

PARTICIPAÇÃO POPULAR,
EDUCAÇÃO E SAÚDE

Teoria e Prática

Victor Vincent Valla
Eduardo Navarro Stotz
(Orgs.)

Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil

*Victor V. Valla**

* Professor titular da Escola Nacional de Saúde Pública, coordenador do Grupo de Trabalho Participação Popular; membro do Núcleo de Educação, Saúde e Cidadania (Dept° de Ciências Sociais); membro do Núcleo de Doenças Endêmicas Samuel Pessoa; presidente do Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina (CEPEL). Este trabalho foi escrito em 1989.

“O Brasil está adoecendo aos poucos. A cada 30 minutos, surge um novo caso de lepra no país — os leprosos já somam 217 mil. A doença de Chagas atormenta a vida de seis milhões de brasileiros. Nada menos que 20 milhões de pessoas estão expostas ao risco de um contato com o barbeiro. Outra multidão de oito milhões se debate com a esquistossomose. Um prazo de 12 meses é suficiente para que 583 mil pessoas engrossem as fileiras do exército de vítimas de malária. As estatísticas sobre leishmaniose engordam seis mil novos casos a cada ano (...) os dados estão armazenados nos computadores da Sucam, Fundação Oswaldo Cruz e Ministério da Saúde. (...) Previsões oficiais indicam que o Brasil terá 500 mil aidéticos no ano de 1993.”¹

O termo “participação popular” é um dos mais usados hoje, em nossa sociedade.² Não é por acaso que nossa pesquisa é realizada justamente num momento em que a participação das classes trabalhadoras e do movimento popular está em recesso diante da ofensiva das classes dominantes no Brasil. É essa contradição que nos preocupa: por que há tão pouca “participação” exatamente numa época em que mais se fala de “participação”?

Na realidade, o tema “Participação popular e saúde” não deve ser considerado o ponto de partida da discussão. O ponto de partida deve ser, a nosso ver, a sociedade brasileira no atual momento. Termos como *participação popular, saúde, educação*, quando deixam de ser situados num debate mais amplo sobre qual repousa o entendimento que se tem a respeito das relações entre as classes sociais em nossa sociedade, acabam mais ocultando do que revelando. É certo que se as autoridades governamentais quisessem ou aceitassem maior participação da população na definição e realização das políticas públicas, não precisariam falar tanto sobre a questão.

1 *Folha de São Paulo*, 10/10/88, pag. A-2.

2 A primeira parte deste trabalho inclui uma síntese do trabalho elaborado por VALLA, V. V., & STOTZ, E. N., “Participação popular e saúde”, in *Série Saúde e Educação*. Petrópolis, Centro de Defesa dos Direitos Humanos/CEPEL, 1989.

O que está em jogo, portanto, é um embate de diferentes forças da sociedade sobre o que se quer dizer quando se fala em participação popular. Há várias definições e todas obedecem a uma determinada concepção da sociedade e, logo, expressam diferentes interesses em termos de sua organização. Se não tivermos essa questão clara, não é possível tratar do assunto com profundidade e significação para a prática.

Antes de tratar sobre participação popular julgamos necessário falar de participação social. Quando falamos em *participação social* estamos nos referindo às múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para poder influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas na área social (saúde, educação, habitação, transporte etc.).

Chamamos a atenção para o fato de que é difícil saber o que as pessoas estão querendo dizer quando falam de participação social. Entretanto, é muito comum utilizar o conceito como se tivesse apenas um sentido. Assim, apesar de representantes do governo federal, estadual ou municipal, da igreja católica, da UDR (União Democrática Ruralista), das associações e federações de associações de moradores, dos sindicatos de trabalhadores rurais e urbanos e partidos políticos falarem de “participação social”, estão querendo dizer coisas diferentes. O uso da expressão *participação social* por cada um desses representantes ou entidades expressa uma concepção particular da realidade social brasileira e propostas específicas para enfrentar os problemas da pobreza e da exploração das classes trabalhadoras no Brasil. Vejamos, pois, algumas das definições mais comuns sobre “participação social”.

Modernização

O termo *modernização* tem o sentido de um processo capaz de superar “atrasos” tecnológicos e culturais de uma determinada sociedade. Equivale ao desenvolvimento de novas formas de produzir e de consumir, pressupondo uma mudança profunda na sociedade. Exemplos de inovações tecnológicas são as comunicações telefônicas por discagem direta a partir de um “orelhão” (DDD), a transmissão de imagens televisivas por satélite, o uso de robôs industriais nas fábricas de automóveis, as caixas instantâneas com uso de cartões para sacar dinheiro no banco etc. Em relação às questões culturais, podemos citar a introdução do divórcio, os hábitos de fazer lanches rápidos em redes como o McDonald’s e de adquirir eletrodomésticos, a apresentação de programas internacionais (esporte, política) na televisão nacional, a apresentação constante de *shows* de artistas internacionais. A concepção de modernização é a de que com a introdução de mudanças desse tipo o país estaria passando por profundas transformações e a população,

como um todo, delas participaria. Nesse sentido, haveria uma “participação social” na construção de um novo país (lembramos do programa do governo Juscelino Kubitschek, de modernizar o Brasil “50 anos em 5”), participando das mesmas inovações e atividades de países como os Estados Unidos, Europa Ocidental e Japão.

Está implícito na proposta de modernização que a vida é decorrência das inovações introduzidas. Ora, o padrão de vida da população melhora quando os salários reais aumentam e/ou mantêm o poder de compra, quando há boas condições de trabalho, quando os direitos sociais existem e são respeitados, a exemplo do transporte público rápido, eficiente e barato ou do saneamento básico em todos os bairros. Embora no Brasil as inovações acima citadas tenham sido introduzidas, não há nenhuma indicação de que tenham permitido uma maior participação da população em termos do acesso a elas, de que o padrão de vida da maioria tenha melhorado, de que a população trabalhadora tenha aumentado a participação na riqueza. Os dados indicam justamente o contrário.

Segundo o Relatório do Banco Mundial, de 1981, metade da população, ou seja, 70 milhões de brasileiros, detém apenas 15,47% de renda. Não é por acaso, então, que grande parcela da população brasileira tem um baixíssimo padrão de vida. A título de ilustração, citamos alguns dados:

- há no Brasi, de 3 a 5 milhões de abortos por ano, nos quais morrem 400 mil mulheres devido às precárias operações;³
- 65,10% dos trabalhadores ganham até um salário mínimo por mês;
- mais de 71% da população não têm rede de água;
- mais de 85% não têm esgoto;
- 65% não dispõem de filtros;
- mais de 50% das casas não têm luz elétrica;
- mais de 79% não têm geladeiras.

Integração dos grupos “marginalizados”

A proposta de integrar os “marginalizados” na sociedade parte do pressuposto de que a grande massa da população, devido à sua pobreza, encontra-se “fora” da sociedade. Essa idéia procura dar conta de que a maioria da população não participa no consumo, nem tem acesso a todos os serviços básicos, principalmente os de educação e saúde. Só que isso é uma ilusão de

3 Folha de São Paulo, edição de 17/07/1988)

ótica, pois essa maioria não está fora da sociedade, e sim dentro dela, com uma participação extremamente desigual.

Essa concepção é tão enraizada na sociedade capitalista que, por muitos anos, vêm se desenvolvendo programas governamentais, e também religiosos, que propõem a incorporação dessas “populações marginais” aos benefícios do progresso econômico e cultural. Como citou um autor, “animação social, ação comunitária, educação de base, cursos os mais variados, autogestão, além de inúmeros incentivos às atividades cooperativas, constituem as principais formas de atuação”.⁴

Nessa concepção de “integrar os marginalizados” está implícita a idéia de que, de uma forma ou de outra, os próprios pobres são os culpados pela situação em que se encontram. Aí os animadores “de fora” entram em cena para “animar”, “incentivar”, “esclarecer”, “motivar”, “encorajar”, enfim, “despertar os ignorantes e passivos” para os caminhos que deveriam tomar para participar da sociedade de consumo.

Mas quem diz que os chamados “marginalizados” estão realmente “fora” da sociedade capitalista? Ou será que a imagem de que estão fora não passa de uma ilusão de ótica já que, na realidade, sempre estiveram dentro da sociedade? Em outros termos, justamente porque estão dentro é que podemos compreender melhor as razões pelas quais a distribuição da renda, os serviços básicos, o emprego e o desemprego existem da maneira como estão organizados. Essa organização exige que a maioria da população sustente a minoria, que os 70 milhões trabalhem com baixíssimos salários para garantir a renda altíssima de 135 mil pessoas.⁵ Mais ainda: é uma maioria que, devido à precariedade de sua inserção no mercado de trabalho, representa sempre uma ameaça para a parcela dos trabalhadores formalmente empregados. E essa grande reserva de mão-de-obra que vive em condições de vida precárias serve para ser deslocada ora para ocupar a Amazônia, ora para construir a barragem de Itaipu, ora para construir o metrô.⁶

Talvez a pergunta mais importante a fazer quando se discutem programas que procuram “integrar” a população marginalizada dentro da sociedade

4 KOWARICK, L., *Capitalismo e marginalidade na América Latina*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

5 Sobre a complementaridade entre *atrasado e moderno* e a combinação de desigualdades no capitalismo brasileiro, ver “Economia brasileira: crítica à razão dualista”, in *Estudos CEBRAP*. São Paulo, 1972; (2).

6 O fenômeno migratório, abordado do ponto de vista da mobilidade da força de trabalho, só poderá ser explicado satisfatoriamente dentro da lógica do sistema capitalista.

brasileira seja para saber se tais programas garantem empregos e melhores salários, escolas públicas e serviços de saúde de qualidade.

Mutirão

Trata-se de um apelo, de um convite feito à população trabalhadora que mora nos bairros periféricos e nas favelas para realizar, com seu próprio trabalho, tempo e lazer e, às vezes, seu dinheiro, obras que são da responsabilidade do governo. Quem faz o convite são os governos, grupos políticos e religiosos. Usam freqüentemente imagens como “povo independente”, “povo que não precisa de ajuda de ninguém”, “auto-suficiente” e “pioneiro”. Ou seja, apelam para a imagem de uma população que não é “preguiçosa” e que “toma a vida nas próprias mãos”. O mutirão tem as mais variadas formas, desde as mais grosseiras até as mais sofisticadas, mas transmite sempre a idéia de uma participação social da população trabalhadora.

Para entender as várias formas de mutirão tomemos o exemplo da construção de uma escadaria para dar acesso a uma favela. A forma mais grosseira seria aquela em que a população compra o cimento e faz a escadaria no fim de semana. A forma mais sofisticada é aquela em que o governo dá o cimento e a população desempregada recebe um pagamento de biscateiro para realizar a obra durante a semana. Embora as várias formas tenham vantagens para a população da favela, o que está em jogo é o fato de que a população já pagou pela escadaria que está sendo construída. O mutirão faz com que a população pague três vezes por uma obra que é um direito seu: a primeira vez paga com os impostos, a segunda com o dinheiro que gasta no material e a terceira vez com o uso do tempo de lazer necessário para a reprodução de sua força de trabalho.

Ao criticar o mutirão como forma de participação social, não queremos deixar a impressão de que não se deva nunca praticá-lo. Há situações extremas em que sua necessidade se coloca. Exemplos dessas situações são as vividas em países como a Nicarágua, onde a perseguição ao governo sandinista pelo governo dos Estados Unidos obrigou a reduzir os gastos sociais e aumentar as verbas destinadas à defesa do país contra os invasores.

Quando governos em países como o Brasil, seja ao nível federal, estadual ou municipal, alegam não ter dinheiro para obras de necessidade e interesse da população trabalhadora — como escadarias, saneamento e rede de água — não estão sempre mentindo. Mas o que precisa ser dito é para onde e como foi gasto o dinheiro de que o governo dispunha.

Por exemplo, na Baixada Fluminense (Rio de Janeiro):

“O governo estadual, depois de vários debates em que também a população esteve envolvida, optou por uma solução de ‘baixo custo’ — sistema condominial — cuja primeira etapa do programa de obras prevista tem prazo de execução de seis meses, com um custo total orçado em Cz\$ 130.000.000,00, prevendo atingir um total de 66.700 moradores como mostra o encarte distribuído pela Secretaria de Obras à população.

“Enquanto isso, do outro lado da região, na chamada ‘Costa Dourada’, discute-se a construção de um emissário oceânico que beneficiaria diretamente os moradores da Barra da Tijuca e Jacarepaguá (500 mil) com previsões de gastos em torno de 2,2 bilhões de cruzados. Nota-se que em ambos os casos os financiamentos são assumidos diretamente pelo BNH através de repasses ao governo do estado. Mas além de chamar atenção para as cifras e correspondente população pretensamente atendida pelas obras citadas, é importante observar como a população, de fato, participa desse debate. Na Baixada ela foi chamada a participar através de suas associações de moradores e federações, como é o caso da ABM (Associação de Bairros de São João de Meriti), em São João de Meriti, para auxiliar os técnicos da CEDAE no desenho da rede, condição básica para a aplicação do sistema escolhido, pois a rede atravessa as próprias residências. Na Barra da Tijuca, onde se concentra uma parcela de maior poder aquisitivo, a questão do saneamento como um direito a ser estendido a todos encontra-se desde o início resolvida sem questionamento quanto ao seu custo e sem que se apliquem soluções de tipo ‘mais barato’.”⁷

O exemplo acima ajuda-nos a entender o problema porque, além de demonstrar as razões pelas quais não havia “mais dinheiro” para o saneamento básico na Baixada Fluminense, acaba, ao mesmo tempo, incentivando a proposta de mutirão na própria Baixada.

Do nosso ponto de vista, o mutirão deve ser a última opção de como realizar uma obra necessária numa favela ou bairro periférico e, uma vez aceito, deve realizar-se no espírito de mutirão de “protesto”. Com isso queremos dizer que diante da falta de alternativa a obra de mutirão deve ser feita como protesto, no sentido de deixar as autoridades tomarem conhecimento de que a obra está sendo feita com o dinheiro e lazer dos trabalha-

7 NAJAR, A. L. *et al.*, “O plano nacional de saneamento — as desigualdades encobertas”, in MINAYO, M. C. S. (org.), *Saúde em estado de choque*. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1989; 2 ed., pp. 71-72.

dores quando deveria ser realizada com o dinheiro público já arrecadado dos trabalhadores através dos impostos por eles pagos.⁸

Desenvolvimento comunitário

Trata-se de associativismo, de comunitarismo, isto é, de uma forma sofisticada de mutirão, onde a população planeja e toma suas próprias decisões com pequena participação financeira do Estado. Na verdade, é uma das formas que os grupos dominantes têm para convidar a população trabalhadora a aderir aos planos de desenvolvimento sem aumentar sua participação na riqueza produzida. A proposta

“(...) é sutil e, ao nosso ver, contém uma meia-verdade, pois é efetivamente a população trabalhadora que deve decidir suas próprias condições de vida, só que deve também fiscalizar os especialistas, determinando para quem as melhorias são desejáveis e para quem terão efeitos mais definidos. Na verdade, o que falta mencionar na proposta é que os recursos do governo são provenientes da própria população”.

“Talvez fosse pertinente perguntar, neste ponto da discussão, por que os moradores abastados dos bairros como Ipanema e Leblon (na zona sul da cidade do Rio de Janeiro) não precisam de alguém para lhes ensinar o espírito de esforço próprio e auto-ajuda, e iniciativa própria, se na raiz do problema estão o desemprego e os baixos salários, e as greves para aumentar os salários são freqüentemente reprimidas?”⁹

Participação popular

Diferencia-se das demais formas por ser uma participação política das entidades representativas das sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social. Essa participação implica uma contradição: de um lado, legitima a política do Estado diante da população; por outro, significa um canal para que as entidades populares disputem o controle e a destinação da verba pública.

A resolução dessa contradição faz parte de um processo onde as entidades populares precisam manter sua independência, de modo a poder lançar mão de formas de luta que lhes são próprias e a garantir a mais ampla participação

8 VALLA, V. V. (org.), *Educação e favela — Políticas para as favelas do Rio de Janeiro, 1941-1980*. Petrópolis, Vozes/ABRASCO, 1986.

9 *Ibid.*

das massas, orientando sua participação naquelas instituições do Estado destinadas prioritariamente a atender às necessidades da classe trabalhadora, que representa 70% da população brasileira. Nessa perspectiva, a participação popular pode significar uma prática transformadora. Evidentemente, o Estado e as entidades da sociedade civil que defendem os interesses das classes dominantes buscarão sempre bloquear, desviar e impedir esse desenvolvimento do movimento popular, seja restringindo o acesso às informações, fragmentando a participação, limitando o campo das atribuições, retardando decisões ou remetendo-as a instâncias superiores, seja através da cooptação das lideranças do movimento popular para aceitar esses procedimentos em troca de benefícios pessoais ou políticos.

Condicionantes histórico-estruturais da participação popular

O governo brasileiro vem assumindo sistematicamente o papel que caberia à iniciativa privada desempenhar dentro do sistema capitalista. Chamamos a atenção para o fato de que a verba pública frequentemente utilizada para fins industriais é exatamente a mesma verba que deveria fornecer os serviços básicos à população.¹⁰

Sabe-se que praticamente todos os investimentos públicos para o consumo coletivo são necessários. Questiona-se, por isso, a necessidade e o montante de recursos destinados à infra-estrutura industrial. Esse não é um problema de hoje. Historicamente, os governos brasileiros gastaram verba pública mais com a infra-estrutura industrial do que com o consumo coletivo, pois os interesses dominantes no Brasil fazem fortes pressões sobre os governos para gastarem verba pública dessa forma. Seguem-se alguns exemplos que ilustram melhor essa questão.

Houve gastos muito grandes com a construção das usinas nucleares em Angra dos Reis. Apesar de muitos protestos de técnicos, pesquisadores e outros especialistas, o governo federal da época da ditadura militar gastou bilhões de cruzados na construção de uma usina que hoje está cheia de ferrugem e é vista por muitos como perigosa para a saúde coletiva. Para tanto dinheiro público ser gasto, aliás, o governo de então tinha que tomar empréstimo dos bancos estrangeiros, mas não perguntava para a população

10 Ver MELLO, J. M. C., *O capitalismo tardio*, São Paulo, Brasiliense, 1992; e MENDONÇA, S. R., *Estado e economia no Brasil: opções de desenvolvimento*. Rio de Janeiro, Graal, 1986.

se queria, mais tarde, pagar essa “dívida externa” com o dinheiro dos impostos. Tiveram que construir novas estradas, pontes e gastaram grandes somas de dinheiro público para fornecer luz, água e esgotos para a usina poder funcionar.

Houve o mesmo tipo de gastos, por exemplo, para a instalação da fábrica de automóveis Fiat, perto de Belo Horizonte, e para a construção da rodovia Transamazônica. Hoje em dia pode-se acrescentar a construção da Ferrovia Norte-Sul. Todo esse dinheiro gasto sem uma consulta popular desviou as verbas públicas que poderiam ser empregadas em serviços de saúde e em outras necessidades sociais. De uma forma ou de outra, é a população trabalhadora que “paga o pato” pois, na ausência de serviços básicos como os de saúde, as classes média e rica, embora tenham o direito aos serviços públicos, podem “pagar” por sua saúde à Golden Cross, Amil etc.

Embora a tendência dos governos brasileiros sempre tenha sido de relegar os gastos com o consumo coletivo a um segundo plano, isso agravou-se muito com o regime militar que, a partir de 1964, oficializou a privatização da verba pública. Foi durante esses anos que a repressão dos governos impediu que a população organizada protestasse contra a abertura da rodovia Transamazônica, a construção das usinas nucleares e a entrada de muitas indústrias multinacionais que só vieram buscar mão-de-obra e matéria-prima baratas e infra-estrutura industrial gratuita. Foi durante esses anos que os governos tomaram muitos empréstimos sem a autorização do Congresso, resultando, hoje, na questão da dívida externa. Dívida externa que é paga, também, com os impostos que deveriam financiar o consumo coletivo.¹¹

Passados os anos mais críticos do regime militar (1968-1974), começou o que os próprios governos militares chamaram de uma “distensão lenta e gradual”, ou seja, a “transição para a democracia”. As palavras *lenta e gradual* e *transição* são importantes, pois indicam a intenção dos grupos dominantes de permanecer com a hegemonia do Estado brasileiro. As palavras *democratização* e *democracia* oferecem o mesmo problema que *participação social* — têm várias definições, e sem especificar não fica claro qual é a definição que se pretende utilizar. Esse uso ambíguo de palavras não é casual e serve aos interesses de quem não quer que prevaleçam aqueles da população trabalhadora.

Na realidade, nem todos têm acesso igual ao dinheiro público, embora todos sejam obrigados a contribuir com seus impostos para que exista o

11 VALLA, V. V., *Movimentos sociais, saúde e a questão da verba pública*. Petrópolis. Centro de Defesa dos Direitos Humanos de Petrópolis, 1987.

dinheiro público. A proposta de participação popular se coloca justamente na contra-mão desse estado de coisas.

A democracia apresenta a proposta de que os direitos *individuais* de cada cidadão sejam respeitados. Mas essa proposta somente teria sentido se todos os cidadãos brasileiros tivessem acesso pleno aos serviços básicos.

Os direitos individuais se tornam difíceis de ser respeitados na medida em que os direitos sociais têm uma expressão material frágil no Brasil. Como garantir o *direito de ir e vir*, por exemplo, se o transporte coletivo ou não existe (obrigando a longas caminhadas a pé), ou é extremamente precário, com horário irregular, poucos ônibus etc.? Como garantir o *direito à saúde*, se grande parte da população não tem acesso ao saneamento básico? O dinheiro que os governos gastam com o consumo coletivo está longe de ser suficiente para proporcionar a toda a população tudo o que a Constituição garante, prejudicando dessa forma o exercício pleno dos direitos individuais.

Na realidade, tentar responder a essas questões, ou seja, compreender a relação de uma população com a verba pública, é falar de cidadania. Mas a discussão da cidadania, no Brasil, é um problema, porque a idéia que tem sido divulgada é a de uma cidadania de Primeiro Mundo, dos Estados Unidos, da Europa Ocidental. Todos nós ouvimos falar desses países onde todo mundo tem água encanada em casa, tem rede de esgotos, pode beber água da bica da pia, onde os carros dão passagem ao pedestre quando ele atravessa uma rua. Esse tipo de cidadania, aliás, altamente desejável para qualquer população, já existe nesses países, e lá não há necessidade de se reivindicar água ou esgotos. Os cidadãos mais conscientes desses países “vigiam” os governos para garantir que esses serviços continuem existindo. Trata-se de uma cidadania de abundância, de vigilância.

No Brasil, porém, uma grande parte da população não pode vigiar o governo, porque não há o que vigiar. Se um bairro não tem água, esgotos, ruas asfaltadas, postos de saúde, essa população vai vigiar o quê? A população desse bairro, como é o caso de muitos bairros, terá é de pressionar as autoridades para realizarem essas obras básicas com o dinheiro dos impostos.

É importante chamar a atenção para o fato de que as reivindicações da população são reivindicações de direito, ou seja, as autoridades já têm o dinheiro dos impostos da população, mas não realizam os serviços exigidos e acabam gastando os impostos em outros projetos, como foi visto anteriormente. Na realidade, o que a população reivindica quando exige os serviços básicos é apenas sua sobrevivência, pois não havendo esses serviços muitas pessoas correm o risco de morrer.

Então 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, ou grandes parcelas da população continuarão a ter problemas muito sérios de saúde.¹²

A distribuição desigual da verba pública é consolidada por um complexo sistema de burocracia. A presença e ação dos técnicos dessa burocracia fazem com que essa distribuição desigual seja vista como algo impessoal, neutro, apenas uma questão administrativa.

Nessa discussão de direitos sociais e verba pública é importante ter claro que o próprio Estado brasileiro e a Constituição têm como eixo principal a propriedade privada. Com isso queremos dizer que a concepção que se tem da propriedade privada é mais importante do que a questão dos direitos sociais. Assim, nem uma “reforma agrária capitalista” será possível, porque a maioria dos constituintes se opôs à distribuição de terras improdutivas mas particulares. Como conseqüência, as favelas crescem diariamente nas cidades, o índice de desemprego continua aumentando e os preços dos alimentos continuam subindo. Grandes parcelas da população trabalhadora são obrigadas a morar em favelas ou em bairros periféricos, longe do seu trabalho, porque os terrenos mais acessíveis já têm donos. Poder-se-ia pensar em vender terrenos baldios e de propriedade privada para as prefeituras para depois serem vendidos à população trabalhadora por preços módicos. Mas uma solução desse tipo implica gastar verba pública que já está comprometida em obras de interesse dos grupos dominantes, como já foi visto no caso da Barra da Tijuca.

Mesmo que se chame a atenção para alguns avanços de determinados pontos da Constituição, sua garantia deveu-se mais à mobilização das forças progressistas do que à votação dos constituintes. Uma posse da terra juridicamente justificada, a proteção contra invasão da sua própria residência, o direito de fazer greve ou de não ser preso a não ser em flagrante são todos direitos conquistados na Constituição, mas somente garantidos por uma justiça que a respeite. Em última instância, a democracia, mesmo liberal, depende de uma fiscalização dos cidadãos. A classe trabalhadora, para poder reproduzir sua força de trabalho de um dia para o outro, necessita de serviços básicos abundantes, eficientes e de qualidade. Um dos requisitos para que haja serviços básicos, abundantes, eficientes e de qualidade é que a verba pública seja prioritariamente utilizada para esses serviços.

O fato de a economia brasileira ser uma expressão do capitalismo dependente faz com que a verba pública não esteja sempre disponível para os

12 VALLA, V. V., *ibid.*

serviços básicos, pois os interesses dos capitalistas nacionais e internacionais disputam a mesma verba que mantém as escolas públicas, os centros de saúde, os hospitais e os serviços de água, luz e transporte público.

Na realidade, o que está em discussão é como fazer com que os governos socializem a verba pública em vez de a privatizarem. Até agora foi demonstrado que na medida em que os governos não investem no consumo coletivo há prejuízos para a população trabalhadora. Na medida em que esses serviços não existem, os trabalhadores são obrigados a achar alternativas à sua própria custa. É o que muitos chamam de “reprodução da força de trabalho a baixo custo”. Isso quer dizer que os gastos que os governos deveriam fazer, através da verba pública, são absorvidos pelos trabalhadores e feitos com seus minguados salários, ou seja, freqüentemente eles mesmos acabam “criando os serviços”, autoconstrução, morar em favela, puxar luz da rua, medicina popular etc.

A população trabalhadora, por exemplo, tendo de sobreviver com um ou dois salários mínimos, tenta escapar do aluguel, construindo a sua casa própria num lote longe do centro da cidade. Se, de um lado, os gastos com o aluguel podem terminar, de outro lado, os trabalhadores são obrigados a gastar mais com a passagem de ônibus ou trem para o trabalho. E enquanto a casa está sendo construída (e é geralmente o pai quem constrói sua própria casa nos fins de semana), a família é obrigada a suportar sacrifícios muito grandes. A construção já por si traz muitos problemas, pois, além de eventualmente se gastar com a compra do terreno, gasta-se muito com o material de construção, que acaba diminuindo a parte do salário utilizada para a comida da família. Além disso, o pai de família e construtor da casa, que já tem pouco tempo para descansar durante a semana, é obrigado a usar seu tempo livre para trabalhar mais ainda. Assim, aumentando o trabalho para além de 44 horas por semana, diminuindo os gastos com a alimentação e tendo pouco tempo para “descansar a cabeça”, os trabalhadores e suas famílias começam a ter problemas com a saúde. Todo esse caminho de trabalhar muito e dormir pouco, comer mal e não ter tempo de descanso provoca um desgaste muito grande para o corpo do trabalhador, o que alguns chamam de “dilapidação da força de trabalho”.¹³

Mesmo depois da construção própria os problemas continuam, pois, justamente porque o lote é longe do centro, é muito comum não haver

13 KOWARICK, L., “O preço do progresso: crescimento econômico, pauperização e espoliação urbana”, in MOISÉS, J. A. et al., *Cidade, povo e poder*. Rio de Janeiro, Paz e Terra/CEDEC, 1985.

serviços de água, luz, esgoto, posto de saúde ou hospital. O ônibus passa longe e é mais caro porque a viagem é longa.

A superação do modelo atual de assistência em saúde: os distritos sanitários e o controle social dos serviços

Quando falamos em *modelo de assistência à saúde* estamos nos referindo ao modelo vigente em nosso país, ou seja, previdenciário, assistencial curativo, individualizante e que beneficia o setor médico privado. Reorientar esse modelo significa superar essas características. Ora, isso somente é possível caso o Estado (governos federal, estaduais e municipais) adote políticas sociais e econômicas que realmente tenham por meta alterar as condições de saúde da população brasileira, ao mesmo tempo em que, através do sistema de saúde, seja possível proteger e recuperar a população que adocece.

Para o movimento popular a mudança no “modelo” é muito difícil. Como privilegiar ações preventivas se a realidade vivida é de milhões de pessoas doentes? E, mais grave ainda, se na maioria dos municípios sequer existe uma rede pública de saúde?

Não se trata, evidentemente, de contrapor a luta pelas políticas que modifiquem as condições de saúde da população trabalhadora à luta por um sistema de saúde que garanta a todos uma atenção integral, igualitária, gratuita. Ao movimento popular, através de suas várias organizações, cabe a tarefa de lutar nas duas frentes. As lutas por aumentos salariais reais, pela estabilidade no emprego, pela posse da terra significam ganhos para a saúde e estão indissociavelmente ligadas à conquista de serviços de saúde voltados para a saúde da população.

É preciso ter clareza, porém, que a burocracia estatal caminha no sentido de privilegiar apenas a maior *racionalização* dos serviços e que, no final das contas, transformará todo o sistema de saúde em um sistema para proteger a população contra a doença. Todos falam na *integralidade* das ações preventivas e curativas, mas na prática os serviços se ocupam cada vez mais de ações curativas, inclusive nos centros municipais de saúde onde a prevenção é a finalidade mesma dos serviços.

Talvez as dificuldades possam ser menores caso o movimento popular consiga instituir nos serviços de saúde pública um eficiente sistema de vigilância sanitária.

O que significa isso?

Para controlar a situação de saúde da população existem dois instrumentos básicos: a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica. A vigilância

sanitária consiste na observação sistemática dos processos que agravam a saúde, ou seja, de poluição do meio ambiente, de uso de substâncias químicas e outras que intoxicam trabalhadores nas empresas e fazendas, de uso de medicamentos inadequados ou perigosos, de alimentos que possam trazer riscos à saúde etc. Já a vigilância epidemiológica trata de controlar os casos de doenças que afetam grande número de pessoas.

Assim, a luta por um sistema de saúde que atenda a todos de modo eficaz, protegendo e recuperando os que adoecem, de modo igualitário e gratuito, pode ser conduzida também como uma luta para que esse mesmo sistema funcione no sentido do prevenir e evitar a doença. Daí a importância da vigilância sanitária.

Quando o movimento popular é chamado a participar de conselhos estaduais ou municipais de saúde, antes de discutir a distribuição das verbas — se vão para construir novas unidades, contratar médicos, adquirir medicamentos etc. — cabe perguntar: como se vai garantir a *integralidade* das ações preventivas e curativas? existe ou não um sistema de vigilância sanitária nos serviços? diante da realidade de cada município região ou estado, quais são as prioridades da vigilância sanitária? por outro lado, como está montado ou deve ser construído o sistema de vigilância epidemiológica?

A mudança no “modelo” implica também o predomínio do serviço de saúde pública sobre aquele dominado pelas clínicas conveniadas, que usam os recursos que saem do bolso dos trabalhadores. Aqui as dificuldades são grandes porque, como vimos, a rede de hospitais e ambulatórios públicos está concentrada na Região Sudeste e, nesta, sobretudo nas capitais, em particular no município do Rio de Janeiro. Na realidade, o setor privado predomina no país como um todo.

Na opinião de uma pessoa da Pastoral de Saúde da Bahia, falta autoridade da Secretaria Estadual de Saúde para exigir a reforma sanitária no interior, onde o poder político ainda se remete ao coronelismo mais duro. Em diversos municípios do interior não existem serviços de saúde, não há secretários municipais e, muitas vezes, o prefeito é um médico, amigo ou dono de clínica particular que sequer se interessa por gerir um sistema público, preferindo proteger essas clínicas.¹⁴

Essa situação pode continuar inalterada porque a própria Constituição a favorece.

14 VALLA, V. V. *et al.*, “Diagnóstico e avaliação de experiências locais de participação popular no sistema de saúde — estado do Rio de Janeiro”. Rio de Janeiro, ENSP-FIOCRUZ, 1988.

A nova Constituição adotou o princípio de que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada (art. 204), admitindo sua participação “de forma complementar” no sistema único de saúde. Como resposta à alternativa imediata, o movimento popular poderá reforçar aqueles preceitos constitucionais que fortalecem o setor público contra o setor privado com fins lucrativos. Exemplos: exigir que as clínicas ou empresas médicas somente recebam dinheiro do Estado através de contrato de direito público, dando preferência às entidades filantrópicas e àquelas sem fins lucrativos; impedir que o dinheiro público seja usado para financiar empresas médicas e destinar esse mesmo dinheiro para a construção de hospitais, postos de saúde e laboratórios para a rede pública.

Como veremos adiante, essa luta será travada contra elementos e grupos de burocracia estatal, cujos interesses encontram-se entrelaçados com os do setor privado. Talvez o problema maior seja o de estabelecer um quadro de profissionais de saúde exclusivamente dedicado ao setor público.

O direito à saúde em sua dimensão coletiva, social, baseia-se no princípio da igualdade: a saúde deve ser garantida para todos. O campo da saúde pública é, fundamentalmente, o da atenção à saúde enquanto direito social cuja garantia é devida pelo Estado como um serviço essencial, de caráter público e gratuito, acessível a todos indistintamente. A acessibilidade, conforme uma definição internacional já consagrada, “implica a prestação contínua e organizada de serviços para que toda a comunidade tenha fácil acesso geográfico, financeiro, cultural e funcional”. Além da acessibilidade, o direito à saúde contempla a necessidade da participação individual e coletiva no planejamento e na execução das ações de saúde.

Embora ainda não tenhamos em nosso país medidas legislativas que traduzam esses princípios de modo pleno, contamos com uma importante iniciativa do Poder Executivo: trata-se do decreto n° 94.657, de 20 de julho de 1987, que dispõe sobre a criação dos Sistemas Únicos Descentralizados de Saúde (SUS) nos estados. Acreditamos que através dessa iniciativa os poderes públicos provêm a população de meios para viabilizar o direito de participação no planejamento e execução das ações de saúde. Referimo-nos basicamente ao fato de que o sistema de saúde passa a estruturar-se por distritos sanitários e se prevê, nesse nível, o controle social dos serviços.

O distrito sanitário é entendido como “módulo, determinado geograficamente, de composição institucional plural e com algum grau de autonomia decisória, onde se desenvolverão o conjunto das ações básicas de saúde com um determinado espaço-população”. O distrito sanitário pode corresponder ou não à unidade administrativa e territorial do município. Os aspectos mais relevantes dizem respeito à sua caracterização em termos de particularidades geopolíticas e sanitárias em áreas determinadas, onde a população possa ser atendida de modo global pelos serviços de saúde.

A acessibilidade aos cuidados de saúde é apenas um dos lados da nova organização dos serviços de saúde. Outro é o da esfera do planejamento e execução de ações de saúde em áreas micro-regionais ou municipais, através das comissões regionais de saúde ou comissões municipais de saúde. Sabemos que para a população a possibilidade de intervir sobre um sistema centralizado ao nível federal é bastante remota. E aqui vale ressaltar a tendência da organização distrital em restringir a influência, até hoje dominante, das burocracias. A indiferença para com a função social do serviço público, a substituição dos interesses públicos pelos da carreira ou mesmo de “castas”, a consideração da hierarquia de serviços como um objetivo em si, todos esses traços comuns da consciência e do comportamento burocráticos sofrem limitações devido à democratização da direção e à transparência informativa que o controle social impõe ao funcionamento do serviço público. Limita, restringe, mas não elimina as distorções burocráticas e o privilegiamento de interesses distintos e muitas vezes opostos aos da finalidade do setor público. Enquanto não se alterar a forma de atuação do Estado e a população organizada não lograr um novo modo de planejar e distribuir recursos do setor público, não se materializarão efetivamente as potencialidades que a organização distrital oferece em termos de atenção à saúde.

Alguns autores, como Castiel e Rivera,¹⁵ apontam certas características do planejamento tradicional no setor saúde — que, como é sabido, inscreve-se nos marcos do modelo assistencial vigente durante o longo período de Estado autoritário do qual estamos saindo: o planejamento é do tipo normativo, onde um sujeito (Estado) planifica o objeto (a realidade econômico-social); baseia-se no modelo da oferta de serviços; encontra-se subordinado a interesses econômico-corporativos (“pressão de grupos”); e sofre a mediação de “acordos políticos locais”. Essas duas últimas características revelam que o sistema de saúde estatal, apesar do controle financeiro (via recursos previdenciários), não tem a capacidade de ofertar serviços de saúde compatíveis com as necessidades da população. A política de sucateamento dos serviços públicos, como assinala Teixeira, “redundou no incremento dos serviços médico-hospitalares privados, que hoje mantêm o predomínio indiscutível na oferta desses serviços”.¹⁶

15 CASTIEL, L. D. & RIVERA, F. J. U., “Planejamento em saúde e epidemiologia no Brasil: casamento ou divórcio?”, in *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, out/dez 1985; 1 (40).

16 TEIXEIRA, S. F., “Cidadania, direitos sociais e estado”, documento apresentado à VIIIª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986; mimeo.

O controle social dos serviços de saúde passa, portanto, num Estado democrático, por mudanças no próprio modo de planejar e gerenciar recursos. Testa¹⁷ e Matus¹⁸ apresentam proposições para dar conta dessa nova forma de planejamento. Diríamos resumidamente que o planejamento tem um enfoque estratégico, onde o Estado está inserido na realidade e se depara com vários atores com capacidade de planificação; está baseado no modelo das necessidades de saúde (demandas); e subordina-se às relações de força existentes na sociedade e à dinâmica social.

A proposta de controle social dos serviços contida na criação dos SUS implica o reconhecimento de que o Estado — ao planejar uma sociedade marcada pela desigualdade e pelos conflitos sociais dela oriundos, bem como pela assimetria das relações de poder entre grupos e classes sociais —, ele próprio, é a *condensação material das relações de forças sociais*.

O plano estadual de saúde do governo do estado da Bahia (1987-1991) expressa, na metodologia adotada, esse reconhecimento, ao admitir

“(...) a participação, a nível de cada município e nas ‘Oficinas de Trabalho’, de todos os segmentos sociais que vivem/explicam/encaminham soluções para os problemas de saúde, como forma de não mais ignorar no processo de planejamento a *categoria do conflito*. Isto implica considerar que o planejamento se dá numa realidade social complexa, em permanente transformação, onde diferentes forças sociais possuem diferentes projetos de sociedade utilizando-se de estratégias diferentes, e muitas vezes opostas, para sua viabilização”.¹⁹

Gostaríamos de ressaltar que a percepção do conflito social na esfera do planejamento traz, para a análise ou “pensamento” estratégico, a relevância dos movimentos sociais enquanto novos atores. O fato histórico do qual partimos é o de que as empresas e grupos médico-hospitalares e as máquinas políticas constituem-se em formas de *organização primária*, enquanto a organização da população, quer a nível associativo, sindical ou político, é *secundária*.

17 TESTA, M., “Estratégia, coherencia y poder en las propuestas de salud”, in *Cuadernos Médico-Sociales*. 1986; (38).

18 MATUS, C., *Política y plan*. Caracas, Publicaciones de IVEPLAN, 1982.

19 Governo do Estado da Bahia, “Plano Estadual de Saúde, 1987-1991”. Salvador, 1987. (O grifo é nosso.)

Podemos, então, definir o nosso objeto de estudo como pertinente à problemática do controle social dos serviços de saúde no nível local, com ênfase na participação dos segmentos sociais da população que vivem do seu trabalho e reivindicam a saúde como um direito social.

Quando falamos em *controle social* estamos pensando na disputa democrática, por parte daqueles segmentos sociais, do poder institucional no setor saúde em nível local. Adotamos a concepção de Testa de que o *poder institucional* refere-se ao “que” e “como” fazer na definição e resolução dos problemas de saúde da população. A apropriação desse poder pela população organizada significa a capacidade de “acumular” tipos específicos de poder (técnico, administrativo) que viabilizem a realização do direito à saúde em sua dimensão social.

A experiência tem demonstrado que não basta convocar a população a participar dos serviços. É indispensável considerar a visão de mundo e o comportamento das camadas populares quando entram em relação com os técnicos dos serviços de saúde. Na medida em que se coloca a participação popular situa-se, também, a possibilidade de conflitos com técnicos do setor. Esses conflitos podem ser vistos como um problema de “tradutibilidade de linguagens”. Espaço para uma nova concepção de educação em saúde, a *tradutibilidade* ocorre sempre que se considera o interesse comum em compreender que as demandas de saúde da população orientam-se no sentido de garantir a cobertura do sistema e a resolutividade das ações de saúde. Esse enfoque corresponde à orientação do pensamento estratégico que propõe o diagnóstico no plano das organizações sociais que têm a capacidade de acumular/desacumular poder, condicionando o alcance e a direção dos fatos que se produzem no nível do setor saúde (números de consultas, produtividade, cobertura etc.)

Capacitação técnica: uma proposta de ação para controle social dos serviços de saúde

A discussão acima desenvolvida, além de procurar demonstrar que o tema *participação popular* não é um conceito genérico e simples, procura também apontar para o fato de que dificilmente haveria mudanças substanciais no quadro dos serviços básicos e, em particular, de saúde, sem um controle social dos mesmos.

Nesse sentido, entende-se que o poder público, no Brasil, sem a pressão dos movimentos sociais, seria incapaz de materializar as políticas públicas

e de gerir os serviços básicos de modo a garantir condições mínimas e dignas para a reprodução da força de trabalho.

Essa afirmação é resultante da constatação de que os compromissos do governo federal com as exigências do capital internacional e nacional, tanto quanto a subordinação dos governos estaduais e municipais às diretrizes tributárias do governo federal, impedem uma maior apropriação da verba pública para fins do consumo coletivo.

Levanta-se a hipótese, inclusive, de que serviços básicos de distribuição universal e de qualidade dificilmente seriam possíveis sem uma mudança radical da própria concepção da relação poder público-serviços básicos. Nesse sentido, mesmo que seja eleito um governo de caráter mais popular, nada garante que sua gestão traria mudanças substanciais sem uma participação social que busque um controle social dos serviços.

Não propomos especular sobre a distribuição de serviços de saúde numa conjuntura mais favorável às classes populares. Miguel Arroyo inclusive chama a atenção para os perigos de esperar uma conjuntura mais adequada para pensar serviços de qualidade e considerar que a conjuntura atual não permite esse pensar. Pelo contrário, Arroyo sugere a passagem do “carente” ao “possível” através de um pensar concreto, materializado nos serviços básicos, hoje.²⁰

De acordo com essa perspectiva sugerimos uma metodologia de ação que pressupõe a transformação da sociedade através de mudanças na concepção dos serviços básicos. Essa proposta, de inspiração gramsciana, pressupõe a atuação da sociedade civil em momentos de crise e o repensar alguns dos serviços básicos através de uma nova relação entre os movimentos populares e os profissionais de saúde.

A nova relação de intelectuais/profissionais de saúde-movimentos populares é indicada no livro de Berlinguer, *Medicina e política*,²¹ quando comenta os primórdios da reforma sanitária da Itália. Fala-se em nova relação, pois pressupõe que o profissional de saúde, isto é, professor e/ou pesquisador universitário, administrador de previdência, médico de centro de saúde, por exemplo, esteja agindo como parte de um amplo movimento social pela saúde. Os interesses que materializam essa aliança estão relacionados ao uso adequado da verba pública e à qualidade dos serviços. Nesse prisma, a participação do profissional pode expressar sua insatisfação com o programa do governo ao qual é subordinado hierarquicamente, em face aos gastos públicos reais e à qualidade dos serviços oferecidos à população.

20 ARROYO, M. G., *Da escola carente à escola possível*. São Paulo, Loyola, 1986.

21 BERLINGUER, G., *Medicina e política*. São Paulo. CEBES/Hucitec, 1983.

A fiscalização e possível controle de serviços públicos requer uma certa capacitação técnica.²² Nesse sentido, é necessário que os movimentos sociais superem o estágio em que se encontram hoje no Brasil, pois frequentemente apresentam um discurso político relativamente sofisticado, mas com bandeiras gerais sobre as questões de serviços públicos. Exemplos dessas bandeiras são “por uma melhor qualidade de ensino” e “por melhores condições de saúde”, fazendo com que a decisão de como responder às reivindicações seja exclusivamente governamental. Como exemplo, veja-se o caso do município do Rio de Janeiro, que apresenta hoje centenas de pequenas obras, escadarias de morros, obras de esgotamentos, minipostos de saúde que já começam a mostrar sinais de deterioração devido à má qualidade do material de construção utilizado nas obras.

A capacitação técnica do movimento popular se faz necessária em função da escolha do tipo de obra que deve ser desenvolvida e da forma que deve ser encaminhada.

“Quando um grupo de trabalhadores reivindica um serviço, por exemplo, um posto de saúde no seu bairro, há várias maneiras de reivindicar esse posto:

- a simples reivindicação do posto através de um ofício;
- se o ofício não resulta numa resposta favorável, então os moradores podem ir em grupo à Secretaria de Saúde para pressionar as autoridades de saúde;
- se a reivindicação for aceita, os moradores podem ainda:
 - esperar até o posto ser construído;
 - acompanhar a obra, fiscalizando a sua construção;
 - planejar a obra, juntamente com a Secretaria de Saúde, para garantir um posto de acordo com os interesses dos moradores e, depois, fiscalizar sua construção.

“Ou seja, com frequência não é suficiente reivindicar um serviço de saúde, a exemplo da construção de um posto, da instalação de água ou esgotos,

22 Queremos esclarecer que, a nosso ver, a avaliação e fiscalização de serviços como educação e saúde não requerem, de antemão, a competência de quem propõe a fiscalização. O fato de os participantes do movimento popular serem contribuintes com seus impostos faz com que tenham direito de fiscalizar e avaliar esses serviços. Se têm a competência ou não, tal não é critério para essa avaliação e fiscalização. Na ausência dessa competência da parte dos participantes, estes podem trazer profissionais de reconhecida capacidade para orientá-los com relação à avaliação e fiscalização.

pois as autoridades podem concordar em fazer a obra, mas depois dizer que houve pouco dinheiro e a obra acaba saindo mal feita”.²³

A proposta de capacitação técnica sugere que as classes trabalhadoras organizadas crescem em autonomia e iniciativa na medida em que possuem os conhecimentos técnicos para poder reivindicar e fiscalizar os serviços básicos necessários para a reprodução da sua força de trabalho. É justamente por saber que quem detém os conhecimentos técnicos para essa fiscalização são os profissionais de saúde, que se propõe a aliança profissional/movimento popular. Na realidade, não é qualquer profissional que possui os conhecimentos técnicos necessários para esse tipo de aliança, pois embora a formação universitária “legítima” o profissional, não o prepara necessariamente para essa aliança. Pode-se dizer que a formação universitária o capacita, ou melhor, o legitima a pensar nos conteúdos necessários para essa aliança.

Na realidade, não há “escola” que possa preparar o movimento popular para essa capacitação técnica. Uma escola pública de qualidade pode oferecer um “pano de fundo” de qualidade que permita que os trabalhadores melhorem suas condições intelectuais para essa capacitação. Uma análise da própria formação universitária dos profissionais de saúde no Brasil demonstra que o currículo oferecido, por exemplo, em educação e saúde, possui lacunas em áreas de interesse vital para a reprodução da força de trabalho dos trabalhadores.

Não é por acaso que essas lacunas existem, pois a universidade tem como finalidade última preparar profissionais para se inserirem dentro de um projeto de manutenção da relação atual do capital-trabalho no Brasil.

Um programa de capacitação técnica não é necessariamente um programa aberto que inclua qualquer assunto desde que relacionado com os objetivos políticos da classe trabalhadora (como é freqüente em cursos de educação popular). Uma possível proposta de conteúdos para um programa de capacitação técnica de setores organizados da classe trabalhadora seria resultado de uma convergência de pontos que implicasse uma análise conjuntural em determinada região do país. Estariam aí incluídos: o nível e qualidade do ensino superior nas áreas de medicina, saúde pública, serviço social e educação; a qualidade e quantidade dos serviços públicos de saúde; as necessidades da população trabalhadora em termos de reprodução de sua força de trabalho.

23 VALLA, V. V. & MELO, J. A., “Sem educação ou sem dinheiro?”, in MINAYO, M. C. S., *op. cit.*

Em síntese, cabe pensar um programa de capacitação técnica à luz de uma determinada *conjuntura sanitária* em dada região do país.

No caso do Rio de Janeiro, município-sede da segunda região metropolitana do Brasil, a avaliação feita por nossa equipe inclui os seguintes conteúdos para uma programação de capacitação nesse município:

- notificação obrigatória de doenças transmissíveis;
- vigilância sanitária;
- vigilância epidemiológica;
- saneamento básico e saúde;
- infecção hospitalar;
- desmame precoce e a comercialização de substitutos do leite materno;
- medicina popular.

Mesmo procurando limitar o programa de conteúdos a algumas áreas específicas, a amplitude das áreas continua grande. Por esse motivo propõe-se desenvolver programas específicos com relação a cada uma das áreas. A seguir, procurar-se-á justificar a escolha de cada uma delas e oferecer algumas pistas sobre o tipo de conhecimentos a serem desenvolvidos com os setores organizados dos movimentos populares.

Notificação obrigatória de doenças transmissíveis

No município do Rio de Janeiro, numa das áreas mais bem servidas de unidades de serviço de saúde (a AP 3.1), das 16 unidades existentes apenas cinco desenvolvem (e de uma forma precária) a notificação obrigatória de doenças transmissíveis. Especialistas têm afirmado que o assunto recebe pouco tratamento nos currículos de medicina. Percebe-se que, institucionalmente, há pouco incentivo para um assunto tão essencial para o sistema municipal de saúde. É necessária uma pressão externa a partir dos movimentos populares de saúde para o assunto ser tratado com mais rigor. A escolha da *notificação obrigatória* é exemplar para compreender a proposta de *capacitação técnica* pois, como exigir das autoridades mais rigor sem compreender os pontos básicos da questão da notificação obrigatória?²⁴

24 Ver VALLA, V. V., *et al.* "Relatório final da pesquisa educação, saúde e cidadania", Rio de Janeiro, ENSP-FIOCRUZ (Deptº de Ciências Sociais), set/1988; POSSAS, C. A., "Descentralização e democratização do sistema de saúde", in "Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde", Brasília, Centro de Doc. do Ministério da Saúde, 1987.

Vigilância sanitária

Observação sistemática dos processos que agravam a saúde, ou seja, da poluição do meio ambiente, do uso de substâncias químicas e outras que intoxicam trabalhadores nas empresas e fazendas, do uso de medicamentos inadequados ou perigosos, de alimentos que possam trazer riscos à saúde etc. Com relação a um tema tão vasto cabe chamar a atenção para alguns pontos específicos: a FEEMA (Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente) e a Secretaria Estadual de Saúde não possuem recursos materiais nem humanos para exercer a vigilância necessária com relação ao meio ambiente. De certa forma já dependem da população para, através de denúncias, identificar problemas mais graves. Segmentos do movimento popular, com uma capacitação técnica mínima, poderiam fazer uma incursão mais sistemática num problema já tão sério no Brasil. Quanto à saúde do trabalhador cabe lembrar que, além da simples medicalização, a maioria das vezes sintomática, há algo em torno de 50% da força de trabalho que não têm condições de recorrer aos setores especializados do sistema de saúde. Quando buscam os Centros Municipais de Saúde (CMS) não encontram profissionais com formação nessa área. A capacitação técnica dos movimentos populares nessa área começa com o próprio esclarecimento do problema.²⁵

Vigilância epidemiológica

Os CMS organizam os serviços conforme a demanda espontânea ou *demanda passiva*. Dessa forma os centros correm o risco de atender uma parcela da população que não representa necessariamente o perfil real da região para o qual estão voltados. Como nos dois itens anteriores, uma formação frágil nessa área impede um trabalho mais rigoroso. Ao mesmo tempo, os poucos recursos disponíveis para as secretarias municipais de saúde dificultam a realização de *diagnósticos epidemiológicos de região* ou programas que apontem para uma política de *demanda ativa*. Um diagnóstico mais completo poderia ser desenvolvido com a colaboração de sindicatos, partidos políticos, associações de moradores e escolas públicas. Provavelmente uma proposta dessa natureza contaria com uma cobrança do movimento popular de um peso maior sobre a política geral dos CMS.²⁶

25 Vide VALLA, V. V., *ibid.*; POSSAS, C. A., *ibid.*

26 Vide VALLA, *op. cit.*; VALLA, V. V. & SIQUEIRA, S. A. V., "Centro municipal de saúde e participação popular", in COSTA, N. R. et al. (org.), *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis, Vozes/ABRASCO; LOPES FILHO, R. N., "Programa de saúde comunitária". Rio de Janeiro, SMDS (Superintendência do Bem-Estar), jul/1988.

Saneamento básico e saúde

Inclui abastecimento de água, esgotamento sanitário, destinação final dos resíduos sólidos, gasosos e líquidos (lixo e resíduos industriais), e os sistemas de drenagem urbana. Quando há chuvas fortes no município, o lixo que desce das encostas das favelas entope os esgotos, provocando enchentes. A urina de roedores na água parada é uma das causas de doenças como leptospirose, freqüentemente fatal. Na mesma área do município do Rio de Janeiro, na qual a notificação obrigatória é precária, a estação de tratamento do lixo orgânico encontra-se inativa devido ao fato de que cinco bombas estão quebradas. O lodo acumulado na estação é transportado à baía de Guanabara sem qualquer tratamento. Freqüentemente, o líquido do esgotamento sanitário se mistura nos canais das águas pluviais.²⁷

Infecção hospitalar

O raciocínio em torno desse assunto segue uma linha semelhante aos dos outros já listados: pouca ênfase no currículo universitário. Os índices para os hospitais do município são mais altos do que os recomendados pela Organização Mundial de Saúde. O exemplo de infecção hospitalar é também ilustrativo da proposta de capacitação técnica pois, sem algum tipo de orientação técnica, a bandeira geral de “por menores índices de infecção hospitalar” significa pouco.²⁸

27 Ver VALLA, V. V., “Relatório final da pesquisa educação, saúde e cidadania”, *op. cit.*; NAJAR, A. L. *et al.*, “O plano nacional de saneamento: as desigualdades encobertas”, in MINAYO, M. C. S., *op. cit.*; NAJAR, A. L. & MELAMED, C., *Saneamento básico. Um direito de quem?*. Rio de Janeiro, Fase, 1987. Foi na área de saneamento básico e saúde que a Equipe Educação, Saúde e Cidadania realizou sua primeira experiência. A equipe assessorou/participou de um curso de capacitação técnica nessa área, para mais de 30 participantes, incluindo lideranças de associações de moradores, agentes de saúde, professores do primeiro grau e profissionais de saúde. O curso, patrocinado pelo Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina (CEPEL), foi realizado entre 1º de abril e 3 de junho de 1989, e incluiu os seguintes temas: i) Diagnóstico ambiental e panorama do saneamento no município do Rio de Janeiro; ii) Abastecimento de água; iii) Esgotamento sanitário; iv) Limpeza urbana; v) Controle de vetores: mosquitos, moscas, baratas e ratos; vi) O problema das enchentes: drenagem de ruas e rios; vii) Saúde ambiental; viii) Vigilância epidemiológica: doenças relacionadas a problemas de saneamento ambiental.

28 Ver CARVALHO, V. K., “Infecção hospitalar: uma leitura nas entrelinhas do poder”, in *Educação em Revista*. Belo Horizonte, jul/1987; (5), pp. 73-81.

Desmame precoce e a comercialização de substitutos do leite materno

A pouca ênfase dada a essa questão nas universidades é agravada pelo fato de que indústrias multinacionais de substitutos do leite materno patrocinam congressos de pediatria, freqüentados por professores e alunos universitários. As condições de vida e de trabalho das mães da classe trabalhadora brasileira dificultam a prática correta de amamentação. Esse assunto é um dos exemplos mais claros de como as discussões políticas e técnicas são interligadas. Apesar de campanhas governamentais sobre a necessidade de amamentação, os centros de saúde freqüentemente acabam estimulando o desmame precoce.²⁹

A medicalização dos problemas de aprendizagem em crianças do primeiro grau das escolas públicas

Trata-se de uma área de conhecimento praticamente inexistente nas escolas de medicina e de saúde pública. A maioria das faculdades de educação trata a questão a partir do “senso comum”. Dado que no município do Rio de Janeiro mais de 50% das crianças das camadas populares são repetentes ou desistentes nas primeiras séries do primeiro grau da escola pública, é freqüente o enfoque da medicalização do “fracasso escolar”. Afirmações errôneas sobre desnutrição e questões neurológicas acabam reforçando uma tendência já consolidada de tratar a questão de uma forma medicalizada nas unidades de serviços públicos de saúde. O interesse em levar o conhecimento desse problema ao movimento popular ganha um reforço, na medida em que se percebe que os profissionais de saúde e educação têm pouco acesso à questão.³⁰

29 CARVALHO, M. R., “Práticas populares de desmame e atuação dos serviços de saúde: impacto sobre o crescimento infantil”. Rio de Janeiro, UFRJ (Centro de Ciências de Saúde), 1988.

30 A Equipe Educação, Saúde e Cidadania tem dado especial atenção a essa questão. Vide “Fracasso escolar — uma questão médica?”, in *Cadernos CEDES* n 15, São Paulo, Cortez/CEDES, 1985; VALLA, V. V. & HOLLANDA, E., “Fracasso escolar, saúde e cidadania”, in COSTA, N. R. *et al.*, *Demandas populares, políticas públicas e saúde*, *op. cit.*; VALLA, V. V., “Relatório final da pesquisa educação, saúde e cidadania”, *op. cit.*; COLES, G., *The learning mystique. A critical look at “learning disabilities”*. Nova York, Pantheon Books, 1987.

Medicina popular

A chamada medicina popular freqüentemente significa no Brasil um tratamento de saúde de segunda classe e não poucas vezes destinada a atender à parcela das classes trabalhadoras sem carteira de trabalho. Há, no entanto, propostas de medicina popular que são superiores às propostas oficiais. Trata-se do resgate de práticas como, por exemplo, o uso de plantas medicinais como primeira solução, antes da adoção de medicamentos. A discussão desse assunto com o movimento popular responde à reivindicação pela inclusão dessas práticas nos serviços de saúde. É importante ressaltar que a proposta tem sido pensada inclusive para a população que possui recursos para consumir medicamentos.³¹

Embora a proposta de capacitação do movimento popular na área de saúde requeira um contato freqüente entre as organizações populares e os profissionais de saúde, não se limita apenas ao ensino e à ação. A capacitação técnica exige pesquisa, organização e socialização do que já foi visto; a maioria dos assuntos sugeridos representa áreas de conhecimento pouco desenvolvido no Brasil, o que explica sua pequena expressão nos currículos universitários e nos serviços de saúde. Nesse sentido, a proposta de pensar um programa de capacitação técnica implica freqüentemente na produção dos conhecimentos como, por exemplo, nas áreas de medicalização de problemas de aprendizagem, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica. Às vezes o próprio conhecimento é pouco desenvolvido ou inexistente; em outras existe mas, da forma como se apresenta, tem pouca utilidade para as organizações populares. De qualquer modo, não se trata de uma simples transmissão de conhecimentos dos profissionais de saúde para as organizações populares, pois a própria escolha de que conhecimentos devem ser enfatizados nessa relação implica a correspondente forma de desenvolver o processo de ensino.

Conseqüentemente, as instituições ideais para esse tipo de programa seriam as escolas de saúde pública, as faculdades de medicina, enfermagem e serviço social, tanto quanto centros de saúde e hospitais. Quero frisar o uso da palavra *ideal* pois, embora tais instituições de ensino seriam logicamente as mais adequadas para esse tipo de programa, por motivos corporativos ou mesmo ideológicos essa solução poderia ser difícil. Antes, no entanto, de procurar outras soluções “fora do tempo de serviço”, todo esforço deve ser

31 Ver ROCHA, J. M., *Como se faz medicina popular*. Petrópolis, Vozes/IBASE, 1985.

feito para que as instituições governamentais abriguem propostas dessa natureza. Cabe insistir nas instituições de ensino basicamente por duas razões: a proposta implica atividades acadêmicas, isto é, lida com questões teórico-metodológicas e atividades de pesquisa e, portanto, não deve ser considerada “menos nobre”; a proposta implica também um serviço público, isto é, ensino e sua extensão aos cidadãos. Estes são contribuintes, pagam impostos para manter os serviços públicos — inclusive os órgãos públicos de ensino, pesquisa e extensão. Nada mais lógico do que garantir o direito, sobretudo o acesso, aos produtos de nossos estudos e investigações.

A questão da saúde da população trabalhadora, no Brasil, reflete carências na formação universitária dos profissionais de saúde e, por consequência, na qualidade dos próprios serviços de saúde. A capacitação técnica das organizações populares se torna uma necessidade, como forma de pressionar as autoridades para um serviço de saúde de melhor qualidade. Capacitar tecnicamente as organizações populares não quer dizer, no entanto, que se procura formar “especialistas em saúde” ao nível popular. O programa proposto é, na realidade, um programa de *educação e saúde*. O profissional, o educador em saúde e/ou educador sanitário pode oferecer as informações e conhecimentos necessários para a organização popular ser capaz de identificar problemas e propor mudanças. E. Richard Brown ilustra a questão quando comenta esse tipo de trabalho com hipertensos. Comenta que oferecer técnicas de relaxamento para aliviar o *stress* é útil, mas que o verdadeiro desafio no tratamento e na prevenção da pressão arterial alta consiste em modificar as condições sociais imediatas que contribuem para o *stress*.³²

Nesse sentido, continua Brown, o educador sanitário deveria proporcionar os meios para que a população examine as bases sociais de suas vidas e trabalhos insalubres e ajudá-la a adquirir os instrumentos para modificar aquelas condições.³³

Certamente a idéia mestra subjacente à proposta de capacitação técnica não é nova, pois vem de uma tradição antiga de educadores sanitários preocupados com mudanças sociais. Embora essa tradição tenha sua origem provável no século XIX, já na década de 1910-1920 a dra. Alice Hamilton investigava as condições de saúde dos trabalhadores norte-americanos. Impedida de entrar nas fábricas, montou clínicas informais nos fundos de botequins e clubes que os trabalhadores frequentavam. Ofereceu pequenos

32 BROWN, E. R. & MARGO, G. E., “Health education: can the reformers be reformed?”, in *International Journal of Health Services*, 1978; vol. 8, (1).

33 *Ibid.*

curso de como poderiam se proteger da exposição a agentes tóxicos, mas também reivindicou leis mais severas contra os mesmos agentes tóxicos.

Na mesma época surgiram clínicas comunitárias a partir de um movimento de bairros para a criação de centros de saúde de vizinhança. Utilizando os diretórios do Partido Socialista, as clínicas comunitárias propiciaram eleições de conselhos de cidadãos, responsáveis pelo planejamento de atividades dos centros de saúde, pelas campanhas contra tuberculose e mortalidade infantil, e também pelo treinamento de moradores como educadores em saúde.³⁴

A questão da capacitação técnica se apresenta como proposta de consenso em países como os da Europa Ocidental, Estados Unidos e Canadá, onde as propostas tradicionais para resolver os problemas de saúde pública — regulamentos governamentais e pesquisa científica — são vistas como insuficientes. Essas duas estratégias contam com sérias limitações, pois a pesquisa científica exige provas rigorosas (o que requer longos períodos de espera), enquanto a regulação governamental é elaborada com base em prioridades do ponto de vista governamental.

Freudenberg, numa pesquisa recente, chama atenção para o fato de que moradores de um bairro com uma fábrica causadora de poluição ambiental não querem esperar os resultados conclusivos da pesquisa científica nem usam os mesmos critérios que os governantes utilizam para alocar verbas públicas. Justamente por utilizar critérios que tratam de resolver imediatamente problemas que ameaçam a saúde dos moradores, os grupos comunitários, além de pressionar as autoridades para soluções rápidas, tendem freqüentemente a perceber, antes das autoridades, problemas emergentes de saúde pública.

A equipe de pesquisa Educação, Saúde e Cidadania considera relevante o artigo de Freudenberg sobre grupos comunitários em Nova York, pois a mesma converge com alguns dos resultados da investigação desenvolvida na zona norte do município do Rio de Janeiro. Numa entrevista recente com um médico da Associação de Moradores da Penha (AMAP), foi discutida a luta dos moradores contra uma fábrica poluidora. O médico afirmou que apesar da intuição coletiva dos moradores de que a poluição da fábrica estava prejudicando a saúde da comunidade, o centro de saúde apenas registrava maior incidência de doenças respiratórias e alergias. Quando a AMAP começou uma campanha contra a poluição e pressionou as autoridades a tomar determinadas medidas, começaram a ser produzidos levantamentos e

34 FREUDENBERG, N., "Training health educators for social change", in *International Quarterly of Community Health Education*, 1984-1985; vol. 5 (1).

pesquisas sobre o problema. Ou seja, embora tecnicamente os membros dos serviços de saúde e os órgãos do governo tivessem condições reais de agir sobre as causas dos problemas de saúde, a ação concreta surgiu a partir do movimento popular, gerando conhecimentos que não existiam até então.³⁵

Freudenberg chama atenção para o fato de que os epidemiólogos dificilmente conseguiriam os recursos necessários para conduzir todos os estudos rigorosos necessários para desenvolver sólidos programas de educação e saúde nos Estados Unidos. Mas observa que moradores de diferentes partes do país estão conduzindo levantamentos de condições de saúde para ajudá-los a decidir se um depósito de lixo tóxico ou uma fábrica poluidora oferecem ou não ameaças à sua saúde. Concorda Freudenberg que esses levantamentos não são substitutos para pesquisas mais sofisticadas, mas que podem ser guias para a ação em face de situações de incerteza e ameaça.³⁶

Nesse sentido, os trabalhos de Sidney e Emily Kark em Jerusalém, e John Mcknight em Chicago representam inovações nos métodos para envolver os grupos populares no levantamento de dados e na análise dos seus próprios problemas de saúde. Os autores propõem, na ausência de estudos epidemiológicos sofisticados, a mesma aliança indicada por Berlinguer, isto é, profissionais de saúde e grupos populares, com os quais poderia ser desenvolvida uma “epidemiologia de pé descalço”, isto é, a aplicação de métodos epidemiológicos a pequenas populações ou bairros urbanos.³⁷

O trabalho desenvolvido pelo prof. John L. Mcknight se apresenta como exemplo dessa proposta. O professor, que é diretor associado do Centro para Assuntos Urbanos da Universidade Northwestern, fez, juntamente com moradores de um bairro periférico de Chicago, um levantamento amostral para determinar a frequência e tipo de problema que motivava as pessoas a se dirigirem ao setor de emergência do hospital local.

Os moradores foram surpreendidos pelos resultados, pois os problemas identificados tinham pouco a ver com a doença no sentido rigoroso da palavra. Os moradores descobriram que os hospitais e o sistema moderno de medicina lidam, na realidade, com problemas sociais. E que problemas sociais são o terreno dos cidadãos e de suas organizações comunitárias. Uma das conclusões do levantamento foi que os moradores aprenderam que sua ação, mais do que o hospital, determina sua saúde.³⁸

35 VALLA, V. V. *et al.* “Diagnóstico e avaliação de experiências locais de participação popular no sistema de saúde — estado do Rio de Janeiro”, *op. cit.*

36 FREUDENBERG, N., “Training health educators for social change”, *op. cit.*

37 *Ibid.*

38 MCKNIGHT, J. L., “Community health in a Chicago slum”, in *HEALTH/PAC Bulletin*, jul-ago/1980; 11 (6), pp. 13-18.

Para concluir, gostaríamos de mencionar algumas investigações que estão sendo realizadas no campo da epidemiologia social. Uma dessas linhas, crescendo em dados empíricos e teóricos, demonstra a relação íntima entre apoio social, sentido de controle e estado de saúde.³⁹ Uma das premissas dessa teoria é que apoio social decrescente afeta o sistema de defesa do corpo. Em pesquisas realizadas com os idosos, uma parcela da sociedade que sofre permanentemente do problema da perda do “sentido do controle”, situações tais como mudanças bruscas, morte de um parente querido ou deterioração de outros apoios tradicionais contribuíam para um sentido diminuído de controle, o que, por sua vez, afeta a morbidade e mortalidade.⁴⁰ Nesse sentido, merece mais atenção da parte de pesquisadores no Brasil o que Syme chama de “controle sobre o próprio destino” (*destiny control*).⁴¹

O trabalho acadêmico poderia então fornecer alguns insumos para a discussão do movimento popular e sua capacitação técnica que, em última análise, visa ao crescimento da autonomia e iniciativa do movimento popular no Brasil, ou seja, o próprio “controle sobre seu destino”.

39 MINKLER, M. *et al.*, “Social support and social action. Organizaing in a ‘grey ghetto’: the Tenderloin experience”, in *International Quarterly of Community Health Education*, 1982-1983; 3 (1).

40 *Ibid.* Minkler faz referência às pesquisas de CASSEL, J., “An epidemiological perspective on psychological factors in disease etiology”, in *American Journal of Public Health*, 1974, (64), e LANGER, E. J., “Old age: an artifact”, in *Aging: biology and behavior*, Academic Press, 1981.

41 MINKLER, M., “The social component of health”, in *American Journal of Health Promotion*, outono/1986. Minkler faz referência aos trabalhos de SYME, S., “The role of environmental change strategies in health promotion and disease prevention”, apresentado na Conference on Health Promotion and Disease Prevention in the Community, Stanford University, 17/07/1986, e ANTONOVSKI, A., *Health, stress and coping*, São Francisco, Jossey Bass Publishing Co., 1979.