

DEMANDAS POPULARES, POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE



Organização

NILSON DO ROSÁRIO COSTA
CECÍLIA DE SOUZA MINAYO
CÉLIA LEITÃO RAMOS
EDUARDO NAVARRO STOTZ

COLEÇÃO | Saúde
e
Realidade
Brasileira

IV

O centro municipal de saúde e a participação popular

(Victor Vincent Valla * e
Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira **)

“A educação sanitária pode ser ação de massas, na qual os especialistas podem desenvolver uma função relevante se se ligam não só às exigências, mas também às experiências de formação de ‘base’ de uma consciência sanitária, isto é, aos movimentos organizados dos trabalhos e dos cidadãos” (Berlinguer, Giovanni. Medicina e Política).

* Professora titular do Departamento de Ciências Sociais da ENSP, FIOCRUZ.
** Pesquisadora do Projeto “Educação, Saúde e Cidadania” (FINEP/INAMPS).

Introdução

O presente artigo apresenta-se como uma oportunidade para discutir o papel do Centro Municipal de Saúde em sua relação com a população usuária. A discussão desenvolvida a seguir é resultado parcial das primeiras investigações e reflexões de um projeto de pesquisa que tem como objetivo principal a investigação de como o próprio Centro Municipal de Saúde concebe a questão de saúde e como vê a participação da sociedade civil no seu interior. Na verdade busca-se compreender qual é a concepção hegemônica de saúde que se desenvolve no interior do Centro e como essa percepção se relaciona com a discussão de cidadania e aplicação da verba pública.¹

Essas reflexões são um produto de um programa de visitas ao Centro, que nos permitiu freqüentar e observar reuniões onde os profissionais discutiam as consultas que faziam com a população e a prática de atendimento. Foi possível também fazer uma observação sistemática do funcionamento do Centro e conversar individualmente com profissionais de saúde e pessoas da população que para lá se deslocavam. Finalmente essas reflexões representam nossa inserção nas reuniões mensais do Conselho Comunitário de Saúde da XI R.A. e no Grupo Executivo Local (GEL) das Ações Integradas de Saúde (AIS) na Área Programática 3.1.

1. A pesquisa em questão se desenvolve em torno do Centro Municipal de Saúde José Paranhos Fontenelle, localizado na XI Região Administrativa, Município do Rio de Janeiro.

Os marcos da VIII Conferência Nacional de Saúde: saúde e mobilização popular

Para pensarmos o Serviço Básico de Saúde (Centros Municipais e Estaduais), isto é, o nível mais localizado do Sistema, estamos utilizando como parâmetro o Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (MINAYO, 1986), uma vez que seu conteúdo é essencial para a compreensão do nosso objeto de estudo.

Na definição de saúde como direito, o Relatório Final afirma que:

- “A saúde é, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida;
- a saúde define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, *devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas;*
- o Estado deve assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. *Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.*
- Desse conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica garantir: trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho; alimentação para todos, segundo as suas necessidades; moradia higiênica e digna; educação e informação plenas; qualidade adequada do meio ambiente; transporte seguro e acessível; repouso, lazer e segurança: *participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;* direito à liberdade, à livre organização e expressão; acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis”.

Considera ainda o Relatório que:

- “*as limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural;*
- para assegurar o direito à saúde a toda a população brasileira é imprescindível: garantir uma Assembléia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva; assegurar na Constituição, a todas as pessoas, as condições fundamentais de uma existência digna, protegendo o acesso a emprego, educação, alimentação, remuneração justa e propriedade da terra aos que nela trabalham, assim como o direito à organização e o direito de greve; suspender imediatamente o pagamento dos juros da dívida externa e submeter à decisão da nação, via Assembléia Nacional Constituinte, a proposta de não-pagamento da dívida externa; implantar uma reforma agrária que responda às reais necessidades dos trabalhadores sob o controle destes; *estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado;* fortalecer os estados e municípios, através de uma ampla reforma fiscal e tributária; estabelecer compromissos orçamentários a nível da união, estados e municípios para o adequado financiamento das ações de saúde”.

Quanto aos pontos destacados, concordamos na forma e no conteúdo. Grifamos vários desses pontos porque estes são, a nosso ver, hierarquicamente mais importantes que os outros. Se, de um lado, a VIII Conferência foi importante para poder sistematizar a discussão quanto aos problemas de saúde no Brasil e quanto às propostas para sua resolução, por outro, o relatório fica aquém das expectativas em termos do caminho a escolher para a superação dos problemas. Talvez a frase mais significativa do relatório, nesse sentido, seja a que afirma que “as limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural”. E justamente porque os obstáculos são de natureza estrutural é que, logo em seguida, sugere que o direito à saúde será assegurado desde que certas medidas sejam tomadas.

Embora concordemos com as propostas — Assembléia Nacional Constituinte, suspensão do pagamento da dívida externa,

implantação da Reforma Agrária, ampla reforma fiscal e tributária (reformas que apontam para um capitalismo menos selvagem) — a forma em que foram listadas faz com que todas sejam vistas como de igual importância. A proposta mais importante, a nosso ver, é a de “estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado”. Ou seja, para garantir as outras medidas — todas também imprescindíveis — a participação efetiva da população organizada é a mais importante.

Entendemos a participação efetiva da população como a das organizações tais como partidos políticos, sindicatos e associações profissionais e de moradores; e a participação é “efetiva” quando consegue modificar o orçamento estatal, de modo a oferecer serviços básicos para a população e, igualmente, quando obriga as autoridades públicas a implantar esses serviços com qualidade e eficiência.

Trata-se, evidentemente, de considerar aqui que a participação popular responde à necessidade de alterar o perfil das políticas e dos investimentos públicos vigentes em nosso país.

“Quando falamos dos serviços básicos necessários para a população, nos referimos ao que se chama *consumo coletivo*, isto é, o consumo que a população em geral, e em particular a população trabalhadora, precisa fazer para renovar suas forças de um dia para outro. Para reproduzir a sua força de trabalho, a população precisa dos serviços de água, luz, esgotos, transportes públicos, hospitais, centros de saúde, creches, escolas, etc. Esses serviços são da direta responsabilidade dos governos e é a população que, com seus impostos, paga os recursos para manter esses serviços.

O processo de industrialização requer também pesados investimentos que (...) são freqüentemente feitos com o dinheiro que o governo coleta para atender o consumo coletivo. Assim, como há uma infra-estrutura que a população necessita para se refazer de um dia para o outro, há também uma infra-estrutura necessária para as indústrias poderem funcionar. Essa se chama de *infra-estrutura industrial*.

Quando falamos de infra-estrutura industrial não estamos fazendo apenas referência aos investimentos que o próprio

governo faz na construção de indústrias, mas principalmente da infra-estrutura necessária para as indústrias funcionarem. Para o funcionamento de uma indústria não basta o prédio. É necessário também o abastecimento de água, eletricidade, freqüentemente abrir estradas, construir viadutos e pontes. E todos esses serviços são também da responsabilidade dos governos, e obviamente envolvem muito dinheiro.

Aqui está justamente um dos grandes problemas da verba pública. Os governos, ao gastar esta verba, favorecem o consumo coletivo ou a infra-estrutura industrial? Sabemos que todos os investimentos públicos para o consumo coletivo são necessários. Questiona-se, entretanto, se é a necessidade e o montante de recursos destinados a infra-estrutura industrial" (VALLA, 1987, 27).

Dentro desse quadro, os Governos Federal, Estaduais e Municipais sofrem um complexo jogo de pressões, próprio do sistema capitalista. Participam deste jogo os interesses de capitalistas internacionais e nacionais, tanto quanto os movimentos sociais urbanos e rurais. Na medida em que a participação popular cresce através dos movimentos sociais, criam-se condições, através de uma modificação da correlação de forças, para uma ampla reforma fiscal e tributária, e, dessa forma, amplia-se a possibilidade de os governos alocarem melhor a verba pública para atender às necessidades da população.

Desenvolvendo agora essa discussão em torno da questão do Centro de Saúde e a sociedade civil, é possível verificar que, de todos os pontos destacados no Relatório da VIII Conferência, aquele que está ao nosso alcance de uma forma imediata é justamente o da participação popular. Essa discussão, no entanto, não se relaciona apenas com a almejada mudança estrutural, mas, a nosso ver, com um funcionamento mais eficiente do próprio Centro de Saúde. A pesquisa em questão pretende investigar essa problemática.

A própria razão da pesquisa — investigar como o Centro concebe a questão de saúde e como se relaciona com a sociedade civil, isto é, a população organizada — traz dentro de si a proposta de oferecer subsídios para que um Centro de Saúde ofereça um serviço mais eficiente para sua população. Uma das discussões teórico-metodológicas que a pesquisa precisa aprofundar é a seguinte: o que

é um Centro de Saúde mais eficiente e qual é a população a ser atendida?

Para exemplificar essa discussão basta lembrar que quantitativamente os Centros de Saúde são insuficientes para dar conta da demanda por atenção primária de qualquer cidade do Brasil. Tomando como exemplo a área do Município do Rio de Janeiro, onde se insere a nossa pesquisa — a A.P. 3.1 que inclui as regiões administrativas da Penha (XI), de Ramos (X) e da Ilha do Governador (XX) — constatamos que uma população de aproximadamente 600.000 pessoas é servida por 10 unidades de atendimento ambulatorial. A proporção que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece para a relação Centro de Saúde/população é de 1 para 20.000 pessoas. Nessa relação, faltaria na A.P. 3.1 mais 20 centros para oferecer um atendimento “adequado”. Mas mesmo se fosse possível construir e operar mais 20 centros, será que o total de 30 centros dariam conta dos problemas básicos de saúde da população? Basta rever o relatório final da VIII Conferência, para ver que os fatores que levam a população aos centros estão relacionados com suas condições de trabalho e vida e que essas condições não encontram suas soluções nos Centros de Saúde, mas, sim, numa mudança mais ampla na sociedade brasileira.

Se esta é a nossa perspectiva teórica, e sob este prisma encaramos a questão da participação popular, ao mesmo tempo não somos partidários da proposta de que somente é possível pensar num Centro de Saúde após as mudanças estruturais. Nesse sentido gostaríamos de parafrasear o título do livro de Miguel G. Arroyo, *Da Escola Carente à Escola Possível* para “Do centro de saúde carente ao centro de saúde possível” *, na justificativa de buscar o caminho da construção de um centro de saúde possível que atenda à população trabalhadora da maneira mais eficiente mas, garantindo, ao mesmo tempo, uma discussão permanente com a população sobre as mudanças necessárias no Brasil a fim de assegurar a saúde plena para todos.

“Projetos sofisticados passam a ocupar a atenção dos técnicos e das agências e a gastar o pouco dinheiro em programar, controlar, avaliar, reprogramar, para uma escola [Centro de Saúde] que nem existe, porque o Estado não compra terreno, não constrói prédios dignos, não paga salários que estimulem profissionais competentes.

* Este artigo é uma primeira sistematização dos dados da pesquisa de mesmo título desenvolvido no âmbito do projeto *Educação, Saúde e Cidadania*.

Uma [um] escola [Centro de Saúde] possível para o povo tem que começar por *criar condições para sua existência material*, sem a qual será romântico reprogramar alternativas (pedagógicas) inovadoras. É esta a verdade elementar sempre esquecida pelas agências internacionais e pelos centros de decisão da política educacional [de saúde]; verdade esquecida e engavetada nos centros de reflexão e pesquisa. Esquecida e engavetada para que os recursos públicos, financeiros e humanos sejam colocados a serviço dos interesses do capital e de sua segura reprodução e concentração, e a serviço de manutenção de órgãos e quadros burocráticos legitimadores do poder, do Estado e de agências internacionais" (ARROYO, 1987, 41).

A proposta de Arroyo, embora limitada à questão material de prédios e salários (uma proposta, aliás, nada desprezível), aponta para uma nova concepção de ação que se situa entre a "revolução", num extremo, e a apatia e frustração, no outro. Aponta para o serviço básico "possível", conquistado e construído na ação coletiva apoiada no direito de quem paga impostos diretos e indiretos. Está implícita nessa proposta a idéia de um Centro de Saúde que, por um lado, é capaz de melhorar o atendimento à população e, por outro, de abrir-se para discutir com ela qual o sistema de saúde que atenderia plenamente suas necessidades.

Algumas considerações sobre a atenção primária de saúde

Em primeiro lugar, identificamos limitações de caráter mais geral e que estão relacionadas com a forma pela qual se compreende a população usuária e se define o quadro de suas necessidades de saúde.

Dentro da lógica das políticas sociais do Estado — que tentam reintegrar os "desvios sociais" — faz-se uso corrente de certas categorias para classificar a população: idade, sexo, normalidade/anormalidade, favelado, carente, etc. Essa lógica de classificação perpassa também as políticas de saúde (enquanto parte das políticas sociais) e ordena o funcionamento dos serviços básicos. Podemos traduzir tal lógica da seguinte forma: historicamente, os serviços básicos de saúde estruturaram-se para atender aqueles setores da sociedade excluídos do mercado formal de trabalho (os "sem

carteira assinada”) e, de um modo geral, as camadas mais mal pagas, mais miseráveis do proletariado.

Desta forma as políticas sociais do Estado promovem uma fragmentação do proletariado em setores e camadas de acordo com a sua inserção no mercado de trabalho (ANDRADE, 1982). A atenção à saúde diferencia-se para dar conta dessa fragmentação: na rede básica recebe os mais “miseráveis”, enquanto que a parcela de trabalhadores com vínculo empregatício e salários um pouco mais altos têm suas necessidades de saúde cobertas por serviços médicos privados, conveniados ou não.

Quanto à definição do quadro das necessidades de saúde da população “carente” ou “favelada”, verificamos que é habitualmente reduzido às “doenças da miséria”, cuja profilaxia, de baixo custo, realiza-se, no caso dos Centros de Saúde, por meio de medidas como a vacinação em massa. Os programas e campanhas desenvolvidos pouco têm a ver com os indivíduos sociais e mais com os “agentes patológicos”. O conhecimento que embasa os serviços pretende ter uma validade universal: por ser biologicista, pressupõe um único padrão de resposta humana à ação daqueles “agentes patológicos”.

Cria-se, em consequência, uma rotina para administrar demandas típicas, já estabelecidas que, como vimos, não comporta uma concepção de processo saúde/doença referida ao contexto das relações sociais nas quais os indivíduos estão inseridos. Os serviços básicos de saúde e, especificamente, os Centros de Saúde, tornam-se, então, crescentemente incapazes de detectar o quadro mais amplo das necessidades de saúde da população e, assim, de funcionar como “porta de acesso” ao sistema de saúde.

Apesar da VIII Conferência Nacional de Saúde ter formulado uma concepção mais ampliada de saúde, apresentando-a como resultado das condições de vida e trabalho, bem como do acesso aos serviços de saúde, não se conseguiu até o momento avançar na prática profissional. Ao trabalhar com esse conceito os profissionais apontam sempre para a necessidade de sua efetivação. Para dar conta dessa necessidade seria indispensável, entretanto, compreender as limitações de várias ordens que se apresentam quer ao nível dos serviços de saúde, quer no plano dos direitos de cidadania.

Na realidade, os serviços de saúde, devido às limitações apontadas, não têm condições de responder aos problemas que

estejam situados além do campo das doenças infecto-ocntagiosas, como são os casos das doenças inespecíficas e das doenças do trabalho, uma vez que os seus profissionais, que atuam diretamente nos serviços, não estão capacitados para atender a esse tipo de demanda. A concepção que orienta a prática dos profissionais deixa de perceber as relações sociais nas quais a população está inserida, relações estas que caracterizam uma certa forma do processo biológico de desgaste e da reprodução se manifestar.

Por outro lado, o saber que a população traz consigo acerca de seus problemas de saúde bem como as alternativas que apresenta para resolvê-los, e que foram acumuladas ao longo do tempo através das suas experiências de vida, não encontram "eco" nas atividades desenvolvidas pelos serviços, pelo contrário, são desconsiderados.

Além das limitações gerais acima apontadas, cabe apreender outra ordem de limitações, que podem ser levantadas quando se pensa na avaliação dos programas de saúde, de modo a verificar seu grau de eficácia em termos de respostas às demandas. CASTIEL (1986, 88) levanta algumas possíveis razões pelas quais os planejadores não conseguem realizar esta tarefa:

- freqüentemente os programas não apresentam seus objetivos estabelecidos de forma clara que permitam aferir resultados;
- trata-se de uma atividade que envolve riscos. Os participantes dos programas podem se ver ameaçados, pois a avaliação talvez venha a demonstrar a inconveniência da continuidade desse programa;
- a investigação dos resultados demanda uma abordagem mais rigorosa. Para isto é preciso pessoal especializado e dispêndio consideravelmente maior de recursos, via de regra, escassos.

O conhecimento do perfil epidemiológico da população e a identificação dos principais problemas de saúde que ela apresenta é o que permite que se planejem as atividades de um Centro de Saúde mais racionalmente, priorizando-as e orientando os recursos de acordo com o que seja mais necessário a esta população.

A construção deste perfil epidemiológico da população usuária pode ser feita com base em um conceito mais amplo de saúde, identificando questões e problemas cujo enfrentamento trans-

cente ao setor saúde, dando assim elementos para que a mobilização popular avance no sentido da sua resolução.

A utilização do indicador de mortalidade infantil pode contribuir para essa identificação, uma vez que é um dos indicadores mais sensíveis das condições de saúde e, portanto, das condições de vida da população.

Ao observarmos, por exemplo, os coeficientes de mortalidade infantil das três Regiões Administrativas que compõem a A.P. 3.1 e compará-las à taxa do município como um todo, verificamos o seguinte:

TABELA Nº 1:

Coeficiente de mortalidade infantil/1.000 nascidos vivos
nas três Regiões Administrativas da A.P. 3.1. e no município
do Rio de Janeiro, 1980

Local	Coeficiente
X R.A.	51,34
XI R.A.	35,87
XX R.A.	27,54
Município do Rio de Janeiro	41,04

FONTE: Diagnóstico Sócio-Econômico e da Oferta Pública de Serviços de Saúde na A.P. 3.1 — Leopoldina do município do Rio de Janeiro, UFRJ, 1985; Radis Dados (9) ENSP/FIOCRUZ, IV, 1986.

Os coeficientes da XI e XX Regiões Administrativas apresentam resultados melhores do que o do município do Rio de Janeiro. Esse resultado pode ser devido ao fato de estarmos lidando com médias e sendo assim o município englobando várias regiões provavelmente esconde diferenças. No entanto, se comparamos o coeficiente do município com o da X Região, observamos que esta é superior ao do coeficiente do município. É esta Região que, em comparação com as demais, apresenta uma maior taxa de analfabetismo, a maior taxa de mortalidade geral e a taxa de mortalidade em crianças de 1 a 4 anos é o dobro das demais Regiões Administrativas. É nessa Região também que boa parte de sua população se encontra mal servida ou totalmente desassistida em relação ao saneamento básico.

Os dados sobre educação, saneamento e mortalidade geral, referidos no Diagnóstico da A.P. 3.1, somente podem servir para

pensar o processo saúde/doença quando relacionados entre si, e, logo, socialmente determinados.

A epidemiologia tem oferecido várias e importantes contribuições para se pensar a distribuição geográfica das doenças em regiões metropolitanas. No entanto, a construção desse perfil apresenta limitações tanto pelo seu uso, como pela forma como é elaborado, uma vez que ainda são pouco explorados os indicadores que demonstrem a relação entre classes sociais e processo saúde/doença.

Esse perfil pode ser construído de duas formas básicas: através do arquivo de pacientes da unidade de saúde, da demanda passiva, ou através da demanda ativa que a unidade deve atender.

Para nós, a construção desse perfil a partir da demanda ativa é a que permite um melhor conhecimento da distribuição das doenças da população em uma determinada área geográfica. No entanto, não garante a distribuição dessas doenças por classes sociais. Para tal, é preciso que se tenha uma aproximação com o marco teórico que considere as classes sociais, a fim de que se possa estabelecer uma relação entre modo de vida e trabalho da população e o modo de adoecer e de morrer. Com base nessa aproximação, a construção do perfil epidemiológico pode ser efetivada tendo por base a elaboração de um diagnóstico sócio-econômico da população, de um levantamento dos riscos ambientais e das doenças do trabalho.

Certamente existem dificuldades metodológicas para encaminhar este tipo de abordagem. A Epidemiologia ainda não dispõe de indicadores que possam avaliar precisamente a influência das condições sociais no processo saúde/doença. Contudo, tais dificuldades não constituem razão suficiente para justificar a inércia e desconhecer o potencial da abordagem epidemiológica para pensar e organizar os serviços de saúde. Trata-se, entretanto, de ir mais além e abrir essa discussão nos Centros de Saúde com os segmentos organizados da população numa troca de saberes capaz de indicar os problemas de saúde até agora ignorados ou secundarizados na atenção primária.

Aqui é importante chamar atenção para o significado dessa participação popular em virtude de limitações institucionais e ideológicas raramente percebidos pelos planejadores do setor saúde, mesmo dentre os da corrente mais progressista. Estamos pensando sobretudo no papel que os vários profissionais (técnicos e funcionários) têm de *retraduzir* as demandas de saúde da população. Vale a pena

observar que retradução de demandas é o mecanismo através do qual as necessidades de saúde da população — onde as doenças são sempre interpretações de vivências mais amplas — são reformuladas, fragmentadas e selecionadas segundo critérios racionais e “neutros”. Fazem parte desses critérios as prioridades institucionalmente estabelecidas em termos de recursos físicos e humanos, face às campanhas ou aos programas de atenção à saúde de maior relevância, bem como às rotinas de trabalho capazes de assegurar o funcionamento dos serviços. O que se deve perguntar é em que medida esta racionalização não acaba por dificultar a manifestação de interesses coletivos da população.

Uma importante contribuição para superar esses limites pode ser dada pelos agentes de saúde, pessoas da população que desenvolvem ações de saúde. Esses agentes caracterizam-se como um elo de ligação entre o Centro de Saúde e a comunidade: situam os problemas concretos de saúde da população e pela sua inserção de classe são capazes de exprimir as demandas da população.² Outras formas de expressar essas demandas se encontram nas várias instâncias de organização popular, tais como os Conselhos Comunitários de Saúde, o GEL e as próprias Associações de Moradores, quer sejam de bairros, quer de favelas.³

Quem é e quem deveria ser a população usuária dos Centros de Saúde?

A função básica dos Centros de Saúde é a de atender às demandas da população nas áreas onde estão localizados. Contudo, antes de ser uma simples definição, esta é uma questão que precisa ser discutida.

O município do Rio de Janeiro está dividido em Regiões Administrativas, estruturadas para integrar os serviços e recursos locais (escolas, hospitais, centro de saúde, departamento de parques e jardins, etc.). A XI Região Administrativa, área onde desenvolvemos nossa investigação, congrega um aglomerado de oito bairros: Olaria (parcialmente), Penha, Penha Circular (parcialmente), Brás de Pina, Cordovil, Parada de Lucas, Vigário Geral e Jardim América.

2. Ver nessa coletânea o artigo “Na dor do corpo, o grito da vida”.

3. Ver a esse respeito, nessa coletânea, o artigo sobre as Associações de Moradores e os serviços de saúde.

No mapa adiante, o Centro de Saúde José Paranhos Fontenelle está localizado no ponto extremo da XI Região Administrativa, acarretando dessa forma problemas de acesso físico aos Serviços para uma parte da população.

Com relação aos moradores do bairro de Vigário Geral, por exemplo, constatou-se que o caminho percorrido para ir ao Centro de Saúde é de mais de 10 quilômetros. No interior desse bairro existe uma favela que conta com mais de 18.300 habitantes e está entre as mais populosas do Rio de Janeiro, ocupando o sétimo lugar em número de habitantes. Esta favela representa aproximadamente 5% da população que o Centro deveria atender.

Esses dados, aliados aos da renda familiar dos moradores dessa Região Administrativa, onde 60% das famílias vivem com até cinco salários mínimos, e à necessidade de utilização de transporte público, poderiam explicar o pouco uso que faz do Centro de Saúde.⁴

A mesma lógica de estruturação dos serviços em relação à população, que estamos analisando, define também a relação das escolas com o Centro de Saúde. Todo Centro de Saúde é responsável pelo atendimento aos escolares matriculados nas escolas públicas da Região Administrativa. As escolas, por sua vez, pertencem aos Distritos Educacionais (DECs) que correspondem em parte às Regiões Administrativas, mas não totalmente. Nesse sentido, há escolas tão longe do Centro, que a relação Centro-escola é mínima, enquanto outras mais próximas já pertencem a outro DEC.

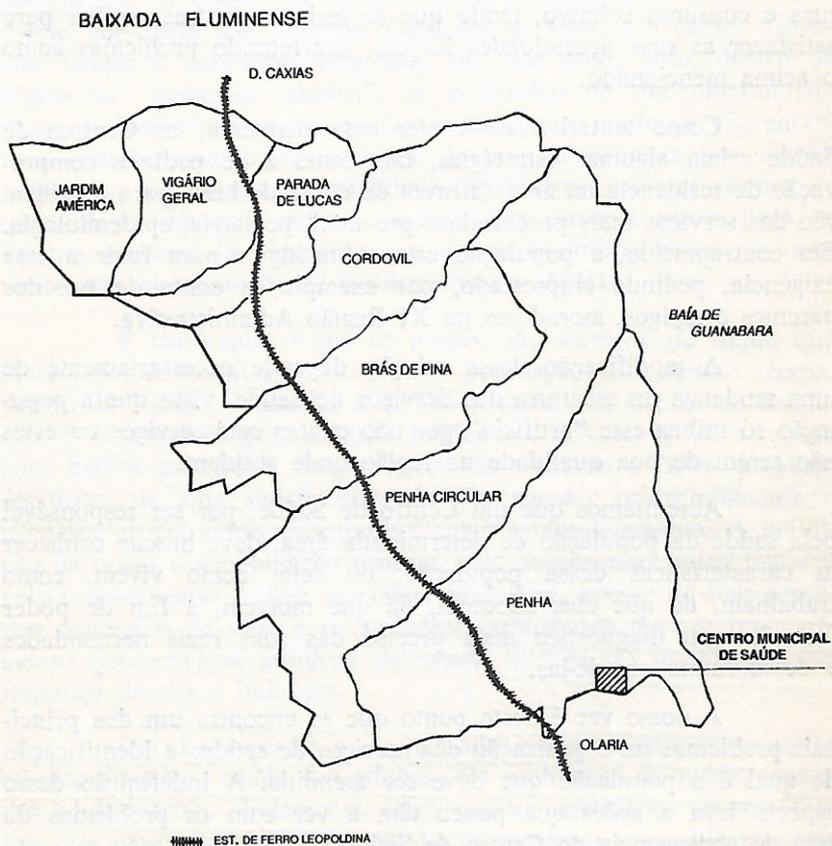
O que nos leva a colocar essas questões é o fato de que, embora pareçam simples, na realidade constituem-se em dificuldades na resolução dos problemas de saúde da população.

Cabe aqui destacar que, ao se colocar essas dificuldades (distâncias, transportes públicos e relação com outras instituições, tais como a escola pública), estamos lidando com um problema básico, isto é, o do próprio atendimento do usuário que mora na área da Região Administrativa do Centro de Saúde. Embora a resolução desse problema não seja fácil, a própria compreensão da sua importância aponta para uma clareza maior do trabalho a ser desenvolvido pelo Centro.

4. Quando falamos em uma renda familiar de até cinco salários mínimos, isto significa que uma família de cinco pessoas vive com o valor máximo de Cz\$ 9.852,00 (junho/87), embora seja conhecido o fato de que freqüentemente a família é "ampliada", incluindo parentes e agregados. Por outro lado, o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE, 1987) calcula o salário mínimo necessário à manutenção do trabalhador e de sua família em Cz\$ 15.858,98 (junho/87).

Figura 1

MAPA DA XIª REGIÃO ADMINISTRATIVA



No Centro de Saúde da XI Região Administrativa, por exemplo, observou-se que parte da população usuária não é da própria região, mas sim da Baixada Fluminense. Essa procura é motivada principalmente pela ausência de serviços nessa região ou pela precariedade e difícil acesso dos mesmos. A alternativa mais viável para esses moradores é, então, utilizar os serviços daquele Centro, por estar localizado próximo à Estrada de Ferro Leopoldina.⁵

Essa questão se relaciona com a destinação da verba pública. Ao longo dos anos, o governo aplicou a maior parte dos recursos na construção e manutenção de serviços de saúde nas áreas mais privilegiadas economicamente, fazendo com que regiões como a Baixada Fluminense careçam até hoje de serviços de infra-estrutura e consumo coletivo, tendo que se dirigir a outras regiões para satisfazer as suas necessidades básicas, acarretando problemas como o acima mencionado.

Como tentativa de conter essa demanda, os Centros de Saúde criam algumas estratégias, tais como a de pedir a comprovação de residência na área (através da conta de luz), para a utilização dos serviços mais procurados: pré-natal, pediatria, epidemiologia. Em contrapartida, a população cria subterfúgios para fugir a essa exigência, pedindo emprestado, por exemplo, a conta de luz dos parentes e amigos, moradores na XI Região Administrativa.

A modificação dessa relação depende necessariamente de uma mudança na estrutura dos Serviços de Saúde, visto que a população só utiliza este "artifício" por não contar com serviços ou estes não serem de boa qualidade na região onde residem.

Acreditamos que um Centro de Saúde, por ser responsável pela saúde da população de determinada área, deve buscar conhecer as características dessa população, ou seja, como vivem, como trabalham, de que elas adoecem, de que morrem, a fim de poder formular um diagnóstico mais preciso das suas reais necessidades e dessa forma atendê-las.

A nosso ver é neste ponto que se encontra um dos principais problemas na organização dos serviços de saúde: a identificação de qual é a população que deve ser atendida. A indefinição desse aspecto leva a ações que pouco têm a ver com os problemas da área de abrangência do Centro de Saúde.

5. A Baixada Fluminense é composta por um conjunto de Municípios periféricos ao Município do Rio de Janeiro: Nova Iguaçu, Nilópolis, São João de Meriti e Duque de Caxias, com uma população superior a 3 milhões de habitantes, sendo que o último município faz fronteira com a XI R.A.

À medida que se define quem é a população usuária dos serviços de saúde, bem como as suas características, abre-se uma perspectiva do próprio movimento popular se organizar melhor para reivindicar uma melhor atenção. Mas essa definição do usuário não é apenas uma questão de mais recursos humanos ou mais turnos. Atualmente, a maioria dos Centros de Saúde atendem o que se chama de "demanda passiva", isto é, a população que se apresenta diariamente de uma forma espontânea ao serviço.

O atendimento à "demanda passiva" não garante, como vimos, a cobertura da maior parte dos usuários da XI Região Administrativa. Setores das classes populares atingidos por males como desnutrição ou hanseníase podem nunca aparecer num Centro justamente por causa das próprias condições de vida, tais como distâncias longas a percorrer, vergonha, etc. Por outro lado, dentro da lógica da "demanda passiva", se o serviço de um determinado Posto de Saúde melhorasse qualitativamente, tal mudança não garantiria necessariamente a cobertura de amplas parcelas das classes populares. A melhoria da qualidade de serviços, sem ter clareza de quem é a "demanda ativa", poderia ironicamente atrair para os Centros parcelas da população que, até então, utilizavam os serviços de planos tais como os de Golden Cross e AMIL.

É claro que o que se propõe são serviços de saúde que ofereçam um atendimento a toda a população. Ao mesmo tempo, dentro da lógica de atender à demanda ativa, um Centro de Saúde, que é responsável por 100.000 habitantes, dos quais 70% vivem com baixos salários e longas horas de trabalho e 30% possuem condições de vida satisfatórias, deveria atender prioritariamente o primeiro grupo, tanto quantitativa como qualitativamente. A definição de quem é a população usuária, vale acrescentar, passa também pelo entendimento de que as classes populares, apesar de suas precárias condições de vida e de trabalho, contribuem para o funcionamento dos serviços públicos de saúde através do pagamento dos impostos diretos e indiretos.

Um dos aspectos a ser pensado, neste sentido, diz respeito ao atendimento à saúde dos adultos. Os problemas de saúde/doença dos adultos estão, obviamente, estreitamente associados ao trabalho. Em que pese o caráter limitado das proposições de saúde contidas na Declaração de Alma Ata, cabe ressaltar que constituiu o ponto de partida para que a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde propusessem, em 1983, a incorporação de

programas de atenção à saúde dos trabalhadores na rede básica de saúde, considerando que nos países em desenvolvimento uma grande parte dos trabalhadores, rurais e urbanos (entre os quais os ocupados por pequenas empresas e os da construção civil) não é coberta por serviços médicos. A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo vem incorporando na rede básica de serviços ações voltadas para os problemas de saúde dos trabalhadores, adotando uma estratégia de sua capacitação de seus próprios recursos para o desenvolvimento de Programa de Vigilância Epidemiológica, ao lado da promoção do atendimento médico ao trabalhador.

Finalmente cabe chamar atenção para o fato de que a definição de prioridades em atendimento é importante até mesmo para que o Centro possa definir os recursos humanos e materiais necessários. Essa é a forma de superar a realidade do Centro de Saúde "carente" e conquistar o "possível".

Aspectos técnicos da participação popular

Os problemas até aqui levantados deixam patente que os Centros de Saúde, ao responder à "demanda passiva", estão funcionando dentro da lógica do mercado, da procura e da oferta de um certo bem — o serviço de saúde.

A participação popular pode introduzir uma nova lógica — a das necessidades coletivas, que escapam ao "livre jogo do mercado" — para impor-se através da consciência e da organização dos atores políticos. Essa possibilidade está inscrita, como vimos, nas atividades dos agentes comunitários de saúde e das entidades associativas presentes nas instâncias de relação com os serviços públicos de saúde, como o Conselho Comunitário e o GEL.

Contrariamente à suposição de que tal participação deslocaria a função essencialmente técnica dos Centros de Saúde, abre-se aqui a perspectiva de um melhor equacionamento de prioridades e meios, com evidentes ganhos em termos de melhoria da saúde da população. Vejamos alguns exemplos.

Retomemos o problema da construção do perfil epidemiológico. Desde que aceitemos, como faz MCKEOWN (1984), uma definição do fenômeno saúde/doença também a partir das principais queixas da população, podemos captar um grande número de doenças que dificilmente são notificadas. O procedimento citado pelo autor

consiste em aplicar um questionário, sob a forma de entrevista direta, a homens e mulheres em amostras representativas da população adulta, sobre queixas e sofrimentos que haviam tido durante os três meses anteriores. Evidentemente não se trata de um procedimento exclusivo e está pontuado por certas inexatidões. Mas, como observa o autor, esse tipo de abordagem apresenta informações úteis que não podem ser obtidas de nenhum outro modo. “A definição de doença era ampla e incluía qualquer coisa que o indivíduo considerava como uma alteração de sua saúde durante o período” (MCKEOWN, 1984, 68).

Vale a pena relatar aqui a experiência de um dos grupos populares de saúde existentes na Penha justamente porque está voltada para captar queixas e sofrimentos da população que mora nas favelas. Esse grupo começou a organizar um trabalho na área das favelas em fins de 1985, tomando como ponto de partida a sua própria avaliação sobre os problemas de saúde em seus locais de moradia. Em seguida, esse mesmo grupo (grupo 1) entrevistou “curandeiros” (grupo 2) que atuavam naqueles locais, buscando verificar qual a percepção que eles tinham dos problemas de saúde da população favelada. Uma última etapa consistiu em fazer um mapeamento mais detalhado das diferentes favelas. Das anotações feitas sobre as duas etapas anteriores, ou seja, da avaliação do grupo 1 e da entrevista com membros do grupo 2, elaboramos o Quadro I, em anexo (v. no final deste cap).

Verificamos, inicialmente, que a definição de doença é bastante ampla, abrangendo as condições de vida e de trabalho. Os dois grupos expressam uma concepção ampliada de saúde, embora as diferenças culturais (religião e respectiva linguagem) impliquem, em certos casos, percepção para um tipo de problema e exclusão de outro.

O levantamento identificou 41 tipos de “doenças” diferentes, sendo que verminoses, doenças de pele, alcoolismo, dor de dente e doenças venéreas aparecem como mais freqüentes nos relatos dos dois grupos. A ausência do aborto como “doença”, assim como a menor freqüência do alcoolismo no relato dos “curandeiros” explica-se, provavelmente, pelo envolvimento, direto ou indireto, desse grupo na sua prática. Por outro lado, o fato de que algumas doenças — gripe, conjuntivite, coqueluche, reumatismo, dor de cabeça, etc. — são relatadas apenas pelos “curandeiros” pode ser apreendido como resultado de sua prática, pois eles são “médicos populares”, que

atendem a população diariamente. Não por acaso, a frequência de doenças relatadas por esse grupo é maior do que no primeiro grupo. Esse atendimento diário permite levantar a hipótese de que em vários casos ocorre uma complicação no quadro clínico de pacientes que não encontraram o cuidado médico necessário no serviços de saúde. Em outros, podemos pressupor que a população sequer procura esses serviços uma vez que suas queixas ali não têm resposta médica.

Como podemos concluir, experiências como esta são muito valiosas e interessantes para passar à construção de um perfil epidemiológico de setores da população caracterizados por referência ao local de moradia (como as favelas), desde que, evidentemente, seja adotado um procedimento técnico adequado. Os agentes comunitários de saúde podem muito bem ser capacitados para este tipo de trabalho que, como se percebe, constitui-se num dos aspectos técnicos da participação popular no setor saúde.

Na esfera da “vigilância epidemiológica”, o papel desses agentes — e em grande medida daqueles que estão nos minipostos nas favelas — tem uma significação muito grande. Por ocasião do surto de dengue no Rio de Janeiro, esses agentes já estavam, espontaneamente, tratando dos doentes — no caso das favelas da Penha o surto foi muito intenso — quando os órgãos da Saúde Pública fizeram o diagnóstico e iniciaram ações específicas para debelar a epidemia. Uma interação com as escolas públicas oferece também um recurso para avaliação das condições de saúde da população, como a experiência do Centro de Saúde da Penha indica.

Outra forma de participação popular é o “agendamento” do horário dos médicos, através de encontros entre profissionais e associações de moradores.

O que estes exemplos evidenciam é que uma vez compreendida a saúde como direito da população, supõe-se pensar as “conseqüentes ações individuais e coletivas para conquistá-lo” (BERLINGUER, 1983, 5). Percebemos então, sob o prisma do aprendizado comum entre profissionais da saúde e a população organizada, as dimensões propriamente políticas e técnicas da atenção primária à saúde — o direito como expressão da cidadania pressupõe instrumentos técnicos que o viabilizem.

Considerações finais

O que se desenvolveu no trabalho acima apresentado são as reflexões decorrentes das nossas primeiras investigações com respeito às relações entre o Centro Municipal de Saúde e o movimento popular. Na verdade, o eixo central da pesquisa gira em torno da questão das relações entre o Estado, a sociedade civil e a verba pública, uma relação que traduz uma determinada concepção de cidadania.

A ênfase que se dá à “participação popular” é tão incisiva porque a concepção de cidadania que predomina no Brasil tem suas raízes nos países do chamado “Primeiro Mundo”. Os cidadãos desses países “vigiam” os governos para garantir que esses serviços continuem existindo. É uma cidadania de abundância, de vigilância. No Brasil, porém, uma grande parte da população não pode exercer essa cidadania de vigilância, pois freqüentemente não há o que vigiar, embora as autoridades já tenham arrecadado os impostos pagos pela população. Essa é uma cidadania de “sobrevivência”, uma cidadania de escassez, que pode ser assim colocada: ou o governo respeita os direitos da população e devolve seu dinheiro na forma de serviços de qualidade, ou grandes parcelas da população correm o risco de “não sobreviver”.

Em última instância, acreditamos que o “impasse” será rompido através da pressão exercida pelo movimento popular. Não acreditamos, no entanto, que a vida de mudança seja de “mão única”, pois na medida em que os Centros de Saúde abram suas portas para discutir essas questões com o movimento popular organizado, contribuem para a possibilidade de modificar a “lógica” que predomina no atendimento da população. Chamamos atenção para o fato de que, dentro do prisma da “cidadania de escassez”, abrir as portas para discutir essas questões com a população não é uma “concessão”, nem um “favor”, mas um dever para com quem paga os impostos.

Muito embora essa noção de cidadania e dos direitos que lhe são inerentes esteja fortemente marcada pela referência ao mercado (“eu pago, tenho direito”), não podemos perder de vista que é através dessa forma ideológica aparentemente elementar que os indivíduos das classes populares expressam a revolta contra a negação sistemática dos seus direitos e, ao mesmo tempo, motivam-se para conquistá-los.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, Regis de Castro. Política Social e Normalização Institucional no Brasil, in *América Latina. Novas Estratégias de Dominação*. Petrópolis, Vozes, 1982, 2ª edição.
- ARROYO, Miguel G. (org.). *Da Escola Carente à Escola Possível*. São Paulo, Loyola, 1987.
- AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva et alii. Vigilância Epidemiológica de Doenças Ocupacionais, in *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, XIV (54): abril, maio, junho, 1986.
- BERLINGUER, Giovani. *Medicina e Política*. São Paulo, HUCITEC, 1985.
- BOLETIM DIEESE*, VI, julho, 1987.
- CASTIEL, Luís David. Considerações acerca da utilização da Epidemiologia na Avaliação dos Sistemas de Saúde, in *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol. 2, n. 2, abril/junho, 1986, p. 184-190.
- CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE/HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFRJ. *Diagnóstico Sócio-Econômico e da Oferta Pública de Serviços de Saúde na A.P. 3.1* — Leopoldina do município do Rio de Janeiro, 1985.
- MARSIGLIA, Regina Giffoni et alii. Determinação Social do Processo Epidêmico, in PEC/ENSP/ABRASCO — Textos de Apoio. *Epidemiologia*, n. 1, Rio de Janeiro, 1985.
- MARTINS, Ignez Sañas et alii. As Determinações Biológica e Social da Doença: Um Estudo de Anemia Ferropriva, in *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, XXI (2): 1987.

- McKEOWN, T. *Introducción a la medicina social*. México, D.F., Siglo Veintiuno Ed., 2ª ed., 1984.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Saúde em Estado de Choque*. Rio de Janeiro. Espaço e Tempo/FASE, 1986.
- MORAES, José Cassio et alii. Métodos de Estudo do Processo Epidêmico, in PEC/ENSP/ABRASCO — Textos de Apoio. *Epidemiologia*, n. 1, Rio de Janeiro, 1985.
- PAIM, Jairnilson Silva e Costa, Maria da Conceição Nascimento. As Desigualdades na Distribuição dos Óbitos no Município de Salvador — 1980, in *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, II (7): julho/setembro, 1986.
- RADIS Dados, (9), ENSP/FIOCRUZ, 1986.
- VALLA, Victor Vincent. Cidadania, Saúde e Verba Pública, in *Revista de Cultura Vozes*. Petrópolis, ano 81, março/abril, n. 2, 1987, p. 25-34.