas porque o atendimento era por ordem de chegada.

Esta forma de organização acaba por concentrar muita gente em um determinado horário, ficando o CS ocioso a maior parte do tempo. Deve ser considerado que os serviços deveriam ser prestados em período integral, inclusive o atendimento médico, tendo em vista que o contrato destes profissionais é por carga horária e não por produtividade.³ No entanto, o que acontece é o estabelecimento de um número de consultas distribuídas em um período de tempo inferior à carga horária determinada nos contratos de trabalho⁴, mesmo considerando o acordo coletivo que reduz a carga horária de 40 para 30 horas.

Segundo informações da chefia de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, essa prática é conhecida e reflete um jogo onde a Secretaria tolera tal situação para não perder os profissionais, considerando, principalmente, os baixos salários que estes recebem. Em última análise, quem sai perdendo é a população.

Uma outra questão relativa à organização é a falta de atividades durante a espera. Não existe nenhum trabalho voltado para quem fica na sala de espera. A única coisa a fazer era olhar alguns cartazes fixados em um mural, que traziam mensagens

² Digo em tese porque nem sempre as agendas estavam totalmente preenchidas, principalmente a da dentista que, por questões administrativas alegadas, como a falta de um auxiliar, acabava atendendo, geralmente, 4 a 5 pessoas. Um outro profissional que, geralmente tinha a agenda incompleta era o pediatra, pois a população o procurava pouco em função do excesso de faltas, dos constantes atrasos e por motivos relacionados ao atendimento propriamente dito (esta informação foi dada pela coordenação). A necessidade de mais pediatras apareceu em várias entrevistas.

³ Esta informação foi prestada pela chefia de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

⁴ Segundo informações da coordenadora do CS, é estabelecido para 4 dos médicos um número de 20 consultas (todos com carga horária de 40 horas). Um outro profissional da área médica, por ter carga horária menor (30 horas) tem um número de 11 consultas por período de trabalho. Os profissionais da área odontológica deveriam cumprir 12 doze consultas (estes profissionais também têm contrato de 40 horas). Apesar de a carga horária ter sido reduzida para 30 horas em função de acordo coletivo, foi possível observar que a maioria dos profissionais (médicos e dentistas) não permaneciam as 6 horas no CS, mesmo quando cumpriam o número de atendimentos estabelecido, o que, em última análise, refletia no tempo de duração das consultas, como veremos posteriormente.

sobre cuidados e prevenção em relação a algumas doenças (diabete, AIDS, hanseníase, meningite viral) e alertavam sobre o uso do fumo e cuidados na gravidez.

A população apontou e comentou sobre as dificuldades que enfrentava pela forma como o serviço era organizado. Isto foi registrado nos dias de observação e nas entrevistas. As filas, as ausências dos profissionais, mais especificamente de alguns médicos, a falta de distribuição de senha para a organização do atendimento e, principalmente, o tempo de espera, foram questões bastante apontadas. As poucas consultas disponíveis nas agendas dos profissionais do CS e dos especialistas que atendem em outros locais, principalmente na Policlínica de Referência Regional III,⁵ também foram apontadas. Para consultar com estes últimos, é necessário que a pessoa passe pelo CS para encaminhamento. Segundo informações dos profissionais que trabalham no SAME, marcar uma consulta com um especialista é muito difícil, podendo levar até 6 meses, dependendo da especialidade.

O fato de a população ter se referido a essas dificuldades não permite dizer que existia um movimento que indicasse denúncia ou cobrança e que essas reclamações se colocassem de forma explícita na relação população x profissionais. Pelo contrário, como veremos mais adiante, a relação explícita aponta para uma “aparente passividade” da população diante da situação.

As falas abaixo podem exprimir, mesmo se referindo a um tempo e espaço delimitado, a situação dos serviços de saúde, da política da Prefeitura Municipal de Florianópolis para esta área, bem como os problemas relativos às políticas sociais. É neste sentido que busco realçar o pensamento da população e dos profissionais a respeito dos fatos anteriormente elencados.

Por exemplo, em relação à espera e às ausências, um certo dia, às 6:45 h., uma senhora comentou após tocar o telefone: “*Será que ele não vem? Quinta-feira nós já levamos bolo*” (se referindo a um dos médicos). No mesmo dia, às 8:45 h., uma jovem com um bebê, esperando um outro médico comenta: “*Ai que demora desse médico*”. Outra jovem responde: “*Um dia foi 10:00 h. ele ligou dizendo que não vinha*”. A primeira responde: “*Devia ligar mais cedo né? Faz a gente de bobo*”. As 9:00 h. a

⁵ A PRR III fica localizada no Centro de Florianópolis e é gerenciada pela Secretaria de Estado da Saúde.

jovem faz outro comentário: “*Ai, mas esse médico!*” (9:03 h. foi avisado que o médico não viria porque estava doente e não sabia se viria no dia seguinte). Estes comentários eram feitos entre os usuários, sem que ninguém se dirigisse à coordenação ou a outro profissional, no sentido de cobrar explicações.

O fato de “levar bolo” ou ser “feito de bobo” é uma coisa bastante comum. No período de observação, pude registrar muitas ausências, principalmente por parte de um dos médicos. A coordenadora informou que é possível abonar duas ausências sem justificativas por mês, sendo que as demais são encaminhadas para a administração central, onde são tomadas as medidas cabíveis. Não é objetivo buscar explicações para as ausências. No entanto, cabe ressaltar que isto se reflete em um descompromisso com o trabalho, particularmente quando um profissional não comparece 7 vezes no mês e não justifica, ficando a população sempre na incerteza de ser atendida. Mesmo assim, as pessoas ainda colocam a possibilidade de, pelo menos, serem avisadas mais cedo e não se deixar esperando. Isso aliviaria o sofrimento da espera e abriria a possibilidade de procurar outro recurso.

Esperar na fila também se apresentava como uma dificuldade. Dos 6 usuários entrevistados, 4 comentaram a esse respeito.

É sempre a fila. Todo lugar tem fila. É fila, demora de espera, é uma vaga. Mas, quem quer tem que procurá, tem que procurá em todo lugar.

A fila parece caracterizar-se como um dos grandes problemas do serviço público. É desnecessário comentar que ter que esperar, seja em uma fila ou mesmo em uma lista de espera (como no caso de quem precisa de um médico especialista), não é algo inerente ao serviço público⁶, muito menos algo que não tenha solução.

No caso do Centro de Saúde, a fila poderia ser evitada se as consultas fossem marcadas obedecendo a um quadro de horários, onde cada pessoa teria o seu horário

⁶ A minha experiência pessoal e o relato de pessoas com quem mantive contato levam a crer que também é muito comum a dificuldade de se conseguir consulta particular com alguns especialistas, bem como é comum ficar até mais de uma hora esperando pelo médico particular em função, inclusive de atraso e não apenas porque suas consultas estão sendo mais longas. Dois dos usuários que foram entrevistados também apontaram para o fato de terem outros convênios e de não utilizarem porque achavam que o tratamento não era tão diferenciado assim. No entanto, sabemos do prestígio de que gozam outros convênios e médicos particulares se comparados com o serviço público de saúde.

específico. Isso evitaria, também, o acúmulo de pessoas e a ociosidade do CS. Cabe ressaltar que esta modificação exigiria um tempo maior de permanência dos profissionais, médicos e dentistas, no CS.

Outros dois usuários entrevistados não tinham nenhuma reclamação em relação aos serviços. Disseram que não enfrentaram dificuldades para o atendimento e não fizeram referência nenhuma às questões anteriormente apontadas.

Até hoje, prá mim, nada. Eu sempre mando marcá pelo meu menino, ele nunca foi assim: 'mãe, não tinha vaga', nunca.[...]Uma vez ainda eu tive aqui, fora de hora, porque eu tava assim, um pouco ruim. O Dr. x tava, me atendeu na hora. Não era nem dia, não tinha nada marcado, ele me atendeu. Então é onde eu tenho, assim, uma adoração especial por isso aqui. Porque eles nunca disseram nada prá mim; sempre que eu procurei, eles me atenderam, mesmo que eu não tivesse ficha. (Grifo meu)

Primeiramente, é preciso entender que o fato de sempre ter vaga não significa que a consulta possa ser feita na hora. Geralmente, ela é marcada para o dia seguinte ou para a semana seguinte, dependendo da agenda do profissional. Em segundo lugar, o fato de ser atendido na hora é encarado como um ato de benevolência, sendo que as pessoas não percebem que o profissional deve estar a sua disposição durante o seu período de trabalho. Se ele está disponível, nada mais correto do que prestar o atendimento. A expressão grifada na fala anterior reflete uma bondade pelo fato de os profissionais nunca terem dito nada que desapontasse ou que ofendesse a usuária entrevistada, como se isto pudesse acontecer. O fato de comumente ocorrerem ofensas e negativas de atendimento no serviço público de saúde leva as pessoas a ficarem muito satisfeitas quando isso não ocorre.

2.1 - O TEMPO DE ESPERA

Em relação ao cotidiano do Centro de Saúde, um dos aspectos que mais chamou minha atenção foi o atraso no atendimento.⁷ Isto por dois motivos: Primeiro,

⁷ Observação semelhante pode ser encontrada em SILVA (1992).

porque era um assunto corriqueiro nas conversas travadas entre as pessoas que aguardavam pelo atendimento. Segundo, porque era encarado de uma maneira tranqüila, apesar dos comentários que, raras vezes, se constituíam em comentários com tom reclamatório. Enquanto conversavam entre si, era possível ver, nos usuários, um certo descontentamento. Porém, este não chegava a ser verbalizado de forma mais veemente para os profissionais, não se constituindo em cobrança. Olhar no relógio, sentar e levantar com freqüência, bocejar, eram gestos que demonstravam inquietação. Entretanto, ter que esperar parecia ser algo comum, normal. Outros aspectos apontados anteriormente, como a fila e as ausências dos profissionais, principalmente médicos, eram encarados da mesma forma.

Os comentários que seguem revelam algumas questões muito importantes como o entendimento, por parte da população, de ser o serviço público gratuito; a ausência de um trabalho de equipe do corpo profissional do Centro de Saúde; o descumprimento de horário e o valor do tempo.

Estes comentários, além de reforçarem o descontentamento e, ao mesmo tempo, a “aceitação” por parte da população em relação aos serviços oferecidos no CS, trazem consigo uma carga de entendimentos que nos mostra a visão que a população tem dos serviços públicos.

É importante ressaltar novamente que o descontentamento a que me refiro era demonstrado nos comentários dos usuários entre si e naqueles feitos a mim no momento da pesquisa e que a “aceitação” se caracteriza como o que chamarei posteriormente de posição não-reativa.

Durante a observação uma senhora de aproximadamente 55 anos, que aguardava uma consulta com o clínico geral, comentou: *“Atendimento de graça é fogo, tem que esperar a boa vontade”*.

Este comentário traz à tona uma questão muito importante: o fato de as pessoas acharem que o atendimento no serviço público é gratuito. O “ser de graça” justifica a espera, o desrespeito, a inoperância. O entendimento de direito à saúde garantido pelo poder público parece ser esquecido em favor do entendimento de esmola, afinal,

“cavalo dado não se olha os dentes”⁸. Mesmo assim, o descontentamento é muito evidente, como mostra o comentário de uma outra senhora esperando o médico: *“Ai meu Deus, o que me custa é esperar tanto”*. Em um outro momento, três mulheres faziam um comentário a respeito do horário de um dos médicos: *“Às vezes ele chega as 7:00”*. / *“Outro dia eu vim e ele faltou”*. / *“É só o que falta ele não vim hoje”*.

Podemos perceber que a população, apesar de “aceitar passivamente” - considerando todos os fatores que a levam a agir dessa forma - pelo fato dos comentários serem feitos entre si, tem suas opiniões e faz suas análises. É visível também a falta de co-responsabilidade, pelos trabalhos, demonstrada pelos profissionais. A desorganização e, em particular, o cumprimento do horário, passa a ser uma questão individual, apesar de afetar todo o trabalho. Isto pode ser dito, tomando por base a fala dos atendentes em relação ao atraso dos médicos: *“É bom aguardar um pouquinho, ele não veio ainda”*. Em relação a outros serviços, neste caso, curativo, um senhor pergunta: *“Quando que começam a fazer curativo aqui?”* O profissional responde: *“A hora que tiver gente ai”*. A resposta sempre tem um “tom de normalidade” que acaba por normatizar atitudes como atrasar, faltar, não estar no setor para prestar o serviço que o usuário necessita.

Ao mesmo tempo que os profissionais não demonstram uma co-responsabilidade pelo trabalho, como apontam algumas falas, em determinados momentos existe uma convivência em relação aos problemas apresentados, onde alguns profissionais acabam por facilitar o aceite, por parte da população, da falha do outro. Podemos perceber também uma inversão de valores, onde, ao invés de o profissional estar à disposição da população, esta é que tem que esperar pela boa vontade do profissional. Isto pôde ser percebido em situações como a ocorrida em uma manhã, quando já eram 8:35 h. e um dos médicos ainda não havia chegado. As consultas tinham sido marcadas para às 7:30h.. Uma pessoa que esperava por esse médico saiu às 8:50 h. sem perguntar o porquê do médico não ter vindo. Outra senhora se dirigiu ao balcão para perguntar o porquê da demora e o atendente respondeu: *“O horário dele é 7:30, mas as vezes ele se*

⁸ Neste sentido CHAUI (1986, p.136) diz que “é porque a política brasileira é relação de tutela e de favor, e porque nela o espaço público é tratado como espaço privado dos dominantes, que não há cidadania, embora [...] haja movimentos sociais e populares para alcançá-la”.

atrasa. Quando ele chegar a senhora pergunta qual é o horário dele". A mulher não disse nada e voltou a sentar. Mais duas mulheres foram embora (9:00 h.). O médico chegou às 9:25 h. e atendeu 4 pessoas.

Essa inversão de valores é reforçada quando a população "infringe" as normas estabelecidas, no caso o horário que é determinado. O profissional assume o papel de vigilante, aquele que cobra e que pune. Isto pode ser demonstrado em situações como a de uma senhora que chegou às 8:15 h. para consultar com a ginecologista. Ela tinha consulta marcada para às 8:00 horas. Um profissional de nível superior (PNS) disse que ela havia perdido a consulta porque deveria ter chegado no horário. A médica estava atendendo e outras pessoas ainda aguardavam, tendo em vista que o atendimento é por ordem de chegada. Outro PNS fez a seguinte observação: "*A consulta é marcada para às 8:00, imagina se todo mundo resolver chegar às 8:30. A médica vai ficar esperando?*". Parece não importar o tempo que as pessoas esperam pela consulta. O importante é que, em momento nenhum, o médico fique esperando.⁹ O que não é pensado é que, se todos chegarem às 8:00 h. (12 consultas) ou mesmo antes, o que tiver o prontuário retirado por último vai esperar mais de duas horas para consultar. Outra situação registrada foi a de um atendente (Profissional de Nível Médio - PNM) falando para um senhor que tinha marcado uma consulta para a filha, mas a sua esposa ainda não tinha chegado com a criança: "*Ele não vai ficar esperando o paciente*". O médico saiu do CS às 9:40 e o senhor saiu atrás.

Um aspecto bastante interessante a ser analisado é a questão do tempo, tanto dos profissionais quanto da população. Fica explícito que o tempo, enquanto quantidade, parece adquirir um outro valor. Isto porque à população está sendo impingido um maior dispêndio de tempo para cuidar da sua saúde e, concomitantemente, os serviços de saúde pública estão cada vez mais morosos no oferecimento de uma solução para os problemas da população, colocando obstáculos que "matam a população no cansaço".¹⁰

⁹ É importante considerar as informações relativas ao horário dos profissionais constantes no item I deste capítulo.

¹⁰ Mas a espera parece ser necessária se considerarmos o valor que a população atribui a sua saúde, como veremos posteriormente, quando falarmos sobre o conceito de saúde.

Esse tempo, caracterizado em termos de quantidade para a realização de determinada tarefa, parece hoje não ser muito importante em comparação à relevância que já teve no modo de produção capitalista, principalmente relacionado ao fato de os trabalhadores não ficarem ausentes do seu posto de trabalho, implicando assim, na necessidade de agilidade na resolução de seus problemas de saúde.

O Estado, enquanto um dos responsáveis pela saúde da população, teve como uma de suas principais preocupações combater os fatores que prejudicavam o desenvolvimento econômico - dentre eles os problemas de saúde - lançando mão de políticas de saúde, apesar de, em nenhum momento, ter desenvolvido um trabalho suficientemente eficiente. Porém, as preocupações pareciam ser maiores.

Atualmente, pela forma como vem se estabelecendo a nova ordem social, em particular, a nova ordem econômica, o fator tempo (entendido nos termos colocados anteriormente) está sendo relativizado. O mercado de trabalho está cada vez mais independente da ação dos homens enquanto força necessária para a sua manutenção, ou pelo menos, de um grande número deles.¹¹ Isto pressupõe que as preocupações do Estado para com a saúde da população, principalmente para a manutenção da força de trabalho, agora parece não ter tanta importância. No entanto, outras justificativas bastante plausíveis são levantadas por LUZ (1986, p.51) para que o Estado continue mantendo um nível de preocupação com a saúde da população. Uma delas é o fato de o consumo de produtos e serviços ligados à prevenção, manutenção e recuperação da saúde serem produzidos e oferecidos por instituições privadas que

[...] pressionam o Estado não só como seu cliente mais poderoso em 'saúde', mas no sentido de ampliar diretamente - através da medicalização de camadas mais amplas da população - a faixa de mercado consumidor de 'saúde'. Isto é tanto mais importante quando se sabe que no Brasil, mais do que nas formações sociais avançadas do capitalismo, o Estado foi historicamente o organizador e é, atualmente, o gerente das Instituições Médicas, privadas ou não.

¹¹ Em relação a este assunto, TESTA (1992, p.59) diz que a tendência na prática, nos países desenvolvidos, é cuidar dos pacientes ao invés de curá-los. "Em outras circunstâncias, nem se cuidam, nem se curam os doentes, devido a existência de um excesso de força de trabalho [...] que torna desnecessária sua reposição ou manutenção".

Outra justificativa diz respeito à necessidade de “*absorção dos conflitos sociais que poderiam emergir irresistivelmente com a doença não controlada*” (ibid., p.53).

Existe atualmente uma forte tendência em privatizar setores até então de responsabilidade do Estado. Estas privatizações são justificadas pela falta de capacidade do Estado de investir e de gerenciar tais setores. O Estado ficaria responsável apenas por serviços específicos, como saúde, educação e segurança pública. No entanto, a saúde nunca foi tão vista como fonte de lucro como nas últimas décadas. Por mais que as discussões e planos promovidos pelo Estado tentem mostrar que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, como consta no texto constitucional, o que se vê é um incremento cada vez maior da privatização dos serviços de saúde.¹²

Os interesses existentes por trás de toda uma desorganização dos serviços de saúde, bem como da sua ineficiência para a promoção da saúde da população, não são considerados ou mesmo compreendidos pelos profissionais. Mesmo que alguns demonstrem um certo entendimento, isto não chega a ser suficiente para a tomada de uma posição que venha a colaborar na modificação da situação em que se encontram os serviços de saúde. As preocupações ainda estão ao nível individual, como a garantia de condições de trabalho e melhor remuneração. O fato de o CS ser considerado como um dos melhores, tanto pela população como pelos profissionais, acaba por dificultar a compreensão de que existe realmente interesse em que os serviços não funcionem e que a situação hoje, considerada boa, possa chegar ao estado de caos que já atingiu muitos outros CSs e hospitais públicos.

Muitas das dificuldades são colocadas como algo dado, como realidade. Mas, que realidade é esta? Como ela se sustenta? O que nos leva à assimilação de determinados conhecimentos e à execução de determinadas ações? Por que pensar que as coisas são e têm que ser assim?

¹² Sobre este assunto ver: LUZ (1986), CAMPOS (1991) e BUARQUE (1991).

Buscando responder a essas perguntas, tomo por base o pensamento de BERGER e LUCKMANN (1985), que colocam a realidade como uma construção social.¹³

Os autores defendem que *“todo ‘conhecimento’ humano desenvolve-se, transmite-se e mantém-se em situações sociais”*, sendo necessário *“procurar compreender o processo pelo qual isto se realiza de tal maneira que uma ‘realidade’ admitida como certa solidifica-se para o homem da rua”* (ibid., p.14). Para isso, utilizam o mundo da vida cotidiana como matéria da ciência empírica da sociologia. Portanto, *“a vida cotidiana apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente”* (ibid., p.35).

O cotidiano, além de ser tomado como uma realidade certa pelos membros de uma sociedade, se origina no pensamento e na ação dos homens comuns, que é afirmado, por eles, como real. *“A realidade da vida cotidiana está organizada em torno do ‘aqui’ de meu corpo e do ‘agora’ do meu presente. Este ‘aqui e agora’ é o foco de minha atenção à realidade da vida cotidiana. Aquilo que é ‘aqui e agora’ apresentado a mim na vida cotidiana é o realissimum de minha consciência”* (ibid., p.39).

Os autores colocam também que a realidade da vida diária não se dá apenas através das presenças imediatas, mas incluem fenômenos que não estão presentes no *“aqui e agora”*. Isto significa dizer que a vida cotidiana é experimentada em diferentes graus de aproximação e distância, espacial e temporal, sendo que a zona mais próxima da vida cotidiana é aquela diretamente acessível à manipulação corporal.

Uma das situações mais importantes da vida cotidiana é a relação face a face, onde é possível a troca de experiências e a apreensão destas pelos envolvidos na situação. É na situação face a face que se pode perceber, de forma mais clara, a realidade, mesmo que ela possa ser apreendida de uma outra maneira, mas nunca com

¹³ Os autores trabalham com a teoria da sociologia do conhecimento definindo *“realidade”* como uma qualidade pertencente a fenômenos que reconhecemos terem um ser independente de nossa própria volição (não podemos *‘desejar que não existam’*), e [...] *‘conhecimento’* como a certeza de que os fenômenos são reais e possuem características específicas. É neste sentido (declaradamente simplista) que estes termos têm importância tanto para o homem da rua quanto para o filósofo” (BERGER e LUCKMANN, 1985, p.11).

a mesma intensidade. É na relação face a face que a subjetividade do outro nos é mais acessível, mesmo estando sujeito a interpretações equivocadas. Esta relação é permeada por esquemas tipificadores que podem ser modificados durante o contato. As tipificações vão se tornando anônimas à medida que se afastam da situação face a face (ibid.).

Um exemplo que pode ser dado são as tipificações atribuídas ao trabalhador dos serviços públicos (relapso, mal educado, malandro, etc), e as que se tem da população que procura estes serviços (passiva, ignorante, etc). Neste sentido, reforço a necessidade de promover uma mudança no tipo de relação que se trava entre profissional e população. Se os profissionais se preocupassem em tratar a população de forma diferente, levando-a a notar o seu empenho, a sua preocupação, o seu respeito, essas tipificações poderiam modificar. Da mesma forma, o profissional poderia envolver a população na organização do trabalho, verificar os seus anseios e conhecimentos prévios, o que também modificaria as tipificações atribuídas a ela.

Essas tipificações vão se tornando um complexo de generalidades, onde as situações face a face já são vivenciadas com uma carga de compreensão e representações que, muitas vezes, impedem que novas relações sejam travadas. Assim, à medida que se tem um entendimento sedimentado de como as pessoas se comportam, fica difícil esperar que este comportamento seja diferente, tanto que, o bom atendimento prestado por um servidor público, bem como a briga de um usuário por seus direitos, causam espanto.¹⁴

Pelo pensamento de BERGER e LUCKMANN (1985) podemos entender que os fatos apresentados, como o descompromisso dos profissionais e a passividade da população diante deste descompromisso parecem estar ligados à formação do que denominam hábito.¹⁵

¹⁴ “A realidade social da vida cotidiana é portanto apreendida num contínuo de tipificações, que vão se tornando progressivamente anônimas à medida que se distanciam do ‘aqui e agora’ da situação face a face. Em um pólo do contínuo estão aqueles outros com os quais freqüente e intensamente entro em ação recíproca em situações face a face, meu ‘círculo interior’, por assim dizer. No outro polo estão abstrações inteiramente anônimas, que por sua própria natureza não podem nunca ser achadas em uma interação face a face. A estrutura social é a soma dessas tipificações e dos padrões recorrentes de interação estabelecidos por meio delas. Assim sendo, a estrutura social é um elemento essencial da realidade da vida cotidiana” (BERGER e LUCKMANN, 1985, p.52).

¹⁵ “As ações tornadas habituais, está claro, conservam seu caráter plenamente significativo para o indivíduo, embora o significado em questão se torne incluído como rotina em seu acervo geral de conhecimentos,

Neste caso, o atraso dos profissionais e a “aceitação” por parte da população, podem ser entendidos como frutos da formação de hábitos que se tornam um fato institucionalizado.¹⁶

Essas instituições são de caráter histórico e de controle. A construção das tipificações acontecem historicamente e de forma compartilhada, não sendo criadas instantaneamente. Têm uma função de controle à medida que modelam a conduta humana, canalizando esta a uma direção em contraposição a outras teoricamente possíveis. O caráter controlador é inerente à instituição enquanto tal.

Sua eficiência controladora, porém, é de tipo secundário ou suplementar. [...] o controle social primário é dado pela existência de uma instituição enquanto tal. Dizer que um segmento da atividade humana foi institucionalizado já é dizer que este segmento da atividade humana foi submetido ao controle social. Novos mecanismos de controle só são exigidos se os processos de institucionalização não forem completamente bem sucedidos (ibid., p.80).

A objetividade do mundo constitucional consolida-se alcançando a firmeza na consciência, tornando-se real de tal maneira que não pode ser mudado com “tanta” facilidade. Assim, *“ao nível das significações, quanto mais a conduta é julgada certa e natural, tanto mais se restringirão as possíveis alternativas dos ‘programas’ institucionais, sendo cada vez mais predizível e controlada a conduta”* (ibid., p.89). Isto leva a entendimentos do tipo expresso neste comentário em relação a espera, feito a mim, por uma jovem usuária: *“É o sistema...A culpa também não é delas”* (se referindo às atendentes). O “sistema” se constitui como algo externo às pessoas. Aparece como uma “coisa” que independe das atitudes tomadas, tanto por profissionais quanto pela população.¹⁷ Este entendimento faz com que as pessoas não se sintam

admitido como certos por ele e sempre à mão para os projetos futuros. A formação do hábito acarreta o importante ganho psicológico de fazer estreitarem-se as opções. [...] o hábito torna desnecessário que cada situação seja definida de novo, etapa por etapa” (BERGER e LUCKMANN, 1985, p.78).

¹⁶ “A institucionalização ocorre sempre que há uma tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores. Dito de maneira diferente, qualquer uma dessas tipificações é uma instituição. [...] As tipificações das ações habituais que constituem as instituições são sempre partilhadas. São acessíveis a todos os membros do grupo social particular em questão, e a própria instituição tipifica os atores individuais assim como as ações individuais” (BERGER e LUCKMANN, 1985, p.79).

¹⁷ Cabe aqui retomar o conceito de reificação de MARX, apresentado por BERGER e LUCKMANN (1985, p. 122/123) que significa “a apreensão de fenômenos humanos como se fossem coisas, isto é, em termos não humanos ou possivelmente super-humanos. [...] A reificação implica que o homem é capaz de esquecer sua

responsáveis pela organização e funcionamento dos serviços de saúde e acabem sentindo-se impossibilitadas de lutar pelo que se constitui em um direito de todos.¹⁸ É importante lembrar que a relação entre o homem e o mundo social (produtor e produto) é dialética.

A construção do entendimento que as coisas acontecem independentes da ação das pessoas ou então, que elas acontecem e dependem apenas da ação de uma minoria, leva-me a crer que a “tentativa” de envolver a população na fiscalização e no gerenciamento do SUS não surtiu quase nenhum efeito. A primeira coisa a ser assimilada em uma situação em que as pessoas devam assumir a responsabilidade de fiscalizar e gerenciar é o próprio entendimento de sua capacidade para tal, bem como do seu direito e dever. Isto também pressupõe a necessidade de aprender a participar. E a participação nasce do exercício de participar. Creio que a sociedade brasileira tem pouca experiência neste sentido. Parece existir um desconhecimento de que o serviço público é um serviço financiado pela sociedade para atendê-la em suas necessidades. E, sendo financiado pela população, esta deve participar do seu gerenciamento e de sua fiscalização.

Parece não ter havido muito interesse e, tampouco, investimento para que isso acontecesse. Se pensarmos que os profissionais da área da saúde, interlocutores diretos da proposta do SUS junto à população, ainda não assimilaram o ideário do Sistema, como esperar que uma população, através das poucas campanhas de esclarecimento feitas nos meios de comunicação, assimilasse tal ideário?

Outra questão a ser levantada e que aparece claramente na pesquisa de campo é que, mesmo aqueles profissionais que compreenderam o ideário do SUS não conseguem, em função da situação no campo da prática, acreditar que possa, de fato, dar certo.

própria autoria do mundo humano, e mais, que a dialética entre o homem, o produtor e seus produtos é perdida de vista pela consciência. O mundo reificado é por definição um mundo desumanizado”.

¹⁸ Neste sentido, BERGER e LUCKMANN (1985, p.103) referem-se a incorporação de papéis “como um correlato necessário da institucionalização da conduta. As instituições incorporam-se à experiência do indivíduo por meio dos papéis. Estes, lingüisticamente objetivados, são um ingrediente essencial do mundo objetivamente acessível de qualquer sociedade. Ao desempenhar papéis, o indivíduo participa de um mundo social. Ao interiorizar estes papéis, o mesmo mundo torna-se objetivamente real para ele”.

Outra questão que ainda pode ser colocada como ponto para reflexão é saber até onde existe um interesse dos profissionais em compartilhar com a população a tarefa de gerenciar a saúde pública. Afinal, assumir tal partilha significa aceitar o fato de ser fiscalizado e avaliado, o que se sabe ser uma situação complicada, principalmente quando existe um descompromisso explícito de muitos trabalhadores no serviço público, descompromisso este, resultante de todas as condições adversas a que estão relegados, como baixos salário e más condições de trabalho.

Volto a chamar a atenção para o fato de a própria postura assumida pelo trabalhador no serviço público ser, também, construída. Apesar disso não desresponsabilizar os profissionais pelos abusos cometidos, é necessário um resgate da função pública e sua valorização. O profissional é um dos grandes responsáveis por este resgate, partindo da demonstração própria da sua importância.

Mas, diante dessa forma de organização dos serviços, como a população se posiciona? O que pensam e como agem os profissionais?

3 - A POSIÇÃO NÃO-REATIVA: UMA CONSTRUÇÃO A SER DESCONSTRUÍDA

Neste item busco demonstrar como a população se posicionou frente as dificuldades enfrentadas quando procurou pelos serviços oferecidos pelo Centro de Saúde. Aponto também o pensamento dos profissionais em relação à posição da população e qual a participação destes para o estabelecimento de uma posição não-reativa por parte da população. Busco, também, apontar para o estabelecimento de uma posição não-reativa por parte dos profissionais.

Por posição não-reativa, entendo o jeito “passivo” e “conformista”¹⁹ de “aceitação”, por parte da população, das dificuldades que enfrentou para usufruir dos serviços oferecidos pelo CS. Essa mesma posição não-reativa pode ser caracterizada

¹⁹ Ser passivo e conformista significa, neste caso, não exigir explicações para as situações de espera, de ausência de algum profissional, de falta de condições para a realização de algum serviço, de falta de medicamento, etc. A população se conforma de imediato com as justificativas colocadas pelos profissionais, quando dadas. Em muitos momentos, só o fato de um auxiliar administrativo avisar que o médico não viria era suficiente para que as pessoas saíssem sem pedir nenhuma explicação.

pela pequena expressão, em âmbito mais amplo, de movimentos populares para exigir políticas de saúde mais eficientes, que alcançassem toda a população de maneira igualitária. Afinal, ter saúde é um direito de todos que, mesmo ainda estando mais ao nível do discurso, se caracteriza como uma meta a ser alcançada na prática.

Da mesma forma, aponto para uma posição não-reativa dos profissionais considerando que estes não promoviam nenhuma ação que levasse a população a participar da organização do trabalho desenvolvido no CS, tampouco a compreender a organização das políticas de saúde²⁰ que não favorecem nem a população, nem os próprios trabalhadores. Ao tomar essa posição, os profissionais acabam assumindo a responsabilidade total pela má qualidade dos serviços.²¹

A observação e as entrevistas indicam um comportamento passivo por parte da população. As dificuldades para conseguir um atendimento de boa qualidade foram encaradas pelos usuários como algo sem solução, apesar de, contraditoriamente, terem apontado algumas soluções, como veremos posteriormente.

Ao perguntar aos usuários como reagem quando não têm acesso a um serviço oferecido pelo CS ou quando acontece atraso dos profissionais para o atendimento, as respostas vieram carregadas de conformismo. Se o serviço não é oferecido, seja pelo motivo que for, a única coisa a fazer é procurá-lo em outro lugar. O fato de “procurar como o único recurso” aparece como algo dado. Não é precedido por questionamentos sobre o por quê estas situações ocorrem.

Ai, o único jeito é procurá, procurá. Quando não tem, a gente também não pode discuti com elas porque elas tão aqui prá trabalhá. Se não tem vaga o que que pode fazê, procurá. Ai, direto eu vou pro hospital. É o único jeito quando não tem atendimento aqui.

A gente tenta procurá um outro Posto mais próximo.

²⁰ Quando falo da organização das políticas de saúde, refiro-me à prática desenvolvida, visto que, teoricamente, elas parecem estar bem mais perto daquilo que se deseja, ou seja, de proporcionar um atendimento mais digno que permita a promoção da saúde.

²¹ Esta posição dos profissionais é também denominada não-reativa pelo fato de os mesmos não estarem fazendo nada que possa envolver a população na luta pela melhoria da qualidade dos serviços.

Seria possível pensar que o fato de responder que “*quando não tem, a gente não pode discutir com elas [...]*” possa se constituir em um princípio sábio de não discutir para não perder o pouco que tem, o que, no entendimento de CHAUI (1986, p.124) seria entender o popular como sendo “*tecido de ignorância e de saber, de atraso e de desejo de emancipação, capaz de conformismo ao resistir, capaz de resistência ao se conformar. Ambigüidade que o determina radicalmente como lógica e prática que se desenvolvem sob a dominação*” (grifo meu).

Podemos entender a posição da população, no caso citado acima, bem como em outros, como sendo uma forma de “*resistência ao se conformar*”. Porém, não podemos ficar apenas no entendimento. É preciso que desenvolvamos um trabalho no sentido de que a resistência vá além da aceitação (conformismo) para a garantia do pouco que é oferecido, passando a se constituir em “*não aceitação*” e em “*exigência*” dos direitos conquistados.

Ficar apenas no entendimento dessa forma de resistência pode levar a um reforço das posições de dominação exercidas pelos profissionais. Dominação esta que também pode ser questionada enquanto ação consciente, ou seja, questiono o fato dessa “*ação dominadora*” ser deliberada. Questiono sobre a própria consciência dos profissionais sobre as conseqüências que tal comportamento pode produzir. O que parece prevalecer é uma forma de resguardar uma possibilidade individual de sobreviver à organização social, isto é, de os profissionais garantirem uma condição que os favoreça. Se podemos atribuir à população essa “*ambigüidade*” apontada por CHAUI, penso que o mesmo possa ser feito em relação aos profissionais que também acabam por aceitar a sua própria situação de trabalhador no serviço público que, apesar de nada confortável, é o que tem e precisa ser resguardado, mesmo que para isso muitos precisem ser prejudicados.

Não vejo com clareza que esta forma de garantir o pouco que é oferecido - resistindo ao se conformar - tenha um sentido consciente. E, mesmo que inconsciente, possa ser visto como aspecto beneficiador. Ao contrário, tendo a crer que este tipo de comportamento, tanto por parte da população quanto dos profissionais, esteja colaborando para o desmantelamento, ou pelo menos, para a redução máxima dos serviços públicos de saúde.

Este entendimento não se caracteriza como uma contraposição ao pensamento de CHAUI no que diz respeito à ambigüidade do popular, mas apenas como um alerta de que isso não pode ficar ao nível da constatação. Significa dizer que é necessário, ao se acreditar na possibilidade e necessidade de mudar a situação, discutir essa forma de comportamento da população e dos profissionais. Além da possibilidade desse tipo de comportamento se constituir em uma forma de “resistir ao se conformar”, é preciso que se leve em conta o fato de ele poder se constituir em um “hábito institucionalizado”, como apontam BERGER e LUCKMANN (1985). De qualquer forma, ambas as possibilidades requerem uma ação para que se ultrapasse o campo das constatações. O que significa desconstruir a posição que foi construída.

É preciso destacar que é possível se contrapor ao que está estabelecido; é possível dizer não como foi dito em muitos momentos da história brasileira; é possível conquistar direitos e garantir aqueles que já foram conquistados.

Em relação ao posicionamento da população, a fala abaixo demonstra que houve tentativa de expor o descontentamento. Porém, a falta de bons resultados desfavorece qualquer outra tentativa. O entendimento da população é de que reclamar não adianta, pelo contrário, pode até piorar. É mais fácil aceitar o desrespeito, a falta de compromisso, atribuídos ao serviço público como características natas e imutáveis.

É, eu fico irritada, mas a gente não pode fazê nada; a gente tem...reclama no balcão, mas eu sei que isso não adianta. A gente vai reclamá do médico...O médico já é...Já chega atrasado, já é mal humorado...a gente chega lá e...reclamar eu sei que...a coisa vai ficá pior ainda. Prá eles, eu acho que eles não tão nem ai; se eles chegam atrasados, chegam na hora.²²

Esta fala se constitui em fruto de experiências já vivenciadas e que levam à descrença da possibilidade de mudar. Isto revela que a população se sente desvalorizada em relação ao seu sentimento. Demonstra que seus problemas têm pouca importância para aqueles que deveriam buscar amenizar ou solucionar tais dificuldades. REMEN (1993) aponta para aspectos da área da saúde que parecem ter sido esquecidos, como a compreensão e a sensibilidade, em detrimento do caráter

²² As reticências, nesta e em outras falas, expressam as pausas feitas. Estas pausas, em muitas falas, se traduzem em palavras que parecem ser engolidas, em uma indignação não verbalizada.

analítico e meramente científico que assumiu. Para a autora, isto demonstra o por quê de a maior preocupação estar centrada na doença e não na pessoa.

Relacionado a isto, considero que as atitudes de alguns profissionais acabam por demonstrar que nem mais a preocupação com a doença parece ter tanta importância. Tudo colabora para a construção de um sentimento de impossibilidade, levando as pessoas a não agirem, apesar de constatarem, ficando as coisas como se apresentam.

Os profissionais confirmam que são poucas as reclamações feitas pela população. Quando elas ocorrem, são dirigidas para os profissionais que se encontram no balcão de atendimento. Alguns dizem que estas reclamações são feitas em forma de perguntas do tipo: “o médico não chegou ainda?”, “o médico não está atrasado?”. Durante a observação, pude perceber que estas perguntas eram sempre feitas docilmente, sem tom de cobrança.

Um dos profissionais falou que a população não exige explicações sobre as deficiências do trabalho. Diz que a população não se satisfaz²³ com os serviços, mas não se interessa em receber detalhes sobre o por quê das deficiências.

Muito poucas pessoas que tem esse interesse, muito pouco, muito raro mesmo. Prá ter uma idéia, acho que de 100 pode ser que tenha 2 ou 3 que querem realmente essa explicação. (Profissional de Nível Médio)

A fala acima acaba apontando a população como responsável exclusiva pelo desinteresse em saber o por quê das deficiências dos serviços. Não é considerado pelo profissional que a forma como a população vem sendo tratada, sem respostas a suas questões e, pior ainda, sendo destrutada quando “ousa” indagar ou reclamar, também se constitui em um forte elemento que a tem levado a assumir essa posição não-reativa. Da mesma forma, o descompromisso dos governos com o serviço público e as ofensivas contra os trabalhadores têm provocado uma ~~baixa~~ estrondosa no poder de barganha destes e na força de seus movimentos reivindicatórios. Isto resulta na falta de reação dos trabalhadores no serviço público que não têm conseguido se organizar no

²³ Posteriormente, será apresentada a opinião dos usuários sobre os serviços oferecidos pelo Centro de Saúde.

sentido de defender o trabalho que desenvolvem. Penso que, além da população, existe também por parte dos profissionais um comportamento passivo.

Não quero dizer com isto que todos os profissionais possam ser colocados na posição de passivos. Muitos lutam ou lutaram por melhorias. Mas, por outro lado, muitos tiram proveito de toda esta situação, principalmente os de nível superior das áreas médica e odontológica, considerando que estes profissionais acabam sendo mais protegidos. Essa proteção pode ser verificada na possibilidade de descumprimento do acordo coletivo de trabalho, onde os demais profissionais são cobrados em relação ao cumprimento da carga horária determinada, como apontado anteriormente. Isto acaba criando uma diferenciação, inclusive na hora de lutar para defender o serviço público de saúde, tendo em vista que estes profissionais participam bem menos dos movimentos reivindicatórios.

Os profissionais reafirmam que a população, quando não consegue atendimento no CS, acaba procurando atendimento em outro local, se frustrando quando se depara com a mesma situação. Nesse momento, segundo uma profissional, acaba ocorrendo uma dupla agressão, ou seja, a população acaba agredindo o profissional, por fazer uma reclamação mais veemente, e a si própria, por não procurar outros recursos para solucionar ou amenizar seus problemas de saúde. Nessa situação “[...]o paciente *nem quer mais entender, muito menos, escutar*” (Profissional de Nível Médio).

Na observação, foi possível verificar que as poucas ocorrências de reclamações mais agressivas foram feitas por pessoas que já tinham sido mandadas de um lugar para outro, não recebendo atendimento em nenhum deles. O desinteresse da população acaba sendo explicado pelo cansaço, pela ausência de soluções e, principalmente, pelo fato de o usuário não ver no profissional alguém que tenha interesse em ajudá-lo. Outra visão que a população deixa transparecer é a de que o profissional não tem culpa e também não pode fazer nada.

Um outro profissional reafirma que as “reclamações” são feitas para quem atende no balcão, chamando a atenção para o fato de que o médico, no caso alvo do maior descontentamento, não é cobrado por suas falhas.²⁴

²⁴ Neste sentido, GONÇALVES (1994, p.256), ao se referir às consultas médicas de pediatria observadas em sua pesquisa diz que “via de regra, porém, o comportamento das mães é mais passivo, ou vai se transformar em protesto na pós-consulta, junto ao funcionário de enfermagem”. No caso em estudo, não

[...]Acho que quando é prá reclamá eles não reclamam. Porque é o tipo da coisa [...], um médico demora [...], a pessoa tá desde as 7:00 esperando, o médico chega as 9, 10 horas ... eles reclamam muito prá quem tá no balcão,[...] mas, quando chega na hora de entrá no consultório ai fica só no macio. A pessoa certa que é prá eles reclamá eles não reclamam. (Profissional de Nível Elementar)

É importante ressaltar que os serviços giram em torno do atendimento médico, já que este personagem ainda é considerado o mais importante no conjunto de trabalhadores nos serviços de saúde. Isso pode ser verificado na fala de uma profissional, relatando uma situação ocorrida no CS, onde uma usuária que queria um atendimento disse: *“Mas não tem médico, então porque vocês tão abertos”* (Profissional de Nível Superior). Como diz BOLTANSKI (1989, p. 37), o médico, para os membros das classes populares, aparece *“como o único representante da ciência legítima que eles podem amiúde freqüentar”*.

A este respeito, CHAUI (1986) aponta para a importância que tem o estudo para os membros das classes populares. Sem objetivo de aprofundar a questão, pretendo apenas acrescentar o fato de que ter estudo acaba se constituindo em uma forma de poder. Apesar de um enfermeiro também ter nível universitário e poder ser responsável por muitas orientações, ainda existe, ao nível social, uma grande distância entre a competência deste e a do médico. A construção do poder médico se dá, principalmente, nos três últimos séculos.

Um outro profissional reconhece que a população reclama pouco em relação a tudo que é “obrigada” a passar. Existe uma isenção de responsabilidade na fala e, ao mesmo tempo, a afirmação de que os profissionais também fazem parte da população, passando pelas mesmas dificuldades, inclusive emocionais. Isto nos remete à questão apontada anteriormente em relação à posição assumida pelo profissional na sua relação com a população.

[...] A população já é tão mal tratada em todos os sentidos.[...] às vezes a gente acha que eles tão reclamando muito porque a gente se ofende, mas, no fundo,

verifiquei a realização da pós-consulta. O que geralmente acontecia era o fornecimento de informação, por qualquer funcionário, de como proceder para a realização de um exame ou como administrar um medicamento. É importante verificar que este comportamento passivo também é reconhecido em outros estudos, principalmente na relação com o profissional da área médica.

talvez não estejam reclamando tanto. Por tudo o que eles passam, talvez estejam reclamando pouco.[...] Só que também a gente não tem culpa. Às vezes a gente não tem culpa. E o funcionário aqui também é população. Também é povo e ele também passa por problemas. Ele se magoa também [...].
(Profissional de Nível Superior)

Parece que o fato de os profissionais passarem pelas mesmas coisas e de fazerem parte da população, os leva a reeditarem aquilo que vivem. Assim, se são tratados com indiferença enquanto profissionais, acabam tratando a população que atendem, também com indiferença. O fato de terem problemas parece se constituir em direito de causarem problemas a outras pessoas.²⁵

É importante chamar a atenção para o fato de os profissionais acabarem desenvolvendo um trabalho de má qualidade, por não estarem satisfeitos com o tratamento que recebem por parte do governo. Esta má qualidade é, geralmente, justificada por condições de trabalho inadequadas. Porém, neste caso, se apresenta como desrespeito, indiferença, insensibilidade, falta de atenção, mal desempenho profissional (caracterizado pela pressa, não execução de procedimentos mínimos como o exame físico, não preenchimento de prontuários), questões mais voltadas para o campo das relações do que propriamente material. Isto tem levado a população a ter uma visão pouco interessante dos serviços públicos, dentre eles o da área da saúde.

DALLARI (1989, p.11) diz que a afirmação que o funcionário público é vadio, incompetente e corrupto, traz em si mesma “*a incorreção inerente a todas as generalizações, corresponde, efetivamente, ao conceito que a imensa maioria do povo brasileiro tem do funcionário público*”.²⁶

O autor diz que é preciso enxergar que existe uma grande parcela do funcionalismo público composta por pessoas competentes, eficientes e dedicadas. Porém, aos olhos da população, aparece apenas a face ruim do serviço público. O autor aponta dois motivos para isso: primeiro, o fato de o serviço público só aparecer pela sua ineficiência; o segundo e principal motivo é o fato de realmente existirem graves

²⁵ Outras falas mostram que, em relação ao uso dos serviços públicos de saúde, existe uma facilidade maior por parte de quem trabalha nessa área em função dos conhecimentos que adquire, seja em relação à forma como os serviços estão organizados ou em função do conhecimento de pessoas que facilitam o atendimento, o que vem a diferenciar, pelo menos neste aspecto, o profissional da população.

²⁶ Sobre a questão do funcionário público, ver também FRANÇA (1993).

problemas no serviço público. “Existem sim, ineficiência, incapacidade e corrupção, lamentavelmente em grau muito superior ao que se poderia considerar como situações fortuitas e excepcionais” (ibid., p.14).

DALLARI busca elucidar o que é o funcionalismo público, fazendo diferenciações entre os diversos tipos de trabalhadores que podem ser efetivos, contratados e de confiança, que acabam formando um todo irreal. Irreal, pois apenas os efetivos são funcionários públicos. Isso significa que muitos dos trabalhadores considerados ineficientes, incapazes, corruptos podem não fazer parte da categoria funcionário público. Sabemos que o fato de ser um trabalhador efetivo não garante que este não seja ineficiente, incapaz e corrupto e muitos dos contratados podem ser ótimos trabalhadores. O importante é chamar a atenção para o perigo das generalizações apontado por DALLARI.²⁷

Não é meu objetivo desenvolver uma grande discussão a esse respeito. Porém, é importante, em um trabalho como este, onde a figura do trabalhador no serviço público é central, apontar para algumas questões:

1 - O servidor público não é ruim - e neste caso concordo que é a face que mais aparece - apenas pelo que é mostrado pelo próprio trabalhador no desempenho das suas funções. Há de ser considerado que ele também depende de condições de trabalho e de respeito enquanto profissional.²⁸

2 - Falta de uma boa administração que considere mais as necessidades da população do que os interesses políticos deste ou daquele partido. Nesse sentido, é comum a ciranda de profissionais dirigentes no serviço público que são, geralmente, contratados pelo período de um mandato e que, independentemente da sua capacidade

²⁷ Permeando toda a discussão a respeito do funcionário público está a questão da estabilidade no emprego. Nesse sentido, DALLARI (1989) chama a atenção para o fato do estágio probatório de 2 anos, onde o funcionário pode ser demitido caso não esteja apto para a função. Diz também que a estabilidade após 2 anos salva o funcionário de perseguições políticas. Porém, é sabido da deficiência ao nível de avaliações no serviço público. Além disso, sabe-se também do perigo da estabilidade, sendo que o funcionário pode ser excelente até completar os dois anos de estágio probatório e depois se tornar pouco preocupado com o trabalho, tendo em vista que sua demissão após este período só se dá através de inquérito administrativo em função do cometimento de alguma falta grave.

²⁸ Sabe-se das condições a que está relegado o serviço público. No caso dos serviços de saúde é corriqueiro nos meios de comunicação notícias sobre o sucateamento de hospitais, centros de saúde, falta de profissionais em todas as áreas, falta de medicamentos, etc. Em relação à valorização profissional, sabe-se que os profissionais do serviço público, na sua ampla maioria, recebem salários bem abaixo da média de mercado.

administrativa, são exonerados ao seu final. Mesmo quando não são contratados apenas para esse período, como no caso dos trabalhadores efetivos que assumem cargo de confiança, essa ciranda também acontece.

3 - O interesse de governantes em sucatear e comprovar a ineficiência da administração pública em várias áreas. Exemplo disto é a série de privatizações que estão ocorrendo. Neste sentido, é sabido da grande parcela de serviços privados na área da saúde há muito tempo.

4 - A própria incompetência, ineficiência, desinteresse do trabalhador no serviço público, mesmo com todas as justificativas, que acaba ajudando a construir a imagem que grande parte da população tem desses serviços. Ao invés de mostrar que os direitos da população estão sendo desconsiderados, ajudam, com as suas atitudes, a desconsiderá-los bem mais.

Este último é o ponto que mais interessa na discussão ora proposta, tendo em vista que a reversão do entendimento de incompetência, de falta de compromisso, de ineficiência, de corrupção, depende, em muito, das atitudes do profissional no desempenho do seu trabalho. Fazer o que é possível e mostrar as limitações que independem da sua vontade é um papel a ser assumido pelos profissionais, visando despertar o interesse da população no sentido de entender o funcionamento dessa máquina chamada serviço público. Levantar essa discussão se caracteriza em uma ação educativa a ser trabalhada nos serviços públicos de saúde. Isto também significaria modificar a posição não-reativa dos profissionais.

Para todos os profissionais, justificar as deficiências do serviço é uma questão difícil. Aparece nitidamente o receio de dizer que um serviço não pode ser oferecido, seja pela ausência do profissional ou de condições materiais, como por exemplo, quando falta algum medicamento. Podemos nos defrontar com falas que demonstram essa dificuldade, pelo fato de o profissional querer oferecer algo diferente, que satisfaça quem procura pelos serviços.

Tu sabes que eu tô ali no balcão, [...], eu tenho muito receio, de uma forma ou de outra, de responder qualquer coisa pro paciente que não venha agradá-lo, porque eu sinto que eu tô ali prá oferecer alguma coisa prá ele. Mas, o próprio

*sistema, toda uma organização interna, nos impede da gente realmente oferecer alguma coisa pro paciente.*²⁹ (Profissional de Nível Médio)

A dificuldade também aparece porque o profissional tem receio do tipo de reação que a população pode ter, sendo que, geralmente, aquele que estará justificando, estará justificando a falha de outro. Porém, isso pode ser contornado através de algumas estratégias que, apesar de pretender fazer uso da “verdade”, vem carregada de mentira.

Isso é uma posição bem difícil, porque é onde o pessoal não compreende um pouco até a nossa parte ali. Mas a gente tem que falar a verdade prá eles, essa é a verdade[...]. Então, quer dizer, se não veio e não avisou, é lógico que a gente não vai dizer que não avisou,[...] mas tem que falar que ele não chegou ainda. Não vou jogar a população contra o médico também. Isso ai também não tem cabimento [...]tu tens que tentar falar com o público de uma maneira que eles não se ofendam, entende?[...] ele e o médico é uma outra história. O comportamento dele vai ser totalmente diferente. Então, eu acho que tu sendo amigo dele, ali falando e ele também, querendo entender, eu acho que é a melhor maneira[...]. (Profissional de Nível Médio)

Outro profissional acha que tem que colocar as pessoas realmente a par do que costuma acontecer, não assumindo conjuntamente a responsabilidade do problema causado por seu companheiro de trabalho e assim, se isentando de culpa.

Olha, eu sou bem realista, eu aviso o pessoal da situação. Esse tipo de situação tem acontecido com um médico ai que tu deve tá a par, eu já falo a verdade pros pacientes, já...quando marco a consulta prá eles eu já aviso que esse médico costuma faltar e a gente, como diz, já tira da reta. (Profissional de Nível Elementar)

Outro diz que também é costume colocar a culpa no sistema,³⁰ o que se caracteriza como outra forma de fugir da responsabilidade.

²⁹ O sistema é compreendido pela profissional (no todo da entrevista) como um conjunto que engloba as políticas governamentais, os trabalhadores e a população, sendo que todos são responsáveis pela forma como ele se organiza.

³⁰ Sistema aqui aparece como algo externo, independente da ação individual.

A gente procura colocar a culpa nos outros. Dizer que o culpado é o prefeito, o secretário...Ninguém quer dizer que é culpado [risos]. É...a gente sempre diz que a culpa é do sistema e que tem que reclamar lá na secretaria.(Profissional de Nível Superior)

Os profissionais, principalmente aqueles que fornecem informações no balcão, falam sobre o atraso ou ausência de seus companheiros de trabalho e da dificuldade de conseguir uma consulta, de forma a não levar os usuários a uma tomada de posição para melhorar o atendimento no CS. As informações não têm nenhum cunho de formação no sentido de mostrar os direitos e os caminhos a percorrer para lutar por esses direitos. Não existe incentivo para que os usuários reclamem.

Poucas vezes presenciei alguém sendo orientado a formalizar uma reclamação para a coordenação do CS ou para a própria Secretaria Municipal de Saúde. Em três vezes que isso aconteceu, as pessoas que estavam reclamando no balcão estavam mais alteradas, levando o profissional a passar o problema para frente.

É compreensível que seja difícil para os profissionais justificarem as deficiências do serviço, principalmente porque, na sua maioria, derivam do próprio comportamento dos profissionais frente ao seu trabalho. São posturas difíceis de defender e creio que até indefensáveis, como por exemplo, os constantes atrasos, ausências, o descompromisso refletido no tempo de duração das consultas. Justificar seria assumir a própria falta de compromisso que, na maioria das falas, aparece como descompromisso de todos, menos seu.

Considerando todas as questões até aqui apresentadas, é possível concluir que se trata de uma discussão bastante complexa, mas que necessita de um cuidado especial. Este cuidado especial é colocado no bojo das análises, tentando evitar a culpabilização de uns como também de outros. Até mesmo porque se trata de duas categorias - trabalhadores e usuários - ambos em condições pouco confortáveis no dorso da história.

É necessário que se considere como população e profissionais têm se posicionado em relação à organização dos serviços. O estabelecimento do que chamei de posição não-reativa me parece bastante preocupante. Como mostrei anteriormente, é necessário desconstruir essa postura - seja ela construída como “forma de resistência”

ou como “hábito institucionalizado” - para que se possa avançar na luta pela efetivação de serviços de saúde que atendam aos interesses da população.

O que pretendi fazer até aqui foi mostrar como se dá, cotidianamente, a prática em um serviço de saúde em alguns de seus aspectos, como se comportam os atores e a que resultados este comportamento tem levado e ainda pode levar.

4 - OS CALADOS PROPÕEM SOLUÇÕES SILENCIOSAS E SILENCIADAS

A população, à medida que comenta sobre as dificuldades que encontra pela forma como são organizados os serviços, também aponta soluções. Isto demonstra que existe interesse da população em participar, pelo menos, da organização dos serviços que costumam freqüentar. Interesse este que, como foi possível verificar, não é levado em consideração pelos profissionais.

Quando falo de soluções silenciosas, me refiro ao fato de estas soluções terem sido apresentadas a mim no momento das entrevistas e das observações. Silenciosas porque não chegaram aos ouvidos daqueles que poderiam modificar a forma como se organizam os serviços. Silenciadas, pelo fato de os usuários, em alguns momentos, terem apresentado essas soluções aos profissionais, não obtendo atenção ou tendo-as desconsideradas, adotando então, uma posição de desistência, passando a assimilar que não adianta falar porque ninguém escuta nem valoriza suas idéias. Por exemplo, na fala abaixo, a única que expressou um descontentamento mais veemente, onde uma usuária entrevistada fala sobre a organização na hora da consulta:

A consulta até que vai. A consulta é organizada [se referindo a marcação]. Mas, na hora da gente chegá aqui é uma bagunça porque a gente não sabe quem chegô primeiro. O certo seria eles ter uma ficha prá cada especialidade, pediatra, dentista, mas não, aqui é uma bagunça. Você não sabe se é prá clínico, se é prá pediatra, se é prá...Tu viu a bagunça que é né? Eu acho isso errado; já tem tantas pessoas, falam sobre isso e não fazem nada. Tem gente que toma lugar na tua frente, que entra ali na fila, consegue chegá antes.

A referência feita à organização na marcação de consultas se dá pelo fato de isto poder ser feito em qualquer horário. As pessoas chegam e marcam sem ficar esperando, a menos que cheguem nos horários de maior concentração. Apesar de nenhuma das falas ter se referido à marcação de consultas com agendamento de horário específico, como coloquei anteriormente, elas apontam para uma organização mínima, através da distribuição de senhas. Fica claro também que a população que não se posiciona de forma a exigir melhor tratamento, tem clareza das falhas e idéias que poderiam facilitar o atendimento.

Uma outra situação que pode ser relatada diz respeito à colocação de um vidro no balcão de atendimento que separa o usuário do profissional. Este vidro foi colocado em toda a extensão do balcão apenas com um recuo na parte de baixo. Quando as pessoas chegavam para pedir informação ou marcar uma consulta, podia-se verificar o quanto a comunicação ficava dificultada. Era difícil escutar o que era dito do outro lado do vidro. Algumas pessoas falavam mais alto do que o normalmente necessário. Muitos dos usuários começaram a se ajoelhar para ficar mais próximos da abertura do vidro. As cenas chamavam a atenção e, mesmo que não fosse falado sobre a dificuldade, o fato de se colocarem de joelhos deveria ter sido observado pelos profissionais, o que não ocorreu. O gesto deveria ter sido suficiente para que alguma providência fosse tomada. Esse gesto pode ser caracterizado como uma sugestão para a modificação de algo que dificulta o atendimento.

Em relação a isto, ainda podemos questionar porque a população se ajoelhava ao invés de reclamar. Alguns motivos já foram apresentados: o fato de a população achar que não adianta reclamar por receio ou por não ter visto resultados das reclamações já feitas e o fato de achar que o serviço é gratuito, o que não lhe daria o direito de reclamar.

Algumas pessoas chegaram a fazer comentários sobre a dificuldade com outras que se encontravam na mesma situação, mas não presenciei nenhuma reclamação direta aos profissionais. Em um certo momento perguntei a um profissional que estava no balcão se não seria mais prudente fazer uma abertura em uma altura em que as pessoas conseguissem falar sem ficar de joelhos e, então, começaram a discutir esta possibilidade. Cinco meses depois da pesquisa, o vidro continuava do mesmo jeito. Isto

sugere que não tem havido interesse em melhorar o atendimento ou que estas questões não têm, de fato, importância.

Outro aspecto apontado está relacionado ao que deveria ser feito durante a consulta.³¹ Presenciei momentos em que as pessoas saíam do consultório dizendo que a consulta tinha sido muito rápida, que não tinha sido feito nenhum exame físico. Estas observações eram feitas para outros que estavam acompanhando ou para alguém que havia conhecido na hora e que seria atendido pelo mesmo profissional. Uma das usuárias entrevistadas fez a seguinte observação a esse respeito:

*[...] eu acho que quando a gente vai num médico pela primeira vez ele tem que te examiná, escutá...Um clínico geral é escutá tudo...Talvez eles não façam porque não tenham tempo, mas eles que não marquem tantas consultas. Eu acho que teria que examiná tudo e daí, depois perguntá. Mas não; a gente chega a primeira vez e ele pergunta: Qual o problema? Eu acho isso errado.*³²

É interessante observar a referência feita ao tempo: o profissional não tem tempo, por isso ele não faz. Novamente aparece a questão do tempo, onde o tempo do profissional acaba parecendo mais importante porque ele é quem está trabalhando naquele momento. Aqui, parece se tratar do tempo capitalista, valorizado a cada minuto. O fato de a maioria dos médicos trabalharem em outros locais, inclusive consultórios particulares, contribui para que seu tempo ganhe grande importância.

A impressão que dá é que a população está apenas sendo atendida e deve dispor de tempo para isso. Ao contrário, o profissional está trabalhando e ele deve estabelecer o seu tempo independente do tempo dos outros.

³¹ Consulta se caracteriza aqui como o momento do contato, no consultório, entre o profissional médico, odontólogo ou enfermeiro. Seria o atendimento direto relacionado a escuta das queixas trazidas pela população, o momento do exame físico, do diagnóstico ou encaminhamento para avaliação posterior. No meu entender, a consulta também deveria ser um momento educativo, não só relacionado à questões físicas e biológicas, mas também a questões mais amplas de conotação política-formadora.

³² Em relação a este assunto, QUEIROZ (1991, p. 94/95) relata a fala de um médico particular que coloca que os pacientes dão muita importância para a simpatia do médico. Ouvir e conversar com o paciente são elementos básicos para ganhar a confiança deste. “Os pacientes sentem muita falta de um contato mais direto e pessoal, além de fazerem questão de um exame minucioso do corpo”. QUEIROZ identifica o empenho do médico para cativar o paciente como um ponto forte em favor da medicina particular, questão à qual a medicina do setor público tem se mostrado insensível. O autor refere-se a este empenho como um ponto importante e até indispensável no processo de cura. Na pesquisa que fiz, não foi possível acompanhar as consultas médicas. Porém, alguns exemplos de consultas médicas feitas em centros de saúde em São Paulo podem ser encontradas em GONÇALVES (1994).

A observação possibilitou levantar o tempo de duração das consultas. Dois dos médicos usavam de 15 a 20 minutos por consulta. Outro de 8 a 10 minutos. Outro usava um tempo médio de 4 minutos. Porém, um conseguiu marcar o record, 2 minutos por consulta.³³

Considerando os três últimos, podemos nos perguntar: o que pode ser feito ao nível de exame físico, de escuta das queixas, de preenchimento dos prontuários em um tempo tão pequeno? Em relação aos dois primeiros itens, a fala anterior dá uma boa noção. Em relação ao último, pude verificar que os prontuários, na sua maioria, contam com o mínimo de informações, sendo que muitos não têm registrado sequer a data em que a pessoa foi atendida, o que estava sentindo, os exames que foram pedidos ou o tratamento recomendado. Dois dos médicos e a enfermeira faziam registros mais completos. Dados importantes, como profissão por exemplo, não constavam no prontuário.³⁴

Na fala apresentada anteriormente, é sugerido que o número de consultas marcadas seja menor para que o profissional tenha mais tempo. Não creio que seja essa a solução, tendo em vista que a simples permanência dos profissionais por mais tempo no CS já poderia modificar a situação.

Esses são alguns exemplos de soluções silenciosas e silenciadas. Em relação ao atendimento médico, uma usuária entrevistada diz que não reclama porque já ouviu outros falarem que não adianta. Em um momento da entrevista, ela diz o seguinte: “[...]Teve gente já prá mim que falou que fez reclamação...Os médicos só respondem que: ‘não quer ser atendido por esse, procura outro’. Essa é a resposta deles”.

³³ Sobre o tempo de duração de uma consulta médica, podemos encontrar dados semelhante também em GONÇALVES (1994). Para o autor, a duração média das consultas observadas em seu estudo inviabilizam a realização do que considera um padrão ótimo de trabalho clínico. O autor aponta que os próprios médicos entrevistados dizem que, em seus consultórios particulares, o tempo de consulta gira em torno de 1 hora, mesmo que, na maior parte das vezes, os problemas apresentados por quem vai ao centro de saúde e ao consultório particular sejam os mesmos.

³⁴ GONÇALVES (1994, p. 238), ao se referir à assistência médica individual com ênfase nas dimensões preventivas, objetivo de trabalho que deveria nortear as ações da assistência médica nos centros de saúde por ele estudados, diz que isto não pode ser atingido considerando o tempo de duração das consultas visto que “os modelos em questão presumem, além de todo um trabalho clínico clássico, mais um redobrado esforço na busca de compreensão individualizada e contextualizada das características psicológicas, psicossociais, culturais e sociais dos clientes, além da utilização do diagnóstico ampliado e contextualizado assim obtido, na aproximação terapêutica a cada caso”.

Uma resposta desse tipo faz com que as pessoas não tenham disposição, tampouco coragem para apresentar qualquer insatisfação ou sugestão para que possam ser melhor atendidos.

O que é possível concluir desta pequena análise é que mesmo que a população tenha sugestões para que o atendimento possa ser melhorado, gerando um maior nível de satisfação e, em muitos casos, facilitando inclusive o trabalho, não tem sido aberto nenhum espaço para a colocação de suas opiniões. Pelo contrário, os espaços têm sido fechados e as iniciativas castradas.

Falar da importância da participação popular na fiscalização e controle do SUS significa reavaliar a relação entre profissional e população no intuito de buscar alternativas viáveis para a melhoria dos serviços. Neste caso, é importante que os profissionais busquem a população para que, juntos, possam traçar essas alternativas.

Esta aproximação entre profissionais e população pode colaborar para que as soluções silenciosas e silenciadas comecem a ecoar. E, quem sabe, este eco possa ser escutado por outros e se constitua em uma manifestação audível que se transforme em um coro de vozes exigindo serviços de saúde pública que supram as reais necessidades da população.

5 - USUÁRIOS E PROFISSIONAIS AVALIAM OS SERVIÇOS OFERECIDOS NO CENTRO DE SAÚDE

Neste item, busco apresentar a avaliação final dos usuários em relação ao trabalho desenvolvido no Centro de Saúde. O que acham do trabalho, do atendimento, o que poderia mudar. Apresento também, como os profissionais se sentem trabalhando no Centro de Saúde, como avaliam o seu relacionamento com a população e como avaliam o seu trabalho.

Depois de presenciar tantas situações que justificariam uma “insatisfação” com os serviços oferecidos pelo CS, é constatado que, pelo contrário, existe “satisfação”.

Poderíamos pensar que isto se caracteriza como uma contradição ao nível da análise. É uma contradição sim, mas que se forma em função de vários elementos a serem expostos. É necessário registrar que, mesmo com a existência de queixas e

“insatisfações”, no balanço final, a população acha que os serviços oferecidos são bons.

Poder-se-ia pensar que a pergunta “você está satisfeito com o serviço oferecido no CS?”³⁵ direcionou o uso dos termos “satisfeito” ou “insatisfeito”. Poder-se-ia dizer que as pessoas usaram os termos sem considerarem o seu significado. Porém, as respostas, no seu todo, levam a crer que o serviço é considerado bom e que “satisfaz”. O que busco apresentar é que esta “satisfação” está relacionada a alguns condicionantes, o que me permite relativizar esta “satisfação”. É possível, que se entenda que existem graus de satisfação. Estar “satisfeito” ou julgar “bom” algo que produz “insatisfações” e reclamações, aponta para uma contradição.

Esta contradição tem suas causas e a sua identificação permite que se possa sugerir uma reavaliação das respostas dadas pelos usuários entrevistados. Digo isto, em função do problema que surge ao tomá-las como avaliação final, considerando que elas podem ser usadas como justificativas para deixar as coisas como estão ou, pelo menos, para relativizar a situação caótica dos serviços de saúde.

A “satisfação” pode ser verificada através das falas abaixo. Como disse anteriormente, existem algumas explicações para isso. É sobre a “satisfação” e o por que que ela existe que falarei agora.

Quando perguntados sobre o tratamento dado pelos profissionais que trabalham no CS, 5 dos entrevistados responderam que estão satisfeitos. O atendimento é bom e eles se sentem bem recebidos, encontrando respostas positivas na resolução dos problemas de saúde que apresentam. Estes estão satisfeitos com o serviço oferecido, sendo que apenas uma se refere a uma satisfação de 60% porque foi bem atendida, pelo menos, por dois profissionais (se refere aqui a uma médica e a uma dentista).

Eu gosto porque toda vez que eu venho me tratá aqui eu encontro melhoras. Sempre venho...às vezes retorno prá fazê exames, essas coisas assim, mas sempre encontro melhoras dos remédios que eles dão.

Essas respostas traduzem uma satisfação que, para o observador, se constitui em surpresa. De uma forma ou de outra, mesmo que não tenha sido expressado

³⁵ Esta pergunta fez parte do roteiro para as entrevistas (anexos 1 e 2).

veementemente, existia um nível de insatisfação possível de ser apreendido nos momentos de observação. As próprias pessoas entrevistadas passaram por situações de espera, de terem de voltar para casa em função da ausência do profissional, ausência esta que não chegava, sequer, a ser justificada. Mesmo assim, o tratamento dispensado pelos profissionais foi, por eles, considerado bom.

Uma única usuária entrevistada demonstrou um nível de insatisfação maior. Não por todo o atendimento, mas pelo dispensado por alguns profissionais. É interessante observar as pausas contidas na fala, expressas pelas reticências, visto que elas representam um sentimento não dito, mas possível de ser compreendido.

[...] Tem alguns que tratam a gente como se fosse...A gente tá aqui porque a gente precisa, não...Se pudesse ir num particular a gente ia, mas não quer dizer que eles tem que tratar a gente como inferior só porque a gente...Tem alguns que são bacanas, são educados, tratam a gente bem, mas outros....

Para ela, o serviço de saúde pública só é usado por necessidade, não por direito, tanto que se pudesse pagar por um atendimento particular, pagaria. Porém, o fato de utilizar o serviço público não deve se constituir em um ato que a torne inferior. Isto parece ser bem comum e ficou evidente em muitos momentos da observação. A fila, a espera, a falta de justificativas para os atrasos e ausências dos profissionais, ajoelhar em função de um vidro no balcão, todos estes elementos podem levar ao entendimento de que as pessoas que freqüentam o serviço público de saúde sejam inferiores e por isso devam se contentar com o que é oferecido.

É interessante notar que a usuária também procurou fazer diferenciação entre os profissionais. Poderia dizer que, considerando o estabelecimento da relação face a face, conforme apresentam BERGER e LUCKMANN (1985), ocorre uma distinção em relação as tipificações mais amplas atribuídas ao trabalhador no serviço público.

Creio que uma das questões que possa justificar a “satisfação” e, por consequência, a falta de posicionamento da população em relação à situação apresentada é o fato de o Centro de Saúde analisado ser visto como um dos melhores da região. Algumas situações ilustram esse entendimento como a de um senhor que aguardava atendimento. Ele tinha um cartão de marcação de consultas de outro CS e

disse que havia procurado este porque naquele só conseguiria um médico depois de 25 dias. Falou: “*Este Posto ainda está melhorzinho, os outros é uma tristeza*” (se referindo a outros dois que ficam próximos). Outra situação foi a de uma senhora comentando com outra na sala de espera: “*O atendimento aqui é muito bom, eu já fui no Posto X e não gostei*”.

Outra observação é feita em relação ao atendimento em hospitais onde, segundo uma-entrevistada, o atendimento é muito rápido. A situação vivida por ela, faz com que prefira ser atendida no CS que, no seu entendimento, é mais seguro.

Até uma vez eu fui com ela pequeninha [se referindo a filha]...Eu vim aqui ai ela tava fazendo com o pediatra, fazendo os exames, mas ai ela deu uma piorada. Ela tinha recém tomado os remédios. Ai eu levei no hospital Florianópolis. Chegou lá, o médico, não sei, lá eu acho que é muita gente que eles atendem, por falta de orientação ele receitou um remédio prá ela prá tratamento de câncer. E eu não sabia, eu cheguei e comecei a dá. Ele receitou três vidros. Ela tomou um vidro e meio. E quando ela começou a tomar esse vidro, a madrinha dela é enfermeira, toda vez que ela tomava ela ficava dopada, ela ficava toda torta, ela não conseguia andar, ficar direito. Ai, a madrinha dela como enfermeira notou. Ai viu que era do remédio. Ai se informou e era um remédio prá tratamento de câncer. Ele deu o remédio enganado prá ela. Por isso que eu já prefiro vim no Posto. É mais devagar e eles têm mais orientação.

A referência ao fato de ser “*mais devagar e eles tem mais orientação*” é bem interessante para imaginar que tipo de atendimento esta usuária recebeu em outros serviços de saúde. Ser “*mais devagar*” significa, para ela, que é dispensado mais tempo para o atendimento. A usuária havia consultado com dois médicos no CS: um utilizava uma média de 15 à 20 minutos por consulta e o outro utilizava 4 minutos em média. No primeiro caso, é possível que tenha tido uma boa consulta; no segundo, é difícil acreditar.

Se levarmos em consideração a situação atual dos serviços de saúde, tendo como base apenas o que é veiculado pela grande imprensa, podemos chegar à conclusão que o serviço oferecido pelo CS analisado neste estudo, pode ser considerado bom. Isto foi observado por uma entrevistada.

[...]a população e muita, de doente. Tem gente que morre na fila do INPS prá pegá uma ficha! Já passou na televisão. Já cansei de ver na televisão isso. Pessoas que ficam na fila e acabam morrendo. Dá um ataque do coração, alguma coisa e acaba morrendo.

Ao perguntar como deveria ser o serviço e o que deveria ser feito para melhorar, 5 dos entrevistados responderam que estava bom daquele jeito, mas que algumas coisas poderiam ser melhoradas ao nível da organização, relacionadas ao tempo de espera, fila e outros, como foi apontado anteriormente. É preciso reforçar que apenas uma usuária entrevistada apontou estas questões como algo que realmente a incomodava e que deveria ser mudado, mesmo tendo concluído que ela mesma não poderia fazer nada, até porque já havia tentado e não havia visto resultado. Uma outra questão apontada para a melhoria dos serviços seria a contratação de um maior número de profissionais, principalmente médicos.

[...]Do jeito que tá, tá assim, em primeiro lugar tá bom, mas em segundo lugar o que devia ser feito prá melhorá...A única coisa que eu acho é que eles deviam melhorá só a parte de quantidade de profissionais aqui nesse Posto. Porque as outras coisas eu sempre gostei aqui.

Continua muito evidente a “satisfação”. O ponto comum dessas respostas é a necessidade de mais profissionais. No entanto, as pessoas não questionam que existe falta (ou pelo menos ela é acentuada) porque aqueles que ocupam os postos de trabalho faltam, chegam atrasados, saem cedo. Também é interessante ressaltar o fator comparação que, novamente, aparece bastante explícito: “isto aqui é bom”; “existe coisa bem pior e as pessoas não reclamam”. A própria população se torna alvo quando é responsabilizada por um usuário, no momento da entrevista, dizendo: “não é melhor porque a população não procura”. Como se o simples fato de procurar fosse resolver os problemas. Pelo contrário, talvez os problemas se agravassem e que, os que hoje se sentem satisfeitos passassem a formar um grupo de insatisfeitos. Seria necessário refletir o por quê da não procura. Parece que todas as dificuldades colocadas até o momento podem servir de justificativa.

Fica bastante claro que a avaliação feita pelos usuários - considerando “bom” o serviço oferecido pelo Centro de Saúde e se dizendo “satisfeitos” - pode ser

relativizada. Afinal, no CS analisado não era necessário esperar 25 dias por uma consulta; o tratamento - segundo os próprios usuários - era melhor que nos outros CSs; ninguém havia morrido na fila em função da falta de atendimento; o CS apresentava uma estrutura melhor por se tratar de um CS II; o fato de os serviços serem vistos como gratuitos, gerando assim, um sentimento favorável a uma boa avaliação. Os parâmetros são traçados em relação a serviços que parecem ser muito piores. A falta de parâmetros com serviços de melhor qualidade indicam como devem ser os demais serviços a que estes usuários tiveram acesso. Não é à toa que se constata a existência de contradições na avaliação, feita pelos usuários, dos serviços oferecidos pelo Centro de Saúde analisado.

Outro aspecto que aparece novamente é a solução dependente do outro, visto que a população, por “costume”, não faz o que deveria fazer. No entendimento de uma usuária: *“É uma coisa que quase ninguém faz. É reclamá, dá sugestões, indicá falhas...mas isso ninguém faz, ai é que tá [risos]”*. Faltou aqui exigir o que é de direito.

A necessidade de mais recursos humanos também fica evidenciada na fala de outros dois usuários entrevistados quando se pergunta se existe condições humanas para o desenvolvimento de um bom trabalho no CS. Uma outra usuária disse que o número de profissionais era suficiente e achava que deveria haver mais empenho por parte dos profissionais.

Ah sim. Eu acho que...que nem o meu cunhado diz que quem quer trabalhar, trabalha. Quem quiser fazê as coisas mesmo, com esforço consegue fazê o que quer [...] porque tem horas que a gente chega aqui tem 3,4 sentado ali.

Esta é a única fala onde é feita a relação tempo x produtividade, aliada à disponibilidade e à vontade de trabalhar. Denota que o tempo é pouco aproveitado. Os profissionais poderiam se dedicar mais, conseguindo, desta forma, prestar um atendimento mais eficiente a um maior número de pessoas. A ineficiência dos serviços públicos, em geral, está sempre relacionada à demora para solucionar os problemas.

Quatro dos profissionais entrevistados também apontam a necessidade de mais recursos humanos, mais especificamente de médicos. Em uma das entrevistas, essa necessidade está relacionada ao aumento da procura, bem como do oferecimento de

outros serviços. Se os serviços melhorassem, a procura seria maior e, conseqüentemente, surgiria a necessidade de mais profissionais. A demanda, em tese, existe, mas só um bom trabalho poderia capitá-la.

É importante registrar que o CS não conta com um número suficiente de pessoas para trabalharem questões específicas como, por exemplo, ter alguém apenas para verificação de pressão arterial. Muitas vezes os serviços específicos ficam prejudicados porque os profissionais compensam a ausência, o atraso ou o afastamento de outro. Verifiquei, por exemplo, que poucas pessoas procuravam por serviços como curativo e que os serviços mais procurados eram vacina e verificação de pressão arterial.

Outros três profissionais achavam que os recursos humanos eram suficientes, mas que faziam menos do que poderiam fazer. Um maior empenho seria o bastante para dar conta da demanda. Também foi apontada a necessidade de um trabalho de equipe, onde um ajude o outro.

Sim, eu acho que há condições. Prá desenvolver um trabalho perfeito não, mas um bom trabalho dá. Tem que haver um pouco mais de interesse. Parar de jogo de empurra e se dedicar um pouquinho mais. Se não se dedicar 100%, mas pelo menos um pouco. Mas há muita falta de interesse. (Profissional de Nível Superior)

No balanço geral, a maioria dos profissionais sente-se bem trabalhando no CS. Um deles observa que existem lugares piores, sem condições de trabalho. Apesar de se sentirem bem, a maioria diz que não está satisfeita com o trabalho oferecido. Frisam, novamente, que poderia ser feito um pouco mais se houvesse mais dedicação por parte dos profissionais. É importante perceber que a maioria disse que não estava satisfeita com o que era oferecido, mas também não propuseram mudar seu comportamento e, tampouco sugeriram que o próprio grupo se avaliasse. Quando eles falam individualmente, parece que se referem só aos outros. Dois deles colocam que, considerando as condições, é feito o que é possível. Falam das condições de trabalho, onde entra o aspecto da valorização do profissional no que diz respeito ao salário que recebem.

Dentro da realidade é o que nós podemos oferecer.[...] Tem muitas coisas a desejar,[...] é questão de, individualmente, cada um, o seu nível de consciência, oferecer o melhor atendimento. Mas sempre ele vai deixar a desejar porque, como eu falei, desde a sua formação, é esquecido...aqueles que querem trabalhar na saúde pública, é esquecido. Tu vê o nível...valorizado, mesmo monetariamente. Tá ai, é oficial isso ai. Uma consulta é valorizada atualmente em R\$3,40. Se tu vai no teu consultório já é valorizado em média, valores normais, R\$70,00. Por ai a gente vê como é formado o nosso sistema de saúde; desde a sua origem e prá esquecer mesmo, prá substituir. (Profissional de Nível Superior)

A maioria dos profissionais julga ter um bom relacionamento com a população. Eles apontam alguns descontentamentos por parte da população, mas justificam que é difícil agradar 100%. Dois dos profissionais colocam que a relação é boa e isso é justificado pela procura.

É importante chamar a atenção para um dado. Enquanto a população se diz “satisfeita”³⁶ no balanço final, os próprios profissionais, em sua maioria, acabam por revelar que o atendimento poderia ser melhor, inclusive se assumindo como aqueles que podem promover a melhoria.

Parece necessário apontar novamente para a importância de um trabalho direto com os trabalhadores no serviço público, no sentido de discutir sobre o resgate da sua função e a valorização que eles mesmos devem promover, a partir de uma mudança de postura frente ao trabalho e à população atendida.

Tomando por base todos os itens apresentados neste capítulo, é possível considerar que o trabalho desenvolvido no Centro de Saúde necessita ser avaliado. A forma como o trabalho é organizado, o posicionamento e a prática dos profissionais colaboram para que a população acabe por “aceitar” e até mesmo se “satisfazer” com o que é oferecido. É preciso que seja desenvolvido um trabalho no sentido de promover uma discussão entre profissionais e usuários para que deixe de imperar o que chamei de “posição não-reativa”. Quanto à população, seria necessário que ela começasse a exercer seus direitos, exigindo o suprimento de suas necessidades e um atendimento digno. Quanto aos profissionais, seria necessário que acolhessem a população como

³⁶ É necessário não esquecer da análise feita anteriormente em relação à “satisfação” dos usuários com os serviços oferecidos pelo CS.

aliada na luta por melhores condições de trabalho, inclusive no que diz respeito à remuneração.

Como foi falado anteriormente, isto exigiria uma mudança de postura dos profissionais. Seria necessário recuperar o sentido do trabalho público, começar a dar valor a esta atividade, tanto quanto se deseja que ela seja valorizada. É comum escutar trabalhadores no serviço público reclamarem que seu trabalho é desvalorizado. No entanto, parece que não é percebido que eles mesmos estão colaborando para essa desvalorização. É preciso fazer melhor. É preciso escutar o que os usuários dos serviços de saúde, e do serviço público em geral, estão falando, propondo, mostrando - na imensa maioria das vezes através de soluções silenciosas e silenciadas - e não estão encontrando retorno.

Não será possível defender um trabalho se os próprios usuários a que ele se destina concluírem que ele não serve. Se, até o momento, as pessoas ainda estão “aceitando” o tratamento que está sendo dado neste Centro de Saúde em particular, e nos demais setores da área da saúde e de outras áreas da esfera pública, isto não significa que está realmente bom. Parece que está faltando referência, pois, a partir do momento que as pessoas começarem a ter acesso a um serviço melhor, aqueles que hoje ainda são considerados “bons” passarão a ser vistos de outra maneira.

Creio que todas as questões apresentadas até aqui foram de suma importância para traçar um panorama do Centro de Saúde analisado. É possível dizer que a organização dos serviços deve ser revista, passando o usuário, a ser considerado o centro dessa organização. Não é aceitável que fatos como fila, espera por atraso ou ausência dos profissionais, consultas feitas em tempo mínimo, entre outros apresentados, sejam considerados como coisas comuns. Não é mais possível aceitar que os usuários não sejam ouvidos em suas manifestações de insatisfação, pelo fato de estes não gritarem, não quebrarem coisas, não agirem de forma violenta. Se não fazem isto, pode ser porque querem ser educados, visto que entendem educação também como uma forma de tratar bem as pessoas, de saber respeitar, de saber falar conforme consta no III capítulo deste trabalho. Enfim, não é possível aceitar que a população avalie um serviço como “bom” tomando como parâmetro apenas o ruim ou o inaceitável.

Estes dados são importantes à medida que subsidiarão o próximo capítulo. Afinal, é a organização dos serviços, as conseqüências desta organização nas atitudes, tanto da população quanto dos profissionais, que servirão de subsídios para pensar o caráter educativo das ações em saúde nos termos pretendidos neste trabalho.

CAPÍTULO III

SERVIÇOS DE SAÚDE: MAIS UM ESPAÇO DE FORMAÇÃO PERMANENTE DO CIDADÃO

1 - O CARÁTER EDUCATIVO DAS AÇÕES EM SAÚDE: REINTRODUZINDO ALGUMAS QUESTÕES

No I capítulo deste trabalho, foram apresentados alguns conceitos de saúde. É notório que, historicamente, ocorreram mudanças significativas no entendimento do que seja saúde. Do entendimento unicausal de doença, passamos a um entendimento multicausal. Este foi um grande passo, onde a responsabilidade pela saúde deixou de ser única e exclusivamente do indivíduo, passando a ser o resultado da interação deste com o seu meio, suas condições de vida.

O entendimento de saúde deixa de ser apresentado de forma meramente técnica, passando a expressar seu teor político, como já foi apontado no I capítulo. Isto significa que, a partir do momento em que a saúde deixou de ser vista como simples ausência de doença e passou a ser o “resultado de múltiplas determinações”, apontando para a necessidade de mudanças na estrutura social, passa a se caracterizar como algo a ser conquistado e que, por sua vez, implica na conquista de uma condição de vida mais digna.

No momento em que a saúde foi garantida como um direito de todos e dever do Estado, o conceito de saúde sofreu um outro grande avanço, sendo necessário fazer com que esse direito se materialize. Acredito que a partir desse momento, o caráter educativo das ações em saúde passa a expressar um teor político transformador, caracterizado pela necessidade de se pensar saúde de uma forma diferente, cujo resultado seria uma série de ações com vistas à mudança da condição de vida das pessoas.¹

¹ Ressalto novamente que, no meu entender, as ações em saúde sempre tiveram um caráter educativo de cunho político, porém voltado para a manutenção da ordem social. Seu conteúdo político passa a ser explícito a partir do momento que a saúde é considerada como o resultado de múltiplas determinações e um direito de todos e dever do Estado. Anterior a isso, o conteúdo político das ações em saúde não era expresso. Através de uma compreensão crítica do caráter educativo das ações em saúde é possível transformá-lo em um instrumento político transformador.

Anterior à garantia da saúde como direito, o caráter educativo das ações em saúde traduzia, de forma mais enfática, os interesses da classe dirigente, através das ações do Estado. Apontei a necessidade do controle social; a necessidade de manutenção da mão-de-obra e a necessidade de cuidar das doenças das classes pobres para que os mais abastados não fossem atingidos. O caráter educativo se caracterizava pela cura, tratamento e prevenção de doenças.

Isto não significa que não havia, por parte das classes menos privilegiadas, uma luta pela melhoria das condições de vida. O que quero dizer é que havia muitos interesses da burguesia e do Estado (seu representante) no sentido de garantir o desenvolvimento econômico do país, não sendo, portanto, a garantia desses direitos apenas resultado de lutas da sociedade organizada. Porém, não descaracterizo, de forma alguma, a importância dessas lutas e o seu resultado.

Também não quero afirmar que, a partir da conquista da saúde como direito, os interesses da classe dirigente e do Estado deixaram de existir. Como apontei no I capítulo, utilizando as reflexões feitas por Melo (1987), a partir de 1975, o discurso oficial passou a incorporar a participação comunitária no planejamento e desenvolvimento das ações em saúde com o objetivo de aliviar as tensões sociais geradas pelo fim do milagre econômico. As lutas sociais também se tornaram mais intensas na década de 80, denotando um envolvimento maior da sociedade civil na luta pela garantia de melhores condições de vida.

Busquei, ainda no I capítulo, avaliar a atual situação do Brasil nas questões relacionadas à saúde, chegando a conclusão que tivemos grandes avanços nesta área, mas que ainda estamos longe do alcance, na prática, de tudo o que se conquistou em termos legais. Posso dizer que corremos o risco de perder algumas dessas conquistas em função do quadro político-econômico que se delineia no momento, onde o neoliberalismo, cada vez mais, ganha espaço na atual conjuntura.

É preciso dizer que a conquista de condições de vida mais dignas, calcada na conquista de saneamento básico, água tratada, transporte coletivo, educação, legislação trabalhista e tantas outras coisas, proporcionam mais saúde. Podemos considerar, então, que a conquista desses elementos, apesar de ainda não ser para todos e,

tampouco em níveis satisfatórios², já se constitui, em parte, como o direito se materializando. No entanto, ainda é necessário um investimento maior da sociedade civil organizada no sentido de buscar melhorar esse padrão de vida e, até mesmo, garantir a continuidade do que já foi conquistado.

É em função de o direito à saúde ter se constituído como uma conquista que me baseio no conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988, com vistas a confrontá-lo com o conceito de saúde da população e profissionais entrevistados, visando a verificação de sua incorporação. Da mesma forma, procurarei verificar a incorporação do entendimento de saúde como resultado de múltiplos determinantes. Reapresento este conceito, buscando reforçar seu conteúdo e, ao mesmo tempo, colocá-lo mais próximo do leitor a fim de tornar a leitura mais didática.

Diz o artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

² Neste sentido, é interessante apresentar alguns dados. A década de 80 apresentou características paradoxais. Apesar de registrar uma queda no PIB per capita à cifras de 0,5% ao ano, com retração nos investimentos, aumento da concentração de renda, diminuição da oferta de empregos e conseqüente aumento da pobreza em números absolutos, registrou também, melhoria nos padrões de nutrição, nas condições habitacionais, saneamento básico e de acesso a serviços de saúde e educação. O Estado tornou-se mais “democrático” pela volta dos processos eleitorais, da liberdade de imprensa e expressão, da descentralização administrativa com vistas ao controle social por parte da população. Mas, ao mesmo tempo, o Estado se enfraqueceu, tornando-se espaço privatizado e, apesar das melhorias apontadas, apareceu como incapaz de atender às demandas pelos serviços essenciais que se constituem em direito da população (MINAYO, 1995).

A população brasileira registrada no último Censo Demográfico em 1991 foi de 146.917.459 habitantes, sendo que 75,47% era de população urbana e 24,53% de população rural. Na região sul viviam 22.117,0 (15,05%) do total. Em 1991, a taxa de natalidade era de 24,0 e de mortalidade 7,0, com um excedente de 17,0 (por 1000 habitantes). Ocorreu uma diminuição crescente, tanto da taxa de natalidade como de mortalidade (DUCHIADE, 1995).

A pobreza no Brasil pouco se alterou. As características sociais do país não podem ser deixadas de lado, quando se pensa nas determinações da situação de saúde. O diagnóstico não pode ser feito com base apenas na ocorrência das doenças, no comprometimento de recursos financeiros e humanos ou no oferecimento de serviços de assistência. São importantes, também, a análise da distribuição de renda, das condições de trabalho e moradia, do nível de instrução, alimentação, entre outros (ibid.).

O Brasil se apresenta marcadamente como um país de grandes desigualdades. Na década de 80, apresentava uma expectativa de vida de 65 anos, um consumo de calorias per capita de 2.656 e um PNB (Produto Nacional Bruto) per capita de 2.160, bem abaixo dos EUA (19.840) e do Japão (21.020) (ibid.).

Para a autora, o problema da concentração de renda não é o único problema a ser resolvido, mas um indicador bastante importante, tendo em vista a restrição que causa ao acesso de bens e serviços, inclusive de primeira necessidade. “Ao longo da década de 80, a parcela reservada aos 10% mais pobres não passou de 1%, enquanto os 10% mais ricos aumentaram sua participação, de 44,9% do rendimento total em 1981 para 48,1% em 1990” (ibid., p. 36).

Na região sul, em relação à população economicamente ativa, 36,5% recebiam até 1 piso salarial, enquanto 5,5% recebiam mais de 10 pisos salariais (ibid.).

Em relação à educação, em 1989 o Brasil apresentava uma taxa média de alfabetização (pessoas com mais de 10 anos) de 82%. A região sul apresentava um índice de alfabetização de 89,2%, ficando entre os melhores do país (ibid.).

Quanto ao saneamento básico, em 1989, 95,6% dos municípios brasileiros dispunham de rede de distribuição de água, sendo que, em boa parcela deles, restringia-se ao suficiente para matar a sede. A situação da rede coletora de esgotos se apresentava muito mais precária, sendo que apenas 47,3% dos municípios contavam com esse serviço. Na região sul, apenas 39,1% dos municípios eram servidos de rede coletora de esgotos (ibid.).

Este conceito, de forma mais restrita em seu nível descritivo, reflete diretamente o conceito de saúde definido na VIII Conferência Nacional de Saúde, ou seja, as políticas sociais e econômicas devem garantir as “*condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde*” (Relatório Final da VIII CNS apud Comissão Nacional da Reforma Sanitária: Documento 1, [199-]). Estas são necessidades a serem supridas para a redução do risco de doenças. Ter acesso a todos esses itens significa a necessidade de uma maior distribuição de renda pois, sem ela, é impossível o acesso à maioria dos bens e serviços. Este conceito reflete a relação direta da saúde/doença com as questões sociais como apontado pelos vários autores citados no I capítulo deste trabalho.

Apesar de ser um conceito difícil de ser colocado em prática em função da sua amplitude, não podemos deixar de considerá-lo eixo norteador de uma luta que o garantiu em termos legais e que, agora, precisa buscar a maior proximidade prática possível.

No II capítulo, busquei apresentar o que acontece no dia-a-dia de um Centro de Saúde. Como se organizam os serviços, quais as atitudes da população e dos profissionais na relação que travam entre si e, conseqüentemente, qual o resultado desta relação em termos educativos. Nesse capítulo, foi possível verificar que os serviços são organizados mais em função das necessidades e disponibilidades dos profissionais do que dos usuários. A fila, o tempo de espera, os atrasos e as ausências dos profissionais foram colocados como aspectos que dificultam o desenvolvimento do trabalho e a própria vida das pessoas. Acaba por prevalecer uma posição não-reativa, tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais, apesar de os primeiros apontarem soluções para melhorar a organização dos serviços, soluções estas que chamei de silenciosas e silenciadas. Finalmente, é feita uma avaliação dos serviços oferecidos pelo CS. Esta avaliação é positiva no entendimento dos usuários, apesar de poder ser entendida como contraditória, de acordo com a discussão apresentada naquele capítulo. Por outro lado, os profissionais se colocam como insatisfeitos em relação ao trabalho que é oferecido sem, no entanto, apresentarem propostas de ações que pudessem modificar esta avaliação.

O que interessa discutir agora é se o entendimento de saúde como resultado de múltiplas determinações, e se, depois de quase oito anos - considerando a Constituição Federal de 1988 - o entendimento de saúde como direito de todos e dever do Estado, assim como os preceitos do SUS, principalmente o direito e dever de participação na gestão e fiscalização dos serviços de saúde, foram incorporados pela população e pelos profissionais pesquisados. Para tanto, passarei agora a apresentar e a tecer algumas análises sobre o conceito de saúde da população e dos profissionais, e sobre a compreensão destes em relação ao caráter educativo das ações em saúde. Será apresentada e analisada a opinião, tanto da população quanto dos profissionais, no sentido de demonstrar se o trabalho desenvolvido no Centro de Saúde é considerado educativo.

2 - O CONCEITO DE SAÚDE: A FALA DOS PROFISSIONAIS E DA POPULAÇÃO

Apresentar o pensamento da população e dos profissionais a respeito do que seja saúde tem por objetivo verificar se os avanços sofridos no discurso acerca do conceito de saúde, apontado pelos estudiosos da área, foram internalizados por aqueles que trabalham nos serviços de saúde e por aqueles que buscam esses serviços.

Em relação ao conceito de saúde da população, ficou clara a vinculação da saúde com um estado de bem-estar. Todos os usuários entrevistados relacionaram a saúde com o fato de se sentir bem; estar bem consigo. Conceituar saúde foi considerado, por eles, uma coisa difícil. Isto ficou expresso em uma das falas e foi possível perceber nas demais em função do tempo que as pessoas levaram para articular um pensamento a este respeito.

Pergunta difícil. Agora eu não tô me sentindo saudável porque eu sei que tem um problema. Então, prá mim me sentir saudável é quando eu tô bem, tô caminhando, tô bem comigo mesma, tô feliz, não tô sentindo nada. Posso sentir uma coisinha ou outra, mas isso aí não tem nada a ver. É difícil explicar saúde [risos]. É coisa assim que a gente sente.

Saúde é estar assim, bem, de bem com a vida.

As falas dos usuários a respeito do que seja saúde apresentam o “estar bem”, “estar feliz”, “estar de bem com a vida” como expressões muito importantes. O conceito de saúde é associado à felicidade. Neste sentido, CASTRO (1978, p.275) diz que *“saúde e felicidade são dois conceitos indissociáveis e, além disso, [...] a saúde e a felicidade pessoais são indissociáveis da saúde e da felicidade coletivas”*.

A saúde é colocada também enquanto algo que se “sente”. Não é feita nenhuma relação da saúde enquanto resultado de múltiplos determinantes que independem do sentir individual. A própria divisão de classe não aparece como um diferenciador da possibilidade de se sentir melhor. O fato de ter acesso a menos recursos não é colocado como algo que dificulte esse “se sentir bem” no plano individual.

O uso destas expressões, por parte dos usuários, demonstra um entendimento que vai além da definição de saúde como ausência de doença, sendo que esse “estar bem consigo” não significa que ter saúde é estar em um completo estado de ausência de doença. As falas revelam uma dificuldade para o alcance desse perfeito estado de bem-estar.

[...] Lógico que eu não tenho assim, saúde. Ninguém tem saúde de ferro, sempre tem alguma coisa. Mas, pelo menos, prá gente não tá encima de uma cama sofrendo [...].

Ah! [risos]. É tá bem mesmo. Na minha opinião, saúde prá mim é a pessoa [...] se sentir bem, não tá necessitada de procurá um médico a toda hora. É tá bem consigo mesma. Mas é difícil uma pessoa tá bem. Sempre tem uma coisinha perturbando.

Ao indicar essa dificuldade de alcançar um perfeito estado de bem-estar, os entrevistados não fazem uma ligação com sua condição de vida, mas apontam para uma dificuldade inerente ao ser humano.

Os discursos legais apontam para esse perfeito estado de bem-estar. Críticas podem ser feitas a esses discursos, principalmente ao conceito de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde, por se tratar de um conceito abrangente e dificultado,

pela complexidade, de ser colocado em prática. Parece estar muito distante e não sei se é alcançável uma condição plena de saúde, o que significaria um controle total sobre o biológico e o social. E, como foi apontado, a população têm consciência dessa impossibilidade.

Um conceito, como o definido pela VIII Conferência Nacional de Saúde, com a sua abrangência, não parece problemático. A meu ver, o problema decorre das formas de organização, tanto popular quanto governamental, para a busca de uma aproximação do que pode ser julgado como ideal.³ Isto significa lutar e implementar medidas para a melhoria das condições de saneamento, habitação, alimentação e outras, também prescritas em lei, como serviços de saúde de qualidade que venham suprir as reais necessidades da população.

O fato de, nos países do I Mundo, já se ter alcançado condições dignas de vida (se sabe que ainda não é para todos) e não se ter chegado a um perfeito estado de saúde, reforça essa dificuldade ou impossibilidade e a idéia de dinamicidade da vida humana. Nas palavras de REZENDE (1989, p.87) *“saúde é uma postura humana ativa e dialética frente as permanentes situações conflituosas geradas pelos antagonismos entre o homem e o seu meio”*.

Um outro aspecto importante, que surge quando a população define saúde, é a necessidade de ter serviços de saúde a sua disposição para os momentos em que a sua saúde estiver ameaçada.

Saúde?[...] A pessoa tá bem; bem com ela,[...] não ter problemas e, quando precisá do atendimento, ter aquele atendimento; não ter que ficá esperando, esperando[...].

Saúde? É o bom desenvolvimento do organismo. Ter bons médicos prá gente podê procurá. É isso.

É interessante observar que os conceitos de saúde definidos pelos usuários não trazem consigo, pelo menos explicitamente, o entendimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, nem, tampouco, relacionado à necessidade de que, para se

³ Digo “pode ser julgado como ideal” pelo fato de compreender a complexidade da afirmação “é ideal”. No entanto, creio que o conceito de saúde da VIII CNS é bastante abrangente.

ter saúde, é preciso contar com um aparato maior, ou seja, habitação, saneamento básico, água tratada, trabalho, educação, lazer e outras coisas, além dos próprios serviços de saúde, que foram apontados.

É possível pensar que a necessidade deste aparato não seja mencionada em função de uma relação aparentemente indireta com a questão da saúde. Podemos pensar que este aparato faça parte da vida dessas pessoas e que os serviços de saúde, nesse momento, se constituam pela ausência de, pelo menos, um serviço de qualidade que satisfaça, sendo, por isso, mencionados. Considerando a análise feita no Capítulo II, é possível perceber que, apesar da “satisfação” verbalizada, a população aponta para a necessidade de bons serviços e de bons profissionais. Apesar desta referência poder ter sido feita de forma ampla, é possível considerar que as duas falas anteriores simbolizem um nível de insatisfação com os serviços oferecidos pelo CS analisado.

O acesso aos serviços de saúde tem um peso relevante nas falas da população. É possível observar que é a figura do médico que aparece quando os serviços de saúde são mencionados. A importância da figura do médico foi mencionada no II capítulo, sendo aqui reafirmado.

Em relação ao entendimento de saúde dos profissionais, a fala abaixo é a que mais se aproxima das definições de saúde dadas pela população. A saúde é apontada como o elemento que permite que as pessoas possam viver melhor e desempenhar suas atividades.

[...] Quando se faz essa pergunta é tão complicado para responder. Mas eu entendo assim que, saúde pra mim, é a parte mais importante da minha vida. Como pessoa, porque, eu sem saúde, eu percebo que eu não consigo viver melhor uma vida. Saúde é a parte mais importante que o cidadão pode obter. Você tendo saúde, [...] não tá doente. E você, com saúde, você está livre pra desenvolver tuas atividades; melhor viver. Sei lá, o que mais eu posso responder com relação à saúde. Fica meio complicado responder o que é saúde pras pessoas. A gente sabe o que é pra gente. Mas, em termos de expressão, explicação, fica difícil de explicar. (Profissional de Nível Médio)

É importante ressaltar novamente, a dificuldade para definir o que é saúde. Neste caso, a fala da profissional não aponta para uma definição calcada em termos científicos. Ter saúde, para ela significa “melhor viver”. Também não faz nenhuma

relação, pelo menos explícita, da saúde com a necessidade de se ter uma condição de vida que permita a sua promoção e manutenção.

A maioria dos profissionais apresenta o seu entendimento de saúde calcado em um conceito mais científico, fato este que se deve, creio, à própria formação específica. A saúde é definida como bem-estar físico, mental e espiritual, sendo que o elemento social, apesar de não ter sido referido por todos os entrevistados, o foi pela maioria. As duas falas abaixo representam este entendimento.

Saúde é um equilíbrio...é uma situação ideal do organismo para conseguir o seu desenvolvimento, tanto físico quanto mental e espiritual. (Profissional de Nível Superior)

Saúde, como definição científica e técnica, é o bem-estar orgânico e social da pessoa. Agora, nesse social você envolve a moradia, o lazer, a escola e assim por diante. (Profissional de Nível Superior)

Aqui, a saúde aparece como dependente da possibilidade de acesso a outros bens e serviços, porém, não aparece como um direito de todos e dever do Estado. É importante ressaltar também, a ausência, na definição de saúde da maioria dos profissionais, de termos importantes que aparecem nas definições da população, como por exemplo, “estar bem”, “estar feliz”, “estar de bem com a vida”. Podemos imaginar que tudo isto está contido no “bem estar orgânico e social”, mas é importante destacar a distância entre os termos usados pelos profissionais e pela população.

Um dos profissionais, em função da situação atual da nossa sociedade, principalmente no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, enfatiza, na sua definição de saúde, a simples ausência de doença. A fala abaixo se caracteriza como um desabafo.

[rindo] É o bem-estar físico, psíquico e social. É o equilíbrio [risos]. O que que é saúde? Olha , hoje em dia, saúde e não estar doente [risos]. Não ter uma doença, não precisar dos serviços de saúde. Esse é o que tá com saúde, porque quem precisa de um serviço de saúde..., hoje...o cara que precisar de um especialista, ele tá ralado. A central tá de baixo d'água⁴, tá tudo parado, tá

⁴ No período em que foi feita esta entrevista (janeiro de 96), Florianópolis havia sido castigada por fortes chuvas. A enchente atingiu muitos bairros e causou grande destruição. O prédio da Policlínica de

tudo cheio, tá tudo desestruturado. Se a criatura vir hoje aqui prá fazer um curativo, não tem curativo porque não tem funcionário. Vai ter que andar mais um pouco prá arranjar. Então...O que é saúde hoje em dia é não precisar dos serviços de saúde. Porque, se o infeliz precisa, coitado, ele cai numa burocracia, numa rotina danada [...]. (Profissional de Nível Superior)

Apesar de apontar para um conceito de saúde mais amplo, é interessante destacar a incredibilidade desse profissional no que diz respeito à operacionalização desse conceito. A fala acaba por revelar os problemas enfrentados pelos serviços de saúde e por apontar uma desesperança que não é apenas desse profissional, mas de muitos outros.

Não destaco esse aspecto caótico por acreditar ou por compartilhar dessa incredibilidade, mas para retratar o sentimento de impotência de que estão imbuídos esses profissionais. Não afirmo, e tampouco concordo, que os serviços de saúde, através de seus trabalhadores, não possam oferecer ou desenvolver um trabalho onde a saúde seja entendida para além da ausência de doença. É difícil negar que a atual situação a que estão relegados os trabalhadores da área da saúde e de outras áreas do poder público, concorra para a assunção de um sentimento de descrença.⁵

Acredito que, mesmo em condições adversas, é imprescindível, se quisermos⁶ mudar a situação, que assumamos uma posição de defesa do que já foi conquistado. Se conseguimos garantir avanços, mesmo que mais ao nível do discurso, não podemos nos furtar de acreditar na possibilidade de colocá-los em prática.

O que quero salientar é que esta fala, que a princípio pode ser encarada apenas como um desabafo, se constitui em uma questão bastante séria e que deve ser considerada como um fato que influencia diretamente na luta pela defesa dos direitos conquistados que, acredito, deva ser cada vez mais intensa.

Referência Regional III, localizado no centro da cidade, foi atingido e muitos equipamentos e outros materiais foram destruídos. A central de marcação de consultas também foi atingida.

⁵ Posteriormente, falarei um pouco mais sobre a importância dos profissionais para assegurar a efetivação do SUS.

⁶ Utilizo o verbo na 1ª pessoa do plural por me sentir responsável por isto enquanto integrante dessa sociedade e trabalhador no serviço público de saúde.

Podemos verificar que os profissionais, apesar de conceituarem saúde de uma forma mais ampla, ou seja, relacionada a outros elementos, também não apontam para o fato de ser, a saúde, um direito de todos e dever do Estado.

O fato de os profissionais não expressarem, em suas falas, o direito à saúde e o dever do Estado em promovê-la pode estar ligado a alguns fatores. Um deles pode ser o fato de que, a partir do momento que passem a tratar a saúde como um direito de todos e dever do Estado, difundindo este entendimento junto à população, estes profissionais passem, conseqüentemente, a serem mais cobrados. Afinal, o profissional da área da saúde faz parte de todo o aparato destinado à promoção da saúde da população. Ele foi referido pela população entrevistada como um dos responsáveis pela saúde. Quero dizer que pode existir uma intencionalidade nessa postura de não se referir à saúde como um direito de todos e dever do Estado, pois, enquanto isto não for assimilado, não haverá uma cobrança maior no desempenho do seu papel e no cumprimento de suas responsabilidades. Isto se constituiria em um ato deliberado de auto-proteção e de manutenção de uma situação que garante a possibilidade de assumir posturas que, geralmente, não favorecem a população. Os fatos apontados no II capítulo levam a considerar esta possibilidade.

Um outro fator que pode ser considerado é o não conhecimento deste entendimento. Esta possibilidade me parece mais remota considerando que, pelo menos dentro da estrutura dos serviços de saúde, a discussão e difusão dos novos preceitos tenha ocorrido. O que pode ser considerado é a não assimilação das mudanças. Neste sentido, é preciso levar em conta a colocação dos autores citados neste estudo, quando se referem à necessidade de investimento na capacitação profissional.

Parece-me que o primeiro fator, como também a falta de investimento para uma mudança de postura, inclusive através de um acompanhamento mais próximo por parte da Secretaria Municipal de Saúde, acabam por favorecer a permanência de atitudes que são contrárias à efetivação do SUS.

3 - A RESPONSABILIDADE PELA SAÚDE

No item anterior foi possível verificar que a população e os profissionais pesquisados não incorporaram no seu conceito de saúde o entendimento de saúde como um direito de todos e dever do Estado. A população também não definiu saúde como o resultado de múltiplas determinações, entendimento este que aparece na fala dos profissionais. O dever do Estado só foi apontado pelos entrevistados, tanto pelos usuários quanto pelos profissionais, quando foi perguntado sobre quem é responsável pela saúde. No entanto, a saúde ainda não foi caracterizada como um direito.

Quando esta pergunta é feita para a população, ou seja, quem é responsável pela saúde, a maioria das respostas apontam para uma responsabilidade primeira da própria pessoa. Depois, alguns apontam a responsabilidade dos profissionais da área da saúde e dos governantes.

[...]A saúde é responsabilidade de cada pessoa em primeiro lugar.[...] as pessoas sabem do problema que cada coisa pode causar. O cigarro; quem fuma sabe os problemas que causa; a bebida também. [...] A responsabilidade é de cada pessoa. De curar daí é outra história. Daí é da pessoa também e dos médicos [...].

A fala abaixo levanta um fato importante, ou seja, o descrédito da população em relação aos serviços públicos, bem como o caráter supletivo que eles adquirem em função do que oferecem. Denota também uma outra possível razão pela qual a saúde não aparece como um direito. O fato de o governo só ajudar “quando tem política”, aponta para um entendimento onde a saúde é utilizada como forma de angariar votos e não como uma responsabilidade de qualquer governo, independente da sigla partidária.

Em primeiro lugar, eu mesma, porque se eu não me cuidar, ninguém vai se cuidar por mim. Se aparecer uma doença ou uma dorzinha, uma coisa assim, sempre é bom tu fazê um check up[...] É sempre bom vir no médico uma vez ou outra prá ver se tá tudo bem, fazê um exame. Em primeiro lugar é a gente que tem que se preocupar.[...] Ai, depois vem os benefícios; o governo. O que ele ajudá...mas é muito difícil [risos]. Ele só quer ajudá quando tem política.

É importante ressaltar que a vinculação dos profissionais e do Estado em relação à responsabilidade pela saúde só foi feita, pela maioria dos usuários entrevistados, depois que o pesquisador retomou a pergunta, buscando saber se mais alguém, além da própria pessoa, era responsável pela saúde.

É interessante observar que, normalmente, se tem a concepção de que as pessoas colocam toda a responsabilidade no Estado, mesmo que esta responsabilidade seja encarada como um favor a ser prestado, tendo em vista o entendimento de gratuidade em relação aos serviços de saúde pública. A pesquisa aponta para uma realidade contrária. Os usuários entrevistados assumiram, primeiramente, a saúde como sua responsabilidade.

Esta outra fala de um usuário aponta para a dificuldade de se cuidar da saúde sem o apoio necessário. Isso significa que as pessoas se vêem como responsáveis, porém apontam para a necessidade de terem condições para isso.

Olha, primeiramente, a gente é responsável, entendeu? Eu acho que cada um é responsável pela sua saúde. Agora, tem muitas vezes que tu [...] és responsável, mas não tens o recurso adequado prá manter a tua saúde [...].

Esta foi a única fala que apontou para a necessidade de outros recursos para cuidar da saúde. Esses outros recursos não são definidos e também não aparecem como um direito.

Para os profissionais, a responsabilidade também é de cada pessoa em primeiro lugar. Porém, a responsabilidade do Estado já aparece de forma espontânea.

Acho que todos nós somos responsáveis.[...] Eu acho que, evidentemente, quem tem a maior tutela de cuidar da saúde, evidentemente que é o governo, a nível de governo federal, estadual e municipal. Agora, eu acho que é um assunto pertinente a todos. (Profissional de Nível Superior)

Essa espontaneidade dos profissionais em fazerem uma relação direta da responsabilidade pela saúde como um dever do Estado é compreensível, considerando a própria vivência enquanto trabalhador no serviço público e maior conhecedor do sistema legal que rege o funcionamento do Estado, porém, a saúde não é mencionada

como um direito. Neste caso, aponto para a diferença em se dizer que alguém é responsável por algo e em dizer que outros têm direito a este algo.

Algumas considerações podem ser feitas a respeito da não assimilação deste entendimento pela população. É possível considerar o pouco tempo de convivência com ele, tendo em vista a sua afirmação na Constituição Federal de 1988, mas principalmente, pelo fato de este direito não ter se concretizado na prática. Acredito que isto impeça as pessoas de assimilarem e, conseqüentemente, de exigirem este direito. Parece que não se acredita naquilo que ainda não se conseguiu vivenciar. Isto acaba gerando descrédito em relação às ações do Estado.

Um outro fato a ser considerado é o entendimento, por parte da população, de serem os serviços de saúde gratuitos, como apontado no II capítulo. Apesar de nunca terem sido gratuitos, esta é uma característica que sempre foi atribuída aos serviços públicos, persistindo até hoje ao nível do senso comum.

Outra consideração a ser feita diz respeito à falta de um trabalho de conscientização que venha a mudar esse entendimento. Parece que o que tem sido feito, ao nível de divulgação, até o momento, seja pelos governos ou por entidades não governamentais, não tem surtido muito efeito.

Quanto aos profissionais, é preciso levar em consideração os fatos levantados no final do item anterior em relação ao não aparecimento, no conceito de saúde destes, do entendimento de saúde como um direito de todos, apesar de ter sido considerada como um dever do Estado.

É importante ressaltar a assunção individual da responsabilidade pela saúde, marcadamente apresentada nas falas dos entrevistados, tanto dos usuários quanto dos profissionais. Isto significa que as pessoas se colocam como sujeitos no processo de preservação da sua saúde, o que denota a não existência de uma dependência total destas pessoas em relação às ações em saúde promovidas socialmente, seja de caráter governamental ou não. Isto é tomado positivamente. A timidez, principalmente por parte dos usuários, em apresentarem os demais responsáveis pela promoção da saúde, se constitui em uma questão que requer análise. É possível dizer que isto reflita todo um processo histórico de construção da culpa individualizada em relação à

saúde/doença o que denota que o entendimento de multicausalidade ainda precisa ser mais disseminado para que seja, de fato, assimilado.

A assunção individual da responsabilidade pela saúde - que aparece mais marcadamente - também está ligada à não incorporação da saúde como um direito de todos e dever do Estado. Isto pode servir de explicação para a assunção da responsabilidade individual, como também para o entendimento de gratuidade dos serviços de saúde pública e para a busca de suplementação (em muitos casos substituição) através de planos privados de saúde.⁷

4 - A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO

No decorrer deste trabalho, principalmente na introdução, apresentei uma concepção de educação, entendida como uma prática social que, no uso da inculcação de tipos de saber, reproduz tipos de sujeitos sociais (BRANDÃO, 1981). Também apontei para o entendimento de que a educação se dá em qualquer espaço, sendo tomada desta forma, e que não é apenas reprodutora de um discurso dominante, mas pode, também, proporcionar a produção de um discurso contra-ideológico (SEVERINO, 1986). Desta forma, entendo a educação como sendo essencialmente política e, portanto, transformadora (GADOTTI, 1983).

Neste sentido, trago também a contribuição de GIROUX e SIMON (1995, p.115) onde falam da pedagogia de uma maneira ampliada e politizada.

Uma pedagogia que reconhece o seu lugar em múltiplas formas de produção cultural, e não simplesmente naqueles espaços que vieram a ser rotulados de

⁷ Em relação à busca de planos privados de saúde, quero dizer que isto não acontece só pelo não conhecimento ou pela não incorporação do entendimento de saúde como um direito de todos e dever do Estado, mas pelas dificuldades encontradas no âmbito da saúde pública. A grande maioria das pessoas que têm planos privados de saúde os têm pelas facilidades que oferece ao nível da rapidez e qualidade no atendimento, da maior oferta de serviços, e não necessariamente pelo desconhecimento legal do direito à saúde. No entanto, a não incorporação e a falta de exigência de atendimento público de qualidade pode levar a uma desqualificação, cada vez maior, dos serviços hoje oferecidos. Sabe-se que a maior utilização dos planos privados de saúde é feita por pessoas que têm um nível de rendimento mais alto (e quando não, o pagamento é feito com sacrifícios), ou através de planos feitos por empresas para seus trabalhadores - passando a figurar, este benefício, como salário indireto. Poderia-se também pensar o contrário, ou seja, quanto menos pessoas fizerem uso, melhor serão atendidos aqueles que realmente precisam. Isto pode ser considerado um engodo, tendo em vista o crescimento substancial dos planos privados de saúde e o concomitante desmoronamento da saúde pública.

'escolas'. Qualquer prática que intencionalmente busque influir na produção de significados é uma prática pedagógica. Isso inclui múltiplos aspectos: educação dada pelos pais, produção de filmes, trabalho pastoral, serviço de assistência social, de assistência à saúde, arquitetura, direito, publicidade e muito mais. (grifo meu)

Para os autores, a pedagogia pode ampliar a possibilidade humana de formar uma comunidade justa e solidária.

Entendo que o trabalho desenvolvido nos Centros de Saúde se constitui em uma prática pedagógica, ou seja, que as ações em saúde influenciam na produção de significados, como apontam os autores acima citados. A produção destes significados pode servir para a promoção da dominação e perpetuação de uma situação desfavorável à maioria da população ou, ao contrário, proporcionar a aquisição de uma consciência crítica que possibilite lutar por uma sociedade diferente.

Para isso, é necessário, em primeiro lugar, que se tenha entendimento de que a educação vai além da mera aquisição de hábitos e conhecimentos. É preciso que se tenha a possibilidade de relacionar esses hábitos e conhecimentos com suas conseqüências na vida cotidiana. É necessário a passagem do senso comum para uma forma de pensamento mais articulada, o que, por sua vez, é indispensável para a promoção de mudanças. Isto nos leva a pensar na possibilidade de transformação social.

Também aponto os serviços de saúde como sendo, geralmente, responsabilizados apenas pela cura, prevenção e tratamento de doenças. É por este motivo que considero que o caráter educativo das ações em saúde se torna restrito. Aponto, então, para a necessidade de ampliação desse entendimento, onde os serviços de saúde passam a ser considerados como mais um espaço de formação permanente do cidadão, incorporando novos elementos educativos além daqueles destinados à aquisição de hábitos para a promoção da saúde. Isto é, a incorporação de elementos que propiciem uma tomada de consciência da própria situação enquanto ser no mundo, o que realçaria o potencial político transformador das ações em saúde. Isto corresponderia à construção de uma contra-ideologia, como aponta SEVERINO (1986).

Muitos autores utilizam o termo “educação e saúde” para expressar o caráter educativo das ações em saúde. Este termo acaba sendo usado para denominar uma área específica de conhecimento.

Tenho utilizado a expressão “caráter educativo das ações em saúde” objetivando modificar o entendimento onde essas duas áreas possam ser dissociadas. No entanto, ao apresentar o termo “educação e saúde”, os autores não pretendem separá-los. Esta separação, mesmo que seja apenas ao nível da terminologia, me parece desnecessária. Defendo que, ao se falar de ação em saúde, fale-se também de seu caráter educativo, exceto quando se fale especificamente do seu caráter técnico/instrumental.

Apresento alguns entendimentos acerca dessa área denominada “educação e saúde” e o entendimento da população e dos profissionais, a respeito do caráter educativo das ações em saúde, através da relação que estes fazem dos dois termos (educação e saúde). Isto é, verifico se o caráter educativo das ações em saúde se restringe à disseminação de conhecimentos para a prevenção, tratamento e cura de doenças ou se é incorporado a este entendimento, o potencial político transformador dessas ações.

Para STOTZ (1993), a educação e saúde⁸ tem cumprido um papel importante diante do crescente interesse pelo aspecto preventivo e promocional da saúde, considerando os problemas concretos dessa área. O autor diz ainda que, apesar de na atualidade, o aspecto preventivo ter se tornado um fator preponderante na área da saúde, é notório o predomínio do padrão médico no que diz respeito à orientação e organização das atividades de educação sanitária.

Este mesmo autor utiliza a classificação feita por TONES, que aponta quatro enfoques relativos aos estudos de “educação e saúde”: enfoque **educativo**, enfoque de **desenvolvimento pessoal**, enfoque **preventivo** e enfoque **radical**.

No enfoque **educativo**, é enfatizado “*o lugar do indivíduo, sua privacidade e dignidade, propondo uma ação com base no princípio da eleição informada sobre os riscos à saúde*”. Neste enfoque, o educador é colocado como sujeito da ação, devendo “*compartilhar e explorar as crenças e os valores dos usuários dos serviços a respeito*”

⁸ STOTZ (1993, p.13) define educação e saúde “como uma área temática colocada no entrelaçamento de disciplinas das ciências sociais e das ciências da saúde”.

de certa informação sobre saúde, bem como discutir suas implicações práticas". O objetivo é levar o usuário a ter uma compreensão da situação (ibid., p.16).

No enfoque de **desenvolvimento pessoal** são utilizadas as mesmas proposições do anterior, porém, com maior aprofundamento, visando a aumentar as potencialidades dos indivíduos.

"É fundamental, assim, facilitar a eleição informada, desenvolvendo destrezas para a vida, a exemplo da comunicação, da gestão do tempo, de ser positivo consigo mesmo e de saber trabalhar em grupos. Tais destrezas incrementam a capacidade individual para controlar a vida e a recusar a crença de que a vida e a saúde estão controladas desde o 'exterior' (destino, homens poderosos)" (ibid.).

O enfoque **preventivo** apresenta, como pressupostos básicos, o comportamento dos indivíduos implicado na etiologia das doenças modernas⁹, o comportamento como fator de risco e os gastos com assistência médica diretamente relacionados em termos de custo/benefício. Neste enfoque, a educação orienta-se segundo o modelo médico, ou seja, lida com fatores de risco comportamentais. Sua eficácia reside na promoção de mudança de comportamento específicos como, por exemplo, deixar de fumar, fazer exames periódicos, cuidados com a higiene, etc (ibid.).

STOTZ diz que, nestes três enfoques, a tônica está *"na assunção da responsabilidade individual sobre a ação e no aperfeiçoamento do homem através da educação"* (ibid., p.18). Neste sentido, VALLA (1993, p.95) aponta para a *"culpabilização da vítima"* como uma tendência onde a *"individualização da culpa resulta na explicação de uma prática coletiva"*. Significa dizer que aspectos de ordem mais ampla como acesso a conhecimentos e serviços acabam tendo menos importância, ou mesmo, não sendo considerados.

No enfoque **radical**, as condições de vida e a estrutura social são colocadas como as causas básicas dos problemas de saúde. Neste enfoque, a educação sanitária é entendida *"como uma atividade cujo o intuito é o de facilitar a luta política pela saúde"* (STOTZ, 1993, p.18). Neste caso, sendo uma luta a ser travada no âmbito

⁹ O autor aponta as doenças crônico-degenerativas.

político, ela envolve necessariamente o Estado. STOTZ observa que este enfoque se assemelha ao preventivo em função da relevância dada à persuasão “*como princípio orientador da ação educativa*” (ibid., p.19).

Para STOTZ, a escolha de um desses enfoques vai depender “*da posição de cada um a respeito do que considera socialmente relevante e cientificamente fundamentado*”. No entanto, diz o autor que “*na vida nem sempre uma opção exclui totalmente as outras*”¹⁰ (ibid., p.19).

Se analisarmos os quatro enfoques, veremos alguns aspectos que acabam por permear todos eles. Todos levam em consideração a importância do indivíduo enquanto sujeito do processo saúde/doença e consideram que a educação é um fator importante no sentido de instrumentalização dos indivíduos. Apesar de, pelo entendimento de VUORI, citado por STOTZ, os três primeiros enfoques terem “*características individualizantes, parciais e corretivas frente a problemas que requerem predominantemente soluções sociais e holísticas*” (ibid., p.18), parece não ser possível negar totalmente a existência de uma participação e responsabilidade individual em todo o processo.

O enfoque radical, no meu entender, é o que, de maneira mais abrangente, aponta para uma possibilidade maior de transformação da dinâmica da área da saúde, colocando-a - principalmente através dos serviços de saúde que lidam diretamente com a população - em uma posição de mais um espaço importante na formação permanente do cidadão. Porém, este enfoque não pode prescindir da consideração de que a luta política pela saúde passa, também, por uma conscientização e vontade individual de participação.

Para a população, a ligação entre saúde e educação passa por duas questões. Uma delas aponta a saúde como condição necessária para o desenvolvimento do aprendizado. Quem não é saudável tem dificuldade de aprender. Uma outra questão

¹⁰ Justificando essa posição, o autor diz que “a não medicalização de certos problemas humanos é um dos exemplos de possível aproximação entre os enfoques de *desenvolvimento pessoal e radical*. Alguns dos esforços centrados no ensino de atitudes para proporcionar saúde são motivados pelo desejo de libertar as pessoas da dependência dos médicos e de capacitá-las a fazer coisas que provavelmente farão melhor do que (ou tão bem como) por meio dos profissionais de saúde. A luta contra a medicalização aparece no enfoque radical relacionada ao desenvolvimento da consciência sobre as condições que estão [...] nos ‘limites do setor saúde’” (STOTZ, 1993, p.19).

levantada aponta para uma relação de sentido oposto, ou seja, a pessoa que não tiver uma boa educação - e aqui, educação é relacionada com a aquisição de conhecimentos científicos¹¹ - não vai saber cuidar da sua saúde. Seria necessário aprender, principalmente os conhecimentos que levam à aquisição de hábitos de higiene corporal que, por sua vez, aparecem como sendo diretamente relacionados à saúde.

Tem bastante, principalmente se a criança sai de casa mal alimentada, mal tratada, às vezes com problema de saúde, na escola ela não vai tê uma boa produtividade e vice-versa, se ela não tiver uma boa educação na escola, não vai ter um...na parte de saúde, não vai sabê tratá, lavá uma mão antes de comê, escovar corretamente os dentes, tudo isso, a higiene corporal. Uma vem em consequência da outra, né?.

Esta outra fala aponta para a necessidade de se ter conhecimentos para se poder cuidar da saúde, ou seja, conhecer as doenças, bem como ter conhecimento sobre o que fazer e onde procurar atendimento. A educação, aqui traduzida pelo conhecimento, possibilitaria que as pessoas conseguissem mais facilmente, respostas para as suas necessidades de saúde.

Eu penso assim, se tu tens mais informação sobre um assunto, se tu tens informação sobre aquela doença, aquele assunto, tu tens mais possibilidade de se tratá, de procurá melhorá prá ti. Mas, se tu é uma pessoa desinformada tu não consegue nada. Tu fica por ai andando, andando, andando, as pessoas te fazem andar de um lado pro outro e tu não sabe nada. É melhor tu ser uma pessoa instruída, sabendo das coisas, do que ser uma pessoa desinformada.

¹¹ Para a população entrevistada, educação significa respeito, saber falar com as pessoas, ser bem tratado e tratar bem os outros. Está vinculada, também, à educação formal, onde é atribuído um papel de grande importância à escola, não no sentido de transmissão de conhecimentos curriculares, mas no desenvolvimento de atitudes, como respeito, por exemplo.

Considerando os dados apontados no II capítulo, é possível pensar que o fato de os usuários não manifestarem descontentamento explícito, ou seja, ao nível de uma cobrança por seus direitos, frente à organização dos trabalhos, dos atrasos e faltas dos profissionais, seja também, em função desse entendimento de educação. Afinal, fazer diferente poderia colocá-los na situação de mal educados.

Esse entendimento de educação como sendo um conjunto de atitudes que, tomando por base um dos conceitos do dicionário Aurélio, significa civilidade, delicadeza, polidez, cortesia, em suma, ser bem-educado, revela apenas uma faceta da ação educativa. Estas atitudes refletem o nível da relação travada entre os atores sociais. Por exemplo, no caso dos trabalhadores nos serviços de saúde, o fato de não utilizarem dessas atitudes demonstraria uma relação autoritária, hierárquica, de subordinação, onde o outro tem pouca importância.

Esta fala chama a atenção para a importância da informação, apesar de ressaltar o conhecimento sobre as doenças. É importante atentar para duas coisas: primeiro, o fato de a fala induzir ao entendimento de que essas informações não são prestadas, ou seja, parece não existir um trabalho que possibilite as pessoas compreenderem o seu estado, sua doença. Segundo, aponta para a necessidade de obter informações para “*procurá melhorá*”. Isto reforça a importância de desenvolver um trabalho que dê conta dos aspectos educativos das ações em saúde, ultrapassando o nível biológico, chegando à discussão de questões políticas. Esta passagem de um nível a outro não significa que o político seja mais importante do que o biológico. Como foi dito na introdução deste trabalho, ultrapassar o biológico significa agregar a ele o fator político de caráter transformador, considerando que o caráter político sempre existiu, não sendo explicitado.

Para os profissionais, a relação entre saúde e educação também se dá através da necessidade de se ter saúde para um melhor aprendizado, mas esta relação está calcada, principalmente, na prevenção. Se a pessoa detém o conhecimento, ela pode se prevenir em relação às doenças e, conseqüentemente, gozar de mais saúde¹².

Olha...se tu não tiver uma saúde...eu acho que tu não vai ter uma boa educação. Porque uma pessoa desnutrida não tem como aprendê muito numa escola. (Profissional de Nível Elementar)

Se tu for falar em educação e saúde...Tem que ter educação prá se ter saúde. Porque, se tu for ver, educação seria orientação. Seria orientar as pessoas. Isso seria uma forma de educar a população. Se tu educa a população que vem no teu Posto sobre pressão alta, o pessoal vai começar a se prevenir e vai começar a ter saúde. Porque, se ele acha que tem algum sintoma ou algum

¹² Para a maioria dos profissionais, educação também está relacionada à formação obtida no lar e na escola. Para a maioria dos entrevistados, esta formação também se relaciona às atitudes e não à assimilação dos conhecimentos curriculares.

Um dos profissionais relaciona educação à aquisição de conhecimentos científicos. No entanto, apesar de apresentar um outro entendimento, não aponta uma relação entre a apreensão de conhecimentos e o uso deste para a promoção de um modo de vida melhor, tanto individual quanto coletivo.

É possível perceber que falar de educação acaba sendo tão difícil quanto falar de saúde. A princípio, era de se esperar que os profissionais, apesar de terem ampliado o entendimento de educação, se comparado ao exposto pelos usuários, apontassem o seu conteúdo político. No entanto, isso acaba não acontecendo. Creio que uma das razões para isso seja o fato de os profissionais da área de saúde ainda não terem se familiarizado com questões mais políticas relativas às ações em saúde. Não podemos dizer, entretanto, que um dos motivos seja o não entendimento das ações em saúde como ações educativas, tendo em vista o fato de os profissionais terem se reportado muitas vezes, por exemplo, à questão da prevenção em saúde como um momento educativo. No entanto, podemos questionar a limitação deste entendimento.

sinal de hipertensão, ele vai procurar um médico. Acho que seria isso.[...] Seria a orientação pra população conhecer pra poder fazer prevenção. Pra poder fazer saúde. (Profissional de Nível Superior)

Fica claro que a relação feita entre “educação e saúde”, que denota o caráter educativo das ações em saúde, está calcado, basicamente, na prevenção.

Tanto os usuários quanto os profissionais apontam para a necessidade de cuidados, através do desenvolvimento de hábitos adquiridos a partir da aquisição de determinados conhecimentos.

O fato de a prevenção ser colocada como base do caráter educativo das ações em saúde está ligado, a meu ver, com a responsabilidade assumida pelos entrevistados em relação a sua própria saúde. A análise do enfoque preventivo, anteriormente apontado, encaminha para a assunção da responsabilidade por parte dos indivíduos, o que, no entendimento de VALLA (1993), leva a uma tendência de culpabilizar o próprio indivíduo por seus problemas de saúde.

Apesar de não negar a parcela de responsabilidade individual em relação à preservação da saúde, entendo que pensar apenas nesta perspectiva se constitui em uma visão limitada sobre a questão. Por isto, firmo minha tendência em defender as questões apontadas no entendimento do enfoque radical, ou seja, defender a necessidade de trabalhar no sentido de esclarecer as ligações do “ser/estar saudável” com a organização da própria sociedade. Trabalhar nesse sentido seria uma forma de expressar a porção política do caráter educativo das ações em saúde. Posso dizer que as pessoas já assumiram sua parcela de responsabilidade em relação à saúde, porém, o que apresento como sendo uma parcela não pode se constituir em uma responsabilidade unicamente individual.

Neste caso, se os serviços públicos de saúde, bem como outros espaços, trabalhassem no sentido de pensar e desempenhar o papel de educar politicamente, é bem possível que também pudessemos construir uma sociedade mais democrática. Como aponta RODRIGUES (1985, p.59), *“a educação política [...] é igualmente um processo que envolve todas as atividades da sociedade civil, para assegurar os objetivos da vida social. Se uma sociedade se define como regime de inspiração*

*democrática, é de se esperar que os seus cidadãos sejam adequadamente educados para o pleno exercício da democracia”.*¹³

É de se esperar que as pessoas possam ter acesso a conhecimentos e informações que possibilitem uma tomada de posição frente a organização social. O SUS pressupõe a participação popular no seu controle e fiscalização. É necessário que os profissionais se tornem agentes, disseminando essa idéia, assumindo o seu papel enquanto participantes da transformação social. É necessário que os serviços de saúde se tornem mais um espaço de formação permanente do cidadão.

5 - A DIMENSÃO EDUCATIVA DO TRABALHO

No decorrer deste trabalho procurei referir-me aos serviços de saúde como mais um espaço de formação permanente do cidadão. Para isto, seria necessário realçar o caráter educativo das ações em saúde no seu plano político transformador, sem desprezar seus aspectos preventivo e curativo. Neste item, busco verificar se os usuários e os profissionais consideram educativo, o trabalho desenvolvido no Centro de Saúde.

As respostas obtidas, na sua maioria, foram afirmativas. A maior parte dos usuários entrevistados confirma o caráter educativo do trabalho desenvolvido no CS em função da forma como os profissionais os tratavam, pois se sentiam respeitados. Este entendimento reflete o conceito de educação dos usuários.

Educativo...De certa forma é porque eles têm, como se dizer, eles têm respeito com as pessoas, eles têm respeito em tratá as pessoas, é tudo assim, na ordem, não tem desorganização. De certa forma é um pouco educativo [...].

¹³ Para RODRIGUES (1985, P.59), “o que caracteriza uma democracia é um conjunto de princípios e de ações que compõem a ordem social, como resultante da participação de todo povo nos negócios de interesse da sociedade. Num regime democrático, o povo deve participar nas decisões que envolvem os interesses diretos da comunidade social”.

É importante reafirmar que a maioria dos usuários entrevistados está satisfeita com a organização dos serviços oferecidos no CS e com o tratamento oferecido pelos profissionais.

Dois dos usuários entrevistados apontam o caráter educativo do CS relacionado às informações veiculadas em cartazes afixados em um mural na sala de espera. Porém, a fala abaixo levanta duas questões muito importantes: a primeira se refere ao fato dos cartazes terem valor educativo somente para os que saibam ler; e a segunda, ao fato de não interessar mesmo àqueles que saibam ler.

No caso... a única coisa educativo que eu vejo são os cartazes que tem na parede, que, quem sabe lê, lê; quem não sabe, não adianta ficá olhando só vendo colorido. Tem pessoas que olham, que sabem, mas não dão nem bola.[...] não é muito educativo não.

Para alguns profissionais, o trabalho desenvolvido no Centro de Saúde não é um trabalho educativo. Esta afirmação ocorre em função de estes profissionais acharem que o CS não faz um trabalho preventivo. Isto vem ao encontro da relação traçada, pelos profissionais, entre saúde e educação.

Não.[...] Eu não sei como é as consultas médicas, se existe algum tipo de prevenção. Se existe algum tipo de educação. Se o médico conversa ou se a pessoa chega ali com algum sintoma e ele diz: 'É pressão alta, tem que tomar politiazida e volta daqui a 60 dias'. No restante aqui, só é feito procedimento. Não se senta com o paciente prá dizer: a vacina é importante por causa da imunidade, evita as doenças [...]. A pessoa chega, faz a vacina e 'pode dar tais e tais sintomas'. E é até difícil...As vezes a gente nem diz que a vacina tríplice é tétano, coqueluche e difteria. Simplesmente aplica e a pessoa: 'Prá que é essa vacina?' Ai tu diz, mas não porque a gente sente, converse com o paciente e explique.[...] Não se tem palestras, não se tem nada.[...] É como eu te falei, é encima do que o médico mandou o paciente fazer no Posto. (Profissional de Nível Superior)

A fala abaixo aponta o fato de os profissionais não estarem oferecendo um bom tratamento aos usuários. Além de não ser feito um trabalho preventivo, como enfatizado na fala anterior, o profissional aponta a necessidade de existir uma relação de respeito e comprometimento para com o usuário.

Essa relação de respeito e comprometimento existe no entendimento da maioria dos usuários entrevistados. No entanto, as falas dos profissionais aqui apresentadas sugerem o contrário.

Educativo? Não. [...] porque quando eu falo assim duma educação, [...] é uma coisa muito mais [...] comprometedora. Quando eu falo de educação, não é duma educação superficial, duma educação teórica. Educação, assim, é uma coisa que exige mais. Como eu tava falando, na área da saúde, por exemplo, quando encaminharem, de você orientar bem o paciente. De você respeitar o paciente. Você levar o paciente a te respeitar. [...] é explicar melhor, orientar melhor, é informar melhor. O paciente tem que estar bem informado; [...] A área da saúde não é só médico, prontuário, vacina, não. Tem todo o lado de uma formação. Eu acho que quando o paciente, por exemplo, tá sentado aqui no Posto, ele tá ansioso, ele tá esperando, quando eu podia dar uma palestra, podia passar um vídeo, alguma coisa que conscientize. [...] Quando eu falo de educação, eu falo de um ensinamento, eu falo de uma orientação, de formação. As pessoas têm que obter é conhecimento [...]. (Profissional de Nível Médio)

Apesar de não se referir diretamente ao tipo de conhecimento que deve ser obtido, esta profissional indica, no todo da entrevista, a necessidade de formação política do usuário dos serviços de saúde. Dai o uso dos termos “comprometedora”, “formação”, “conscientize”. Esta foi a única entrevista em que foi destacada a formação política como um trabalho a ser desenvolvido no CS, além do trabalho preventivo.

Um dos profissionais justificou que o trabalho desenvolvido não é educativo pelo fato de os trabalhadores não serem orientados para tal. Desenvolver um trabalho mais educativo dependeria, no seu entender, da sensibilidade de cada profissional. Diz que o que acaba acontecendo é o desenvolvimento de um trabalho curativo. Para o profissional, o trabalho educativo que poderia ser desenvolvido refere-se a um trabalho preventivo. Das questões aqui apresentadas, é importante considerar a “falta de orientação” apontada pelo profissional.

Apesar de esta falta de orientação se referir ao despreparo para a execução de um trabalho preventivo, julgo importante discutir a questão do por que os trabalhadores nos serviços de saúde não desenvolvem uma ação educativa com uma conotação

política transformadora, indo além do nível da prevenção. Neste sentido, trago a contribuição de alguns autores que apontam para esta questão.

L'ABBATE, SMEKE e OSHIRO (1992), partindo da implantação do SUS, levantam a necessidade de ir além das reformulações administrativas, financeiras e da incorporação de novas tecnologias. Para as autoras, é necessário uma análise das relações entre instituição/servidor/usuário, visando a uma reeducação destes agentes, objetivando o desenvolvimento da cidadania social e política.

A não incorporação de uma nova postura em função de uma nova organização dos serviços, como no caso do SUS, é apontado pelas autoras como um dos maiores problemas para uma efetiva implantação deste sistema.

Com frequência muito maior do que a esperada, a abertura institucional a projetos progressistas nem sempre vem fundada ou acompanhada da aderência e da crítica dos profissionais que as criam e/ou as colocam em ação na linha de frente. [Porém] estas questões não se explicariam apenas por características de personalidade ou por manifesta filiação político-ideológica dos agentes - técnicos e usuários. Incluem também uma releitura das práticas e dos papéis profissionais à luz de reflexões teóricas e de métodos que efetivamente exponham e questionem com a maior transparência possível, as atuações cotidianas dos agentes de saúde, para criar condições à sua transformação (ibid., p.81-82).

SANTANA (1992, p.66) também aponta algumas questões que causam dificuldades para uma efetiva operacionalização das políticas de saúde no Brasil. O autor diz que devemos buscar explicações para a atual situação do SUS em três diferentes campos: *“a limitação ou, o que vem se tornando mais grave, a redução do gasto e do investimento público; a aplicação desordenada ou inadequada de novas tecnologias na área da saúde; e, por último mas não menos importante, a deficiência de disponibilidade e uso de recursos humanos”*.

Calcando seu estudo no último campo citado, o autor prioriza a necessidade de análise *“sobre as práticas de ordenamento do uso de sua capacidade de trabalho, ou seja, as práticas de gerência de recursos humanos nos serviços de saúde”* (ibid.).

Para SANTANA, é necessário ressaltar que *“os avanços democráticos da legislação que regulamenta o trabalho no setor público não deve ser visto como*

obstáculo na conquista de patamares mais elevados de eficiência e produtividade” (ibid.). Diz ainda que a participação dos trabalhadores na organização e funcionamento dos serviços representam um avanço democrático do movimento trabalhista. Tudo isto é fundamental para uma “nova” proposta de administração de pessoal no contexto do SUS.

LUZ (1992) aponta as Conferências Nacionais de Saúde como o fórum mais importante de discussão das políticas desta área, sendo que envolvia predominantemente a sociedade civil, principalmente os profissionais da área (mais especificamente médicos) e, em tempos recentes, passou a envolver também, a população através de seus representantes, oriundos de associações e grupos específicos.

Fazendo uma análise da IX Conferência Nacional de Saúde, a autora dá destaque a uma questão de suma importância, qual seja, a formação de recursos humanos para a área da saúde no que diz respeito à formação acadêmica e à qualificação profissional. Diz a autora que

*O desconhecimento dos obstáculos que a formação tradicional pode gerar - e tem gerado - às políticas de saúde mais bem intencionadas e mais adequada à realidade sanitária do país é, no mínimo, politicamente sensível e, no máximo assustador. É esse desconhecimento que se pode constatar recorrentemente nas Conferências de Saúde. Quando tratam dessa questão fazem-no apenas de forma tangencial e subordinada à questão macroestrutural de política de saúde*¹⁴ (ibid., p.77).

A autora aponta para outra questão importante e que tem ligação estreita com o assunto proposto neste trabalho, ou seja, o fato de a educação médica ou paramédica estar ligada à área da educação e seu ministério, servindo como um possível argumento de sua desvinculação dos debates à respeito da saúde. Diz a autora que este entendimento *“aceita e ratifica a setorização entre política de saúde e política de educação e, em última análise, a perversa separação social entre saúde e educação, a*

¹⁴ Neste sentido, a autora diz ainda que, não foi verificado, na análise entre a VIII e a IX CNS, nenhum avanço no que diz respeito “à gravíssima questão dos currículos de formação dos profissionais da área de saúde (medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, etc...), quando é de conhecimento generalizado há pelo menos duas décadas que as faculdades desse campo não formam recursos humanos adequados à realidade sanitária do país” (LUZ, 1992, p. 77).

muito denunciada pelos profissionais da área da saúde coletiva [...].Do ponto de vista da relação saúde e educação, portanto, nenhum progresso há a registrar na IX Conferência” (ibid., p. 77).

Os teóricos citados levantam a necessidade de um maior investimento nos recursos humanos da área da saúde, sem o qual a própria implementação do SUS é colocada em xeque. Entendo ser impossível discordar dessas colocações e, por isto, venho tentando mostrar a importância dos profissionais da área da saúde na defesa do SUS e, conseqüentemente, no desenvolvimento de uma proposta educativa que colabore para a formação permanente do cidadão.

A fala abaixo acrescenta outros elementos à necessidade de um trabalho mais preventivo. O profissional diz que o trabalho desenvolvido no CS deixa muito a desejar em termos educativos e aponta a necessidade do envolvimento da comunidade nas decisões de trabalho do CS.

Olha, eu acho que em termos. Desse ponto de vista, no meu entender, deixa muito a desejar porque eu acho que esse Posto de Saúde teria que ser voltado mais para a comunidade. Entendeu? Eu acho que nós deveríamos chamar a comunidade a participar mais até das decisões de trabalho aqui. Até das decisões de saúde porque, no meu entender, eu acho que não tem ninguém que seja tão ignorante, tão ignorante, que não tenha nada a nos ensinar e, também, eu entendo que não tenha ninguém que seja tão sábio, tão sábio, que não tenha nada a aprender com o mais simples. (Profissional de Nível Superior)

Esta foi a única fala com referência à participação comunitária nos trabalhos desenvolvidos pelo CS. No entanto, isso não passa de uma mera constatação do profissional, já que nenhum trabalho foi proposto para modificar a situação.¹⁵ O fato de os profissionais não terem demonstrado clareza em relação às modificações ocorridas no sistema de saúde aponta para a necessidade de um trabalho que vise à própria formação dos profissionais. É possível dizer que é muito difícil implementar uma proposta sem o conhecimento e colaboração de seus agentes ou mesmo sem condições mínimas para tal.

¹⁵ Não tive, até o momento final da pesquisa de campo, nenhuma informação sobre propostas neste sentido.

Outros profissionais consideram o trabalho desenvolvido no CS educativo e justificam apontando para o fato de ele ser preventivo.

Sim, acredito que sim. É educativo porque, como eu falei prá ti, a gente tenta informar, a gente deixa ali um mural, já é um educativo. A gente tenta deixá o pessoal sintonizado. O que é bom prá eles, o que não é, porque isso faz parte da educação também. É deixá o pessoal ciente de como não pegá as doenças, é a prevenção, a gente faz a prevenção nesse ponto. (Profissional de Nível Médio)

É possível verificar, principalmente nas falas dos profissionais, diferenças de opiniões relativas às questões levantadas. Estas diferenças (na forma de pensar e de expressar) demonstram a inexistência de um trabalho de equipe, fato que pôde ser percebido no período de observação.

6 - O CENTRO DE SAÚDE ENQUANTO ESPAÇO DE PARTICIPAÇÃO POPULAR

A participação popular no controle e fiscalização do Sistema Único de Saúde adquire maior força quando relacionada ao trabalho que deve ser desenvolvido pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, bem como pelo papel das Conferências de Saúde. Estes Conselhos e as Conferências de Saúde se constituem espaços onde a população (através de seus representantes) pode participar da elaboração e direcionamento das políticas de saúde.

A participação popular no controle e fiscalização da área da saúde não se reduz aos Conselhos e Conferências. Esta participação pode e deve acontecer diretamente nos serviços, como nos Centros de Saúde, por exemplo. A população deve participar dando sugestões, fazendo críticas, cobrando a execução de um bom trabalho que supra as suas necessidades. Os profissionais, por sua vez, devem abrir espaço para que a população possa se expressar. Devem colaborar na divulgação do entendimento de saúde como direito de todos e dever do Estado, relacionada ao acesso a bens e serviços que também devem ser garantidos por políticas sociais. Isto concorreria em

favor de o Centro de Saúde constituir-se em mais um espaço de formação permanente do cidadão.

É difícil imaginar um trabalho voltado para a formação do cidadão calcado no entendimento de que o caráter educativo das ações de saúde se expressa, primordialmente, através de um trabalho preventivo, o qual é, inclusive, colocado em xeque pela maioria dos profissionais entrevistados.

Um trabalho mais “político de cunho transformador”, voltado para uma participação da população na organização e gerenciamento do CS, como sugere as normas do SUS é inexistente, ou pelo menos, não aparece de maneira explícita. O que parece acontecer é a realização de um trabalho “político de manutenção” da organização existente. Digo isto considerando que as mudanças mais importantes relacionadas à saúde, apontadas neste texto, não são trabalhadas.

É preciso pensar sobre formas de efetuar um trabalho educativo que leve a população a participar deste trabalho. Nesse sentido, trago a contribuição de BRICEÑO-LEÓN (1996). Este autor apresenta sete teses sobre a educação sanitária para a participação comunitária, definidas a partir de duas premissas básicas: “*Sólo conociendo al individuo y sus circunstancias es posible una acción eficiente y permanente en salud*” y “*nadie puede cuidar la salud de otro, si éste no quiere hacerlo por si mismo*” (ibid., p.7).

O autor defende que, para conhecer o ser humano, é necessário conhecer suas crenças, seus hábitos e papéis, suas circunstâncias. Estas circunstâncias referem-se às condições materiais reais sobre as quais se dá, ou não, a ação dos indivíduos. São identificadas a partir de questionamentos sobre como vivem as pessoas, suas famílias, suas comunidades, a sociedade em que se insere. Para contar com o ser humano, é necessário que este se envolva, ou seja, que as pessoas atuem para solucionar seus próprios problemas e não que estas sofram uma ação direta de pessoas externas para tal. Em relação à saúde, como coloca o autor, seria dizer que “*las personas deben actuar para poder garantizarse su propia salud, quiere decir que los programas no pueden ser impuestos a la comunidad, que la comunidad debe compartir el tipo de programa de salud que se va a llevar a cabo*” (ibid., p.9).¹⁶

¹⁶ Neste sentido, o autor levanta algumas questões que apontam para as dificuldades de se respeitar o princípio ético do respeito pela liberdade individual. Primeiro, em função do princípio ético da proteção do outro,

É a partir de suas duas premissas que autor desenvolve suas sete teses, a saber:

I - No hay uno que sabe y otro que no sabe, sino dos que saben cosas distintas. II- La educación no es solo lo que se imparte en programas educativos, sino en toda la acción sanitaria. III - La ignorancia no es un hueco a ser llenado, sino un lleno a ser transformado. IV - La educación debe ser dialógica y participativa. V - La educación debe reforzar la confianza de la gente en si misma. VI - La educación debe procurar reforzar el modelo de conocimiento: esfuerzo-logro. VII - La educación debe fomentar la responsabilidad individual y la cooperación colectiva (ibid., p.7).

BRICEÑO-LEÓN diz que para se falar de educação para uma participação comunitária em programas de saúde, é necessário pensar “*en la manera cómo es posible utilizar los conocimientos de las teorías de la acción individual y social para lograr un cambio en el comportamiento de los individuos*”. Para o autor, a educação “*es una manera cómo los conocimientos que han derivado de la investigación científica son utilizados y puetos en funcionamiento para que el ser humano actúe o deje de actuar, es decir, participe, de modo tal de contribuir al control de las enfermedades*” (ibid., p.11).

Por isto, entendo que os profissionais da área da saúde têm uma grande responsabilidade ao nível da formação técnica e ao nível do compromisso político para o desenvolvimento de um possível trabalho que proporcione a participação comunitária.

Tomando por base as duas premissas comentadas acima, faço a seguinte reflexão sobre o trabalho desenvolvido no CS. Considerando a primeira premissa, onde o autor coloca a necessidade de conhecer o indivíduo, é possível afirmar que o trabalho desenvolvido não concorre para isso, tomando como base a análise dos registros feitos nos prontuários.¹⁷ Como já foi visto no II capítulo, os prontuários, em geral, não

ou seja, da saúde coletiva. Diz que essa dificuldade justifica ações sanitárias autoritárias em casos de epidemia, onde seria necessário a aplicação de medidas que, mesmo que contrariem a liberdade individual, se justificam por uma necessidade coletiva. No entanto, na opinião do autor, esta justificativa não se sustenta em momentos de não existência de epidemias. Porém, outra justificativa é apresentada, ou seja, o fato do outro ser ignorante ou socialmente desfavorecido, tendo que ser protegido, mesmo que não o queira. Para o autor, esta última razão tem dominado enquanto justificativa para a implantação de programas verticais de controle de doenças.

¹⁷ É bom esclarecer que o prontuário não é entendido aqui como uma forma de o profissional controlar a vida do usuário, mas como uma fonte importante para a execução de um trabalho de boa qualidade e como um direito do próprio usuário de poder contar com um instrumento que facilite o cuidado com a sua saúde.

contam com dados importantes, como profissão, por exemplo. Os registros em relação a história de vida do usuário, ou mesmo em relação às queixas apresentadas no momento da consulta também não apareciam na grande maioria dos prontuários pesquisados. Muitos não continham sequer a data da consulta.

A falta destas informações poderia ser explicada alegando que os profissionais conhecem as pessoas independentemente dos registros. Parece-me muito difícil que, a cada consulta, o profissional, principalmente o médico¹⁸, consiga lembrar-se das histórias de vida e clínica dos usuários. O não registro leva à necessidade de perguntar, a cada consulta ou atendimento, sobre dados já informados pelo usuário, isto, contando com a preocupação do profissional em conhecer o usuário. No entanto, caso o profissional deixasse de trabalhar no CS, aquele que o substituísse não teria nenhuma fonte de informação para recorrer a não ser o próprio usuário que, por sua vez, poderia não lembrar de dados importantes como: exames feitos e seus resultados, medicamentos administrados, etc.¹⁹

Um outro dado a ser apontado é o tempo dispensado para a consulta médica, já mencionado no II capítulo. Constato, a partir deste dado, a impossibilidade da realização de um trabalho de boa qualidade, tendo em vista que três profissionais da área médica utilizavam, em média, de 2 a 10 minutos por consulta, independentemente de ser primeira consulta ou um retorno. Faz-se necessário perguntar: que tipo de trabalho pode ser feito em um tempo tão pequeno? Como conhecer o usuário contando com esse tempo?

Em relação a segunda premissa apontada por BRICEÑO-LEÓN, ou seja, que ninguém pode cuidar da saúde de um outro se este não quiser fazê-lo, pergunto: como pensar em cuidar, ou melhor, participar de uma ação para o cuidado da saúde de alguém sem levar em consideração o conhecimento desse alguém e sem a atenção

¹⁸ Neste sentido, aponto para a necessidade de outros profissionais utilizarem o prontuário para registro. Por exemplo, que os profissionais da área da enfermagem registrem dados relativos ao encaminhamento médico, ou seja, curativo, nebulização, controle de pressão arterial, bem como procedimentos executados independente do encaminhamento médico.

¹⁹ Cabe aqui lembrar que a falta de registro de alguns dados pode trazer conseqüências graves ao usuário, como por exemplo, a alergia a algum tipo de medicamento.

necessária para desenvolver esse cuidado? No meu entender, a resposta seria a impossibilidade de fazê-lo.

Além da relação feita entre as premissas levantadas por BRICEÑO-LEÓN e o trabalho desenvolvido no CS, é interessante fazer também algumas considerações em relação as suas teses. Tentando formular uma análise geral, relacionarei alguns dados que julgo importantes para verificar a aplicação de alguma dessas teses.

Em relação aos conhecimentos populares sobre cuidados com a saúde, como o uso de chás, benzeduras, simpatias e outros, quase todos os profissionais disseram que procuram considerá-los, apesar de chamarem a atenção para o que denominam aberrações. Nestes casos, buscam orientar os usuários a este respeito.

Algumas coisas são muito válidas. Tem coisas da sabedoria popular que se faz e funciona. Por ex.: o chá de malva é anti-inflamatório realmente.[...] Tem algumas coisas muito corretas, mas tem outras coisas que são medonhas, tem pessoas que fazem besteira. Botar teia de aranha no machucado, coisas que não tem nada a ver. Algumas coisas são muito corretas, funcionam bem. (Profissional de Nível Superior)

Um profissional de nível superior disse que esses conhecimentos, em geral, interferem no tratamento e estão muito distantes da realidade. Para ele, são “*crendices furadas*”. Outro profissional de nível médio disse que sua atitude, quando questionado sobre o assunto, é dizer para o usuário que “*isso não existe*”.

Apesar de todos os usuários entrevistados fazerem uso de conhecimentos populares para cuidar da sua saúde, apenas um costuma dizê-lo para seu médico. Os demais disseram que nunca tocam no assunto, sendo que um disse: “*uma vez eu até falei [...], mas eles falam que é crendice popular, que não adianta, tudo mentira, besteira*”. Perguntei então, o que fez e a resposta foi: “*Ah, eu não discuto, ele é médico. Eu fico na minha. A gente faz os dois. O que os avós dizem e também o que eles dizem. Prá gente sempre adianta. Às vezes adianta porque tem muito chá, muita coisa que adianta. A gente leva pelos dois, na esportiva*”.

É possível dizer que, apesar de existir, por parte da maioria dos profissionais pesquisados, uma certa aceitação dos conhecimentos populares em relação à saúde, não existe nenhum incentivo para cultivá-los. Esta afirmação se sustenta já que os usuários

não fazem menção ao uso desses conhecimentos populares, apesar de usá-los. A citação acima demonstra ser ingenuidade desconsiderá-los, porém, desconsiderar ou mesmo negar o seu uso, pode acarretar problemas sérios, pois muitos dos conhecimentos ditos populares podem comprometer a saúde.

Por isto, seria necessário discutir e refletir sobre este assunto com os usuários. Buscar uma forma de relacionar conhecimento popular e conhecimento científico. Como diz BRICEÑO-LEÓN, a ignorância não pode ser um buraco a ser preenchido, mas algo já preenchido que precisa ser transformado.

Os dados colhidos também apontam para um entendimento, por parte dos profissionais, que a educação não acontece, considerando as opiniões sobre a dimensão educativa do trabalho, ou que ela acontece vinculada a alguns aspectos, apontados por aqueles que dizem que o trabalho desenvolvido é educativo. Pude entender que aqueles que consideram o trabalho não-educativo não percebem que ele é educativo, não para a formação do cidadão, mas para a manutenção da sua condição de não-cidadão. E que aqueles que acham o trabalho educativo, não o identificam como educativo em toda a sua extensão, mas apenas em alguns aspectos, como por exemplo, em relação às informações contidas nos cartazes e a algumas informações prestadas.

Um outro fato relativo ao trabalho de BRICEÑO-LEÓN diz respeito à participação, ou seja, o processo educativo deve ser participativo. Neste sentido, a pesquisa empírica demonstra que não existe nenhum tipo de participação, por parte da população, no desenvolvimento do trabalho no CS. A não participação foi confirmada pelos profissionais e pelos usuários entrevistados.²⁰

Alguns dos profissionais acham que existe uma certa participação pelo fato da população usar os recursos oferecidos pelo CS. Esta é a forma de participação da população. Outros levantam outras questões como a falta de compromisso da equipe do CS em convidar e estimular a participação da comunidade.

²⁰ Neste trabalho, o que interessava saber era se existia algum tipo de participação dos usuários na organização dos serviços desenvolvidos no CS. Assim, não foi verificado se os usuários entrevistados participavam de outros espaços ou grupos organizados. Apesar de este dado ser importante, não foi possível obtê-lo posteriormente.

Eu acho muito pouco. Muito pouco até porque eu acho que falta, falta interesse desse Posto de Saúde de ter um chamamento perante a comunidade prá ela participar das decisões. (Profissional de Nível Superior)

A participação, na fala acima, adquire uma outra conotação. Nesse caso, a participação dar-se-ia pela gestão conjunta da equipe de trabalho com a população, sendo que a última deveria ser responsável, também, pelas decisões relativas a organização do trabalho. Essa opinião reflete um dos objetivos do SUS, ou seja, a participação na sua gestão e controle.

Um profissional atribui essa não participação ao fato de a própria comunidade, onde o CS está inserido, não ser uma comunidade organizada, já que não tem um Centro Comunitário que possa representar os usuários. Outro dado apresentado é que a maioria das pessoas atendidas no CS não residem no bairro, sendo que muitas vêm dos municípios vizinhos, fatos estes que dificultam a participação.

Alguns usuários dizem que a participação só ocorre pelo fato de estes utilizarem os serviços. A maioria disse que não participa e não tem conhecimento se isto acontece.

É, sobre isso eu tô por fora. Nem sei se existe alguma participação da comunidade. Eu sei que isso aqui é um benefício prá comunidade, agora, se tem participação, eu nunca ouvi dizê, nunca me informei disso.

Uma das justificativas é a questão do tempo. As pessoas dizem que não conseguem participar em função do trabalho. Quando procuram o CS é apenas para receberem o atendimento de que necessitam.

Porque talvez não dá. Não tenho tempo também, trabalho o dia todo. A gente só vem aqui, vem no médico, dentista e não tem assim como...você não tem envolvimento. É não tem envolvimento

Neste sentido, é importante ressaltar a necessidade de, além da promoção da participação - através de um chamamento e discussão da importância e mesmo do direito a participação - que seja analisado também, o como organizar essa participação. Não adianta esperar que as pessoas participem sem oferecer oportunidade real para tal.

O desejo de participação não nasce do nada; ele tem que ser exercitado, mesmo que o chamamento seja para participar de pequenos trabalhos ou decisões, fato que pode despertar para o desejo e importância de participar.

Apenas uma usuária entrevistada disse que já tentou participar dando algumas sugestões para a organização dos trabalhos, porém, não se sentiu ouvida.

É, sugestões eu já dei. Essa das fichas foi dada sugestão²¹, mas é...é o bolo deles...; eles têm o bolinho deles, então, não consegue entrar. A gente dá uma sugestão, mas não é bem aceita.

Estas informações ajudam a perceber que - considerando a forma como os trabalhos são organizados, bem como o próprio envolvimento dos profissionais no sentido de modificar suas ações - não é desenvolvido nenhum tipo de trabalho que possibilite a participação da comunidade. O caráter educativo das ações em saúde, no caso em estudo, se reduz à disseminação de conhecimentos necessários à prevenção, cura e tratamento de doenças, o que, por sua vez, está sendo feito de forma precária, considerando todos os fatos apresentados. Ao invés de colaborar com uma possível transformação social, concorre para a manutenção do que já está estruturado.

Por isto, o trabalho desenvolvido no CS acaba tornando-se inexpressivo como contribuição para a formação permanente do cidadão, apesar de o Centro de Saúde se constituir em um espaço que também é fruto da luta pela cidadania. Também é possível dizer que o trabalho desenvolvido ainda não aponta para a execução de uma das premissas básicas do SUS, ou seja, a participação popular. Essa premissa não foi colocada em prática e, considerando a realidade descrita, está longe disso.

É urgente a necessidade de ser realizado um trabalho junto aos profissionais de saúde no sentido de buscar uma mudança de postura. Isto possibilitaria o desenvolvimento de um trabalho de melhor qualidade e, por conseqüência, o resgate da importância do serviço público de saúde, hoje em total descrédito.

Nos dois últimos capítulos foi mostrado que o Centro de Saúde analisado ainda está distante de poder ser considerado um espaço que trabalhe no sentido de promover a formação permanente do cidadão. No entanto, esta possibilidade está posta. Defendi,

²¹ A entrevistada se refere à sugestão de entrega de fichas logo que as pessoas cheguem no CS, cuja finalidade seria evitar confusão na hora de formar a fila para o atendimento.

durante todo o estudo, a importância de considerar os serviços de saúde como mais um espaço de formação permanente do cidadão. Mesmo que isto esteja ocorrendo de forma muito fragilizada,²² acreditar na possibilidade de construção de mais cidadania e na garantia de mais saúde, é o primeiro passo para que seja possível trabalhar neste sentido.

Ampliar o entendimento do caráter educativo das ações em saúde para além das questões biológicas, ressaltando seu potencial político transformador é, também, indispensável para que se possa pensar em uma nova proposta para os serviços de saúde.

Portanto, diagnosticar, em todos os níveis, da forma de pensar à execução das ações desenvolvidas nos serviços de saúde, é uma questão de suma importância para modificá-los e transformá-los em verdadeiros espaços de formação permanente do cidadão.

²² Digo que ocorre de forma fragilizada visto que o acesso à saúde e o próprio Centro de Saúde se constituem em resultado, também, da luta por cidadania. O que ocorre é que apenas o acesso aos serviços, da forma como foi exposto, acaba se caracterizando como elemento de expressão da cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, considerando o referencial teórico utilizado e os dados obtidos na pesquisa de campo, gostaria de reapresentar as considerações que creio serem as mais importantes. Ao longo de todo o texto busquei ir tecendo alguns comentários e apontando para algumas conclusões.

Os dados referentes à história da saúde foram de suma importância para que fosse possível entender que o trabalho desenvolvido nesta área está intimamente ligado a interesses de classe. O fato das mudanças na área da saúde estarem sempre vinculadas a uma necessidade do capital para sua manutenção e reprodução concorre para se pensar na possibilidade de, em posse desse conhecimento, colaborar no sentido de que a estrutura social seja mais humanizada. A partir deste entendimento é possível traçar estratégias e construir uma nova proposta onde os serviços de saúde sejam parte da engrenagem social voltada para a promoção do bem-estar da população e não, prioritariamente, uma das ações do capital para se manter. Isto significa dizer que os serviços de saúde, à medida que desenvolverem um trabalho que leve em consideração o seu teor político crítico, podem colaborar com a formação permanente do cidadão e com a construção de uma sociedade melhor.

Muitas conquistas foram alcançadas no decorrer da história. Considerar a saúde como o resultado de múltiplas determinações, retirando a culpa exclusivamente individual em relação ao processo saúde/doença, pode ser visto como um grande avanço.

Outra grande conquista foi a garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado. Mesmo que isto ainda seja considerado uma condição mais teórica do que prática, não é possível retirar o mérito desta conquista, porém, é necessário tecer uma consideração a respeito do termo “conquista”. Digo isto pelo fato de entender que esses avanços em relação à área da saúde não estão destituídos de interesses do próprio capital. Mesmo que não seja em função da manutenção de mão-de-obra ou de cuidado da saúde do pobre para a proteção dos ricos, o é pela necessidade de controle social. Porém, a função de controle social não encerra o seu papel, podendo se constituir num locus de resistência.

Ao mesmo tempo que se conquistou o direito à saúde, se conquistou também o direito de participar do seu gerenciamento e fiscalização. Esta possibilidade, obtida com a criação do SUS, nos coloca a responsabilidade de exercermos um papel que, mesmo não sendo negado de forma explícita, não era colocado como um direito e um dever de todos. Não havia nenhum incentivo explícito para que nos colocássemos na condição de responsáveis, de fato e de direito, pelo gerenciamento e fiscalização desses serviços.

Ligado a esta conquista - insisto no fato desta ser mais teórica do que prática - vivemos um momento de grande investidura do pensamento neoliberal, que traz como ponto central de ação a formação do chamado Estado Mínimo, que teria como função apenas regulamentar e administrar, cabendo ao mercado a ação. Na área da saúde é possível verificarmos tal ação considerando a supremacia dos serviços privados em relação aos públicos. Apesar de no Brasil os serviços privados terem sido sempre superiores em número e, geralmente, em qualidade, a aplicação das políticas neoliberais tendem a aumentar essa diferença. A supremacia da qualidade dos serviços privados de saúde está intimamente ligada a falta de investimentos na saúde pública.

A aplicação das políticas neoliberais, enfaticamente defendidas pelo governo FHC, trazem como consequência o desmantelamento dos serviços públicos provocado pelo seu desfinanciamento. A intenção política é provar a ineficiência desses serviços, facilitando o projeto privatizador. A área da saúde, por ser considerada de grande rentabilidade, é alvo importante para o mercado. Por sua vez, o Estado, aliado fiel deste mercado, vem desrespeitando todos os preceitos constitucionais, não cumprindo o seu dever e, mais recentemente, retirando da sociedade direitos conquistados.

Ao mesmo tempo que os governos - em especial o governo FHC - vêm delineando políticas que visam a diminuição extrema dos serviços públicos, lançam mão de estratégias que levam a população a crer que tudo o que está sendo feito é para a melhoria de sua condição de vida. A política econômica implantada no país desmantela os serviços públicos, piorando cada vez mais a sua qualidade. Por outro lado, permite que as populações de baixa renda tenham acesso ao consumo de coisas que a muito tempo estavam fora do seu alcance. No entanto, não percebem que seus direitos mais elementares estão sendo retirados.

A mídia tem exercido papel importante em todo este contexto. Ela vem mostrando a ineficiência dos serviços públicos sem, no entanto, detalhar as causas dessa ineficiência. Quando faz crítica ao tipo de administração que está sendo implementada, deixa margem ao entendimento de que tudo isso independe das pessoas que estão no poder. A administração pública passa a ser vista como algo que independe dos homens, que é ruim porque esta é uma característica inerente a si. As coisas são mostradas sempre com o intuito de provar a ineficiência dos que trabalham, nunca para denunciar a incompetência administrativa e a vinculação ao poder. Não leva ao entendimento de que tudo é pormenorizadamente pensado, estrategicamente organizado. Quando se refere a pessoas, é sempre aos pequenos, aos que participam do sistema de corrupção, mas que não são os grandes corruptos. Os noticiários até apontam para a existência dos “grandes”, mas tudo fica num nível tal, que é bem possível que as pessoas não se apercebam.

A máquina é apresentada de forma tão complexa que parece difícil e até impossível mexer em suas engrenagens. O descrédito, as dificuldades, a repressão (velada?) é tão grande que um direito como o acesso à saúde, não é defendido pelos profissionais que trabalham nessa área, nem tampouco pela população, prejudicada dia-a-dia pela falta de atendimento ou pelo atendimento precário a que se submete.

A política atual de desmantelamento e privatização dos serviços públicos, dentre eles o da saúde, aponta para a necessidade de se desenvolver um trabalho voltado para a formação de uma consciência política no sentido de promover um movimento que possa servir de anteparo a essas ações.

Seria necessário mostrar os motivos que levam a área da saúde a se encontrar em estado de coma. Caberia aos profissionais, além de fazerem tudo que fosse possível pela população, mostrar o que os limita para prestar um melhor atendimento. Não significa que os profissionais façam além do que lhes é possível, mas que façam o possível para mostrar que a ineficiência não está na vontade, mas na possibilidade. Atender bem a população poderia ser uma forma de mostrar que o serviço público de saúde pode ser competente.

No entanto, a realidade do atendimento nos serviços públicos de saúde é outra. O que parece é que os profissionais assumiram a função de provarem que os serviços

são ruins por incompetência da sua própria classe. Exemplo disso é o tratamento dispensado à população veiculado pela imprensa e sabido por todos os que usam.¹ Neste sentido, a pesquisa empírica demonstra essa realidade com muita propriedade.

O que pôde ser constatado é que o Centro de Saúde, objeto deste estudo, não vem desenvolvendo um trabalho que possibilite a formação permanente do cidadão. Pelo contrário, tem concorrido para que a população continue na condição de simples receptora de alguns serviços que, no meu entendimento enquanto observador e pesquisador, estão muito longe de serem serviços de qualidade. A organização dos serviços e a forma como os profissionais tratam a população, expressa nos atrasos, ausências, tempo de duração das consultas, registro em prontuários, demonstram esta falta de qualidade.

Logicamente não é possível deixar de considerar outras questões que fazem com que o trabalho não tenha um bom nível (trabalhadores insatisfeitos com a sua condição profissional, falta ou escassez de equipamentos e demais recursos para a execução do trabalho). Porém, não é aceitável que esses motivos sejam preponderantes no serviço público, muito menos nos serviços de saúde, principalmente se eles não forem colocados e discutidos com a população, no sentido do desenvolvimento de ações que venham a beneficiar, tanto trabalhadores quanto população.

No caso do CS estudado, na minha avaliação, da população e da maioria dos profissionais, existiam condições para que fosse desenvolvido um trabalho de bom nível. Este bom nível diz respeito apenas àquilo a que o Centro de Saúde e os serviços de saúde em geral, têm se proposto, ou seja, trabalhar com o tratamento, cura e prevenção de doenças. As condições básicas existem: um bom espaço físico, profissionais e equipamentos (mesmo não sendo os de melhor qualidade). Mesmo considerando a falta de alguns materiais, dentre eles medicamentos, o atendimento poderia ser bem melhor. A possibilidade de ser melhor está relacionada a uma necessária mudança de postura dos profissionais. Isto implicaria no desenvolvimento de um trabalho que propiciasse uma reflexão destes profissionais a respeito do seu

¹ - É preciso que se leve em conta que essa avaliação é em relação a um contexto global. Não se pode negar a existência de ótimos profissionais e ótimos serviços dentro de todas as limitações postas ao serviço público de saúde.

papel social, da sua responsabilidade diante de algo fundamental, ou seja, a vida saudável.

Pude observar que os profissionais, apesar de concordarem que existem condições para o desenvolvimento de um bom trabalho, também concordam que as atividades desenvolvidas deixam muito a desejar. Alguns fatos que aponte no decorrer do texto, como a organização dos serviços, os atrasos e ausências dos profissionais, as filas, o tempo de duração das consultas, os registros em prontuários são questões muito sérias e que desqualificam o serviço público de saúde. Os profissionais não apontaram todos esses fatos como problemas. Pouquíssimos tocaram nesses pontos de forma direta.

Existe um grande “conformismo” - pelo menos ao nível da ação - por parte da população no sentido de não questionar sobre o por quê da precariedade dos serviços e de exigir um atendimento de acordo com as suas necessidades. Ao final do II capítulo concluo que existe uma “satisfação” com o serviço oferecido. As poucas reclamações feitas ao pesquisador, em momento nenhum foram feitas aos profissionais, tanto que apenas uma entrevistada colocou a sua insatisfação e disse que não reclamava para os profissionais porque não adiantaria. Mesmo assim estava, como ela mesma colocou, “60% satisfeita”. Essa “satisfação” não impediu que os usuários apontassem coisas que não lhes agradavam ou que se constituíam em dificuldades para um bom atendimento e apresentassem algumas soluções. Soluções estas que chamei de “silenciosas e silenciadas”.

Acredito que a “satisfação” e o “conformismo” a que me refiro tenham suas causas. O fato de alguém dizer que “não adianta reclamar” reflete o quão impregnado está o sentimento de impossibilidade de se fazer qualquer coisa que possa mudar uma condição que não agrada, mas que ao mesmo tempo se coloca como a possível e tem que ser resguardada. Ou seja, é melhor ter esse tipo de serviço do que não ter nenhum. O fato desse Centro de Saúde ser considerado pela população como o melhor da região também serve como causa para assumir esse tipo de posição. Outra causa está ligada ao fato de o serviço ser considerado gratuito. Acredito que os profissionais também não têm claro a extensão de sua ação sobre as pessoas e, conseqüentemente, sobre a possibilidade de se construir uma sociedade melhor.

Mas este “conformismo” não é percebido somente em relação à população. Podemos atribuí-lo também aos profissionais, considerando que estes não têm buscado alternativas para que a sua condição de trabalhador no serviço público seja vista e tratada de outra forma que não esta de extremo abandono. Pelo contrário, os profissionais, considerando a pesquisa de campo, têm colaborado para mostrar que os serviços de saúde pública são ineficientes. A população não tem sido vista como uma possível parceira para lutar pela melhoria dos serviços e, conseqüentemente, da própria condição dos trabalhadores.

Se a população, ao final, acaba por demonstrar “satisfação” com os serviços, isto não pode ser considerado como uma “boa avaliação”. Como foi dito anteriormente, outros motivos parecem ser preponderantes para esta avaliação. Mesmo que a aceitação deste tipo de serviço se configure como uma forma de resistência (CHAUI, 1986), ou se for o resultado da formação de hábitos institucionalizados (BERGER e LUCKMANN, 1985), é necessário que se promova ações para reverter este quadro, ultrapassando o campo das constatações.

Em relação à questão específica deste estudo, é importante retomar o entendimento de que as ações em saúde sempre foram permeadas por um caráter educativo. Com base em todo material analisado, creio que a ação educativa dos serviços de saúde tem concorrido para manter a organização social existente. Trabalhando basicamente em cima do tratamento, cura e prevenção de doenças, os serviços de saúde acabam por suprimir seu potencial político transformador. O que tem acontecido é uma defesa política de manutenção, mesmo que não refletida e não intencional por parte dos trabalhadores nesses serviços. É importante ressaltar também que não tem havido investimento na formação dos profissionais da área da saúde como apontado no Capítulo III.

Na área da saúde, é preciso e possível desenvolver um trabalho que vá além do tratamento, cura e prevenção de doenças. Essas funções características desses serviços podem e devem vir acompanhadas de uma discussão política que amplie o seu caráter educativo. Ou seja, é preciso que, além do trabalho educativo voltado para a preservação da saúde, se faça um trabalho voltado para a preservação e melhoria da saúde pública enquanto política social sob a responsabilidade do Estado. Considerando

os enfoques sobre “educação e saúde” apresentados por STOTZ (1993) apontados no Capítulo III deste trabalho, esta posição corresponderia ao **enfoque radical** que considera a educação sanitária como uma atividade que visa facilitar a luta política pela saúde.

É preciso fazer um trabalho que leve as pessoas a não se satisfazerem com promessas que têm sido reeditadas por muitas gerações de políticos. Trabalhar neste sentido pode favorecer a garantia e implementação de um direito já conquistado.

Para isso é necessário ação. É necessário um movimento social que possa exigir o cumprimento da constituição, que possa exigir a aplicação do dinheiro público naquilo que é público. Neste sentido, toda e qualquer pessoa é responsável. Os profissionais da área da saúde, cientes da sua situação e da situação da sua área de trabalho, se constituem em elementos de máxima importância na promoção do que chamo de “indignação social” para com o desrespeito com que a área da saúde tem sido tratada. Desenvolver um trabalho neste sentido, auxiliando a população a se munir de conhecimentos em relação a seus direitos é uma forma de participar da formação permanente do cidadão.

À medida que não existe o desenvolvimento de uma ação que ajude os usuários dos serviços de saúde a relacionarem seus problemas com as suas próprias condições de vida, de forma que essas pessoas possam refletir sobre a necessidade de se fazerem sujeitos, lutando por melhoria da sua qualidade de vida, se perde uma grande oportunidade de melhorar a condição de saúde dessa sociedade. Da mesma forma, deixando de trabalhar com o entendimento de saúde como direito de todos e dever do Estado, também é perdida essa oportunidade.

O próprio descompromisso, por parte dos profissionais, em desenvolver um trabalho de melhor qualidade, além de não modificar a condição de saúde da população, leva a um descrédito do serviço de saúde pública. Caso assumisse uma postura de defesa deste serviço, o profissional, através do reconhecimento de que é possível ter um serviço de qualidade, pelo menos no que depende de si - sendo a impossibilidade de ter um serviço melhor, fruto de uma política de abandono desses serviços - poderia colaborar com a luta por melhorias.

A observação e as entrevistas levam a crer que a saúde como resultado de múltiplas determinações, bem como um direito de todos e dever do Estado, não são questões trabalhadas. Além disso, apesar de não ter participado de nenhuma consulta com os profissionais entrevistados, o tempo de consulta daqueles que não ultrapassaram 10 minutos, leva a crer que não é possível sequer lidar com tratamento, cura e prevenção de doenças de modo satisfatório. O restante das atividades, como foi dito por um profissional entrevistado, está pautado na execução de procedimentos, ou seja, *“em cima do que o médico mandou fazer no Posto”* (Profissional de Nível Superior).

A participação popular na gestão e fiscalização dos serviços de saúde se constitui numa grande possibilidade de promover melhorias nesses serviços, permitindo que estes se aproximem das expectativas da população. Mas, além da necessidade de promoção desta participação através da divulgação do direito e do dever de participar, é necessário que sejam criadas oportunidades reais para que isto aconteça. Como foi colocado no Capítulo III, o desejo de participar não nasce do nada, tem que ser exercitado. No caso do Centro de Saúde analisado neste estudo, não tem sido feito nenhum trabalho no sentido de desenvolver a participação da população.

Espero que este estudo possa colaborar para a compreensão da importância de se trabalhar a questão da saúde de forma diferente. Espero que cada leitor que a ele tiver acesso, passe a refletir sobre o assunto e a colaborar para que esta discussão, que não se pretende finalizada, possa ser difundida.

Enquanto pesquisador e trabalhador no serviço público de saúde, ao concluir este estudo, me sinto mais convicto da possibilidade de, através das ações em saúde - enfatizando o seu caráter educativo num sentido crítico - poder participar da formação permanente do cidadão.

Transformar os serviços de saúde em mais um espaço de formação do cidadão é a possibilidade de dar vida a um espaço que, via de regra, lida com a morte e seus agentes causadores.

Esta pesquisa possibilitou um crescimento individual enquanto profissional que atua na área da saúde, bem como enquanto pesquisador. Posso dizer que me sinto mais preparado para lidar com as questões da área da saúde, principalmente para participar

da sua vinculação a projetos de conquista de mais saúde e de mais cidadania. O caminhar, pela complexidade do assunto, mostrou que ainda existem muitas coisas para discutir e analisar. Acredito que esta discussão não possa ser considerada esgotada. Pelo contrário, ela aponta para a necessidade de, além de ampliar a reflexão, pensar em como viabilizar ações para que a saúde passe a ser assumida também como o resultado de múltiplos determinantes e como direito de todos e dever do Estado em garanti-la.

Como já disse na introdução, a saúde é mais um espaço de construção e esperança, construção de uma sociedade mais igualitária e esperança de mais vida e mais cidadania.

ANEXO 1 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

Nome: _____ Idade: _____
Local de nascimento: _____
Nível de instrução: _____
Profissão dos pais: _____
Tempo de serviço no CS: _____
Profissão: - Cargo _____
 - Função _____

- 1) Que atividades você deve desenvolver dentro da sua função?
- 2) Você consegue dar conta das atividades que são atribuídas a você?
- 3) Você gosta do seu trabalho?
- 4) Como você se sente trabalhando no CS?
- 5) Como é o seu relacionamento com seus colegas de trabalho?
- 6) Como é o seu relacionamento com a população que procura o CS?
- 7) Qual é o papel do CS?
- 8) Você já usou o serviço público de saúde? O que você achou?
- 9) Quem é responsável pela saúde?
- 10) O que é saúde?
- 11) O que é educação?
- 12) Como você relaciona saúde e educação?
- 13) O trabalho desenvolvido no CS é educativo?
- 14) A população participa do trabalho desenvolvido no CS? Como?
- 15) O que você acha dos conhecimentos populares em relação à saúde?
- 16) Quais são os conflitos vividos no CS?
- 17) Você se sente satisfeito com o serviço oferecido pelo CS?
- 18) Como você se posiciona quando tem que justificar uma deficiência do serviço oferecido?
- 19) Você acha que a população segue as orientações dadas aqui por vocês? Por que?
- 20) Você acha que existem condições física e humana para o desenvolvimento de um bom trabalho?
- 21) Como você avalia o seu trabalho?

ANEXO 2 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A POPULAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____
 Local de nascimento: _____
 Profissão: _____
 Nível de instrução: _____
 Profissão dos pais: _____
 Renda familiar: _____

- 1) Você reside no bairro do Estreito?
- 2) Você costuma vir sempre ao CS? Quantas vezes já veio no ano de 1995? Consultou com quantos profissionais?
- 3) Que problemas de saúde você apresenta?
- 4) Qual é o papel do CS?
- 5) Você já falou para algum profissional do uso de conhecimentos populares para cuidar da sua saúde? O que ele disse? Ele já indicou algum tratamento baseado em conhecimentos populares?
- 6) Você gosta do tratamento dado pelos profissionais do CS? Por que?
- 7) Quais são as dificuldades que você enfrenta quando procura atendimento no CS?
- 8) Você entende a linguagem usada pelos profissionais?
- 9) Como você reage quando não tem acesso aos serviços do CS?
- 10) Você se sente responsável pelo trabalho desenvolvido no CS? Participa desse trabalho? Como?
- 11) Você segue todas as orientações dadas pelos profissionais? Por que?
- 12) Você acha que existem condições física e humana para o desenvolvimento de um bom trabalho?
- 13) Você acha que o trabalho desenvolvido no CS é educativo?
- 14) O que é saúde?
- 15) O que é educação?
- 16) Qual é a relação entre educação e saúde?
- 17) Quem é responsável pela saúde?
- 18) Você tem outro convênio de saúde? Qual? Se tem, por que não usa?
- 19) Você está satisfeito com o serviço oferecido pelo CS?
- 20) Como você acha que deveria ser? O que fazer para melhorar?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. A construção social da realidade. 12. ed. Petrópolis : Vozes, 1985.
- BERLINGUER, Giovanni. A doença. São Paulo : HUCITEC, 1988.
- BOLTANSKI, Luc. As classes sociais e o corpo. 3. ed. Rio de Janeiro : Graal, 1989.
- BRANDÃO, Carlos R. O que é educação. 28. ed. São Paulo : Brasiliense, 1981.
- _____. Lutar com a palavra : escritos sobre o trabalho do educador. Rio de Janeiro : Graal, 1982.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988.
- _____. Ministério da Saúde. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.
- BRICENÕ-LEÓN, Roberto. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.7-30, jan./mar. 1996.
- BUARQUE, Cristovam. O colapso da modernidade brasileira : uma proposta alternativa. 3. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1991.
- BUFFA, Ester; ARROYO, Miguel G.; NOSELLA, Paolo. Educação e cidadania : quem educa o cidadão?. 3. ed. São Paulo : Cortez, 1991.
- CAMPOS, Gastão W. de S. Os médicos e a política de saúde. São Paulo : HUCITEC, 1988.
- _____. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo : HUCITEC, 1991.
- CARVALHO, Marta M.C. de. Molde nacional e forma cívica: higiene, moral e trabalho no projeto da Associação Brasileira de Educação (1924 - 1931). São Paulo, 1986. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de São Paulo.
- CARVALHO, Guido I. de; SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde : comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). 2. ed. São Paulo : HUCITEC, 1995.
- CASTILLO, Eduardo G. Salud y cambio social. Madrid : Zero, 1984.
- CASTRO, Ieda B. Conceito de saúde - predicativos e implicações. Revista Brasileira de Enfermagem, Distrito Federal, n.31, p. 275-280, 1978.

CHAUI, Marilena. Conformismo e resistência : aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo : Brasiliense, 1986.

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Asa C.(org.). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo : Cortez, 1995. p.225-244.

COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA: Documento 1. [199-].

COSTA, Nilson R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. Cadernos CEDES, São Paulo, Cortez, n. 4, p. 5-27, 1987.

COVRE, Maria de L. M. O que é cidadania. São Paulo : Brasiliense, 1991.

DALLARI, Adilson. O que é funcionário público. São Paulo : Brasiliense, 1989.

DEMO, Pedro. Cidadania tutelada e cidadania assistida. Campinas : Autores Associados, 1995.

DIVISION DE DESARROLLO SOCIAL DE LA CEPAL. Dos temas claves en America Latina: reforma de los sistemas de seguridad social y salud. In: KLIKSBURG, B. Pobreza: un tema impostergable. México : Fondo de Cultura Economica, 1993. p.109-130.

DONNANGELO, Maria C. F. Saúde e sãciedade. 2. ed. São Paulo : Duas cidades, 1979.

DUCHIADE, Milena P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, Maria C.S. (org.). Os muitos Brasis : saúde e população na década de 80. Rio de Janeiro : HUCITEC, 1995. p.14-56.

FANTIN, Maristela. Construindo cidadania e dignidade: experiências populares de educação e organização no Morro do Horácio. Florianópolis : Insular, 1997.

FEIJÓO, José C. V. O Estado neoliberal e o caso mexicano. In: LAURELL, Asa C. (org.). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo : Cortez, 1995. p.11-52.

FERREIRA, Aurélio B. de H. Novo dicionário da língua portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1986.

FÓRUM POPULAR ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA. Conselhos Municipais de Saúde: o controle do Sistema Único de Saúde pela população. Florianópolis, 1993.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro : Forense, 1980.

- _____. Microfísica do poder. 11. ed. Rio de Janeiro : Graal, 1993.
- FRANÇA, Bárbara H. O Barnabé : consciência política do pequeno funcionário público. São Paulo : Cortez, 1993.
- GADOTTI, Moacir. Concepção dialética da educação: um estudo introdutório. 3. ed. São Paulo : Cortez, 1983.
- GIROUX, Henry; SIMON, Roger. Cultura popular e pedagogia crítica: a vida cotidiana como base para o conhecimento curricular. In: MOREIRA, Antônio F. B.; SILVA, Tomaz T. da. Currículo, cultura e sociedade. 2. ed. São Paulo : Cortez, 1995. p.93-124.
- GONÇALVES, Ricardo B. M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde : características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo : HUCITEC, 1994.
- HEIMANN, Luiza S.; CARVALHEIRO, José R.; DONATO, Ausônia F. et al. O município e a saúde. São Paulo : HUCITEC, 1992.
- JACOBI, Pedro. Movimentos sociais e políticas públicas : demanda por saneamento básico e saúde - São Paulo, 1974-84. 2. ed. São Paulo : Cortez, 1993.
- KRISCHKE, Paulo J. (org.). O contrato social, ontem e hoje. São Paulo : Cortez, 1993.
- L'ABBATE, Solange; SMEKE, Elizabeth de L. M.; OSHIRO, Julieta H. A educação em saúde como um exercício de cidadania. Saúde em Debate. n. 37, p. 81-85, Dez., 1992.
- LAURELL, Asa C. La salud-enfermedad como proceso social. Revista latinoamericana de Salud, México, n. 2, p. 7-25, 1982.
- _____. Avanços em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: _____. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo : Cortez, 1995. p.151-178.
- LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. Pesquisa em educação : abordagens qualitativas. São Paulo : E.P.U., 1986.
- LUZ, Madel T. As instituições médicas no Brasil : instituições e estratégia de hegemonia. 3. ed. Rio de Janeiro : Graal, 1986.
- _____. IX Conferência Nacional de Saúde: a VIII revisitada? Avanços e impedimentos na implantação da nova política de saúde. Revista Saúde em Debate, n. 37, p. 76-80, Dez., 1992.

LYDA, Massaco. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. São Paulo : U.E.P., 1994.

MELO, Joaquim A. C. Educação sanitária: uma visão crítica. Cadernos do CEDES, São Paulo : Cortez, n. 4, p. 28-43, 1987.

MIDGLEY, James. La política social, el Estado y la participación de la comunidad. In: KLIKSBURG, B. Pobreza: un tema impostergable. México : Fondo de Cultura Economica, 1993. p.205-218.

MINAYO, Maria C. S. (org.). Apresentação. In: _____. Os muitos Brasis : saúde e população na década de 80. Rio de Janeiro : HUCITEC, 1995. p.9-13.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho de Saúde: guia de referência para a sua criação e organização. Brasília, [199-].

_____. Relatório: Avaliação do funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília, 1995.

MISOCZKY, Maria C. IX Conferência Nacional de Saúde: momentos de traçar caminhos. Contexto & Educação. Universidade de Ijuí, ano 6, n. 21, p. 78-84, jan./mar. 1991.

NETO, Eleutério R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília : IEC, 1994. p.7-17.

NOVELO U, Federico. Estado Keynesiano e Estado neoliberal. In: LAURELL, Asa C. (org.). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo : Cortez, 1995. p.53-70.

PATRÍCIO, Zuleica M.; SAUPE, Rosita. Repensando paradigmas de saúde: ensinando e aprendendo terapêuticas alternativas para ser saudável. Texto & Contexto. Florianópolis, UFSC, v.1, n. 2, p.142-151, jul./dez. 1992.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Documento preparatório da I Conferência Municipal de Saúde. Florianópolis, abril de 1995.

_____. Manual do cidadão usuário do SUS. Florianópolis, 1996.

QUEIROZ, Vilma M.; EGRY, Emiko Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva fundamentadas no materialismo histórico e dialético. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 41, n.1, p.26-33, jan./mar. 1987.

- QUEIROZ, Marcos de S. Representações sobre saúde e doença : agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS. Campinas : UNICAMP, 1991.
- REMEN, Rachel N. O paciente como ser humano. São Paulo : Summus, 1993.
- REZENDE, Ana L. M. de. Saúde: dialética do pensar e do fazer. 2. ed. São Paulo : Cortez, 1989.
- RODRIGUES, Neidson. Lições do Príncipe e outras lições. São Paulo : Cortez, 1985.
- ROS, Marco A. da. Um drama estratégico : o Movimento Sanitário e sua expressão num município de Santa Catarina. Rio de Janeiro, 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública.
- ROSEN, George. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro : Graal, 1979.
- _____. Uma história da saúde pública. São Paulo : UNESP, 1994.
- SANTA CATARINA. Plano Estadual de Saúde. mar., 1994
- SANTANA, José P. de. Gestão do trabalho no serviço público de saúde. Saúde em Debate. n. 37, p. 66-69, Dez., 1992.
- SCLIAR, Moacyr. Do mágico ao social : a trajetória da saúde pública. São Paulo : L & PM, 1987.
- SEVERINO, Antônio J. Educação, ideologia e contra-ideologia. São Paulo: E.P.U., 1986.
- SILVA, Maria E. K. Educação em saúde na assistência de enfermagem : um estudo de caso em Unidade Básica de Saúde de Florianópolis. Florianópolis, 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.
- STOTZ, Eduardo N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, Victor V.; STOTZ, Eduardo N. (orgs.). Participação popular, educação e saúde : teoria e prática. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1993. p.11-22.
- TESTA, Mario. Pensar em saúde. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.
- TOLEDO, Enrique de la G. Neoliberalismo e Estado. In: LAURELL, Asa C. (org.). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo : Cortez, 1995. p.71-90.
- VALLA, Victor V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: VALLA, Victor V.; STOTZ, Eduardo N.(orgs.). Participação popular, educação e saúde : teoria e prática. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1993. p.87-100.