

GLADYS BRODERSEN

**PERCEPÇÃO POPULAR DA CONDIÇÃO DE SAÚDE:
CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação, Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Acacia Zeneida Kuenzer

**CURITIBA
1997**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

PARECER

Defesa de Dissertação de **GLADYS BRODERSEN**, para obtenção do Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO.

Os abaixo-assinados, DR^a ACACIA ZENEIDA KUENZER, DR^a MARIA DATIVA DE SALLES GONÇALVES E MARIA ITAÍRA COELHO DE SOUZA argüiram, nesta data, a candidata acima citada, a qual apresentou a seguinte Dissertação: **“PERCEPÇÃO POPULAR DA CONDIÇÃO DE SAÚDE: CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO”**.

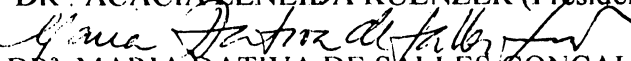
Procedida a argüição, segundo o Protocolo, aprovado pelo Colegiado, a Banca é de Parecer que a candidata está apta ao Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO, tendo merecido as apreciações abaixo:

Professores

Apreciação


DR^a ACACIA ZENEIDA KUENZER (Presidente)

aprovada (20 créditos)


DR^a MARIA DATIVA DE SALLES GONÇALVES (Membro Titular)


aprovada (20 créditos)


DR^a MARIA ITAÍRA COELHO DE SOUZA (Membro Titular)

aprovada (20 créditos)

Curitiba, 06 de abril de 1998




Prof^a Dr^a Maria Tereza Carneiro Soares
Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Educação

Orientadora:
Acácia Zeneida Kuenzer

Co-Orientadora:
Águeda Lenita
Wendhausen

ÍNDICE

Introdução.....	05
O Conceito de Saúde: Alguns Olhares.....	12
Saúde no Brasil – Um pouco de história.....	21
Caminho Metodológico.....	29
A Exploração do Material.....	36
Conceito de Saúde/Doença.....	43
Problemas na Área da Saúde.....	49
Sistema Único de Saúde na Prática.....	56
Proposta em Relação á Saúde.....	61
Enfrentamentos.....	63
Considerações Finais.....	68
Referências Bibliográficas.....	72
Anexo.....	76

INTRODUÇÃO

Graduei-me enfermeira em 1984 com a inquietação de que o ensino que recebera não correspondia à realidade das necessidades de saúde da população à população junto à qual iria trabalhar. As técnicas e conceitos teóricos analisados durante a graduação traduziam o processo saúde/doença como separados, dissociando-se dos problemas concretos das comunidades e da discussão sobre a estrutura de poder das classes sociais.

Em 1985 comecei a trabalhar comecei a trabalhar na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) como docente e enfermeira responsável em um Posto de Saúde de um bairro periférico do município.

Captar os determinantes sociais do doença e da forma de produção de saúde sempre foi o princípio que regeu minha atuação profissional. A distância entre os aspectos puramente clínicos e os condicionantes sociais apontavam uma lacuna entre o reconhecimento das necessidades da população e as respostas dadas pelos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida.

Este foi o ponto de partida que marca o presente trabalho: buscar subsídios que auxiliem na melhoria da qualidade da assistência em saúde de modo que não se dissocie saúde e doença e que se considere seus determinantes sociais.

Estamos há poucos anos da virada do século XX e devemos refletir sobre o que passou e buscar novas propostas que encaminhem a assistência à saúde prestada pelos enfermeiros a sua clientela, superando a visão mecanicista tão presente em nossa prática cotidiana.

Esta busca um novo entendimento do processo saúde/doença, que atravessa o modo de produção e acumulação capitalista, deverá romper com os velhos conceitos positivistas mimetizados por explicações biologizantes para entende-lo na sua articulação com a formação econômica/política do país na conjuntura atual.

Para entendermos as contradições existentes entre a historicidade da assistência e as políticas sociais ditadas pelo Estado (mediados das correlações de força entre as classes sociais), necessário se faz analisá-la sob a ótica da dialeticidade da relação entre capital e trabalho.

As políticas sociais apresentam-se na dinâmica das relações sociais (determinadas pelo modo de produção), favorecendo sempre os anseios e aspirações da classe hegemônica. Desta maneira a classe oprimida vê-se na condição de beneficiária das concessões cedidas pelo Estado como forma paliativa de abrandar suas aspirações e carências. Portanto é atribuída ao Estado a responsabilidade sobre a propriedade da assistência, que desta forma constitui seu caráter político/ideológico.

SPOSATI (1989), procura apresentar exatamente uma interpretação que, levando em consideração o assistencial sob a “ótica do Estado”, recupera-o enquanto “espaço de expansão da cidadania às classes subalternizadas”. Tal análise determina as contradições historicamente expressas, pois impõe a visualização da dualidade das políticas sociais. Para isso faz-se necessário compreender o significado histórico do modelo assistencial como forma de enfrentamento da problemática social pelo estado.

Para melhor entender as contradições da assistência nas políticas sociais, devemos inicialmente descrever as contradições características do sistema capitalista onde o Estado assume o caráter de mediador e de assegurador das condições mínimas de sobrevivência dos trabalhadores. Desta forma o Estado atende às necessidades da classe trabalhadora ao mesmo tempo que aumenta sua responsabilidade frente aos custos sociais gerados pelo sistema, viabilizando a expansão do capital.

A década de 80 culmina com a mudança do paradigma do sistema capitalista de produção, ao incorporar a ciência e tecnologia acumuladas em décadas anteriores, no processo produtivo. Esta transformação traz em seu bojo impactos na organização e formas de produção com reflexos substanciais nas relações sociais em relação à participação nas esferas cultural e política.

“Vive-se sob o impacto de um novo paradigma de produtividade industrial e eficiência econômica, centrado numa revolução de base técnica, cuja questão central é a substituição da rigidez pela flexibilidade e rapidez de resposta enquanto possibilidade concreta de se lidar com a incerteza” (KUENZER, 1996, p. 2)

A mesma autora refere-se ao fato de que a nova concepção do modelo de produção fundamenta-se em conceitos de integração, flexibilidade, polivalência e motivação. Do atual trabalhador exige-se que amplie cada vez mais o exercício de sua cidadania, aumentando os seus espaços de participação nas esferas social, política e produtiva, pelas novas formas que assumem as relações sociais e produtivas, mesmo no âmbito do capitalismo.

Este quadro propicia a organização dos movimentos sociais, no sentido de transformarem carências (necessidades) em direitos garantidos pela proposta de novas políticas sociais, garantidas quando aumenta o resultado das lutas concretas.

Raramente o estado por si só elabora políticas sociais com intuito de prover justiça social; necessário se faz, portanto a mobilização dos movimentos populares no sentido de garantir o atendimento e suas carências de forma normatizada.

“À medida que nos últimos anos, avança, no Brasil, o debate a respeito da reforma sanitária, tem aparecido referências genéricas aos movimentos sócias como interlocutores das tentativas de desenvolvimento de um novo padrão de serviços públicos de saúde. O aspecto positivo deste fato é que esta preocupação tem permitido discutir na área da saúde, a ação dos distintos grupos e classes na definição das políticas sociais” (COSTA, 1989, p.46).

Percebemos agora que a transformação de necessidades em direitos acontece dentro dos movimentos sociais redefinindo o espaço da cidadania, confrontando-se com o Estado e avaliando sua legitimidade. Os movimentos sociais surgem como forma de exigir o atendimento a direitos, configurando-os como uma luta pela ampliação do espaço político e aos benefícios do desenvolvimento econômico.

Cabe aqui ressaltar a contradição que envolve o alcance dos movimentos sociais no sentido de favorecer a ampliação do poder estatal e a manutenção da ordem social estabelecida no sentido de não buscar uma mudança radical ou transformadora do sistema. Para isso, necessário se faz reconhecer o potencial organizativo do conjunto, estabelecendo estratégias que realmente modifiquem o cenário de desigualdade social. A

responsabilidade dos intelectuais orgânicos, gerados no interior da classe a qual pertencem, é definir qual a concepção de mundo e sociedade que desejam gestar, buscando reorganizar esta nova sociedade entendendo que a construção da mesma é um projeto resultante de um processo coletivo.

Os problemas de saúde no Brasil, na maioria das vezes pretendem ser solucionados através de políticas de saúde. Entretanto seus discursos possuem conteúdos ideológicos, que acabam escamoteando as diferenciações de acesso e de condições de saúde das classes sociais, que percebem suas necessidades de saúde limitadas por determinações reais e muitas vezes ignoram a imposição ideológica das políticas de saúde em frente das suas necessidades.

Como afirma LEOPARDI (1992), os objetos de satisfação desse tipo de necessidade distribuem-se nos grupos sociais obedecendo às determinações políticas, econômicas e culturais. Alguns fetiches que a ciência contemporânea encobre em relação à saúde, podem ser esclarecidos através da análise dos contrastes existentes entre as classes sociais. Entre estes fetiches a autora engloba a organização dos serviços de saúde e a eficácia da resolução dos problemas de saúde apresentados como necessidades. Essas necessidades de saúde emergem tanto no sentido ideológico quanto simbólico: por ter diferentes representações (relacionada ao grau de limitação física e moral que a doença impõe); e porque o sistema de produção define a qualidade e quantidade dos objetos determinados as vias de acesso dos membros.

Se olharmos saúde enquanto necessidade, devemos captar seu significado relativo aos estados em que ela não é satisfeita. Afinal saúde é um direito na perspectiva jurídica, garantida constitucionalmente. Esta percepção vincula-se a um direito coletivo ligado a idéia de qualidade de vida.

Segundo MORAES (1996) entender saúde como um direito é perceber sua transformação paradigmática, na qual o sujeito passa a ser coletivo.

Sob este prisma a saúde não se restringe à busca individual e passa a ter feição coletiva, na medida que ela é apropriada como um direito social; um direito coletivo. O direito à saúde pode então ser visto como um dos elementos da cidadania, como um direito à promoção da vida das pessoas.

Diante desta constatação torna-se importante verificar a possibilidade de participação que os grupos sociais podem exercer na forma de organização, participação e articulação dos problemas de saúde com os quais se deparam. Entendo que a melhoria de qualidade de vida e o exercício da cidadania estão diretamente vinculados ao grau de conhecimento da população em relação às suas necessidades.

Portanto, entender a concepção de saúde, transformada em necessidades, expressa o conceito coletivo sobre o processo saúde/doença.

Em relação ao setor saúde, hoje sucateado e insuficiente, no sentido de dar respostas às necessidades de saúde da população, fica patente que sua transformação só ocorrerá com a mudança de consciência dos profissionais e usuários. Por isso, compreender como se expressa o conceito saúde que permeia nosso cotidiano é prioritário: a) para entender como está a questão é apreendida e traduzida pelo segmento popular; b) para exercer ações compatíveis com o direito à cidadania.

O conceito de saúde que ainda permeia o ensino brasileiro é o da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), o qual não desperta reflexões para o desenvolvimento de uma prática mais comprometida com o “bem estar” expressado pelo mesmo.

Tal característica pode ser percebida quando, além de sua objetividade e utopia, consegue-se vislumbrar sua capacidade de conveniência política que pode servir para legitimar regras de controle e exclusão do que determinada sociedade rotula como anormal ou indesejado.

*“Pensar a saúde partindo de variações e de anomalias implica em negar-se a aceitar uma conceituação de saúde em termos de um valor universal, e em conseqüência, negar-se a considerar a doença puramente como um desvalor”
(CAPONI, 1996, p.2)*

Embora a 8ª Conferência Nacional de Saúde tenha expressado um conceito de saúde mais ampliado, deve-se compreender como ele é aprendido no conjunto das relações sociais e de que forma a sociedade civil (partidos, associações, sindicatos) se

organiza para decidir sobre como acessar ao setor saúde no sentido das possíveis escolhas terapêuticas e institucionais de saúde.

O avanço do conceito de saúde da 8ª Conferência sobre o da OMS, se traduz na estreita conexão enfatizada por aqueles entre a saúde dos indivíduos e a sociedade da qual fazem parte.

Uma outra proposta de conceituar saúde é defendida por CANGUILHEM (1996) e diz respeito a definição do normal e do patológico. O autor percebe a relação que existe entre estes dois conceitos e a saúde/doença para os indivíduos, para os profissionais e para a sociedade. Este conceito avança sobre os demais por acreditar que é preciso compreender a saúde, tal como ela é percebida e sentida pelas pessoas e quais são os seus determinantes.

Frente a este quadro, faz-se necessário conhecer e compreender como a população entende a relação entre saúde e a doença e como se organiza em torno das questões referentes à saúde. Entendemos que ter clareza do conceito do conceito significa possuir capacidade de organizar-se e com isso ampliar suas possibilidades de acesso aos bens de consumo coletivos (saúde, educação, lazer, saneamento, alimentação).

Ao refletir sobre o posicionamento da informação sobre essa questão percebo que a mesma, ao longo dos anos, vem contribuindo para reprodução do conceito burguês de atenção à saúde. Manteve-se sempre na condição de subalternidade em relação às demais categorias profissionais e instituições prestadoras de serviços; por isso tem sua função social questionada. Em decorrência desta realidade passa a desenvolver ações de saúde de forma arbitrária, como se a população necessitasse de uma “fórmula mágica”. Acaba inúmeras vezes, submetendo a clientela, a um saber absolutizado, sem levar em conta o conhecimento que a população pode ter sobre seus problemas. A indefinição profissional em relação ao conceito de saúde, leva o enfermeiro a englobar para si filosofias institucionais e/ou o modelo médico/hospitalar, sem questionamentos.

O enfermeiro, ao longo dos anos, vem modificando sua compreensão em relação à enfermagem e à saúde, embora sua prática ainda se desenvolva com maior ênfase nas ações de cunho individual técnico. Com isso evidencia-se numa aparente insatisfação com a profissão e uma certa indiferença da mesma para com a sociedade. Creio que nos falte a visão do real, do concreto aliado a uma indefinição do que somos e a quem devemos

servir. Tem contribuído para a manutenção deste quadro, vários outros fatores, entre eles a condição feminina, a acomodação, a insegurança, o desconhecimento das nossas atribuições, a pouca qualificação e a filosofia de inúmeras instituições que não oferecem estímulos ao desenvolvimento de enfermeiro na equipe de saúde.

Entretanto como aponta SILVA (1986, p. 131):

“Mudanças substanciais na profissão de enfermeira e na área de enfermagem passam, necessariamente por transformações no chamado setor saúde que, por sua vez, são inseparáveis de transformações no âmbito mais geral na estrutura social-econômica-política da sociedade brasileira, onde o direito à saúde entre outros, seja realmente respeitado”.

Outro fator a destacar neste momento é que visão possui a enfermeira em relação a sociedade? A enfermagem vincula as condições sociais da população ao processo saúde/doença? Sabemos através de inúmeros trabalhos, que a enfermagem possui uma prática alienante, voltada a uma realidade hegemônica e desta forma contribui para a determinação e manutenção das desigualdades sociais. Tal característica porém não se evidencia com o trabalho de SOPRANO (1995), no qual conclui que um dos aspectos que chama atenção é a preocupação de alguns enfermeiros em relação a sua prática.

A autora identifica em sua pesquisa enfermeiros que desenvolvem resistência às condições de trabalho e ao poder institucional, apesar destes aspectos não serem discutidos entre os profissionais. Acredita que

“se isto acontecer acredito que este mecanismo poderia ser potencializado e numa dinâmica de trabalho integrado seria possível avançar rumo a valorização profissional dos enfermeiros”
(SOPRANO, 1996, P. 140)

A partir da década de 80 percebemos que o enfermeiro, vivendo uma situação de insatisfação profissional, tem buscado melhor compreender a realidade em que atua. Evidencia-se tal fato pelos temas debatidos no Congresso Brasileiro de Enfermagem, teses e dissertações realizadas neste período. Poderíamos exemplificar tal constatação com

os trabalhos de GERMANO (1985), ALMEIDA (1986), REZENDE (1986), SILVA (1986), MELO (1986), NAKAMAE (1987) e BLANK (1987).

Esses trabalhos indicam que entre os enfermeiros existe uma consciência de que o saber e o fazer precisam de modificações urgentes em face da atual realidade precária da condição de assistência conferida à população.

Para SILVA PINTO (1983) o trabalho puramente assistencial dificulta ou mesmo impede a situação problemática que está interferindo na saúde da população. Pelo exposto entendo que através da compreensão de como os usuários vivenciam os conceitos de saúde, possamos mostrar futuros caminhos para a prática de enfermagem. A necessidade de explicitar tal entendimento partiu de uma inquietação minha no sentido de entender como a população vê a questão saúde, como discute o assunto e o que faz para resolver seus problemas. Afinal, a enfermagem é antes de tudo um conjunto de práticas sociais, por este motivo capaz de modificar as relações sociais existentes e conhecer o novo paradigma vinculado à saúde.

Para tanto é necessário que o enfermeiro conheça o nível de profundidade de apreensão popular em relação ao conceito de saúde, para eleger uma prática que possa oferecer alternativas para aumentar a consciência sanitária. Entre as práticas que podem ser utilizadas na prestação da assistência à saúde da população, desponte a educação em saúde. Este deverá interpretar a nova sociedade, a qual corresponde um novo princípio educativo. Os movimentos sociais poderão formar seus líderes organicamente de acordo com suas necessidades.

Nesta visão de educação em saúde deve-se assegurar à população a posse do saber científico e técnico socialmente produzidos no modo de produção contemporâneo. Entendo que, democratizar o saber científico, tecnológico e histórico crítico é instrumento de resgate das lideranças comunitárias em sua função de sujeitos da história.

Segundo MARX (1989), a educação deverá esclarecer, à luz da razão, a consciência, e desta maneira promover a transformação da humanidade. Para isto, a educação em saúde deverá ocorrer em um processo dialético entre consciência e circunstância.

Com este estudo pretendo pois, verificar qual é a concepção de saúde dos líderes comunitários vendo-os como representantes de alguns segmentos sociais, e, como tais, possíveis de uma análise de certa forma mais significativa.

Saber como a população expressa e o que tem incorporado sobre o direito à saúde, a partir desses líderes pode ser uma forma de transformar as atuais ações de saúde destinadas pelos profissionais para interromper o processo saúde/doença.

Enfim, sem pretensões conclusivas, acreditamos que esta pesquisa possa colaborar em três aspectos importantes:

- desmistificar o preconceito de que a população nada sabe;
- trazer a luz as contradições das políticas de saúde;
- construir um referencial popular que possibilite uma atuação mais próxima e verdadeira junto à população.

O CONCEITO DE SAÚDE: ALGUNS OLHARES

Como pretendemos verificar a concepção de saúde dos líderes comunitários, faz-se necessário a exposição dos conceitos “oficiais” de saúde que permeiam nossa sociedade. Por este motivo, tomaremos como referência teórica os seguintes conceitos: OMS (1946); 8º Conferência nacional de Saúde (1988), CANGUILHEM (1966) que poderão servir de sustentação à nossa discussão posterior. No momento que tratamos estes conceitos como “oficiais”, gostaríamos de esclarecer que se assim o fizemos é pela falta dos mesmos terem sido incorporadas às políticas de saúde de nosso país.

Antes, porém, faz-se necessário afirmar que uma conceituação para a saúde deve estar vinculada à maneira pela qual a sociedade se organiza em torno do modo de produção. Sabe-se também, que é impossível pensar em saúde como um bem universal, sem atender às particularidades individuais. Entendo ainda que as definições da OMS e da 8º CNS possuem o mérito de ter derrotado as definições que reduzem a saúde à mera ausência de doenças, porém, a excessiva ampliação destes conceitos e sua incorporação política estatal, fez com que os mesmos, adquirissem prestígio para impor o que é ou não é desejável em nossa sociedade.

O conceito de saúde da OMS foi aprovado em Nova York, no dia 22 de julho de 1946 e diz que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções ou enfermidades (MOURA, 1989). Segundo LAURELL (1995), este conceito adequou-se ao momento de industrialização (1930 – 1950) vivido em nosso país no qual as instituições que prestavam assistência de saúde eram organizadas por atividades econômicas. A organização se dava na forma de seguro social e previa um limite de gastos relacionados à assistência médica, e que podiam ultrapassar à 12% da receita institucional.

A racionalização dos gastos em saúde imposta pelo seguro social encontra como aliada a compra de serviços privados que possibilita o maior acesso à assistência médica para seus associados. A partir do conceito da OMS se fortalece

como oficial, a partir da década de 60 com a reunificação dos seguros sociais através da criação do Instituto Nacional da Previdência Social. Segundo FLEURY (1994) este momento caracteriza a separação da função de capitalização da seguridade social, pois a criação de mecanismos de poupança compulsória (FGTA e PIS/PASEP), confere as políticas sociais um financiamento excludente ao orçamento fiscal. Nesta ótica o financiamento do setor saúde centra-se na compra pelo Estado da assistência oferecida pelo setor privado custeado pela contribuição dos empregados e empregadores.

Para LAUREL (1995) esta política a o Estado o maior comprador de serviços privados credenciados destinados aos trabalhadores. Garante-lhes com isso assistência à saúde, porém não exige destes serviços competência e eficiência comuns a competitividade do mercado. Desta forma o Estado onera os recursos fiscais e regula a extensão de cobertura assistencial, destinada à saúde dos trabalhadores.

Sob esta ótica devemos analisar o papel do Estado no modo de produção capitalista, que passa a ter um papel centralizador. Nele as idéias devem ser definidas com base na economia, onde o individualismo (livre iniciativa) passa a ser protegido pelo Estado. Posto nas palavras de NAKAMAE (1987, p. 31):

“...pretende-se apontar para a necessidade de se encarar a questão da saúde em contextos históricos definidos, (...) mais do que isso, inserida no contexto das peculiaridades de que revestiu a concretização desse modo de produção no país, um capitalismo tardio, periférico e dependente”.

GERMANO (1984, p. 75-76) refere-se à forma de ação do Estado, após a conferência de ALMA ATA (URSS – 1978) na qual o conceito de saúde foi referendado e a partir da qual o Estado Brasileiro passou a dispensar, “às denominadas populações marginais e carentes”, maior assistência. A autora afirma que “a expansão da cobertura pode ser efetuada através de uma simplificação do atendimento, não somente à classe trabalhadora, mas também às populações

carentes e marginais como forma de manter a imagem do Estado como defensor do interesse de todos”.

A autora desta análise atribui ao Estado o caráter de “centralizador político e econômico” em função do capital. Como a política de saúde é de iniciativa do Estado, vai expressar também os interesses do capital em privilegiar a assistência que utiliza mais recursos da indústria farmacêutica e de equipamentos médico hospitalares (assistência curativa).

O conceito de saúde proposto pela OMS, preconiza a elaboração de um projeto individual na medida que isenta-se da análise sobre o acesso de bens universalmente produzidos, destituindo de concretude o caráter coletivo do processo saúde/doença. Este fato que pode ser observado lembrando o seu enunciado “a saúde é completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”.

SINGER et alli (1981, p.69), entendem que a saúde acontece:

- a) descrevendo-se o reconhecimento e a determinação da saúde pela sociedade sociologicamente;
- b) através do conceito ideal ou meta a ser alcançada.

Sob esta ótica concordam com alguns pontos em relação a conceituação da OMS no sentido de que define uma norma do conceito ideal e reconhece que saúde não possui apenas um caráter definido pelo sistema econômico (atribuindo-lhes necessidades individuais).

NAKAMAE (1987, p.31), GERMANO (1984, P. 75-76), REZENDE (1986, P.86), GENTILE DE MELO (1982, P.11), LANDMANN (1983, P.83), atribuem, além do caráter individual, razões econômicas ao processo saúde/doença. E mais, relacionam o indivíduo à sociedade, o biológico ao social, conferindo ao conceito uma abordagem concreta e coletiva.

FERRARA et alli (1976, p.4-7) acreditam na positividade do conceito com o acréscimo das dimensões mental e social, porém atribuem-lhe uma consistência crítica na relação feita entre saúde e bem-estar. Classificam tal relação como uma visão estática, subjetiva e tautológica, pois para estes autores sentir-se

bem em uma sociedade com divisão de classes sociais, significa adaptação e passividade.

REZENDE (1986, p.86) reforça a crítica de FERRARA et alli (1986) dizendo que “A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe em sua carta magna de 7 de abril de 1948, um conceito de saúde subjetivo e teleológico, mais ideal do que descritivo de um estado factual”.

NAKAMAE (1987, p.31) taxa de “poética e subjetiva a conceituação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que permaneceu por longo tempo, senão plenamente aceita, ao menos tolerada pela cômoda largueza de sua abrangência”.

NAKAMAE (1987, p.31) e GARRAFA (1981, P.33-34) acreditam que existe no conceito da OMS excesso de idealismo e falta de concreção em relação a realidade em sua totalidade. Para esta último”...avanços importantes dos sistemas de saúde só poderão ocorrer paralelamente ao ordenamento social geral”.

Quando fala-se em reordenação do setor saúde, entende-se que ela só se concretizará com a transformação social no momento em que as condições materiais e principalmente a participação popular estiverem presentes e favoráveis.

GENTILE DE MELLO (1982, p.11) diz que “A Organização Mundial da Saúde, que agrega todos os países do mundo, sem exceção, consagrou oficialmente como doutrina universal, que saúde não é apenas, ausência de doença, mas, também um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Tal formulação tem sido constatada em muitas áreas. Trata-se de uma definição que descreve um objetivo inatingível, um postulado inteiramente lírico, impossível de ser alcançado. Para o autor o grande avanço da definição é reconhecer que a saúde não depende exclusivamente dos profissionais e sim das condições sociais.

Já LANDMANN (1983, p.83) analisa dialeticamente o conceito dizendo que o mesmo elimina (...), a conotação médica, dando à saúde uma imagem social e política visto ser óbvio que, pela intervenção médica, esse ideal não poderá ser atingido”. Desta maneira passa a saúde a depender do estilo de vida, do meio ambiente e da liberdade individual. Resumindo, depende da política social.

Cabe neste momento algumas considerações sobre o conceito de saúde da OMS a partir do referencial estudado, no qual pode-se constatar três (3) elementos:

- a) A falta de precisão do conceito de saúde da OMS favorece, em face de sua amplitude, a manutenção de determinadas práticas das classes carentes e marginais;
- b) O seguro social que institui o acesso aos serviços de saúde através da “extensão de cobertura”, no conceito da OMS, não leva em conta as profundas diferenças sociais do nosso país;
- c) À saúde é atribuído um valor de cunho econômico em detrimento ao valor humano. A saúde contribui para o “desenvolvimento da nação” e por isso merece ser protegida.

No Brasil, o conceito de saúde preconizado pela OMS está presente nas políticas sociais até meados da década de 60. neste momento, segundo FLEURY (1994), ocorre no país um processo de transição democrática. As políticas sociais acentuam seu caráter no âmbito federal, que expande os benefícios sociais e setores informais. Essa ampliação de benefícios não é acompanhada pela base financeira do sistema, que continua sendo contributiva. Este fato consolida no país a privatização da assistência médica e transforma o setor saúde em acumulador de capital.

Em face destas demonstrações de interferências da economia e da intervenção do Estado Brasileiro no setor saúde, percebemos que a saúde é vista como mercadoria e não como produto da qualidade de vida. Manter a população dentro do limite da produtividade, sem “onerar” o estado é a tônica do capital. Segundo LEOPARDI et alli (1989, p.101) !É o que acontece no setor saúde, com o emprego de mão-de-obra somente no limite da qualidade e quantidade necessários para não causar danos visíveis aos que precisam desta espécie de serviço”.

Colocar a saúde sob esta ótica, leva à alienação da população, pois a saúde passa a se opor a ela como uma realidade exterior. Para as mesmas autoras (1989, p.101),”...o consumidor não consegue avaliar a extensão dos riscos a que está

concretamente exposto, porque as informações, sobre este fato não chegam ao domínio do saber popular”.

Este enfoque reforça a imposição do Estado em relação ao modelo de saúde, no qual o conceito de saúde torna-se estranho à população, fugindo de seu controle e passando a ser responsabilidade econômica da indústria privada e/ou do Estado. Esta “transferência de responsabilidade” aliena a população que passa a descaracterizar seu atendimento em relação à saúde e desconhecer seus direitos e escolhas terapêuticas. Posto nas palavras de VAZQUEZ (1986, p.452) “...estamos diante de uma estrutura fundamental de alienação: contradição entre os homens e uma realidade que se opõe a eles como uma realidade exterior, estranha”.

Frente ao referencial teórico exposto, concluímos que:

- a) O Estado e a livre iniciativa, em dado momento histórico compreendem a saúde como mercadoria;
- b) A população fica alienada e destituída de concretude do conceito de saúde;
- c) A alienação pode explicar uma situação concreta, em nosso caso, a construção popular do conceito de saúde, como forma de superação.

Em suas reflexões sobre o conceito de saúde, CAPONI (1996) descreve que a doença não pode ser vista como um infortúnio, pois ela faz parte da história natural do homem. Diz ainda que o conceito de saúde da OMS possui como avanço além da caracterização da ausência de doenças, a colocação de uma meta que o legitima. A crítica em relação ao conceito reside no fato de não devermos aceitar um conceito fundamentado na moral e valores impostos por uma determinada sociedade. E este conceito “..., mas que inviável por utópico y subjetivo, puede resultar politicamente conveniente para legitimar estratégias de control y de exclusión de aquello que consideramos como indeseado o peligroso”. 9IBIDEM, 1996, p.6)

As estratégias de controle e exclusão do que uma sociedade, em dado momento histórico fixa como indesejável, favorecem a medicalização. Nesta, o discurso médico adquire caráter jurídico, uma vez que tudo o que é considerado como perigoso, deve sofrer algum tipo de intervenção com objetivo de preservar a sociedade.

Segundo CAPONI (1996, p.5)

“...Es preciso negarse a aceptar cualquier tentativa de caracterizar a los infortúnios como patologías que deben ser medicamente assistidas, asicomo es preciso negarse a admitir un concepto de salud fundado em uma asociación com todo aquello que consideramos como moral o existencialmente valorable”.

A referida autora conclui sua reflexão dizendo que é preciso pensar em um conceito de saúde capaz de administrar de forma autônoma qualquer margem de risco, de tensão, de mal estar com os quais inevitavelmente todos devemos conviver.

O movimento de reforma sanitária culminou com a vitória do sistema único de saúde, incluído institucionalmente na Constituição Federal de 1988. A partir daí institui-se um novo conceito de saúde.

Este novo modelo de sistema de saúde surge historicamente como resposta ao movimento sanitário da década de 70.

Segundo LAURELL (1995, p.232), “o apogeu do processo de privatização ocorre na década de 70, quando se assiste ao fenômeno do crescimento acelerado dos gastos com assistência médica no interior do orçamento da previdência social”. Porém, no final deste período, o sistema de proteção social entra em crise como o fim do milagre econômico (CAMPOS, 1988). Após a crise do sistema de proteção social inicia-se no país um processo de transição democrática. A sociedade civil começa a mobilizar-se contra um Estado que não corresponde às suas necessidades e entre outras reivindicações, luta pela conquista da saúde na forma de um direito universal dos cidadãos e dever do Estado (LAURELL, 1995).

Segundo BERLINGER (1989, p.54), este movimento “é um conjunto de idéias que tem como objetivo recolocar o setor saúde sobre uma base sólida, resgatando-o de uma situação que hoje poderia ser classificada objetivamente como caótica”. Tais idéias culminaram nas propostas da 8ª Conferência Nacional da Saúde (CSN) que idealizaram um sistema participativo, igualitário, descentralizado, integral e universalizado. Sabemos que o amplo engajamento dos setores sociais garantiu a inserção deste sistema de saúde na

constituição de 1988. Tal registro pode ser encontrado no relatório da 8 ° CNS “As plenárias da 8 ° CNS contaram com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor, assim como daquelas representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos”. Esta plenária representativa deliberou e revelou que “em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional...”

Segundo BERLINGER (1989, p.54), “è um conjunto de idéias que tem como objetivo recolocar o setor saúde sobre uma base sólida, resgatando-o de uma situação que hoje poderia ser classificada objetivamente como caótica”. Tais idéias culminaram nas propostas da 8 ° Conferência Nacional de Saúde (CNS) que idealizaram um sistema participativo, igualitário, descentralizado, integral e universalizado,. Sabemos que o amplo engajamento dos setores sociais garantiu a inserção deste sistema de saúde na constituição de 1988. Tal requisito pode ser encontrado no relatório da 8 ° CNS “As plenárias da 8 ° CNS contaram com a participação”. efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor, assim como daquelas representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos”. Esta plenária representativa deliberou e revelou que “em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional...”

Segundo GERSCHMAN (1995), no bojo da insatisfação dos vários setores sociais, as reivindicações da saúde, inspiradas na experiência italiana iniciam o processo do movimento da reforma sanitária. Este possuía em seu ideário as propostas de um sistema único de saúde, fundamentalmente estatal, ao qual o setor privado se subordinaria, sob controle público e descentralizado.

A reformulação e ampliação do conceito de saúde e sua ação institucional foi incluída na LOS (Lei Orgânica de Saúde) nº 8080 de setembro de 1990 que descreve em seu artigo 3 °:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a

alienação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

Sob esta ótica verifica-se a estreita relação entre saúde e sociedade e a 8º CNS consegue captar essa convergência e explicitar em seu “conceito ampliador”, que a saúde é “..., antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”.

A superação do modelo higienista e curativo preconizado pela OMS e substituído pelo modelo de determinação social da doença e a saúde reconhece que este faz parte da superestrutura e é resultante da base sócio-econômica. NASCIMENTO (1992) demonstra prudência ao afirmar que a passagem do conceito de saúde abstrato preconizado pela OMS, para uma concepção da saúde como um mero meio de alcançar objetivos desemboca na necessidade da transformação da sociedade como um todo.

“O problema é que o conceito “ampliado” de saúde é de tal forma ampliado que absolutamente tudo, todas as dimensões problemáticas da sociedade, parece não escapar do seu escopo. Perde-se, assim, a especificidade que a saúde pode apresentar” (NASCIMENTO, 1992, P.189)

Para CAPONI (1996) o mérito do conceito de saúde proposto pela 8º CNS, foi fixar a estreita conexão existente entre a saúde dos indivíduos e a sociedade a qual fazem parte. Porém, afirma, que este não deixa de ser higienista por centrar a saúde na determinação social das doenças. Concorda com NASCIMENTO (1992) quando afirma que a saúde pelo conceito da 8ª CNS deixa de ter um objetivo próprio passando a abranger uma esfera mais ampla que é a da transformação social. Nesta perspectiva o movimento sanitário passa a ser a classe universal, com direito à palavra final a todas as reivindicações dos poderes de luta dos demais segmentos sociais. Esta conceituação possui vários riscos, entre eles o de perder a referência em relação a especificidade biológica ou psíquica da saúde. Outro risco que surge em consequência dessa omissão é o fato de desvalorizar doenças que não sejam resultantes das precárias condições sociais. Finalizando, a autora reforça que não nega a importância da determinação social da saúde. O que acredita é que

um conceito de saúde não pode ter reduzido seu alcance apenas à determinação social da doença como um elemento exclusivo e excludente.

Percebemos que o SUS enquanto ideário traz dentro de si uma proposta desalienante e transformadora, rumo a um novo conceito de saúde. Mas para tanto, se faz necessário construção da consciência sanitária dos usuários e profissionais de saúde de modo que a prática das instituições de saúde seja redimensionada.

O conceito de saúde proposto por CANGUILHEM (1995) define saúde como a possibilidade de enfrentar situações novas, através da margem de tolerância que cada indivíduo possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio. Dentro desta perspectiva é saudável aquele que tolera infrações e possui a capacidade de instituir normas em situações novas.

Segundo CAPONI (1996, p.09)

“...para este autor la salud no puede ser reducida a mero equilibrio o conformidad com el médio y debe ser pensada pôr el contrario como la posibilidad de instaurar nuevas no.ma”.

m

Para CANGUILHEM (1995), os valores de uma sociedade considerados como médias estatísticas não conseguem revelar o normal, e sim o normal é que deve estabelecer a média. As infidelidades do meio, os fracassos, os erros e o mal estar, fazem parte de nossa história, por este motivo a saúde deve ser pensada como a possibilidade de conviver e enfrentar tais obstáculos. É preciso então tentar compreender a saúde, tal como ela é percebida e sentida pela pessoa e quais são os seus determinantes. A saúde não é o inverso da doença e nem definida a partir de normas obrigatoriamente relativas e conjunturais.

Segundo CONTADRIPOULOS (1996), os atuais sistemas de saúde repousam sobre a legitimidade de carência biomédica e da medicina científica. Nesta visão positivista o que se constitui o normal é conduzida a uma questão medíocre, onde não há diferença de natureza entre o social, o patológico e o filosófico.

Os atuais sistemas de saúde são abordados por este prisma e devem ser cada vez mais questionados. O motivo destes questionamentos repousam no aumento das disparidades da saúde presentes em nossa sociedade; segundo CANGUILHEM (1995,

p.150) “A doença não se reduz ao mau funcionamento de um órgão, procurar uma doença ao nível de uma célula é confundir o plano de vida concreta...”.

É preciso, então, tentar compreender diretamente a saúde, tal como ela é percebida e sentida pelas pessoas e quais são os determinantes. Pois, nesta visão, constatamos que a saúde não é o inverso da doença e também não pode ser definida a partir de normas obrigatoriamente conjunturais e relativas.

Defrontamo-nos hoje com a concepção de saúde definida pela 8º CNS e a de CANGUILHEM (1992). De um lado a proposta da 8º CNS com o seu carácter de universalizar os direitos sociais, porém segmentado o setores sociais do acesso aos serviços; de outro, a concepção de CANGUILHEN, com maior poder explicativo, porém com uma potencialidade transformadora da prática de saúde que não interessa aos grupos dominantes.

SAÚDE NO BRASIL – UM POUCO DA HISTÓRIA

Para a elaboração deste capítulo referente a retrospectiva histórica de saúde no Brasil utilizei referenciais teóricos os seguintes autores: COHN (1991), SPOSATI (1989), LAURELL (1995), GERMANO (1984), OLIVEIRA (1989), MELLO (1982), COSTA (1990), KUENZER (1996), GONÇALVES (1988), GERSHMANN (1995), EINSENSCHUTZ (1995), FLEURY (1994) e CAMPOS (1988).

No modo de produção capitalista as relações sociais acontecem dentro da contradição, onde de um lado estão os proprietários dos meios de produção e do outro os trabalhadores, donos da força de trabalho.

Tal antagonismo revela-se com o trabalhador produzindo lucro e o proprietário beneficiando-se com a apropriação da mais valia.

O pauperismo, a miséria e o desemprego são a tônica dessa expropriação, reservada aos donos da força de trabalho, que vêem dia a dia sua qualidade de vida comprometida por este modo de produção.

As políticas sociais surgem como mecanismo jurídico/políticos de mediação, que assegurem a manutenção da hegemonia do capital sobre o trabalho. Servem para protelar a efetiva resolução dos agravos e desigualdades sociais, cada vez mais nítido e freqüente no setor saúde.

Ao realizar a retrospectiva histórica das políticas de saúde para entender sua evolução, merece destaque as palavras de SPOSATI (1989): “a combinação repressão/assistência tem se evidenciado como a forma histórica do tratamento das desigualdades sociais”.

No início deste século o Brasil passou por modificações estruturais no sistema econômico, que até então era calcado no modelo agro-exportador, passando a desenvolver atividades de expansionismo ao capital internacional. As pressões sociais começaram a fortificar-se com a crescente urbanização e precárias condições de trabalho, reivindicando das autoridades competentes melhor qualidade de vida. As epidemias e endemias assolavam assustadoramente a população e urgiam soluções imediatas. Segundo PIRES (1989), “As lutas operárias reivindicam melhores condições de vida e pressionam o governo por práticas sócias e equipamentos urbanos adequados”.

A intervenção do Estado na área do seguro social para os assalariados urbanos do setor privado surgiu em 1919, com o seguro de acidentes do trabalho.

Em 1920 foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), entidades públicas que gozavam de autonomia estatal. Tratava-se de um contrato compulsório; organizado por empresas e geridas através de representação dos empregados e empregadores. Sua finalidade era estritamente assistencial de prestação de serviços (contratando serviços médicos individuais) e benefícios de pecúnia. Seus recursos tinham característica tripartite: empregados 3% do salário, empregadores 1% da renda bruta da empresa, união 1,5% das tarifas do serviço. O Estado instituiu as CAPs, contribuiu financeiramente, normatizou como seguro social, porém não gerenciou. Desta forma viabilizou a realização dos interesses econômicos do capital, adiando conflitos emergentes que surgiram dos movimentos organizados das classes trabalhadoras.

A população não trabalhadora (desempregada) continuava assistida pelas mutualidades e pela filantropia.

Neste momento instalou-se a dicotomia do setor saúde: a saúde pública responde a medida endêmica e epidêmica de caráter coletivo (febre amarela, saneamento, etc), que configuram sérios obstáculos ao florescimento das atividades econômicas, sob responsabilidade e orçamentação estatal; a assistência médica individual ficou sob responsabilidade do seguro social gerenciado e financiado privativamente.

A saúde não constituiu como dever do Estado e direito do cidadão, pois para o acesso à assistência médica antecede a clivagem de inserção do cidadão no mercado de trabalho.

A enfermagem no Brasil institucionalizou-se neste momento, pois o país necessitou de profissionais qualificados para anteceder da situação sanitária emergente.

“Trata-se, portanto, de uma atenção especial e imediata por parte do governo, no sentido de implementar o saneamento dos portos e núcleos urbanos, porquanto eram constantes as advertências externas, por parte dos países que comercializavam com o Brasil, em parar com as negociações, caso persistissem as constantes epidemias e endemias que representavam uma ameaça aos tripulantes dos navios que aqui aportavam, bem como a população de seus

países de origem, sem contar com a necessidade que tinha o Brasil de atrair mão de obra fundamental para a constituição do mercado de trabalho capitalista”
(GERMANO, 1984, p.34)

Em 1923 foi criada a primeira escola de enfermagem no Brasil, por solicitação de Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), à Fundação Rockefeller. Nove enfermeiras americanas organizaram e implantaram a escola de enfermeiras do DNSP, no modelo Nightingaleano, hoje conhecida como a Escola Ana Néri. Apesar da sua finalidade em formar profissionais para atuar em saúde pública, denotou-se a contradição referida por ALMEIDA (s.d.), “Analisando-se o primeiro currículo da atual Escola Ana Néri, em vigência a partir de 1923, destacam-se principalmente as disciplinas de cunho preventivo, compatível, portanto, com o objetivo da escola, que seria formar enfermeiros de saúde pública; contraditoriamente, de suas alunas eram exigidas oito horas diárias de trabalho no Hospital Geral de Assistência do DNSP.

As alterações das políticas do setor saúde, procuravam sempre esconder a extrema pobreza e a capacidade de organização popular, mostrando a face humanitária do Estado. Antes de 1930 a prestação de serviços de saúde abrangia pequena parcela dos trabalhadores urbanos vinculados às CAPs; porém com o surgimento da forma populista do Estado ocorre a transformação das CAPs em Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que institucionalizaram o seguro social fragmentando as classes assalariadas urbanas por inserção nos setores de atividade econômica. Agora transformados em autarquias, os institutos passaram a ser geridos pelo Estado, ainda com financiamento tripartite, mas com uma modificação crucial, pois a contribuição patronal é agora calculada, como a dos empregados, sobre os salários pagos.

No início, tanto as CAPs (remanescentes em algumas empresas) como os IAPs eram apenas responsáveis pelo serviço ambulatorial; para a assistência hospitalar, os segurados utilizavam recursos próprios, os hospitais públicos, ou de caridade. Como a assistência se ampliou, o problema inverteu-se e o seguro social passou a pagar apenas a hospitalização, relegando aos assegurados o ônus do tratamento ambulatorial. Tal fato favoreceu grandemente a mercantilização da saúde em dois aspectos:

- a) beneficiou a prática médica privada;

- b) favoreceu a prestação de serviços de saúde curativos financiados pelo seguro social, beneficiando diretamente as empresas hospitalares e indiretamente a indústria farmacêutica e de equipamentos.

As CAPs e IAPs permaneceram até o início dos anos 60, quando foi sancionada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS).

“Uniformizando, sem unificar, os serviços e benefícios, a LOPS significou o maior avanço na política previdenciária desde o seu surgimento” (OLIVEIRA, 1989, p.112)

A unificação ocorre somente em 1966, no Governo Militar, com a criação do Instituto de Previdência Social (INPS). O serviço de saúde encontrou a forma mais homogênea para as inspirações sociais, tanto populares quanto acumulativas do capital.

O INPS foi criado para legitimar anteriores respostas do populismo aos problemas trabalhistas, porém como os saldos da política precedente (aposentadorias, seguros de vida, etc), consumiam-lhe quase todos os recursos, tornou-se inviável que se transformasse imediatamente em um órgão prestador de serviços de saúde. Aliada a essa limitação, encontrava-se em ação uma vasta rede privada de prestação de serviços de saúde, de grande alcance político e econômico, que interessava aos donos dos meios dos meios de produção social e aos produtores de serviços privados.

Como solução a este impasse o INPS concedeu financiamento às empresas privadas de prestação de serviços, que a curto prazo resolveriam o problema financeiro, uma vez que a ampliação do setor público de saúde “demoraria” e “encareceria” a proposta de criação de tal órgão. Tal estratégia trouxe uma imagem falaciosa de extensão homogênea de cobertura à população, pois a reprodução das diferenças nos serviços prestados era visível, privilegiando as categorias fundamentais da manutenção da máquina produtiva que possuem convênios com associações médicas e usufruem de assistência e serviço de melhor qualidade. A organização dos serviços previdenciários estruturou-se, portanto, sobre a “aparência” de boa qualidade no setor saúde, uma vez que as empresas conveniadas

possuem caráter lucrativo, esteriotipam suntuosidade que lhes garantem competitividade no mercado de consumidores, sem com isso garantir uma assistência médica de resolutividade junto à saúde da população.

Percebeu-se que a organização da atenção à saúde no Brasil, tinha como aspecto dominante a assistência médica (individual) em detrimento da saúde pública (coletiva). Prevaleceu esta garantia pelos altos recursos que a sociedade através do INPS – que arrecadava seus recursos diretamente dos salários dos trabalhadores – deslocou à medicina assistencial privada pelo componente ideológico controlador que esta prática possui e pelas diversas relações estabelecidas entre esta forma de prestação de serviços e os setores que produzem material e insumo.

“O INPS desloca 90% dos seus recursos em assistência para o setor privado, sendo que 80% destes em hospitalização. Os empresários hospitalares representam um determinante tão decisivo no panorama do setor saúde brasileira que estamos vivendo uma política que inclui, entre suas prioridades a hospitalização” (MELLO, 1982, p.24)

É evidente a aspiração das entidades particulares em manter e ampliar seu grau de hegemonia, privatizando a assistência à saúde, captando recursos concernentes ao setor público; e como resposta encontramos a péssima qualidade dos serviços prestados à população, que pouco impacto têm para a resolutividade dos seus problemas de saúde.

Cabe aqui registrar ainda dois aspectos importantes:

- a) O elitismo que perpassa o atendimento em saúde decorrente da seleção dos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho; os demais usuários são alijados por não serem segurados, ficando a mercê do setor público;
- b) A exploração dos trabalhadores assalariados do setor saúde, que encontram nessas empresas o seu maior campo de trabalho.

Durante o período de 1968 – 1974, algumas transformações aconteceram na evolução da legislação previdenciária, sem trazer contribuições estruturais ao setor, como a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a promulgação do Programa de

Integração Social (PIS), a extensão de cobertura previdenciária aos trabalhadores rurais (FUNRURAL), empregados domésticos e autônomos. Na década de 70, além de várias concessões ou benefícios a clientela específicas, é criado o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), que incorporou o IAPAS, INPS, INAMPS, LBA, FUNABEM, DATAPREV e CEME.

A ineficácia do modelo médico assistencial sustentado pela Previdência tornou-se transparente; desnudou-se mostrando corrupção, onerando o setor, ameaçando o equilíbrio financeiro. Percebia-se a crise da hegemonia dos prestadores de serviços privados que ampliaram suas chagas junto com a ampliação da crise política e econômica nacional (apesar de não haver retrocesso, pois o Estado havia assumido compromissos com os mesmos).

Dentro desta perspectiva foram implementadas várias medidas, visando o controle das fraudes e aumentando a extensão de cobertura via convênios com Hospitais Universitários, Governos Estaduais e Sindicatos (no sentido de baratear os custos). O Sistema Nacional de Saúde – Lei 6229/75, surge como forma normativa, disciplinando as diversas modalidades da prática médica dentro da Previdência, porém foi inviabilizado operacionalmente pelas ambigüidades e incoerências que continha.

Um dos pontos positivos do sistema foi a exumação da saúde pública enquanto possível solução para as distorções do setor, que encontrou seu espaço ocupado pelos “lobbys” organizados pelos serviços privados, que lutavam pela manutenção do modelo privatista e contra a divisão do bolo da Previdência. Da ação e influência dessas forças sobre a burocracia estatal pode-se compreender melhor o fracasso do PREV-SAÚDE, a restrita abrangência do Plano CONASP e o tênue desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (AIS), já na década de 80. Estas foram as bases do movimento da Reforma Sanitária que teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, fruto de um amplo debate de

diversos setores da sociedade organizada, que obteve como garantia constitucional o Sistema Único de Saúde.

Segundo COSTA (1990): “Pelo redimensionamento das verbas da Previdência para o setor público prestador de serviços, privilegia-se como há muito não se fazia, o modelo de Saúde Pública, em detrimento ao modelo de prestação de serviços privados. A própria implantação do SUS define desta vez claramente a criação da hegemonia vivida pelos tradicionais atores privilegiados do setor saúde”.

A análise histórica das políticas sociais demonstra que a correlação de força define a tendenciosidade do modo de tratar as desigualdades sociais por parte do governo.

Com a implantação do SUS e a possibilidade de abertura de um canal de participação popular na definição das ações a serem implementadas, abre-se um espaço para o enfermeiro se posicionar junto as classes populares num amplo processo de construção da cidadania. Entretanto o que temos visto são profissionais enclausurados em suas unidades, absortos com a proposta institucional da expansão da rede de saúde e garantia de acesso da clientela à máxima resolutividade dos serviços; como se estas fossem as maiores finalidades do trabalho coletivo.

A enfermagem como profissão, cresceu no bojo das políticas sociais, e sem sombra de dúvidas contribui para a manutenção da ordem hegemônica. Manteve-se sempre na condição de subalternidade em relação as demais categorias profissionais e institucionais prestadoras de serviço; por isso tem sua função social questionada.

Após discutir o movimento dialético dos momentos do processo de trabalho, MENDES GONÇALVES (1986), “passa a considerar o trabalho em saúde e este, nas sociedades capitalistas, organizados em dois modelos principais: o modelo de controle da doença na sociedade, que é o modelo epidemiológico, coletivo, e o modelo de recuperação da força de trabalho que pe o individual, o clínico”.

Através da análise, pode-se afirmar, que as políticas de saúde no Brasil, estiveram atreladas historicamente ao modelo de produção capitalista. A dicotomia entre, capital e trabalho, revelam a divisão, a produção rígida e a especialização do trabalho em saúde. Este modelo de saúde vem sendo superado com o impacto do avanço tecnológico, próprio de desenvolvimento capitalista atual, que impõe um novo modelo de produção.

Segundo KUENZER (1996), o novo modo de produção, reconstrói uma nova unidade entre pensamento e ação, entre ciência e tecnologia; porém não supera a própria divisão e o próprio modo de produção capitalista. A autora afirma que este novo modelo de produção capitalista requer a formação de um intelectual de novo tipo, fundamentada em um equilíbrio entre a capacidade de atuar praticamente e intelectualmente.

Essas são algumas das razões da década de 80, que fizeram com que a enfermagem iniciasse estudos repensando sua prática no contexto político/social atual. Neste sentido tem buscado se posicionar junto às classes populares no amplo processo de construção da cidadania.

Sob tal ponto de vista GERSCHMAN (1995), reflete que tem havido uma luta continuada entre governo e as forças políticas e sociais que entendem o SUS como único caminho possível para a democracia da saúde e seu usufruto pelo conjunto da sociedade. Porém, sabe-se que o avanço na implementação do novo sistema de saúde tem sido difícil desde seu arcabouço jurídico-institucional garantido na Constituição Nacional em 1988 até nossos dias.

Para LAURELL (1995), a dificuldade na implantação do SUS reside no fato do país enfrentar na década de 90 o custo social de um processo de ajuste econômico de corte neoliberal sem ter havido o ajuste. Para a autora atualmente assiste-se ao embate de duas correntes sobre o Estado: a concepção neoliberal que advoga o Estado mínimo e o mercado como principal regulador da ordem econômica, e de outro lado, o Estado

democrático forte, demandado pelo próprio ajuste estrutural e pelas enormes desigualdades sociais.

Entendo, portanto, que a saúde no Brasil, deve ser pensada na forma de como revelar a lógica vigente de seu funcionamento e da sua seletividade, avançando ao mesmo tempo para a conquista da universalidade e equidade.

Tentando alcançar estes objetivos, realizou-se a IX Conferência Nacional de Saúde – CNS em 9 de agosto de 1992, após sucessivos adiamentos reforçando os esforços políticos das forças reformistas. Estes esforços tornaram-se evidentes, pois ela ocorreu “justamente num momento de paralisação e perplexidade política que afetou o país e a sociedade como um todo perante as transgressões éticas e morais do presidente” (GERSCHMAN, 1995).

A IX CNS significou, tal como a VIII CNS, um grande esforço de luta e mobilização política. Foi um espaço de reunião de amplas forças sociais que discutiram democraticamente os problemas do setor saúde. Apesar disto, evidenciou-se “...um certo esgotamento de um determinado modo de exercício da política apoiado em princípios de condução e até um certo vácuo em termo dos encaminhamentos necessários para sua efetivação”.

A autora conclui que faltou diagnóstico e avaliação do processo de implementação do SUS, no sentido de avançar em relação a diretrizes concretas de operacionalização destes nos municípios. Em outras palavras, como enfrentar na prática o velho sistema de saúde desde as gestões estadual e municipal.

CAMINHO METODOLÓGICO

Tipo de Pesquisa

Eleger o tipo de pesquisa que irá nortear o estudo que se pretende realizar é uma tarefa que exige seriedade e consistência técnica por parte do pesquisador. As “visões sociais do mundo”, que teoricamente são diversas, levam os pesquisadores a prática de pesquisas cientificamente diferenciadas. Como neste trabalho a principal finalidade é “conhecer as concepções do processo saúde/doença no sentido de avaliar o avanço proposto pelo SUS”, optei o método qualitativo, por este permitir, através da construção de categorias, classificar os elementos significativos da mensagem (BARDIN, 1994).

O passo seguinte foi escolher o tipo de procedimento que permita a apreensão das reflexões sobre “...posições referentes à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classe e grupos determinados” (MINAYO, 1992, p.23). Partindo desta ótica encontrei na análise de conteúdo, subsídios para desvelar no material coletado os significados manifestos e latentes referentes às minhas inquietações.

Entre as várias técnicas que compõem a análise de conteúdo escolhi a análise temática pois segundo BARDIN (1994) e MINAYO (1994) esta é uma das formas mais adequadas para investigar qualitativamente o material sobre saúde. Este tipo de estudo tem sido utilizado por muitos pesquisadores que desejam conhecer determinada sociedade, seus agentes, suas características ou sua problemática, por entenderem que a essência da sociedade é o homem enquanto sujeito e objeto de sua própria existência.

A abordagem qualitativa recebe por parte de vários autores (MINAYO, 1994; GIL, 1989; LUDKE e ANDRÉ, 1988). Entre elas a mais freqüente é o fato de muitos pesquisadores serem acometidos pelo empirismo, pois consideram ciência, a mera descrição dos fatos. Ao analisar

a realidade, a relacionam aos seus valores, emoções e visões de mundo descaracterizando a neutralidade científica e detém-se muito na descrição dos fenômenos prejudicando a análise dos fatos.

Apesar das críticas é importante não perder de vista o caráter específico do objeto deste estudo, pois o mesmo não poderia se revelar apenas nos números ou se igualar a sua própria aparência. Em relação à neutralidade científica, concordo com MINAYO (1994) quando diz que toda produção científica na área das ciências sociais “é uma criação e carrega a marca de seu autor”.

Em frente ao quadro exposto, acredita-se que este modelo ajuda a captar como os grupos sociais definem e identificam sua condição de saúde e da comunidade e como os mesmos vêm enfrentando cotidianamente a questão saúde/doença.

Local de Estudo

Para atender aos objetivos do presente trabalho, a pesquisa foi desenvolvida no município de Itajaí – SC.

O município de Itajaí é sede da Segunda Região Administrativa do Estado de Santa Catarina, que constitui a Microregião da AMFRI (Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí-Açu) com uma população estimada pelo IBGE (1991) em 116.697 habitantes, comportando 42% da população da Microregião numa área de 304 Km² que representa, praticamente, 20% da área total da AMFRI. Possui 226 Km² de área rural com concentração de 31,32 hab/km² e apenas 78 Km² de área urbana com 1.286,44 hab/Km². O município destaca-se pela infra-estrutura portuária, consolidada para cargas em geral, principalmente para exportação de açúcar, madeira, produtos congelados, fumo, etc. Outro elemento que destaca o município é a sua importância como região litorânea de veraneio do Estado e Sul do país.

Itajaí possui 14 bairros e é dividido em 6 regiões de saúde; divisão esta ocorrida em 1986, elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Dentre as formas de organização da sociedade civil, o município de Itajaí possui quatro: os Sindicatos, os Centros Comunitários, as Associações de Moradores e os Partidos Políticos. Segundo o Plano Municipal de Saúde 1992-1996, “a dificuldade de obtenção de dados nessa área, principalmente das Associações de Moradores, outrora tão atuantes, (...), vem refletir a inércia e desarticulação da sociedade civil na atual conjuntura”.

Foi implantado a partir de 1990 no município, o SUS (Sistema Único de Saúde) que objetiva assistência integral de saúde a população e para atendê-la desenvolve ações preventivas e curativas.

Atualmente a rede de serviços de saúde através da descentralização obedece os critérios de ampliação física e passou a atender a demanda da clientela em seus próprios bairros.

População e Amostra

No início do estudo pretendia-se trabalhar com Associações de Moradores, porém, a limitação de tempo e a dificuldade em reunir seus membros inviabilizou este procedimento. Decidi, em comum acordo com a orientadora, mudar de população elegendo para o estudo os líderes comunitários, pois estes facilitariam a avaliação de como os grupos sociais definem saúde.

Como o objetivo deste estudo se limitou a conhecer como os líderes comunitários definem e identificam a condição de saúde da comunidade e como os mesmos têm enfrentado cotidianamente a questão saúde/doença, resolvi restringir o número de participantes da pesquisa.

Concordo com FAZENDA (1989, p.42) quando diz , “o necessário na abordagem qualitativa é transcender o nível micro, cuidando

para não querer analisar uma realidade particular como uma totalidade social”. No entanto o líder comunitário, enquanto intelectual orgânico, expressa a concepção do coletivo (GRAMSCI, 1981). Por outro lado, percebi que os temas que me propus estudar ficariam favorecidos em relação à organização dos dados coletados se existisse redução do número de entrevistas. Estas considerações não ocorreram por simples escolha teórica; elas emergiram no bojo do processo de coleta de dados. Nele comecei a constatar que os temas iam se esgotando e no momento que percebi tal fato encerrou-se a aplicação do instrumento de coleta de dados. Neste momento havia realizado 08 entrevistas e os critérios para aplicação dos instrumentos foram os seguintes:

- aceitar por livre e espontânea vontade participar desta pesquisa;
- ter participação e representatividade nas diretorias das Associações de Moradores dos seus bairros;
- estar participando de movimentos populares há mais de 03 anos.

Instrumento de Coleta de Dados

As informações necessárias ao desenvolvimento deste estudo foram coletadas através da entrevista que é um dos elementos básicos de coleta de dados dentro da perspectiva qualitativa. (LUDKE e ANDRÉ, 1988; TRIVIÑOS, 1987).

A entrevista pode permitir o tratamento de assuntos estritamente pessoais e íntimos, pode permitir o aprofundamento de assuntos levantados por outras técnicas de coleta de alcance mais superficial e pode ainda atingir informantes que não poderiam ser atingidos por outros meios de investigação (LUDKE e ANDRÉ, 1988).

A interação entre pesquisador e informante cria um ambiente de reciprocidade, onde ambos mantêm-se em um único patamar. Neste sentido a entrevista destaca-se de outros instrumentos pois a mesma permite a intervenção de pesquisador e entrevistado, interagindo em um processo dialético. \este fato é constatado por TRIVIÑOS (1987), quando afirma que “a entrevista ganha vida ao se iniciar o diálogo entre investigador e entrevistado”. Portanto no momento que houve aceitação mútua, as informações fluirão de forma autêntica.

Vislumbrado a amplitude e complexidade do objeto desta pesquisa e a especificidade da população, optou-se pela forma de entrevista semi-estruturada. A mesma permite liberdade de percurso, a partir de um esquema básico no qual o entrevistador pode fazer adaptações quando necessário. Esta liberdade de expressão é conferida também ao entrevistado.

LUDKE e ANDRÉ (1986), afirmam que, quando se quer conhecer a visão de determinada população sobre um amplo objeto e complexo, é melhor entrevistar o interlocutor através de um instrumento que tenha como base um roteiro que possua grande flexibilidade.”O entrevistado discorre sobre o tema proposto com base nas informações que ele detém e que no fundo são a verdadeira razão da entrevista”.

Justificados e esclarecidos teoricamente os procedimentos que alicerçam o instrumento de coleta de dados deste estudo, passar-se-á a descrever como se deu sua aplicação prática.

Primeiramente houve a preocupação na elaboração do roteiro dirigido aos líderes comunitários. O mesmo foi dividido em duas partes. A primeira contendo os dados de identificação dos entrevistados e a segunda, um guia para auxiliar o desenvolvimento da entrevista, com tópicos sobre como os líderes comunitários definem e identificam sua condição de saúde e como têm enfrentado cotidianamente a questão saúde/doença (Anexo 01).

Após sua feitura, realizou-se o pr'-teste para identificar se o roteiro estava adequado ao nível do informante, expressando seu universo de

valores e preocupações. Aprovado o roteiro, procedeu-se contatos com os líderes comunitários que preenchiem os critérios estabelecidos para eleição amostral. Neste momento marcou-se a data da entrevista em local e hora que melhor lhes conviesse. É importante salientar que a entrevista requer uma série de exigências, cuidados, e respeito pelo entrevistado. Segundo LUDKE e ANDRÉ (1986), “esse respeito envolve desde um local e horários marcados e cumpridos até a perfeita garantia do sigilo e anonimato em relação ao informante”.

No momento da entrevista, as questões do instrumento de coleta de dados, eram apresentados para demonstrar ao entrevistado o caminho que percorreríamos durante o encontro.

Iniciava-se a entrevista, identificando o informante, que a seguir era questionado sobre a importância por ele atribuída à sua participação nas associações de Moradores. Após este momento, ao qual denominou-se de “quebre de gelo”, procurava-se desencadear o prosseguimento da entrevista a partir das colocações e expressões dos próprios entrevistados.

Quando finalizada a entrevista perguntava-se ao respondente se o mesmo gostaria de falar alguma coisa que não houvesse sido perguntada ou sugerir algo que achasse importante para o desenvolvimento do estudo.

Registrando as Entrevistas

As entrevistas foram registradas em fita cassete e duravam em média uma hora e trinta minutos. Antes de iniciar as gravações, solicitava-se permissão aos participantes, tendo em vista que o gravador pode inibir o informante.

Apesar da polêmica entre vários autores em relação a essa forma de registro, a mesma facilitou a condução das entrevistas, pois não há necessidade de fazer anotações paralelas. Tal fato contribuiu para que o

desenvolvimento do diálogo fosse profícuo, permitindo desta maneira uma maior interação entre pesquisador/informante.

Um dos pontos negativos, apontado por vários autores em relação a essa forma de registro de dados é o de permitir captar significados através das expressões orais, dos gestos, das expressões faciais e das mudanças de postura (LUDKE e ANDRÉ, 1986). Para amenizar esta limitação conferida à gravação, procedeu-se logo após o término de cada entrevista, anotações em relação a impressões e reflexões, nas quais registrou-se impressões que pudessem diminuir essa lacuna.

O passo seguinte foi a transcrição de cada entrevista para o papel. O mesmo foi realizado em folha de papel sulfite, contendo um cabeçalho com os dados de identificação do informante.

A direita da folha foi registrado um espaço para as anotações da fase de pré-análise. Ao final da entrevista registrou-se as impressões e reflexões, assim como as limitações metodológicas e, somente após estas etapas realizava a próxima entrevista.

A análise levada a efeito baseou-se na técnica de análise temática ou categorial apresentada por BARDIN (1994), que define o tema como uma unidade de significação capaz de operacionalizar e sistematizar o objeto de estudo. Segundo MINAYO (1994, p.209), “Fazer uma análise temática consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja “presença” ou “frequência” signifiquem alguma coisa para o objeto a ser analítico visado”. Podemos afirmar que a presença de determinados temas denota qualitativamente os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

A seguir procedi às etapas referenciadas por BARDIN (1994), quais sejam, “As diferentes fases da análise do conteúdo, organizam-se em torno de três pólos que se mantém estreitamente ligados uns aos outros, a saber: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (inferências e interpretação). Esta evolução ocorre devido a várias horas que os pesquisadores se debruçam sobre o material a ser analisado e as

repetidas idas do pesquisador a campo em busca d mais informações que possam clarear o seu objeto de estudo”.

PRÉ-ANÁLISE

A primeira fase da análise de conteúdo constitui-se de um período de organização que objetivou operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais. Esta análise se deu à partir da leitura das informações contidas na transcrição da entrevista. Para BARDIN (1994), esta etapa corresponde a um período de associações, que conduzirá a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas.

Conforme o autor, uma das formas de identificar a coerência das hipóteses iniciais em relação às hipóteses emergentes é tomar contato exaustivo com o material através da “leitura flutuante”. O segundo passo realizado na pré-análise foi a “constituição do corpus”, com o objetivo de responder a algumas normas de validade. Foram elas: exaustividade (foi verificado se o material coletado contemplava os aspectos do roteiro); representatividade (verificou-se a possibilidade de generalizar o resultado obtido pela amostra) e pertinência (no qual foi verificado se as entrevistas adequavam-se ao objetivo do trabalho).

A seguir extraiu-se das entrevistas unidades de registro que caracterizaram-se por frases com significado temático em relação ao objeto. Estas frases foram anotadas no espaço a direita da folha de transcrição da entrevista, espaço este reservado a fase de pré-análise.

A EXPLORAÇÃO DO MATERIAL

BARDIN (1994) afirma que, após a conclusão da pré-análise, a exploração do material não é mais do que a administração sistemática das decisões tomadas. Esta sistematização, como já fora apontado anteriormente, foi realizada nas próprias folhas de transcrição de cada entrevista, sendo que posteriormente, eram reunidos os domínios semelhantes a todas as entrevistas, conforme mostra o exemplo:

Unidade de Registro	Qualidade Atribuída	Categoria
“...a necessidade de desenvolver trabalhos preventivos na área da saúde”.	Trabalhos preventivos	Proposta em relação a saúde
“...acredita ser importante a inclusão de terapias alternativas nos Postos”.	Implantação de terapêuticas alternativas	

Deste modo após a codificação, qualificação e categorização das falas, chegamos ao que será a seguir exposto.

CATEGORIAS ENFOCADAS NA PESQUISA

CATEGORIA 01: Denominada de **caracterização dos participantes da pesquisa**, que agrega os dados de identificação gerais do entrevistado como idade, sexo, grau de instrução, tempo que participa no movimento popular e profissão ou ocupação;

CATEGORIA 02: Denominada de **conceito de saúde/doença**; agrega as informações de como os entrevistado apreendem o conceito de saúde e doença tais como: o que é saúde/doença, o que as pessoas fazem para manter a saúde, o que as pessoas entendem como

necessidades básicas, quais as doenças comuns que os entrevistados identificam e práticas preventivas e curativas que os entrevistados utilizam na resolução de seus problemas de saúde;

CATEGORIA 03: Denominada de **problemas na área da saúde** que agrega aspectos relativos a consumo desordenado de medicamentos, atendimento deficiente dos postos de saúde, falta de profissionais qualificados, ocupação de área de preservação ecológica, drogas e alimentação;

CATEGORIA 04: Denominada de **Sistema Único de Saúde**, na prática relaciona-se à maneira como ocorre o atendimento, o que acham sobre o modelo de saúde e dos profissionais, educação em saúde, controle social;

CATEGORIA 05: Denominada de **proposta em relação à saúde**, compõe-se de questões relativas a implantação de terapêuticas alternativas, reciclagem de lixo, ampliação do horário de atendimento, disponibilidade de ambulância, diminuição do consumo desordenado de medicamentos e instrumentalização da população para que se alimente melhor.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Antes de buscar desvendar o que os líderes comunitários pensam sobre as concepções do processo saúde/doença e como estes têm enfrentado cotidianamente a questão saúde/doença, é necessário caracterizar os participantes da pesquisa, na tentativa de esboçar seu perfil, mesmo que de uma forma limitada.

Para isso buscou-se levantar informações referentes a idade, sexo, grau de instrução, tempo de participação no movimento popular e profissão e/ou ocupação a fim de delinear o perfil dos participantes da pesquisa. Assim no quadro 01, identifica-se o grupo de líderes comunitários através da síntese de alguns dados pessoais, da formação e da vida profissional.

TABELA 01 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Idade	Sexo	Grau de Instrução	Tempo de participação no movimento popular	Função no Movimento Popular	Profissão/Ocupação
66	F	1° incompleto	13 anos	Presidente	Aposentada
40	M	2° completo	03 anos	Presidente	Gerente comercial
30	M	1° completo	09 anos	Conselheiro	Bombeiro
54	F	2° completo	34 anos	Conselheiro	Aposentada
49	M	1° completo	06 anos	Secretário	Aposentado
36	F	2° completo	12 anos	Coordenadora	Coordenadora do Centro de Direitos Humanos
66	F	1° incompleto	18 anos	Presidente	Faxineira
39	M	2° completo	13 anos	Presidente	Operário têxtil

FONTE: ENTREVISTAS

A primeira constatação em relação a tabela 01 é a EQUIDADE entre os sexos. Apesar da coleta de dados ter sido realizada, tendo como referencial as regiões de saúde, o número de informantes foi equivalente em relação ao sexo. tal constatação pode ser analisada quando SILVA (1986) relata que pe pré-histórica a discriminação da mulher que ocupa o papel secundário em relação aos assuntos domésticos, enquanto o homem é atribuído o papel hegemônico na esfera política. Entende-se que os assuntos secundários da esfera doméstica estão fortemente ligados ao campo da reprodução familiar: alimentação, educação dos filhos e em geral todas as ações que sejam pertinentes à luta pela vida dos filhos. Por este motivo, logicamente são as mulheres que sentem as situações de emergência de forma mais imediata e intensa, quando muitos casos se obrigam a suportá-las sozinhas na falta de um companheiro. Esses conflitos diários que são de responsabilidade da maioria das mulheres, faz com que as mesmas juntem-se ao movimento popular, uma vez que muitos desses problemas só possuem solução sob forma coletiva. Em outras palavras, a participação nos movimentos populares depende em sua maioria da existência de problemas a solucionar e esses problemas emergentes que associam as mulheres, levam consigo o poder de resistência ao qual elas são mais suscetíveis.

Já a participação dos homens no movimento popular origina-se nos princípios arraigados da dominação masculina, aos quais cabe o papel e a responsabilidade de decisão e mando.

Neste sentido vê-se como natural o equilíbrio entre os sexos encontrados neste trabalho, uma vez que nas associações o direito de voz e voto é universal.

Em relação à função da mulher dentro das Associações de Moradores, também a encontramos nos cargos de direção, estes nem sempre ligados a funções consideradas femininas (educação, saúde, serviços sociais, etc). Sabe-se que as mulheres, apesar de sua competência comprovada, raras vezes são escolhidas para cargos de direção no atual mercado de trabalho brasileiro. Percebe-se, portanto, que a participação da mulher nas

Associações de Moradores, vem contribuir para a desmistificação desta situação, reafirmando sua capacidade de resistência.

Em relação à faixa etária, o grupo se constitui na maioria entre 30 e 50 anos de idade. Trata-se, portanto, de um grupo formado na sua maioria por pessoas adultas com idade compatível com o processo de produção nacional. Esta faixa etária pode estar relacionada ao período de vida em que o ser humano se encontra mais produtivo, e, portanto, mais reivindicatório em relação ao seu bem-estar.

Os dois líderes comunitários que têm mais de 60 anos são mulheres. É interessante observar como na cultura brasileira evidencia-se a pouca participação do idoso em movimentos sociais. A ele é destinado um outro plano, não reivindicativo, o qual analisaremos posteriormente. O saber acumulado ao longo dos anos, pouca vezes se transforma em conhecimento para alienar novas experiências. Uma das explicações possíveis em relação à faixa etária que talvez possa ser inferido é que as pessoas com mais de 60 anos possuem determinada estabilidade em relação a sua sobrevivência, pois muitos já construíram ao longo de suas vidas condições para tal, e por isso não se interessam em participar do movimento popular.

Uma das informações expressivas encontradas em relação a caracterização dos participantes da pesquisa foi que apenas as duas líderes com mais de 60 anos possuem 1º grau incompleto. Se compararmos esse dado ao tempo em que elas participam do movimento popular, observa-se, que ambas iniciaram já acima de 48 anos. Tal fato pode estar relacionado com a necessidade sentida pelas mesmas em relação a suas experiências anteriores.

Dois participantes possuem 1º grau completo e quatro, 2º grau completo. Apesar de entender-se que a escolarização não seja condição necessária para o engajamento dos indivíduos nos movimentos populares, acredita-se que favoreça o exercício da cidadania; quanto maior o grau de instrução de um indivíduo, maiores são as possibilidades de reconhecer suas necessidades. As oportunidades de acesso ao mercado de

trabalho para as pessoas instruídas são maiores de que as oferecidas aos analfabetos. Ao pensar-se nessas possibilidades, como experiências concretas que facilitam o reconhecimento das necessidades, está-se inferindo sobre o aumento de possibilidade de satisfaze-las.

Quanto ao tempo de participação dos líderes do movimento comunitário, situou-se entre 9 e 18 anos, majoritadamente.

Sabe-se que a participação comunitária tem seu alicerce em lutas, e quando estas não estão evidentes ocorre o esvaziamento do movimento. Os problemas emergentes, são portanto, de interesse de todos os moradores, por este motivo conseguem somar uma maior participação. Pode-se afirmar que o movimento popular é cíclico, pois sua participação depende da gravidade conferida pelos moradores ao problema em questão.

CONCEITO DE SAÚDE/DOENÇA

Dentre dessa categoria de análise procurou-se estudar as concepções dos líderes comunitários acerca do conceito de saúde/doença. Os atributos conferidos a esta categoria foram o que é a saúde/doença, o que as pessoas fazem para manter a saúde, necessidades básicas, doenças comuns, aspectos preventivos e curativos.

No decorrer desta pesquisa, as concepções do conceito de saúde/doença expressas pelos líderes, aparecem com certa frequência ligadas às questões de alimentação.

“...o maior problema de saúde talvez é a falta de alimentação. Porque se você tem uma boa alimentação você não vai ter problema de saúde” (HERMES)

“...eu acho que a gente pré ter saúde, a gente precisa comer bastante verduras em primeiro lugar...vê se táis comigo”. (VÊNUS)

“...elas adoecem, adoecem...,mas tem umas pessoas bem mais necessitadas, inclusive algumas por falta de alimentação”. (ATLAS)

“...Ah! Doença é não poder comer, não poder andar...” (ERA)

“...qual a qualidade de vida desse povo que não tem alimentação balanceada, nem sabem o que é isso, na verdade, comem o que tem e olhe lá”.(GAYA)

Ao constarmos a ênfase dada à alimentação pelos líderes comunitários em relação ao conceito de saúde/doença importante se faz extrapolar a barreira biológica do ato estritamente fisiológico de se alimentar. Para tanto, devemos resgatar a dimensão no que tange a segurança alimentar dos indivíduos. Vejamos, o Brasil é um país com grande extensão territorial, entremeado com vários tipos de climas e, portanto favorecido por uma vasta produção de alimentos destinados tanto ao consumo interno quanto externo. Este fato pode ser comprovado por dados trazidos pela RHADIS (1993), ao afirmar que “O Brasil

produziu nos últimos sete anos uma média de 59 milhões de toneladas em grãos (arroz, feijão, trigo, milho e soja)”. O referido documento afirma que a disponibilidade interna de alimentos tradicionalmente consumidos no país é superior às necessidades diárias de proteínas e calorias per capita/diária recomendado pela FAO. Entretanto há fome e então como explicar essa relação entre saúde/doença e a fome? Por que a população brasileira possui uma alimentação suficiente para uma vida saudável e ativa? Entendo que o problema alimentar reside na divergência entre o poder aquisitivo de um amplo segmento da população e o custo de aquisição compatível com a necessidade dos indivíduos, pois sabe-se que a maior parte das diferenças em saúde são socialmente determinadas. Necessidade esta muitas vezes ligada, além da própria questão de sobrevivência, à sua condição para o trabalho.

“...Doença...(risos) é não ter saúde ! É a pessoa não poder fazer aquilo, né? Trabalhar...”. (PROMETEU)

“...Doença? É para mim...uma pessoa doente não pode trabalhar, ela não pode fazer nada...” (HERMES)

“...A pior coisa do mundo é ter alguém ao teu lado com fome. Como é que uma pessoa dessa vai trabalhar não têm condições de trabalho...”.(HERMES)

Ao tentar compreender a concepção saúde/doença dos líderes comunitários participantes da pesquisa, verifica-se que esses não tem claro a relação do trabalho com as contradições sociais no sistema de produção capitalista.

Quando abordam a questão da alimentação e do trabalho não conseguem perceber o componente de exclusão ao qual ambos estão impregnados.

Nesse sentido, para os respondentes, estar doente significa um evento altamente incapacitador, principalmente no sentido que se refere ao trabalho. A doença não é considerada um evento exclusivamente biológico e se projeta no efeito mais dramático, produzindo a incapacidade de trabalhar e conseqüentemente desequilibrar a subsistência

familiar. BOLTANSKI (1979) mostra que, entre as classes sociais mais baixas, a doença tenderia a ser percebida somente quando houvesse uma incapacitação da performance social, representada principalmente pelo trabalho.

O entrevistado que se considerava realmente doente, possuía um grau significativo de incapacidade para executar as tarefas de sua responsabilidade. O mesmo havia se submetido a uma cirurgia cardíaca recentemente, estando em um período de convalescência.

“...Eu hoje vai fazer uma semana que vim do hospital onde parei 75 dias. A minha perspectiva é com este tratamento, com esse aparelho que coloquei, eu melhorei. Porque a minha situação de saúde é muito ruim...”.(ATLAS)

Para QUEIROZ (1991) as pessoas que se consideram realmente doentes, são aquelas que se submetem recentemente à cirurgias, as com doenças agudas, as enfartadas e etc. Enfim, pessoas que possuem limitações para executarem atividades que consideram inerentes ao ser humano.

Já o mal-estar ou as doenças consideradas como não limitantes, foram vistas como problemas menores que não chegam a impedir os indivíduos de seu desempenho normal.

“...ver a pressão, uma das coisas mais comuns hoje é a hipertensão, diabete, questão principalmente nas crianças, essa questão das vias respiratórias...”. (HÉRCULES)

“...eu tenho hipertensão e o que eu vejo falar mais aqui é problema mais de hipertensão...”. (ATLAS)

Tais explicitações, são no mínimo intrigantes, haja visto que hipertensão e diabetes são doenças e quando não controladas podem atingir conseqüências graves.

BOLTANSKI (1979) diz que as camadas de nível social inferior apresentam um baixo nível de atenção às disfunções orgânicas devido ao seu baixo capital taxonômico. Portanto esta população estando menos sujeita a absorver a difusão conceitual

da medicina oficial acaba, adquirindo uma menor percepção do próprio corpo e de suas disfunções. Em outras palavras, classes com menor poder aquisitivo, não conseguem na maioria das vezes relacionar sinais e sintomas de patologias, que lhes parecem simples, às doenças que podem se instalar a partir delas.

Percebe-se. Portanto, que doenças que não “limitam” a sobrevivência dos portadores, são vistas como mal-estar passageiro ao qual não lhes destinam a importância devida.

Em relação ao conceito saúde/doença, Deus apareceu com frequência em falas como:

“...Doente eu não estou, graças a Deus. Só a minha hipertensão. Mas graças a Deus, por vista de muitas coisas, eu me acho forte...(ERA)

“...Agora doença é uma coisa terrível, doença Deus me livre, uma doença, um câncer, isola, uma gripe já é ruim, mas um aids...” (HERMES)

“...Depressão..tu sabes que mata, né? Eu tenho medo até em mim. Deus me livre, isola, né? E ela é uma mulher doente...não é fácil...” (VÊNUS)

É histórico o fato de mencionarem Deus como se ele fosse um ente que possui poderes para impedir que qualquer mal os cometa. Acerca disso MARX (1994) diz que no mundo real o aspecto religioso só desaparecerá quando as condições práticas das atividades do homem forem a imagem de suas relações transparentes com a natureza. Para ele, produção material destituir-se-á do caráter místico quando for submetida, pelo homem, ao controle consciente e planejado.

Para que isto ocorra a sociedade precisa de uma sólida base material ou de um série de condições materiais de existência, que só podem ser o resultado natural de um longo e penoso processo de desenvolvimento, rumo à superação do capitalismo.

“A lenda teológica conta-nos que o homem foi condenado a comer o suor de seu rosto. Mas, a lenda econômica explica-nos o motivo porque existem pessoas que escapam a esse mandamento divino. Aconteceu que a elite foi acumulando riquezas

e a população vadia ficou finalmente sem ter outra coisa para vender além da própria pele...” (MARX,1994,p.829).

Este é o pecado original da economia que condena a massa pobre a só ter para vender sua força de trabalho; este fato proporciona o enriquecimento de poucos que por isto não precisam mais trabalhar.

O desgaste humano causado pela venda da força de trabalho foi percebido por dois dos entrevistados, apesar destes não conseguirem articular a crítica no sentido de proporem soluções.

“...Mas naturalmente isso vem do stress, de esforço físico, de pensamento, da situação em geral que está muito ruim financeiramente para todos, talvez...isso preocupa muito mais...” (ATLAS)

“...Na minha visão estar doente é estar um pouco angustiado com alguma coisa no dia a dia da gente, no trabalho, na moradia, esse mal estar acaba provocando na pessoa, ele acaba estourando em algum lugar do corpo e aí afeta a via respiratória, intestinal, cabeça, mesmo pressão. Eu pra mim doente é isso...” (HÉRCULES)

Para VERDI (1993) a tentativa de vincular saúde às condições concretas de vida do indivíduo, mostra de determinada forma o interesse em explicitar o caráter social da doença. Importante se faz refletir, que apesar dos líderes terem expressado as condições sociais como causadoras de doenças, os mesmos não atribuem ou vinculam tal responsabilidade como próprias da exploração capitalista.

A base da ordem social se caracteriza pelo processo de produção, no qual o homem transforma a natureza, com o objetivo de atender às necessidades sociais. No momento que o homem acumulou excelentes resultantes da produtividade, as formas de apropriação se fizeram diferentes e apareceu a sociedade de classes. Por este motivo ao homem trabalhador é destinado apenas o limite necessário para que o mesmo possa continuar produzindo.

Esta reflexão não é feita pelos respondentes, uma vez que os mesmos não atribuíram ao modo de produção capitalista as situações de stress, ligadas ao simples fato da sobrevivência, como se isso fosse natural.

Embora não façam a relação entre capital e desgaste humano, os líderes comunitários sugerem em suas falas algumas reflexões que acreditam poderem melhorar a qualidade de vida.

“...Acho que criança precisa de esportes. Esporte é saúde, só que não tem, o espaço é mínimo. O esporte é vida...” (PROMETEU)

“...Porque, eu acho, a gente sentiu que naquelas pequenas experiências que fizemos, as pessoas começaram a conhecer melhor o corpo, né? Sabe, às vezes os sintomas aparecem, por que aparecem...” (HERCULES)

“...Claro que você precisa de um médico, mas se você fizer um trabalho mais preventivo, mais educacional com certeza a população vai estar mais saudável...” (GAYA)

Percebemos nessas falas, que as reflexões sugeridas pelos líderes comunitários, nada mais são do que o direito a cidadania negado pelo Estado. De acordo com LEOPARDI (1992) a cidadania define a existência do indivíduo que compartilha interesses do coletivo e do trabalho no sentido de romper a relação de anomia.

Este tipo de postura não denota o desconhecimento dos direitos da cidadania, ao contrário, aponta mais uma qualidade de vida mais saudável. O reconhecimento dos líderes comunitários em relação as suas necessidades de melhoria da qualidade de vida, demonstra a conscientização dos mesmos em relação as suas necessidades. Sabe-se que as necessidades se apresentam

“...como carência específica do sujeito, em relação a um tempo e lugar, de modo que se evidenciam relações de diferentes conteúdos entre eles”(IBIDEM, 1992,p.55)

Os líderes comunitários, ao expressarem suas necessidades ultrapassaram a visão biologicista do processo saúde/doença e perceberam que as mesmas para serem eliminadas nem sempre necessitam de objetos materiais. Mais à frente na categoria “enfrentamento” iremos discutir além da necessidade sentida, a maneira, como os líderes comunitários pensam nas estratégias de resistência para suprirem estas necessidades. Para FOUCAULT (1988,p.238)

“De modo geral eu diria que o interdito, a recusa, a proibição, longe de serem formas essenciais do poder, são apenas seus limites, as formas frustradas ou extremas. As relações de poder são, antes de tudo produtivas.”

FOUCAULT (1988) diz ainda que onde há poder, há resistência, entretanto nem sempre essa resistência é algo produtivo no sentido de ser estratégica, embora continue sendo resistência.

PROBLEMAS NA ÁREA DA SAÚDE

Da mesma maneira como se procedeu na apresentação do conceito saúde/doença, fez-se uma tentativa de interpretação do entendimento dos líderes comunitários acerca dos problemas de saúde a partir de um visão de mundo determinada, ou seja, o ato de apreender e compreender o resultado desta categoria perpassa pelos conceitos e valores que o pesquisador atribui ao fenômeno. Logo, longe de pretender esgotar ou apresentar neutramente o assunto, busca-se apresentar como os líderes comunitários expressam essa temática a partir de seu cotidiano.

Foi possível captar interpretação distintas sobre a forma como os entrevistados percebem os problemas de saúde. Os atributos conferidos a esta categoria foram atendimento insuficiente, consumo desordenado de medicamentos, demanda da clientela, ocupação de áreas de preservação ambiental, drogas e acidentes de trânsito.

Até o fim do século XVIII a saúde não era tratada como uma ciência; a inexistência de estudos relativos à cura, conferiam à doença um tratamento em si. Somente com o advento do capitalismo, no qual o homem, através da sua força de trabalho, figura como peça fundamental no processo produtivo, descortina-se a necessidade das descobertas em saúde. Desta maneira a dimensão histórica do processo saúde/doença encontra seu perfil como função do modelo social vigente em cada época. FOUCAULT (1992) é um dos autores que afirma que a verdade em relação à saúde apreendida atualmente como natural foi concebida pelo homem historicamente.

Acerca desta questão WENDHAUSEN (1996) afirma o seguinte, “Observando a assistência à saúde hoje, parece-nos natural que só o médico e a medicina possam resolver os problemas de saúde de sua clientela, que, em última instância, o domínio sobre o corpo não pode ser do cliente e sim daqueles que sabem o que é melhor para tornar e/ou manter seu corpo saído, ou seja, convivemos com uma medicalização crescente dos indivíduos e das instituições.”

Tal constatação fica evidente quando analisamos as falas dos líderes comunitários, que percebem como uma das causas dos problemas de saúde a falta de assistência médica.

“...É que tem, tem atendimento no Posto, tem dentistas, tem médicos, mas é insuficiente...” (ATLAS)

“...A quantidade de médicos. Cordeiros tem 1 ou 2 pediatras para o bairro todo. É óbvio que não vai dar conta...” (GAYA)

“...O problema em si é a falta de médico.então um Posto de Saúde que nem o nosso aqui do Votorantim, com 1 médico é uma insignificância...” (ATLAS)

“...Vão porque estão doente, né? São as necessidades. Brigam,né? Porque não tem médico, não tem pediatra ali, né? As crianças estão indo pra longe. Que chega um pediatra ali é pra mais de 50 crianças. Tão tudo doente...” (ERA)

Constatamos nas falas que a assistência à saúde está fortemente vinculada à existência do médico nos serviços de saúde. A oferta de serviços “oficiais” de saúde, na visão dos respondentes, encontra-se fortemente ligada a medicalização e a intervenções drásticas no organismo humano, norma presente nos atuais serviços de saúde. O resultado imediato que o tratamento médico promete atender e a necessidade psicológica que faz com que as pessoas esperem livrar-se magicamente da doenças, eclodem na garantia do pronto restabelecimento para o trabalho assegurando assim a sobrevivência. Portanto , o prestígio médico é dominante entre todos os outros agentes de cura oficiais e não oficiais. Vemos claramente que o mais importante para atender à demanda popular, com respeito aos seus problemas de saúde, são as ações que conferem soluções individuais e rápidas. Para atingir tal propósito, muitas vezes, fazer uso de terapias medicamentosas, gera confiança pelo simples fato de imaginar que tal ingestão possa combater a doença.

“...Não tem remédio, não tem aonde pegar. É falta de remédio no Posto. Não tem! Só com receita médica, né?...” (ERA)

Segundo QUEIROZ(1991), “Grande parte de tratamentos promovidos por agentes de cura, ou ainda tratamentos decorrentes de automedicação, apresentam resultados favoráveis que só podem ser atribuídos ao efeito placebo.”

O tratamentos medicamentoso está fortemente ligado à prática médica, no sentido da eficácia e do imediatismo fetichizado pela hegemonia médica em relação a destituição do controle dos indivíduos em relação ao seu corpo.

“Em grande medida, a percepção do ato médico com um ato que tem mais a ver com a magia do que com a razão deve-se ao fato de a clientela não ser estimulada a procurar o reconhecimento de que pequenas indisposições podem e devem ser tratadas com medidas e cuidados simples promovidos pelo próprio paciente” (IBIDEM, 1991, p.71).

Alguns líderes, porém percebem este viés que a história da prática médica impõe.

“...Tu vê assim que hoje em dia as pessoas tomam muito remédio para as coisas pequenas...tomam muito remédio, se automedicam, vão nas farmácias direto, as farmácias tem um movimento muito grande. É muito difícil achar uma pessoa que não depende de medicamento...” (HERCULES)

“...Eu não gosto muito de ir ao médico, evito. Estou gripado, tem gente que pega uma gripe já vai pro médico...” (PROMETEU).

“...Às vezes coisas que não tem necessidade, tem coisas que a gente chega e encontra uma verdadeira farmácia e a gente vê. Uma experiência até mais própria nossa, de casa, que a gente começou com homeopatia e superou alguma coisa sem remédio. Então quando tem alguma dor a gente busca em livros, alguma orientação nessa área alternativa de supera sem correr para o Posto...” (HERCULES).

Alguns líderes expressaram em suas falas que a excessiva medicalização a que a população tem sido submetida, prometendo curas milagrosas, impede aos pacientes administrarem a sua saúde através de medidas simples que os mesmos possam desenvolver.

Às farmácias é conferido um status importante por uma parcela da população. Sabe-se que muitos diagnósticos e tratamentos terapêuticos são realizados nos balcões das farmácias. O farmacêutico prático, na maioria das vezes, está diariamente em horário integral presente no bairro; ao contrário do médico que atualmente vem sofrendo o processo de assalariamento e mantém vários empregos. A questão do vínculo afetivo gera confiança dos pacientes nos seus longos anos de experiência, tornando muitas vezes o farmacêutico o único agente não médico que a população aceita que desempenhe este papel.

Outro fator relevante a destacar na falas dos líderes comunitários é o relativo à demanda da clientela:

“...que existe muita criança doente aqui no bairro existe mesmo, que às vezes o Posto não dá conta, quando tem pediatra aí não dá conta de atender as crianças...”
(ERA)

“...qual é a casa que não tem 3,4 né? Então não é possível, não atende a quantidade de pessoas, se atender...não atende. Ele atende 10,12. isso é briga de anos...”
(GAYA)

“...nessa questão pra saúde isso aí é um grande problema e aí a demanda nos Postos é muito grande, por fichas, por consultas e a gente não consegue dar uma resposta nesse tipo. Então o atendimento sempre ta deficiente mais demanda do que oferta...” (HERCULES)

As afirmações acima revelam um problema crônico vivido pelo sistema de saúde brasileiro. A descentralização proposta pelo SUS teria o mérito de amenizar esta

situação, mas continuam as reclamações. A onde está o entrave? Quanto mais serviços à disposição da clientela maior a demanda?

Para uma resposta a estes questionamentos certamente precisamos realizar uma pesquisa específica. Porém, cabe inferir que, apesar da ampliação da rede básica dos serviços de saúde do município de Itajaí e da contratação de profissionais de saúde, não se conseguiu dar respostas a essa problemática. Acredita-se que o aumento da demanda da clientela possa ser resolvido, através da implantação de outra prática assistencial que tenha como referência outra concepção de atenção à saúde...As pessoas necessitam hoje em dia, além de ações mágicas, que se desenvolva procedimentos concretos, objetivando reforçar o reconhecimento de suas necessidades e sua satisfação (nem sempre ligadas à assistência médica).

WENHAUSEN (1996,p.1), constata, “que o disciplinamento dos corpos, que retira do sujeito o poder de decisão sobre a vida, permeia a maioria das ações de saúde.”

Para a referida autora somente a mudança de rumo a uma postura ética diante do usuário e uma prática de educação em saúde emancipatória poderá permitir aos mesmos decidirem sobre suas necessidades de saúde. Entende-se que se tem reforçado a prática de dominação sobre os corpos, submetendo-se a um saber absolutizado e com isso furtando-os de exercitarem sua cidadania. A educação em saúde deve ser entendida como um projeto de emancipação social, sendo portanto, considerada como um dos instrumentos que capacitam os sujeitos para a busca da cidadania plena, o que pode gerar como consequência a melhoria da qualidade de vida e saúde (WENHAUSEN e BRODERSEN, 1996).

A segunda maior causa de mortalidade geral em nosso país, são os acidentes de trânsito, que poderiam ser amenizados através da educação em saúde para o trânsito. A não realização desta ação por parte dos profissionais se revela a seguir.

“...Não foi 1 nem 2. já perdi colegas meus de aula e quando vim morar pra cá...então a BR 101 é um problema eu to com medo da travessia...” (PROMETEU)

“...A gente perde aqui muito poça gente, a não ser nossos jovens por acidentes, isso ainda é uma outra coisa que predomina...” (AFRODITE).

“...Atropelaram um menino. Dá fecharam a estrada, não passava carro nenhum...!!”. (VÊNUS)

As drogas constituem um problema de saúde que se cristalizou na fala de alguns líderes comunitários:

“...Acho que é difícil você ir num bairro e não ter drogas, acho que aqui já existe uma qualidade elevada. Infelizmente existe..!!” (ATLAS)

“...Ah! Aqui droga é como água nas torneiras, sempre tem em algum lugar, eu acho que não tem uma rua no bairro que não tem um filho viciado...!!” (AFRODITE)

“...Lógico! A droga, a pior coisa que existe, a maior doença é a droga. Por que um drogado? Que razão ele tem? Não tem razão nenhuma. Pra que a droga se a vida é tão boa...?” (HERMES)

Sabe-se que Itajaí por ser uma cidade portuária está diariamente exposta a ação de contrabandistas e traficantes que vêm no porto uma porta de entrada clandestina perfeita para seus “negócios”.

Essa facilidade encontrada por “tais profissionais” favorece o grande consumo de drogas em nossa região. Porém o mais alarmante é quando constatamos que Itajaí é a cidade com maior incidência de casos de AIDS do Brasil (Ministério da Saúde, 1995). Dos 79.908 casos de AIDS no Brasil, até março de 1996, 17.273 são usuários de drogas injetáveis (UDIs) (SUMÚLIA, 1996). As pessoas acometidas com maior frequência pelo HIV são jovens, no ápice de sua vida sexual e, igualmente, no período em que é mais comum o ingresso no consumo de drogas. Apesar de todas essas evidências, apenas um respondente manifestou preocupação em relação a AIDS.

“...Mas um aidético...eu tive um caso, um amigo meu, ficou 4 anos morando aqui na pracinha, numa sala que a gente cedeu para ele. Agora essa doença não tem explicação, é uma coisa terrível...” (HERMES).

As questões relacionadas ao meio ambiente, também foram apontadas pelos líderes comunitários, vejamos a seguir:

“...No início ali houve muita invasão, tinha o padre Sérgio que deu muito apoio naquele problema dos sem terras. Eu acho assim, me desculpe, normalmente as pessoas sem terra parece que já tem o destino de serem andantes. Sei lá então, eles não se fixam muito tempo, né?...”(AFRODITE)

“...Área verde, né? Inclusive muitos moradores da Associação. .Ali aquela casinha era tudo área verde. Aí veio um vereador e foi doando tudo a área verde acabou-se...”. (PROMETEU)

“...Tirar eles dali para lugares melhores, que eles estão num brejo, numa água, dar outro terreno para eles...”. (ERA)

Ambos os respondentes avaliam a questão da invasão de áreas de preservação ambiental como um problema “ecológico”. O que não se percebe é o atendimento dos mesmos em relação a populações marginais, que são excluídas aleatoriamente do processo produtivo.

A poluição e o lixo recebem tratamento diferenciado pelos entrevistados:

“...Lixo! O quanto tu poderia reciclar do lixo e daí fazer dinheiro, reverter esse dinheiro para a comunidade...” (GAYA)

“...A gente não quer que feche a empresa, é a primeira coisa que o pessoal pede é um emprego. Nós queremos que coloquem um sistema antipolvente aqui, eficiente, eles tem condições...”.(PROMETEU)

Nesta categoria observa-se que os líderes comunitários extrapolam a questão biológica da saúde. Percebem o meio ambiente, os acidentes de trânsito como um conceito de saúde amplo. Este fato demonstra um conhecimento que vislumbra a possibilidade de resistência.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA PRÁTICA

Outro aspecto apontado pelos líderes comunitários foi o SUS. Neste sentido verifica-se que os mesmos ainda possuem uma visão centrada em aspectos curativos.

Esta visão pode ser percebida no conteúdo de suas falas, onde exprimem dois aspectos com relação a análise do sistema de saúde: o primeiro ligado à carência de profissionais de saúde; o segundo relativo à qualidade e organização dos serviços oferecidos.

Percebemos a influência do modelo medicocêntrico, presente nas representações expressas pelos respondentes.

Segundo WENDAHAUSEN (1996, p.07),

“...o saber médico, com a contribuição das disciplinas naturais, a anatomia, a patologia e cirurgia, acaba constituindo o corpo de conhecimento reconhecido socialmente”.

A submissão dos indivíduos aos parâmetros da razão médica moderna, nos demonstra o conhecimento dos mesmos quanto ao princípio do SUS, que não se concretizam na prática. Esta prática de saúde, garantida na Lei 8080 de 1992, não está incorporada nas representações de saúde dos líderes comunitários.

Esta constatação encontra eco quando LUZ (1988) afirma que a medicina social está subordinada pela razão médica, e esta, mais comprometida à racionalidade científica moderna, que é a disciplina da anatomoclínica e das doenças.

É possível afirmar, no caso da população pesquisada, que somente a medicina oficial representada pela figura do médico realiza cura e legitima as doenças. A população, neste sentido, é mera espectadora de sentenças impostas pela racionalidade médica, não cabendo a ela qualquer forma de intervenção.

A oferta de serviços de saúde disponível à população estudada nesta pesquisa compreende essencialmente a rede básica de serviços de saúde compostos por

Policlínicas e Unidades Sanitárias; dois hospitais, sendo um infantil e outro geral; a medicina previdenciária, os farmacêuticos e a medicina conveniada.

A rede básica de serviços públicos de saúde, juntamente com os farmacêuticos, atualmente perfazem a instância mais importante no que diz respeito à saúde e à doença da população pesquisada.

Com relação aos serviços públicos, encontramos várias falas referentes à sua organização e qualidade.

“...Se coloca Itajaí como sendo modelo de saúde no Brasil, uma das cidades que tem mais postos de saúde...tem um posto de saúde quase um em cada esquina, só que o trabalho que deveria ser feito não é feito...”. (HÉRCULES)

“...A gente não tem assim um cadastro das pessoas que tem problemas nos diversos tipos de doença não existe um tipo de acompanhamento...”. (HÉRCULES)

“...Uma das coisas que a gente tá pedindo e ainda não conseguiu é que na sexta, sábado, domingo e feriada não podem fechar todos os postos de saúde. É impossível fechar e acumular a população em dois hospitais...”. (GAYA)

“...Por exemplo você vai no posto aqui, precisa de uma ambulância. Isso aí está totalmente errado...”.(ATLAS)

“...Um posto. Já tem um posto mais é o pessoal do D. Bosco pra atender. Então devia ter um posto aqui para atender o pessoal daqui, de dentro pra fora, da entrada pra cá...”. (AFRODITE)

Sabe-se que a partir de 1989, com a promulgação da Constituição, instituiu-se o SUS, que entre seus princípios básicos tem a universalidade e a equidade no acesso à integralização das ações, hierarquização dos serviços, participação da comunidade e direito à informação.

Estes princípios levam em seu bojo uma proposta socializante, que encontra resistência nas condições materiais e políticas existentes no Brasil, arcada por uma visão mercantilista apreendida cotidianamente nas relações sociais de produção.

Sob esta ótica, não se pode continuar atribuindo à insuficiência técnica e ao descompromisso social da população o insucesso do setor saúde, pois o SUS, como proposta gestada por intelectuais de vanguarda, deveria ter avançado no sentido de perceber tais distorções.

Um dos princípios concretizados para a ampliação do acesso ao setor saúde foi a universalização da assistência na qual, toda a população, independente de possuir ou não vínculo previdenciário passou a ser atendida pelos serviços de saúde.

No entanto, se a atual proposta do estado neoliberal é o estado mínimo, isto significa a diminuição da presença do estado na prestação de assistência à saúde e um conseqüente crescimento da previdência privada no setor. Para FAVERET e OLIVEIRA (1990), o atendimento à saúde no Brasil, estando longe, tem se caracterizado como excludente, a universalização do setor saúde. O movimento de inclusão de camadas populares não contribuintes da Previdência Social foi acompanhado pela difusão de planos de saúde privados, entre as camadas médias da população.

Neste sentido, gestou-se na sociedade brasileira, um novo paradigma que reciclou o modelo médico-assistencial privativista, re-segmentou clientela e cristalizou desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Este entendimento não pode ser verificado nas falas dos líderes comunitários, quando manifestam suas inquietações referentes à falta de profissionais e declaram sua importância em intervir sobre o que classificam como problema.

“Mais aqui foram criados 21 postos, mas estes não tem recursos humanos para trabalhar, não tem médicos, então só tem estrutura e todo ano eles estão reforçando essa estrutura para ficar mais bonito, então o trabalho que deveria ser feito no bairro não é feito”. (HÉRCULES)

“Eu vejo assim, o principal é que tem que levantar daqui 4 ou 5 horas...eu estou pra pegar uma consulta médica há mais de 5 meses, mas tem que dormir lá no INAMPS”. (VÊNUS)

“Quanto que na saúde é mais essencial ainda...chega lá o médico pega 3 meses de licença e não tem substituto, o dentista pega 3 meses e não tem substituto. Eu acho errado isso aí. Isto é um problema sério”.(PROMETEU)

“...Mas a gente fica horas e horas esperando uma ambulância...por que não tem, não vem muitas vezes tem outro esperando, é uma coisa de urgência, tem pouca...”(VÊNUS)

Importante se faz observar, que esta avaliação dos serviços de saúde não comprometem em nada o prestígio da medicina ocidental, nem chega também a abalar o prestígio do médico. A falta de qualidade e organização dos serviços, também não foram relacionados à conquista pela participação popular; elas apenas existem e ganham um caráter etéreo destituído de resolução.

A cidadania garantida constitucionalmente passa a destituir-se do caráter de exercício do direito, inclusive o da saúde.

Sabemos que a cidadania dá-se no interior das classes sociais e que decidir sobre algo revela a necessidade de conhecimento prévio. Apesar dos respondentes identificarem várias questões relativas aos serviços de saúde, os mesmos não percebem como se fossem suas. A saúde em nossa sociedade ainda não significa, de fato, um Direito de Cidadania, apesar de nossa Constituição e leis afirmarem tal princípio. Isto pode ser constatado, pois as falas dos líderes comunitários denotam que se desenvolveu, através destas garantias legais, uma nova dinâmica do setor saúde que segregou clientela e reforçou desigualdades de acesso.

Mudar esse quadro rumo à um sistema de saúde equânime e com um modelo assistencial que dê impacto na qualidade de vida é um problema estrutural.

Fruto de anos de lutas de diversos movimentos sociais, o SUS foi concebido com o objetivo principal de melhorar a qualidade de vida da população.

É importante salientar que o SUS descrito sob esta ótica é o resultado da demanda do segmento organizado de intelectuais da área da saúde e segmentos populares, pois o SUS enquanto concretização de uma política estatal inexistente.

Neste sistema de saúde, a participação popular é fundamental, porém ainda se constitui um desafio, pois é a partir da participação nas decisões, na realização e acompanhamento de políticas públicas que a população exerce o controle social.

Informar, formar, educar os movimentos da sociedade para o controle social do SUS significa superar as barreiras que existem em nossa sociedade e que não dependem unicamente do setor saúde – o analfabetismo, a burocracia institucional, a desinformação sobre o que se passa dentro dos órgãos e instituições, a verdadeira democracia.

Porém, dentro do próprio setor saúde, consolidando os aspectos de participação – conselhos e conferências – certamente estaremos contribuindo para ampliar os direitos de cidadania na nossa sociedade.

Sob esta ótica, o que os respondentes não percebem é que, para aparar as arestas por eles mencionadas em relação ao SUS, necessário se faz tornar sua gestão participativa, aberta a toda sociedade. Somente desta forma, pode-se combater o mau uso dos recursos públicos e priorizar gastos com as atividades propostas pelo SUS.

Entendemos que para materializar uma política social devemos utilizar como estratégia a identificação da população com espaços de controle social.

Para minimizar tal situação”...A educação em saúde pode ser um instrumento capaz de contribuir, juntamente com outras práticas sociais, para que os sujeitos possam identificar suas necessidades e superar obstáculos que os impedem de vivenciar uma cidadania plena”(WENDHAUSEN e BRODERSEN, 1996, p.14). Desta forma, a educação em saúde surge como um dos instrumentos que visa capacitar a população intervir nas ações de saúde, desde que traga em seu bojo o objetivo de viabilizar um projeto de emancipação social.

“O processo educativo, seja ele específico ou não, quando exercido de modo intencional, pode gerar organização e ampliar condições de cidadania da população, conseqüentemente mobilizando-a para seus

enfrentamentos e ações no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade de vida”(WENDHAUSEN, 1992, p.35)

A exigência desse processo requer autodeterminação e participação, que só acontece quando o indivíduo possui conhecimento da realidade que o cerca. Especificamente na área da saúde, a educação como projeto emancipatório tem sido relegada pelas instituições e pelos profissionais da saúde que preferem atos estritamente técnicos, revestidos de uma pseudo neutralidade que tem servido muito mais para perpetuar o “status quo”, a docilização, a infantilização e a mendicância, impostas aos clientes nas relações cotidianas dentro das unidades sanitárias (e em qualquer outra instituição de saúde). Estas atitudes reforçam a aprendizagem da dependência que busca submeter os indivíduos a um jogo de dominação (SILVA, 1992).

Este jogo de dominação está diretamente vinculado à concepção capitalista. Segundo KUENZER (1992) a unilateralidade passa a ser o princípio pedagógico fundamental do capitalismo que possui uma concepção de “especialista no fragmento”.

Portanto a educação em saúde terá que romper as barreiras imposta pelo capital para constituir um valor emancipatório.

Os profissionais de saúde deverão entender que o conhecimento é a síntese das relações sociais que os homens estabelecem na sua prática produtiva em determinado momento histórico.

“A educação surge aqui como um processo social e como um processo incessante de auto-educação” (KUENZER, 1992, p.66).

Neste sentido, acreditamos que a educação em saúde e a participação popular são fundamentais para que os indivíduos percebam a saúde dentro de um processo dinâmico.

PROPOSTA EM RELAÇÃO À SAÚDE

Do mesmo modo como procedi na apresentação dos enfrentamentos, aqui faço uma tentativa de interpretação do entendimento dos líderes comunitários acerca de suas propostas em relação à saúde.

Na síntese das falas procurei apresentar as concepções das propostas dos líderes comunitários em relação a saúde, dividindo-as em dois aspectos: um ligado à saúde dos indivíduos (a autonomia).

Em relação a questão de organização na atual proposta assistencial, a representação dos líderes se mostrou expressa nas falas abaixo,

“É a gente já pensou algumas, já deu algumas idéias a nível de Secretaria de Saúde, de tentar desenvolver um trabalho preventivo, de agentes de saúde, de pessoas que visitassem as famílias”. (HÉRCULES)

“Então eu vejo assim como a necessidade maior, um trabalho mais educativo e preventivo os finais de semana todas as unidades fecham, só fica aberto os hospitais. Isso é uma luta”. (HÉRCULES)

“Eu acho assim, que o governo deveria de verificar realmente qual o remédio, não só o meu. Deviam eles ver isso, eles ser responsáveis”. (VÊNUS)

“Como se faz o calçamento? A rua tem que se organizar sozinha. Eu acho que a Prefeitura deveria calçar e cobrar dos moradores”. (HERMES)

Percebe-se que as propostas em relação à saúde, dentro do atual sistema assistencial, estão fortemente ligadas à prevenção e educação. Por sua vez, não conseguimos captar, o real significado desses conceitos expressados pelos líderes.

Expressões como prevenção e educação em saúde, foram incorporadas a partir da declaração dos cuidados primários de saúde da UNICEF, OMS, resultantes da

Conferência de Alma Ata, realizada em 1977. Segundo HOLLNSTEINER (1982) ela recomendava a implementação de políticas de cuidados primários de saúde, que estimulariam o autocuidado e autonomia das comunidades. Já para MIDGLEY (1986) ela preconizava a racionalização do sistema de saúde, pois a crise econômica mundial, necessitava de uma diminuição dos gastos da saúde. O principal interesse dessa concepção era o ajustamento estrutural das economias dos países em desenvolvimento através das políticas que visam reduzir sensivelmente o tamanho do aparelho estatal.

Sabe-se que os termos prevenção e educação em saúde ajustam-se as duas visões acima descritas. Por este motivo acredita-se que os líderes em sua maior parte vindos das pastorais da juventude, tenham incorporado a idéia de autocuidado sem perceber suas limitações.

A seguir as propostas ligadas a saúde dos indivíduos (a autonomia) e para isso descreverei as falas.

“O brasileiro tem um problema ele não quer ficar doente só que ele não se cuida”. (VÊNUS)

“Já desde criança se acostumam nisso e a gente acredita que existam outras formas de tratamento que poderia supera isso”. (HERMES)

“Nós fizemos uma experiência aqui, através de um trabalho desenvolvido pela pastoral da criança na área de alimentação alternativa usando sobras de alimentos, deixou algumas iniciativas de fazer trabalho nessa área”. (GAYA)

“Na área de remédios, mediação, principalmente desenvolve, essa questão de medicamento caseiro, alguns tipos de pomadas, de chás tem uma série de coisas que da para ir desenvolvendo e nisso consegue atrair as pessoas de mais idade que estão em casa aposentadas. Uma coisa que também é interessante é que resgata um pouco a sabedoria das pessoas de como eram feitos os tratamentos antigamente.” (HÉRCULES)

A questão da autonomia pessoal e coletiva da saúde está fortemente ligada a essas falas. Elas estão destituídas do ideário que a mercantilização e a medicalização impõe aos usuários do setor saúde.

Não restam dúvidas, que os líderes comunitários apontam para novas propostas assistenciais, diferenciadas do atual modelo. E mais uma vez podemos afirmar que o enfermeiro tem na educação em saúde o porte necessário para transformar a visão medicalizada da assistência e a certeza dela produzir uma sociedade mórbida.

ENFRENTAMENTOS

Dentro desta categoria procurou-se analisar as formas de resistência utilizadas pelos líderes comunitários, no sentido de avançar frente as situações cotidianas encontradas.

As formas de enfrentamento expressas pelos líderes comunitários aparecem com certa frequência ligadas a atitudes paliativas e de censo comum. A fragilidade das propostas de solução para os problemas encontrados no cotidiano de moradores mostram-se inconscientes, frente ao papel de líder enquanto intelectual do movimento deveria assumir. Tais constatações são expressas nas seguintes falas:

“As vezes a gente coloca barro – vamos botar porque eles pisam naquela lama, né? Eu faço visitas três , quatro vezes no mês. Agora já é tempo de ir, pra gente saber como eles estão lá embaixo, casa enterrada pra botar um barrozinho.” (ERA)

“Eu aprendi a fazer artesanato, pintura, crochê e comecei a passar isso para o pessoal mais carente. Hoje existe esses programas que acabam ajudando a renda familiar.” (VÊNUS)

“Eu levo as pessoas que estão doente ao hospital.” (AFRODITE)

Estas falas revelam o caráter “paternalista” dos líderes comunitários sobre os demais membros da associação dos moradores.

Os favores concedidos á comunidade estão longe de ser uma proposta revolucionária, na qual cabe ao líder a clareza da necessidade do controle social. Entendo que a luta social se faz na resistência coletiva.

Frente essas constatações observamos que a má qualidade de vida, a deteriorização dos serviços à acessos; próprios do modo capitalista de produção estão contidos nas formas de enfrentamentos utilizadas pelos líderes comunitários.

Os favores e benéssis praticados pelos líderes na tentativa da resolução e problemas sociais estão longe de se transformar em espaço de apropriação do saber. Esses

deveriam ser autônomos e dissociados da ideologia do modo de produção capitalista pois as transformações só ocorrem quando a coincidência entre a transformação das consciências e das circunstâncias. Segundo KUNZER (1992), somente a destruição do homem unilateral produto do capitalismo, pode nascer o homem **omnilateral** e isso só ocorrerá com a destruição do processo de produção capitalista.

O avanço das forças produtivas no decorrer da história produzirá a omnilateralidade, que terá como resultado que o novo princípio educativo, norteado pela flexibilidade, polivalência e motivação. A mercantilização extrai dos indivíduos qualquer possibilidade concreta de avanço, uma vez que “domestica-os” dentro de suas aspirações. Já o exercício das associações de moradores ao controle social, ainda que no modelo de produção capitalista, leva a população a obter autonomia frente à resolução dos próprios problemas.

A falta de um planejamento estratégico frente as dificuldades enfrentadas pelas associações, revela a falta de organização entre as lideranças e os grupos sociais que representam. Esta falta de planejamento se manifesta através de ações isoladas que são identificadas nas seguintes falas:

“Aí hoje eu fui na garagem...consegui trazer um fiscal de obras, ele veio...prometeu pra mim que essa semana...então hoje ele deu a palavra honra e essa semana ali vai ser limpo...” (VÊNUS)

“A gente tem tentado junto a Secretaria de Saúde fazer discussões, ouvir o conselho de saúde, mas é super limitado, cheio de traumas, eles já vem com as coisas prontas.”(GAYA)

“Qual é a associação que tem um plano de trabalho?”.(HERMES)

“Foi feito manifestações...dia do meio ambiente...mas continuou a mesma coisa”.(PROMETEU)

Observando-se as falas acima constata-se claramente que a fragilidade dos enfrentamentos citados pelos líderes comunitários.

Realizarei essa análise sobre dois aspectos:

- a) Tentativa de negociação com a esfera pública;
- b) Ausência de credibilidade nas resoluções dos problemas.

Dentro das tentativas de negociações com a esfera pública presente nas falas dos líderes, verifica-se a hegemonia da lógica capitalista. As promessas por parte dos representantes da esfera pública, são feitas (não necessariamente cumpridas), apenas quando os assuntos relacionados não atingem estruturalmente as questões políticas. Limpar terrenos, tapar valas, calçar ruas; nem de longe podem ameaçar a concepção dominante. Estas questões, no entanto, são poucos percebidas pelo movimento popular, que contrários ao exercício da cidadania, perpetuam uma prática atrelada ao modo de produção capitalista. A não identificação dos direitos e deveres do cidadão conferem às lideranças comunitárias um descompromisso frente as reais formas de resistência.

Desta maneira as tentativas de negociação com a esfera pública assumem um caráter fragmentado e dissociado da verdadeira transformação social, enquanto movimento revolucionário exige propostas pedagógicas para superar esta fragmentação.

Neste momento faz-se necessário referir se a GRAMSCI quando afirma que o dirigente deve ter conhecimento científico para dominar a natureza e consciência de seus direitos e deveres para transformar a sociedade civil.

Percebe-se novamente a importância da educação em saúde com o objetivo de dissipar a fragmentação característica a formação unilateral das lideranças comunitárias.

Outro aspecto a ser abordado sobre as falas anteriores é a ausência de credibilidade nas resoluções dos problemas. Se os líderes não têm consciência de seus direitos e deveres como cidadãos, como estes almejam crédito sobre suas reivindicações?

Esta visão nos mostra que os movimentos populares não consideram a participação do elemento estratégico para atingir o desenvolvimento

social. Apesar das “promessas” serem feitas a pacividade e acomodação dos movimentos sociais, faz com que os mesmos não consigam avançar no sentido de criarem mecanismos de controle eficientes para garantir seus direitos. O Estado por sua vez, conforme a fala de GAYA, não perde de vista os princípios que garantem sua hegemonia. Afinal, não seria lógico que um estado capitalista, nessa etapa do desenvolvimento, fizesse um investimento maciço para resolver questões que atinjam a população e sob pena de colocar em risco sua estrutura político-econômica.

Esta divergência entre os mecanismos de controle social expressos pelas lideranças e pelo Estado, apontam para a necessidade de reorganização da prestação de assistência à saúde.

Faz-se presente, a imediata necessidade de desvelar novos paradigmas contrários a medicalização. Para isso devemos descobrir instrumentos que aproximem a clientela do poder sobre o seu próprio corpo, pois o atual modelo de saúde expropria do indivíduo até a capacidade de decidir sobre sua saúde. Ameaçada a saúde, a invasão de técnicas assistências alienam os tratamentos e o monopólio profissional do saber impedem o conhecimento científico seja partilhado.

“Uma estrutura social e política destruidora apresenta como álibe o poder de encher suas vítimas com terapias que elas foram ensinadas a desejar”. (ILLICH, 1975, p.09).

Os profissionais de saúde precisam entender que os atos preventivos, diagnósticos e terapias que visam uma população específica, reduzem o nível de saúde da sociedade como um todo. ILLICH (1975) diz que ao se reduzir o que constitui a saúde de cada indivíduo (sua autonomia), reduz-se o nível global de saúde da sociedade.

Neste sentido ILLICH (1975) destaca que o estudo da evolução da estrutura da morbidade, não foi diminuída com a intervenção médica no último século, mas que pelos sacerdotes em épocas anteriores. Afirma ainda que o modo de vida é o primeiro determinante do estado de saúde global do homem, seguido pelas atividades de

saneamento. Pontua ainda que o impacto do ato médico deve-se situar apenas em terceiro lugar.

No exemplo a seguir podemos perceber, que os líderes não possuem o conhecimento da exceção acima.

“Pra exames, carimbos de exames, era tudo no centro e agente começou a discutir com a Secretaria de Saúde em conjunto com as associações para que o serviço fosse descentralizado. Agora hoje a gente tem aqui dois laboratórios, os exames são carimbados no próprio posto”.(HÉRCULES)

O que se pode destacar dessa fala é o entendimento de organização e controle social presente nas lideranças.

Existem ainda outras falas que expressam a questão da necessidade dos movimentos em se organizarem.

“O outro rapazinho aqui do seu Venâncio, que a suspeita era meningite. Então foi feita uma campanha com palestras, panfletos. O pessoal do postinho foi excelente”. (PROMETEU)

“A gente fez um plano de trabalho, o governo olhou para nós 1000 reais por mês”. (HERMES)

Percebe-se que os enfrentamentos, ainda se pautam sobre a érgide assistencialista e clientelista.

Acredito que o maior desafio dos profissionais de saúde, comprometidos com a verdadeira qualidade de vida, reside em um novo paradigma. Este paradigma deverá fundamentar-se em um princípio educativo que vislumbre a omnilateralidade, para avançarmos a uma nova prática profissional.

Essa nova prática deverá estar diretamente vinculada as formas de resistência às estruturas de poder.

FOCALT (1992), ao descrever as estratégias de resistência revela que a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência. Jamais somos prisioneiros do poder: podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa. Para resistir, é preciso que a resistência seja como o poder. Tão inventiva, móvel e produtiva quanto ele e que como ele venha das bases e se distribua estrategicamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluir uma discussão como a que tentei construir neste trabalho seria negar o dinamismo histórico no qual estão mergulhadas as idéias aqui apresentadas.

A elaboração teórica construída no desenrolar deste estudo, me revelou apenas a necessidade de empreender esforços no sentido de aprofundar a reflexão e ampliar a discussão sobre os temas aqui tratados.

Considero este estudo aberto a novas possibilidades, por seu caráter exploratório, não comportando, portanto, afirmações conclusivas.

Desta forma apresentarei neste capítulo apenas algumas considerações finais, haja visto que ao final das categorias enfocadas no estudo já foram delineados seus respectivos contornos.

Este trabalho teve como ponto de partida refletir como se expressa o conceito de saúde que permeia o cotidiano de líderes comunitários.

Entender como esta questão é apreendida e traduzida pelo segmento popular, significa avaliar a produção deste conhecimento no conjunto das relações sociais.

Sabe-se que o conhecimento é produzido no conjunto das relações sociais, e, portanto é uma produção coletiva. O conhecimento surge quando o homem produz as condições necessárias de sua existência, pelas relações que estabelece consigo mesmo, com os outros e com a natureza (KUENZER, 1988). A produção do saber, portanto, é social e historicamente determinada; resultante das relações sociais estabelecidas pelo homem em sua prática produtiva. Entende-se então que o saber é produzido socialmente pelo homem para garantir sua sobrevivência. Este, portanto é individualmente elaborado e sistematizado.

Para KUENZER (1992), historicamente o saber é transformado em teoria, pela classe que detém a posse dos instrumentos materiais e intelectuais. A autora afirma que a essa classe social é possível sistematizar o saber socialmente produzido, passando este a assumir o ponto de vista da classe dominante. Desta forma a classe hegemônica passa a utilizar o saber a seu favor. Apesar da classe trabalhadora participar do processo de produção do conhecimento em sua prática diária, fica em desvantagem, quando falamos em classes hegemônicas. A classe trabalhadora não tem tido acesso aos instrumentos teóricos

metodológicos que lhe permitam a sistematização de um saber articulado ao seu projeto hegemônico”(KUENZER, 1988, p.16).

Como a produção do conhecimento se dá no conjunto das relações sociais, existem inúmeras formas de produção e distribuição do saber. Elas são resultantes do confronto cotidiano do homem com a natureza e seus pares, que lhe apresenta questões que o obrigam a desenvolver formas próprias de pensar e fazer (KUENZER, 1988).

Para MARX (1989), a prática é o fundamento do conhecimento, pois é impossível conhecer uma realidade à margem da atividade prática do homem. Afirmar ainda a impossibilidade de um verdadeiro conhecimento, se o objeto é apenas um produto da consciência. Para MARX (1989), só se pode conhecer objetos que fazem parte da relação entre homem e o mundo, ou entre o homem e a natureza. Esta relação se trava na atividade prática humana. “A prática é o fundamento e o limite do conhecimento e do objeto humanizado que, como produto da ação, é objeto do conhecimento” (VAZQUEZ, 1977, p.154).

Sem conhecer não podemos antecipar problemas e conseqüentemente apontar soluções (SOPRANO, 1995).

Estas reflexões teóricas levam-me a considerar que alguns líderes comunitários conseguem extrapolar a questão biológica da saúde, demonstrando com isso uma possibilidade de resistência. Eles conhecem problemas relativos ao meio ambiente, acidentes de trânsito e apontam soluções para resolvê-los. Estas soluções estão ligadas à processos pedagógicos que acontecem no interior dos movimentos sociais porém muitas vezes encontram-se dissociadas da ideologia de saúde dominante. Então as soluções propostas pelos líderes comunitários podem sugerir transformações, porém estas, só ocorrerão no momento que coincidir a transformação das consciências; o que não é percebido por eles.

Na fala dos líderes comunitários a alimentação e o trabalho, aparecem com freqüência quando definem o conceito de saúde apesar de não relacionarem ao processo produtivo essas questões. Os líderes percebem a doença como impossibilidade de trabalhar mas não articulam que a saúde vista “oficialmente” é tratada no limite necessário à produção.

Por outro lado esta concepção de saúde como capacidade de produzir revela que as pessoas não gostam de ser taxadas de doentes porque a doença possui uma conotação social de negatividade, ou seja, doença é igual a anormal. Portanto, para as pessoas ser encaixada nessa representação, só estando no limite da impotência. Neste sentido CANGUILHEM (1995) afirma que os valores de uma sociedade considerados como médias estatísticas não conseguem revelar o normal, e som o normal é que deve estabelecer a média. Vejamos, para os líderes a doença é uma coisa ruim socialmente falando, pois é excludente.

Quando os líderes comunitários falam sobre os pequenos mal-estares revelam a pouca importância conferida aos mesmos. Porém, não questionam a possibilidade de o sistema de saúde com suas práticas podem forjar a representação de que pequenos mal-estares não são importantes, mas somente o mal já instalado.

Os problemas de saúde apontados, ficam limitados às representações de que a solução se restringe a assistência médica. Vê-se, portanto que estas representações são o reflexo das práticas sociais em saúde.

Ao se falar das práticas sociais em saúde, observa-se que o desconhecimento dos princípios norteados do SUS pelos líderes, denota um sintoma que a proposta de democratização da saúde proposta pela 8ª CNS não se concretizou de fato na prática. Portanto, a prática dos profissionais de saúde não se renovou no sentido de propiciar a participação comunitária fundamental para o desenvolvimento de atividades educativas. Porém, deve-se questionar o processo educativo quando a saúde constitui sua finalidade. É como aponta CARVALHO (1978), o que se verifica de início é que, sob o ponto de vista do agente, a saúde pode ser tomada como instrumento ou finalidade do processo educativo. Vista como instrumento, a educação é objetivo central, enquanto os problemas de saúde constituem o terreno a partir do qual esse objetivo se concretiza. Vista como finalidade, o objetivo prende à obtenção de melhorias no nível de saúde da comunidade e a prática educativa é uma forma de conferir maior eficácia ao combate à doença. O processo educativo visto como finalidade é a chave da maioria dos programas de saúde no Brasil, o que os torna meros instrumentos de reiteração de uma situação de dominação.

Frente ao exposto faz-se necessário repensar a assistência de saúde, considerando-se que a realidade só pode ser modificada pelo próprio homem. O importante é despertar na clientela a compreensão de seu papel histórico e a possibilidade da mesma em influenciar na transformação da sociedade.

Neste sentido a educação em saúde surge como possibilidade de transformação d uma prática de saúde meramente assistencialista, para uma prática comprometida social e politicamente. Entendo que desta forma existe a possibilidade de romper com o referencial teórico metodológico fragmentado e ideologizado, que vem contribuindo para a manutenção de “status quo”.

Segundo GONZAGA (1992), a educação em saúde significa um importante espaço na redefinição e conquista da cidadania. Este espaço possui “mão dupla”, pois ao mesmo tempo que a população se instrumentaliza para fazer valer os seus direitos, a assistência à saúde, se utiliza das contradições do modelo assistencial, buscando romper com o autoritarismo e assistencialismo de suas práticas e efetivar a historicamente negada aliança com as classes populares.

Para que esta visão de assistência de saúde possa se efetivar, faz-se necessário entender que a prática educativa em saúde é um processo de trabalho da enfermagem.

Estas considerações finais revelam em minha interpretação a necessidade, não só dos enfermeiro, mas de todos os profissionais de saúde, o repensar das questões que passam veladas e silenciosas no saber e práticas de saúde. Este repensar engloba um debate que possa romper com o modelo dominante das práticas assistenciais e passe a responder as reais necessidades de saúde da população. Segundo VERDI (1993) a construção de um novo modelo assistencial em saúde, passa pela construção coletiva de uma nova consciência sanitária.

Faz-se urgente a necessidade de construir um novo paradigma que contemple o homem como sujeito da possível transformação da sociedade que possui como objetivo a resolução das necessidades sociais em busca da cidadania. Assim, resgato as palavras de SPECHT apud DEMOL (1983)

“Cidadania é um processo histórico de conquista popular, através do qual a sociedade

adquire, progressivamente, condições de tornar-se sujeito histórico consciente e organizado, com capacidade de conceber e efetivar projeto próprio”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. C. P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva**. Rede básica de saúde em Ribeirão Preto, 1991. Tese (Concurso de Livre Docência), USP.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. T. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2º ed. São Paulo: Cortez, 1989. 128p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1977
- BERLINGUER, G. et alli. **Reforma sanitária**. Itália e Brasil. São Paulo: HUCITEC, 1988
- BERLINGER, G. **A doença**. São Paulo: HUCITEC, 1988. 150p
- BLANK, V.L.G. **Contribuição ao estudo da prática de enfermagem**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1987
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: GRAAL, 1979.
- BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Assembléia Nacional Constituinte: Sistema Jornal do Brasil, 1988. 168p
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. 2º ed. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1991. 36p
- COSTA, N. R. **Estado, educação e saúde: a higiene e a vida cotidiana**. Cadernos CEDES, Educação e Saúde. São Paulo: Cortez, n.4, 1984, 127p.
- EIBENSCHUTZ, C. (org), **Política de Saúde – o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- FERRARA et alli. **Medicina de la comunidad**. 2ºed Buenos Aires: Intermédica, 1976.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 15ºed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1499p.
- FLEURY, S. **Estado sem cidadão – seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- FOCAULT, M. **Microfísica do poder**. 4ºed. Rio de Janeiro: GRAAL, 1992. 295p.
- FRIGOTTO, G. **Trabalho, educação e tecnologia: treinamento polivalente ou formação politécnica?** SILVA, T.T.de et alli. Trabalho, educação e prática social. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. 274p.

- GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1984. 118p.
- GERSCHMAN, S. A democracia inclusa – um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2ºed. São Paulo: Atlas, 1989.
- GONÇALVES, R. B. M. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo: USP, 1979. Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo, 1979.
- GONÇALVES, R. B. M. **Processo de trabalho em saúde**. São Paulo: Faculdade de medicina da USP, 1988.
- GRAMSCI, A.. **Caderno 12: comentários e revisão da tradução por Paolo Nosella**. São Paulo: UFSCr, 1989. 94p.
- GRAMNSCI, A. **Concepção dialética da história**. 4ºed.. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991. 341p.
- GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 8ºed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991, 244p.
- ILLICH, I. A exploração da saúde – Nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- KUENZER, A.Z. **Para estudar o trabalho como princípio educativo na universidade: categoria teórico metodológica**. Curitiba, 1992. Tese (Concurso de Prof. Titular), UFPR
- LANDMANN, J. **Medicina não é saúde**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1983. 327p.
- LAURELL, A.C. (org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.
- LEOPARDI, M. T. **O conhecimento técnico científico da enfermagem e a problemática atual da profissão**. In: CONGRSSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989. Florianópolis. Anais... Florianópolis, UFSC, 1989. p.97-126.
- LEOPARDI, M. T. **Necessidades de saúde e classes sociais**. Ribeirão Preto, 1989. (mimeo).
- LEOPARDI, M. T. **Método de assistência de enfermagem: análise da utilização do instrumento no processo de trabalho**. Ribeirão Preto, 1991. tese (Doutorado em Enfermagem), USP.

- LEOPARDI, M. T. **Necessidades de saúde e cidadania**. Texto e Contexto. Florianópolis, v.1, n.1, p.54-73, jan/jun, 1992.
- LEOPARDI, M. T., WENDHAUSEN, A L., REIBINITZ, K. S., **A prática da enfermagem para a construção da cidadania**. Texto e Contexto. Enfermagem, Florianópolis, v.1, n.1, p.33-52, jan/jun, 1992.
- LERENA, C. **Trabalho e formação em Marx**. In SILVA T. T. da et alli. **Trabalho, educação e prática social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. 274p.
- LUDKE, N; ANDRÉ, M. E. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986, 99p.
- MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã I**. 4º Portugal: Martins Fontes, s.d., v.1, 311p.
- MELLO, C. N. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986, 94p.
- MELLO, G. de e CARRARA, C. **Saúde oficial, medicina popular**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982, 115p.
- MINAYO, M. C. S **A situação social brasileira e os desafios para os profissionais de saúde**. Década de 80-90. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM**, 41, Florianópolis, 1989. Anais...Florianópolis: UFSC, 1989.
- MORAES, J. J. de. O direito á saúde. **Saúde em debate**. Londrina, n.51, p.22-29, jun/1996.
- NASCIMENTO, P. C. **Democracia e saúde – Uma perspectiva arendtiana**. In: **Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: DUMARÁ, 1992, p.175-196.
- NAKAMAE, D. D. **Novos caminhos da enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1987. 120p.
- OLIVEIRA, F. V. de. **Associação brasileira de enfermagem: mudanças e continuidades**. A propósito do movimento participação. Natal:UFRN, 1989.
- PIRES, D. E. **Hegemonia na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989. 156p.
- QUEIROZ, V. M. e EGRY, E. Y. **Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva fundamentadas no materialismo histórico e dialético**. Ver, Bras. Enf., Brasília, v.41, n.1, p.26-33, jan/mar, 1988.
- RELATÓRIO FINAL DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 1988. In: NAJAR LOPES, A. ; RAMOS, C. et alli. **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986, 128p.
- REZENDE, A. L. M. de. **Saúde: Dialética do pensar e do fazer**. São Paulo, 1989. 159p.

- SILVA, G. B. **De enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986. 141p.
- SILVA PINTO, S. M. P. et alli. Metodologia da assistência, uma nova estratégia de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.36, p.177-182, 1983.
- SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. de. **Prevenir e curar**. 3ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988, 166p.
- SPOSATTI, A.; FALCÃO, M^a do C.; FLEURY, S. M^a T. **Os direitos (dos assistidos) sociais**. São Paulo: Cortez, 1989, 126p.
- SPOSATTI, A. De O. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras – Uma questão em análise**. São Paulo: Cortez, 1989.
- TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca CENTRAL. **Normas para apresentação de trabalhos**. N.6, Curitiba, 1992.
- VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. 2ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. 454p.
- WENDHAUSEN, A. L. P. **Controle social: Como se (RE)constrói o poder**. Itajaí, 1994. Projeto de Pesquisa do Doutorado em Filosofia de Enfermagem, UFSC.
- WENDHAUSEN, A. L. P. **Educação em Saúde: possibilidades de uma proposta**. Florianópolis, 1992. tese (Mestrado em Enfermagem), UFSC.

ANEXO

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Idade:

Sexo:

Grau de instrução:

Profissão (ocupação):

Tempo de participação no movimento social:

Por que participa:

1. Acha importante a participação das pessoas em Associações de Moradores?
Por quê?
2. Na sua opinião a participação em Associações de Moradores interfere na qualidade de vida e na saúde da população? De que maneira?
3. Como você identifica sua situação de saúde hoje, ou seja, doente ou sadia?
Por quê?
4. Após a fundação da Associação de Moradores em seu bairro, você percebeu alguma mudança na saúde dos moradores? Você seria capaz de descrever esta mudança?
5. O que é saúde para você?
6. O que é doença para você?