

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

**SERVIÇOS DE SAÚDE E SEUS USUÁRIOS:
comunicação entre culturas em uma unidade de saúde
comunitária.**

FRANCISCO ARSEGO DE OLIVEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
para obtenção do título de Mestre

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Ondina Fachel Leal
Co-orientadora: Prof^a. Dr.^a Daniela Riva Knauth

Porto Alegre, 1998

À Carla, ao Pietro e ao
já novo membro da família.

A diversidade humana é infinita: se quero observá-la, por onde começar?

(Todorov, T. 1993. Nós e os outros: a reflexão francesa sobre a diversidade humana. Rio de Janeiro: Jorge Zahar)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – UMA INTRODUÇÃO À SITUAÇÃO DA PESQUISA ANTROPOLÓGICA EM SERVIÇOS DE SAÚDE	11
CAPÍTULO 2 – O CAMPO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E A PROPOSTA DA MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA	23
2.1. Panorama dos serviços de saúde: um pouco de história	23
2.2. A crise da saúde e a emergência da Atenção Primária à Saúde	29
2.3. O sistema de saúde no Brasil: um breve histórico	33
2.4. A medicina comunitária no Brasil	42
2.5. O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição	48
CAPÍTULO 3 – COMUNIDADE, TERRITORIALIDADE E INTERVENÇÃO MÉDICA: OLHANDO O MAPA	60
3.1. Introdução	61
3.2. A “comunidade”	61
3.3. A “área de abrangência” da Unidade Conceição	64
3.4. Conceitos de comunidade	70
3.5. Espaço, saúde e cultura	77
3.6. Geografia e serviços de saúde	81
3.7. Cotidiano, medicina e comunidade: medicina comunitária ...	87

CAPÍTULO 4 – PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	96
4.1. Introdução: participação, sociedade e Estado	96
4.2. A participação na área da saúde	101
4.3. A participação no Serviço de Saúde Comunitária	116
4.4. Participação no nível local	130
4.5. “Esse povo gosta é de festa!”	138
CAPÍTULO 5 – AVALIANDO OS SERVIÇOS DE SAÚDE	145
5.1. Como avaliar os serviços de saúde: as diversas perspectivas	146
5.2. As diferentes visões da avaliação	157
5.3. Avaliando a Unidade Conceição: ouvindo o usuário	162
5.4. Em busca do “bom médico”	168
5.5. A “caixa de sugestões”	173
CONSIDERAÇÕES FINAIS	182
ANEXOS	190
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	194

RESUMO

Este trabalho é fruto de uma investigação que buscou elucidar a relação estabelecida entre os serviços de saúde e os seus usuários. Com esse objetivo, utilizou-se uma abordagem antropológica que teve como referência a experiência empírica ligada à Unidade Conceição do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, RS. Funcionando nas dependências do Hospital Nossa Senhora Conceição, a Unidade Conceição é um posto de saúde vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) em que médicos gerais comunitários e outros profissionais vêm prestando atendimento de saúde, há cerca de 15 anos, aos moradores da sua vizinhança, calculados atualmente em mais de 20 mil pessoas. Tendo como pano de fundo as influências da cultura no comportamento humano e na prestação de atendimento de saúde, os desdobramentos principais da relação entre a Unidade e os seus usuários foram analisados sob diversos eixos: a história da Unidade, seus conflitos com a instituição e outras especialidades médicas; a relação da Unidade com a área geográfica sob sua responsabilidade; a questão da participação popular nos serviços de saúde, mais especificamente a experiência do seu Conselho Gestor Local; e, por fim, a avaliação dos serviços de saúde, principalmente no que concerne à perspectiva dos pacientes. Sempre que possível, a análise feita procurou fazer uma ligação com as mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro nos últimos anos. Resgatar os aspectos culturais como elemento essencial para o estabelecimento de uma comunicação efetiva entre os indivíduos e os serviços formais de saúde mostrou-se fundamental para permitir o aprofundamento desse tipo de análise e para qualificar as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: antropologia médica; medicina geral comunitária; antropologia dos serviços de saúde.

ABSTRACT

This dissertation is the result of a research that aimed at clarifying the relationship between health services and their users under an anthropological point of view. The research was based on the practical experience carried out at Unidade Conceição do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, in Porto Alegre, RS. This Unit, a health care center associated to Sistema Único de Saúde (SUS), has been developing its activities inside Hospital Nossa Senhora Conceição for the last 15 years, counting on family doctors and other professionals to provide health attention to around twenty thousand people living in this neighborhood. Having culture influences on human behavior as well as on health care practice as background, the main aspects of the relationship between health center and its users were analyzed under different lines of thought: Unit history, Unit conflicts related to the institution and other medical specialties; the relationship between the Unit and the geographical area under its responsibility; popular participation on health services, more specifically the experience of the Unit health council; and, finally, the evaluation of health care, mainly related to the patient's perspective. Whenever possible, this analysis was referred to changes occurred in the Brazilian health system in the last few years. Reclaiming cultural aspects as an essential element to establish effective communication between formal health services and their users showed to be of utmost importance to deepen this kind of analysis and to qualify the health care practice.

KEY WORDS: medical anthropology; family medicine; anthropology of health care.

Para capa dura:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

**SERVIÇOS DE SAÚDE E SEUS USUÁRIOS:
comunicação entre culturas em uma unidade de saúde
comunitária.**

FRANCISCO ARSEGO DE OLIVEIRA

Dissertação de Mestrado

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Ondina Fachel Leal
Co-orientadora: Prof^a. Dr.^a Daniela Riva Knauth

Porto Alegre, 1998

Para a lombada:

SERVIÇOS DE SAÚDE E SEUS USUÁRIOS: comunicação entre culturas em uma unidade de saúde comunitária.

FRANCISCO ARSEGO DE OLIVEIRA

1998

SERVIÇOS DE SAÚDE E SEUS USUÁRIOS: COMUNICAÇÃO DE CULTURAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar.

Viajaram para o Sul.

Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando.

Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza.

E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai:

- Me ajuda a olhar!¹

Apresentação

A busca do conhecimento é uma aventura e tanto. E quando se trata do conhecimento sobre o ser humano, essa aventura é ainda mais fantástica. O presente trabalho é uma tentativa de conhecer melhor pessoas

¹ Galeano, Eduardo. 1997. *O livro dos abraços*. Porto Alegre: L&PM.

e serviços de saúde. Mais especificamente, conhecer pessoas que estão buscando um tipo especial de serviço para solucionar o que consideram problemas de saúde.

Já se disse que a doença não iniciou com o ser humano, mas que faz parte da própria vida (Pedersen & Baruffati, 1989). Em cada grupo social, ao longo da sua história, o surgimento de doenças tem gerado algum tipo de resposta no sentido de “interpretá-la, controlá-la, preveni-la, aliviá-la e curá-la”, e esses aspectos possuem características que são determinadas social e, portanto, culturalmente.

Sentia-me um pouco como Diego, o menino acima, que não conhecia o mar. Eu queria descobrir um novo mundo e, quando comecei a analisar melhor o que tinha encontrado, fiquei fascinado com tamanha riqueza. Por isso, recorri a uma série de autores, de diversas disciplinas para que me *ajudassem a olhar*, buscando com isso uma compreensão mais global do meu objeto de pesquisa. Esse objetivo mostrou-se um pouco mais complexo do que eu inicialmente previra, uma vez que o tema da investigação refere-se à prestação de serviços e aos serviços de saúde, o que denota uma especificidade a mais.

Na minha modesta experiência em campo já tinha percebido que o que leva uma pesquisa adiante é a curiosidade e o desejo de conhecimento do pesquisador. Já vi estampada em uma camiseta uma frase que dizia que “sem tesão não há solução”. Constatei que isso vale também para os trabalhos de investigação.

A minha motivação inicial nesta pesquisa era desvendar algumas facetas de um mundo que eu julgava fascinante e que me apaixonava: a medicina geral comunitária. Fiz residência médica nessa especialidade há 10 anos e trabalho como médico geral comunitário na Unidade Conceição do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Zona Norte de Porto Alegre, RS, há pelo menos 5 anos. Essa Unidade atende uma população calculada em torno de 20 mil pessoas que mora nas proximidades do Hospital Conceição. Esse foi o meu universo de pesquisa: médicos, outros profissionais de saúde e pacientes vinculados a

esse local. A opção pelo trabalho de investigação na Unidade Conceição deveu-se a várias razões. Em primeiro lugar, o fato de já estar trabalhando como médico nesse mesmo local, o que permitiu uma penetração privilegiada, tanto na Equipe como na população de usuários. Em segundo lugar, foi a primeira das atuais treze unidades do Serviço de Saúde Comunitária, inaugurada em 1983. A simples análise de sua trajetória poderia ser bem elucidativa, o que se confirmou mais tarde. Em terceiro lugar, chamou a minha atenção o fato de a Unidade constituir um dos locais de referência nacional para a formação de recursos humanos na área de medicina geral comunitária. Por fim, o fato de a população ali atendida, como um todo, ter um bom nível sócio-econômico, especialmente se comparado às outras unidades do Serviço². E isso traz uma perspectiva diferente das populações pobres – freqüentemente retratadas nas pesquisas desse tipo – e sem muitas alternativas na busca de resolver os seus problemas de saúde na rede de assistência médica formal.

Para mim, trabalhar no Grupo Hospitalar Conceição foi a concretização de uma grande aspiração profissional: trabalhar em um serviço que eu julgava bem estruturado, que respeitava seus funcionários e que tinha legitimidade perante os pacientes e outras instituições semelhantes. O meu interesse pelo assunto iniciou no meu próprio trabalho: frente ao discurso de excelência e de alta resolutividade no atendimento de saúde, quis saber o outro lado da moeda, ou seja, como os usuários – os “pacientes” – *viam* a Unidade? O que fazia com que tudo isso “desse certo”? Afinal, realmente “dava certo”?

Foi por esse motivo que o socorro da antropologia foi tão conveniente, pois ela nos ensina a buscar a alteridade, o que acarreta entender a “lógica do outro” e não hierarquizá-lo ou julgá-lo a partir dos **nossos** critérios. Isso não é tão simples como possa parecer, pois, como adverte Fonseca (1995:19),

² No decorrer dessa dissertação, refiro-me à Unidade Conceição como “Unidade”, “Posto”, “Equipe” e “Medicina de Família”, buscando contemplar as várias expressões utilizadas pelos seus funcionários e pacientes. Da mesma forma, quando refiro-me ao “Serviço”, quero dizer o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

(...) implica o esforço de sair de nosso próprio sistema simbólico, que nos acompanha como o ar que respiramos, para tentar penetrar no sistema do “outro”. Implica reconhecer que nosso sistema de pensamento – científico, moral, intelectual – longe de ser o supra-sumo do desenvolvimento humano, é um sistema entre outros.

Especialmente quando falamos da medicina, isso fica mais difícil ainda, pois envolve questionar certos paradigmas que resistem violentamente quando postos em dúvida.

Certamente um dos pontos mais difíceis para mim foi separar o médico clinicando do antropólogo em campo. Se por um lado facilitou a minha inserção, recrudesceram questões metodológicas e éticas no seu desenvolvimento. Onde começam e onde terminam a pesquisa de campo e a prática clínica? Na verdade essa questão foi mais incômoda no início, até perceber que não há como separar uma coisa da outra: elas se confundem na nossa prática. É claro que isso torna a tarefa de sistematização do conhecimento gerado a partir daí muito mais difícil. O próprio esforço de investigação desenvolvido concomitantemente ao trabalho regular, além de extremamente desgastante, tornou-se por vezes contraditório. Por um lado, seria ótimo dispor de mais tempo e distanciamento para uma reflexão mais profunda sobre a prática. Por outro lado, pude perceber que o trabalho e o contato diário com os pacientes e seus familiares eram os elementos fundamentais que me faziam prosseguir.

É evidente que o esforço – enquanto pesquisador e médico – para percorrer o trajeto entre aproximação e distanciamento em relação ao meu objeto foi enorme. Não sei se alcancei êxito nessa tarefa. Teria sido metodologicamente mais fácil ter investigado uma cultura mais “exótica”, outro país, outros pacientes... Mas acredito que a riqueza deste trabalho é justamente essa proximidade com o objeto, até porque o meu universo de pesquisa é constituído em grande parte por indivíduos de classe média, o que nos aproxima mais ainda.

Hoje também tenho a convicção de que desempenho melhor a minha função como médico por conhecer um pouco mais de antropologia. O inverso também é verdadeiro, ou seja, acredito que a minha prática clínica abriu portas e facilitou em muito o trabalho “do antropólogo”. Mas o desafio de conciliar as duas disciplinas é imenso, e não se encerra com a redação final dessa dissertação. Em antropologia costuma-se dizer que o processo de investigação no campo nos transforma para sempre, faz mesmo parte do “tornar-se antropólogo”. Por isso, o desafio do diálogo interdisciplinar será para mim permanente e, portanto, instigante.

Seria inútil e mesmo artificial tentar separar esses dois aspectos. O trabalho de campo era feito em cada atendimento que eu realizava, nas reuniões do Conselho Gestor Local, nas outras atividades da Unidade, na casa dos pacientes e nas ruas do bairro. Todas essas pessoas com quem tive contato acabaram tornando-se, de alguma forma, meus informantes. Nesse processo, eles foram inúmeros. Com alguns, mantive uma aproximação durante toda a pesquisa, e mesmo antes dela iniciar formalmente. Outros foram mais episódicos, dependendo do assunto em que estava interessado naquele momento. Poucos desses informantes foram meus pacientes, e, até curioso, alguns passaram a sê-lo após as várias entrevistas que realizei com eles. Então, além dessas entrevistas, das consultas médicas propriamente ditas e dessa vivência mais intensa no campo, os procedimentos metodológicos incluíram a observação participante e a pesquisa de alguns documentos elaborados na instituição.

Os aspectos éticos potencialmente “incômodos” referem-se à investigação da atuação de colegas de trabalho, mesmo que o meu objeto de pesquisa não tenha sido diretamente o seu trabalho individual, mas sim, o trabalho da Unidade enquanto conjunto. Da mesma forma, o acesso a informações contidas nos prontuários, por força da profissão, e não como investigador, exigiu respeito e rigor científico redobrado. Quanto a isso, vale destacar que, visando proteger a identidade dos meus informantes, todos os nomes de médicos e pacientes aqui citados nos depoimentos são fictícios (os médicos, pelo seu pequeno número, são indicados apenas com uma

letra, escolhida aleatoriamente), exceto nas situações em que o anonimato perderia totalmente o sentido como tal, quando o próprio informante é peça-chave da história, como foi o caso das entrevistas com o Dr. Carlos Grossman, fundador do Serviço.

O meu objeto de pesquisa, portanto, é bem amplo, uma vez que é a própria relação que se estabelece entre usuários, de um lado, e serviços de saúde, de outro. Amplo também porque essa relação se concretiza de inúmeras formas: na relação médico-paciente durante uma consulta, na Unidade e fora dela; quando um auxiliar de enfermagem administra um medicamento; na marcação de uma consulta; na participação de um grupo de saúde ou nas reuniões de usuários; na solicitação de exames complementares; e assim por diante.

Optei, então, no decorrer da pesquisa, por concentrar a minha atenção em alguns aspectos que julgava essenciais para entender essa experiência. Cada um deles materializou-se na forma de um capítulo da dissertação. Foram escritos propositadamente separados e não necessariamente na seqüência em que aparecem ordenados aqui. Isso explica também a leitura de tantos autores e de áreas nem sempre tão próximas, o que pode ser considerada um exagero por alguns. Ocorre, contudo, que o tema situa-se na confluência de várias disciplinas, como antropologia, medicina geral comunitária, educação popular, saúde pública, sociologia, política, clínica médica, etc. Amplo como a própria saúde deve ser encarada. O leitor também pode perceber que essa característica exacerbou-se em alguns capítulos específicos, mais pela necessidade de compreensão do que por qualquer outra razão. Nesse processo de aprofundamento, procurei dialogar tanto com os meus colegas da área da saúde como com os da antropologia. Ainda tenho muito a aprender com a integração de ambas as perspectivas.

Em todos os capítulos, busquei sempre situar a discussão a partir de um nível mais amplo, para após, “descer” no nível local e então incorporar a minha experiência de campo. Além de refletir um estilo próprio de escrita, essa forma de organização da dissertação foi extremamente útil para

contextualizar, para mim mesmo, acontecimentos e tendências e mostrar-me que nem tudo ocorre de modo tão isolado quanto possa parecer num primeiro momento.

No primeiro capítulo, busco situar brevemente algumas questões importantes na discussão sobre a atenção à saúde sob uma perspectiva antropológica. Utilizo especialmente os trabalhos de Arthur Kleinman para tanto e a sua noção de modelos explanatórios sobre saúde/doença.

O segundo capítulo procura dar conta da questão da prestação de serviços de saúde. Parto de uma perspectiva histórica mais geral, desembocando na proposta da medicina comunitária no cenário internacional e, após, no Brasil. Inevitável também, nesse processo, é fazer uma breve contextualização da evolução do sistema de saúde em nosso país, selecionando alguns marcos da política social recente. Por fim, descrevo a criação da Unidade de Medicina de Família e a posterior constituição do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Resgatar um pouco de suas histórias e situá-las no contexto mais geral do sistema de saúde à época mostraram-se fundamentais para entender os desdobramentos a que assistimos atualmente.

No terceiro capítulo, abordo a questão do território e como são trabalhadas as noções de “comunidade” relacionadas à saúde comunitária. Essa parece ser uma questão que merece aprofundamento urgente, uma vez que a territorialização das ações de saúde apresenta-se, para alguns autores, como essencial na busca de ordenação de todo o sistema de saúde brasileiro. Também nessa seção, faço um exercício dirigido de etnografia urbana, ao mesmo tempo em que confronto algumas novas tendências na área da saúde, como o emprego do Sistema de Informações Georreferenciadas (SIG).

Já no quarto capítulo, procuro aprofundar a questão da participação popular em saúde, também partindo de um plano mais geral e, ao final, explorando a experiência de participação local, através do Conselho Gestor da Unidade Conceição. Esse é um tema por si só apaixonante e que daria

uma nova dissertação. Interessante foi perceber como a luz da cultura deu um colorido diferente na compreensão da sua dinâmica.

O quinto e último capítulo destino à discussão da avaliação dos serviços de saúde, outro tema que tem-se mostrado cada vez mais atual e necessário. Dentre os tópicos abordados nessa dissertação, talvez seja aquele em que a cultura apareça de modo mais explícito, mas que, por outro lado, permanece ainda ignorada. Procuro mostrar justamente como é importante levar isso em conta, especialmente quando falamos na avaliação sob “ a perspectiva do usuário”.

Por fim, finalizo com algumas reflexões, que, acima de tudo, buscam unir aspectos da mesma temática apesar de inicialmente parecerem tão distantes, e com algumas propostas. Acho que, mesmo numa dissertação de mestrado, o exercício de propor alternativas é extremamente válido, sobretudo em função de tratar-se de um assunto destacadamente prático.

Todas as fotografias que aparecem neste trabalho – e utilizadas apenas em caráter ilustrativo – são de minha autoria e fazem parte de meu acervo pessoal.

No processo de pesquisa, li inúmeras teses e dissertações. Em cada uma delas, chamava a minha atenção, além, é claro, do seu conteúdo, a seção de agradecimentos, invariavelmente presente. Havia então, agradecimentos aos informantes, aos colegas de turma, aos familiares, aos orientadores e, em alguns casos, a lista seguia bem mais extensa. O pensamento que me vinha à mente era “puxa, que falta de originalidade!”. Isso até o momento em que, finalizando a minha própria dissertação, passei a pensar retrospectivamente e ver o quão coletivo esse tipo de trabalho acaba conformando-se. E assim, o agradecimento sincero que agora faço, longe de ser uma mera formalidade, passa a configurar um espaço para o genuíno reconhecimento às pessoas que tornaram-no possível. E, se faltar originalidade, peço desculpas.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos pacientes da Unidade Conceição. Por maior que seja o risco de cair num discurso demagógico, percebi, no desenvolver deste trabalho, que as pessoas – no meu caso, os “pacientes” – são a razão de existirmos como serviço de saúde. Hoje tenho absoluta convicção disso. Assim, agradeço pela intromissão nas suas vidas, nas suas doenças e na sua saúde. Não como médico, situação em que se espera justamente isso, mas como pesquisador. Ao longo desses cinco anos em que trabalho na Unidade Conceição (Unidade de Medicina de Família) do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, foram inúmeros os bebês, as crianças, as gestantes, os idosos, os adolescentes, as mulheres e os homens com quem tive contato. Atualmente sinto-me enriquecido com isso.

Agradeço também à Equipe da Unidade Conceição, que de certa forma aliviou o peso da minha parte do piano para que eu pudesse vencer as etapas impostas pelo mestrado. Estar na “linha de frente” do sistema de saúde e “carregar o piano” nem sempre é fácil. Às vezes penso que subimos escadas com ele... Como um “obrigado genérico” seria, nessa ocasião, algo muito impessoal, agradeço então a José Mauro, Luiz Felipe, Lara, Ivana, Mary, Cristina, Cláudio, May-Britt, Jaqueline, Maria Amália, Inês, Eraci, Tereza, Itamar, Alice e Lia.

Agradeço também aos médicos-residentes do Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária, especialmente os do último ano e meio, período em que venho exercendo a função de preceptor-chefe. Mesmo que eles não percebessem, toda a supervisão também foi, para mim, um trabalho de campo e uma busca de sistematizar todo o meu aprendizado.

Um agradecimento especial às minhas orientadoras, Ondina Fachel Leal e Daniela Riva Knauth. Aos poucos descobri que o trabalho de orientação extrapola em muito a indicação de autores ou a crítica fundamentada ao material apresentado. A própria postura pessoal e de pesquisador frente à Antropologia, aos alunos e, enfim, à vida, tem um valor especial. Tive então a oportunidade de conviver com pessoas apaixonadas

pelo que fazem e que conseguem transmitir essa paixão aos alunos e orientandos. Obrigado pela oportunidade de convívio.

Um agradecimento aos professores e aos colegas de turma do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo vigoroso apoio e pelo auxílio no desvendar a antropologia, principalmente os colegas dos seminários de tese junto ao Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS): João, Zulmira, Helen e Prof^a. Ceres Victora.

Aos meus pais, pelo incentivo na busca da criatividade e do saber.

E por fim, um agradecimento muito especial à minha família, que cresceu durante o período de pesquisa e continua crescendo: Carla, Pietro e agora o outro bebezinho que está a caminho. Este trabalho é dedicado a eles. Obrigado pelo amor, apoio irrestrito e às palavras certas nos momentos certos. Com certeza, agora terei mais tempo para nós quatro.

Para finalizar, cabe dizer que, apesar do trabalho ser, em essência, coletivo, assumo total responsabilidade pelos eventuais erros aqui cometidos.

CAPÍTULO 1

Uma introdução à situação da pesquisa antropológica em serviços de saúde

Muito tem-se falado e escrito sobre o cuidado de saúde no Brasil e no mundo nos últimos tempos. Praticamente todos os dias, deparamo-nos com matérias em jornais, revistas, rádio, televisão e conversas. Restringindo-nos ao caso brasileiro, é bem verdade que nem sempre se fala só do caos do sistema de saúde e dos absurdos que ocorrem em função dele. Há novas descobertas sendo feitas, novos medicamentos sendo desenvolvidos, novas doenças sendo descobertas (ou redescobertas), cirurgias revolucionárias, aparelhos fantásticos, “dicas” para uma “vida saudável” que nos inundam de informações. O que não deixa de ser um quadro paradoxal: grandes e incontestáveis avanços tecnológicos em benefício do ser humano, por um lado, e, por outro, uma sensação de crise permanente, com atendimento inadequado, insuficiente e oferecido sem equidade.

A preocupação com a saúde definitivamente incorporou-se ao nosso cotidiano. Só que para o descontentamento de muitos médicos, nem sempre todos os problemas de saúde são, ainda hoje, vistos dentro do sistema formal de cuidado à saúde. Pelo contrário! Calcula-se que 70 a 90% dos episódios de doença são manejados fora desse sistema, por auto-cuidado ou busca de formas alternativas de cura (Kleinman, Eisenber & Good, 1978). Ou seja, o modelo biomédico é apenas um entre tantos sistemas disponíveis no “mercado” da saúde. O que há de comum entre esses diversos sistemas

e que eu gostaria de explorar um pouco mais é o encontro que se estabelece entre o paciente e o agente de cura¹.

Essa situação envolve muitos outros aspectos além do encontro físico entre médico e paciente num consultório, por exemplo. Há, entre outros, as políticas de saúde em cada local e as concepções dos indivíduos sobre o que é estar doente, estas alicerçadas fundamentalmente na cultura de cada grupo. A doença é uma experiência que não se limita à alteração biológica pura, mas esta lhe serve como substrato para uma construção cultural, num processo que é concomitante. Não quero dizer com isso que exista uma seqüência de “primeiro biologia e depois cultura”, mas sim que existem percepções culturais acerca de um fenômeno que também abarca o biológico, mas que o supera. Ou seja, uma pneumonia pode ser causada pelo mesmo tipo de bactéria em todo o mundo, com alterações fisiopatológicas equivalentes em diversos indivíduos. Mas a percepção que a pessoa acometida terá sobre a sua doença, a forma de tratamento, o sistema de saúde disponível variarão enormemente.

Isso fica mais claro quando conseguimos estabelecer a diferença entre *illness* e *disease*. E aqui me permito o uso do termo em inglês, não por pedantismo, mas por terem um sentido mais acurado, uma vez que, em português, a palavra “doença” contempla os dois significados.

Baseado em Kleinman, Eisenber & Good (1978), Kleinman (1980, 1986) e Helman (1994), podemos dizer que *illness*, o equivalente à “perturbação”, é a forma como os indivíduos e os membros de sua rede social percebem os sintomas, categorizam e dão atributos a esses sintomas, experienciando-os, articulando esse sentimento através de formas de comportamento próprias e percorrendo caminhos específicos em busca da cura. Além da experiência pessoal, o indivíduo atribui significado à doença. Enfim, *illness* é a resposta subjetiva do indivíduo frente à doença, uma resposta que engloba aspectos individuais, sociais e culturais à experiência de estar doente.

¹ Na falta de uma tradução melhor, utilizo “agente de cura” no sentido do termo *healer*, em inglês.

Por outro lado, *disease* é a forma como a experiência da doença (*illness*) é reinterpretada pelos profissionais de saúde à luz de seus modelos teóricos e que os orienta em seu trabalho clínico. É portanto, uma definição de **disfunção**, assentada num substrato essencialmente biomédico². A função do médico é então, “traduzir” o discurso, os sinais e os sintomas do paciente para chegar ao diagnóstico dessa doença, ou seja, decodificar *illness* em *disease*.

Assim, como refiro-me a uma *relação* que se estabelece, isso pressupõe-se uma comunicação com duas vias de fluxo, permitindo o encontro de duas visões de mundo diferentes, entre *illness*, por um lado, e *disease*, por outro, no momento em que o indivíduo busca atendimento de saúde. E esse encontro, como já foi frisado acima, não se resume apenas à consulta médica, mas se dá também na realização de exames, na administração de um medicamento, ao freqüentar uma atividade em grupo no posto de saúde, etc. Quando uma pessoa procura um determinado serviço de saúde, ela lança mão de uma série de mecanismos que orientarão tal procura e que são acionados muito antes do encontro propriamente dito: quais os sintomas que a forçarão ao encontro, qual o momento adequado de fazê-lo, qual o profissional buscado, qual o linguajar a ser utilizado para descrever o que sente, que roupa vestir, e assim por diante. Em última análise, como é que o indivíduo se prepara para esse momento, como se comporta nele e qual a “bagagem” que carrega consigo? Portanto, quando me refiro à comunicação, também quero dizer que há produção de significado de ambos os lados e que a cultura de cada grupo social estará igualmente sempre presente.

Buscando explicar isso aos médicos-residentes, sou traído pelos seis anos de faculdade de medicina (viram como o modelo é forte?) e utilizo um recurso da anatomia humana, que eu chamo jocosamente de uma “*teoria peritonal da cultura*”. Embriologicamente, na formação do abdômen, há uma

² Por biomedicina refiro-me à teoria e prática médica predominante no ocidente e amplamente disseminada em todo o mundo. Tem como sinônimo expressões que definem a medicina como “ocidental”, “científica” e “alopática”, e apresenta como uma das suas principais características o foco sobre o ser humano enquanto entidade essencialmente biológica (Hahn & Kleinman, 1983).

fina membrana, o peritônio, que funciona sendo um balão que recobre inteiramente uma cavidade. Essa membrana, ao recobrir as vísceras, tem a finalidade de defesa das mesmas, ao mesmo tempo em que facilita o deslizamento dos vários órgãos internamente, fornece alimento e permite a absorção de líquidos. No desenvolvimento do embrião, os órgãos abdominais, como que se originando dessa parede, ao projetarem-se para o interior da cavidade, carregam consigo essa membrana, de modo semelhante ao um dedo de luva (figura 1.1).

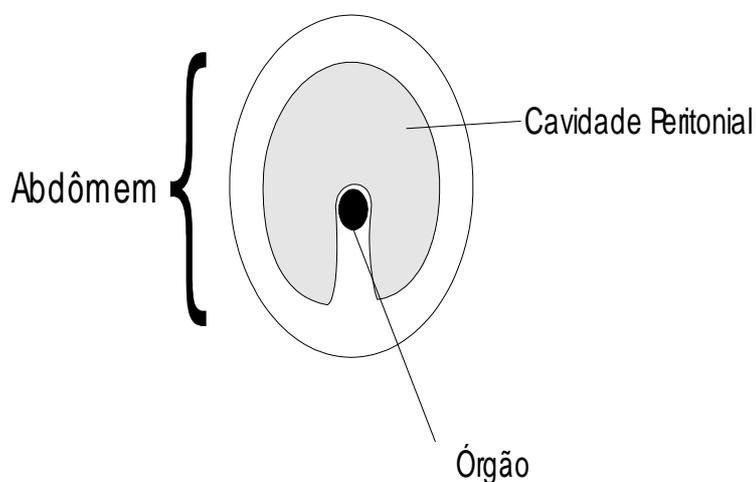


FIGURA 1.1. Formação do peritônio, a partir de Langman (1977)

Esse peritônio, portanto, é uma membrana semi-permeável, o que permite trocas de substâncias através dele. De modo análogo, podemos então dizer que, no cenário de um serviço de saúde, há pelo menos dois “dedos de luva” se encontrando, recobertos por uma “fina membrana semi-permeável”: a do profissional de saúde e a do paciente, cada um conectado ao seu universo simbólico no momento do contato, que o “alimenta” e lhe dá sustentação (figura 1.2).

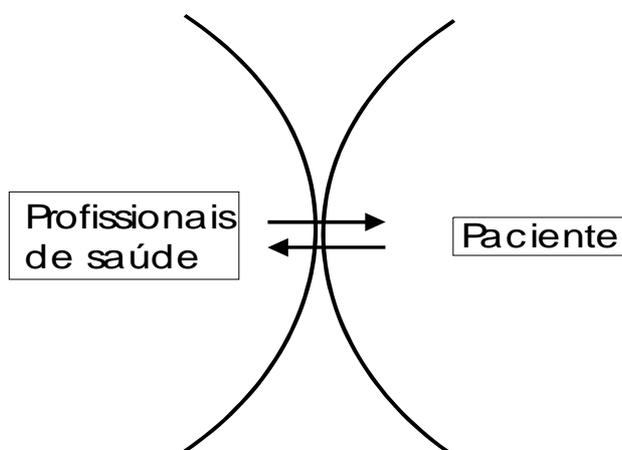


FIGURA 1.2. Encontro esquemático entre profissionais e pacientes, cada um recoberto por uma “membrana da sua cultura”

Analisando dessa forma, uma das questões centrais ao defrontar médicos e pacientes é então o encontro de **modelos explanatórios** diferenciados, que foi bem desenvolvido por Kleinman, Eisenber & Good (1978) e Kleinman (1980). Segundo esses autores, a experiência da doença é moldada culturalmente, o que determina a maneira como percebemos e como buscamos superá-la. Nós literalmente “aprendemos a ficar doentes”, de acordo com o nosso meio social, que influencia diretamente a forma como sentimos, expressamos e utilizamos os recursos de cura à nossa disposição. Há pelo menos cinco elementos envolvidos nesse modelo explanatório sobre a doença: 1) etiologia do problema; 2) duração e características dos sinais e sintomas iniciais; 3) fisiopatologia do problema; 4) evolução natural e prognóstico; e 5) tratamento indicado para o problema. Ou seja, utilizando o mesmo exemplo da pneumonia, poderíamos dizer que, quando ficamos doentes, procuramos identificar a causa do que nos aflige (“isso é uma gripe mal curada”, “foi uma praga de alguém” ou ainda “peguei uma friagem”); analisamos o que estamos sentindo (“febre, calafrios, tosse”); buscamos compreender quais os mecanismos fisiológicos (“o pulmão está

ruim, cheio de catarro”, “meu pulmão ficou fraco por causa do cigarro”); fazemos uma análise da sua gravidade (“posso morrer disso?”); e, por fim, buscamos estabelecer um plano para que possamos retornar à situação anterior, sem a doença (“bom para curar isso é uma injeção”, “vou tomar um passe”).

Esse modelo e esses elementos nem sempre são pensados nessa seqüência ou estão completamente articulados entre si e podem, até mesmo, apresentar inconsistências, erros e contradições internas. Mas é a base a que o paciente recorre para tentar dar coerência ao que está ocorrendo com ele na situação da doença e é diferente do modelo utilizado pelo médico.

Quando, então, esses modelos encontram-se no momento da consulta ou do contato com o serviço de saúde, a saída possível para que o processo clínico tenha sucesso é a negociação entre as partes, cada uma usando os seus argumentos para que se chegue a um consenso possível para aquele momento. Ou seja, deve haver uma concordância, mesmo que temporária, entre o agente de cura (o médico, por exemplo) e o paciente em cada um dos itens acima. Mas para que isso ocorra, os modelos explanatórios devem estar mais ou menos explicitados, e deve haver uma postura receptiva à negociação, de parte à parte.

É interessante perceber que, apesar de a perspectiva antropológica ter auxiliado no entendimento desses fenômenos com cada vez mais clareza e veemência, o modelo biomédico seja ainda tão brutalmente hegemônico, o que força a uma visão reducionista da doença vista como processo exclusivamente biológico.

Mas a contribuição de Kleinman não se limita à noção do modelo explanatório. Ela avança no sentido de explicitar que todas as atividades relacionadas com o cuidado à saúde estão interrelacionadas em graus variados, no sentido de constituir uma forma socialmente organizada para enfrentar a doença, e formam, segundo o autor, a exemplo da religião e da linguagem, um sistema cultural próprio, que é o **sistema de atenção à saúde**. Em cada cultura, a doença, a resposta a ela, os indivíduos que a

experenciam, os que se ocupam em tratá-la e as instituições envolvidas estão interconectadas através desse sistema, que também contempla, entre outros elementos, as crenças sobre a origem das doenças, as formas de busca e avaliação do tratamento, os papéis desempenhados e as relações de poder entre todos os envolvidos. Os pacientes e os agentes de cura são componentes básicos desse sistema, estão imersos num contexto de significados culturais e de relações e não podem ser entendidos fora dele.

Tanto as crenças quanto os padrões de comportamento dos indivíduos fazem parte desse sistema de atenção à saúde e são, em grande parte, derivados de regras culturais. Nesse sentido, é pertinente a inclusão do pensamento de Geertz (1978) nessa discussão, pois esse autor nos fala da cultura como uma teia de significados e da importância de analisarmos enquanto **ação** e como sistema simbólico. Como ação, essa forma de expressão da cultura é pública, pressupondo, no discurso social, a existência de “protagonistas” e “assistentes” que se comunicam entre si a partir de interpretações de códigos socialmente estabelecidos de modo prévio. Ou seja, como diz o próprio autor, “a cultura é pública porque o significado o é”. Isso é importante especialmente em relação ao tema dessa pesquisa, uma vez que parece evidente que os aspectos relacionados à saúde/doença envolvem ações dos indivíduos, expressos na forma como percebem a doença, estabelecem um diagnóstico e buscam um tratamento.

A outra contribuição importante de Geertz é quanto ao próprio método para desvendar a cultura e seus significados, que é essencialmente interpretativo. O trabalho etnográfico se presta muito bem para isso, ao tentar “ler” o que ocorre à sua frente, decifrando não apenas o que está explícito, à superfície, mas também os comportamentos aparentemente “incoerentes” e “deslocados”. Um aspecto que também merece consideração é a noção de realidade simbólica, que intermedeia a relação da realidade clínica – que será melhor conceituada a seguir – com o sistema de atenção à saúde. Em outras palavras, é a realidade simbólica que permitiria ao paciente atribuir significados a partir de sua experiência individual e segundo as normas sociais e culturais do seu grupo.

E é por essa razão que, como qualquer outro sistema cultural, precisa ser entendido em termos de sua atividade instrumental e simbólica. E como afirma Kleinman (1980), estudos de nossa própria sociedade e investigações comparativas devem iniciar contemplando a atenção à saúde como um sistema que “é social e cultural na sua origem, estrutura, função e significado”.

É por isso também que o mesmo autor sustenta como importante a discussão da construção social da realidade, abordada principalmente por Berger & Luckman (1995) no sentido de tornar claras as relações humanas estabelecidas do indivíduo com os outros e com o mundo que o rodeia. São relações governadas por regras culturais específicas, incorporadas pelos indivíduos, que as provêm de significado e as legitimam perante o grupo social.

Essa realidade social não é única no tempo e no espaço, monolítica a ponto de não permitir variações individuais e coletivas. Mas o importante é perceber que exerce uma influência decisiva na maneira como cada um de nós pensa e age frente a uma situação de doença, optando por um determinado tipo de atendimento e avaliando o seu resultado. Baseado nisso, Kleinman (1980:38) sustenta que

(...) a prática clínica (tradicional e moderna) ocorre em e cria mundos sociais particulares. Crenças sobre doenças, os comportamentos exibidos pelas pessoas doentes – inclusive as suas expectativas frente ao tratamento – e o modo como as pessoas doentes reagem em relação à família e aos profissionais de saúde são todos aspectos da realidade social. Elas, como o próprio sistema de saúde, são construções culturais, moldadas distintamente em diferentes sociedades e nos diferentes contextos sociais dentro dessas mesmas sociedades³.

O autor avança na sua análise ao denominar esses aspectos da realidade social relacionados à saúde de **realidade clínica**. Essa noção

³ Essa e todas as demais traduções contidas nesse trabalho são de minha autoria.

refere-se ao contexto social que influencia o desenvolvimento da doença e o cuidado clínico, estabelecendo assim, uma interseção entre as realidades clínica e simbólica, de um lado, e a realidade física e psicobiológica de outro. Esse conceito é útil sobretudo para evidenciar ainda mais como o fenômeno clínico é também socialmente constituído e, de modo recíproco, como o mundo social pode ser clinicamente construído. Analogamente ao conceito de realidade social, a realidade clínica também está em constante mudança, variando conforme o grupo social. Permite igualmente uma análise em diversos níveis, tanto macro como microsocial, da sociedade como um todo até pequenas “comunidades” isoladas.

O que ocorre, então, é uma relação de cumplicidade entre quem presta o serviço e quem recebe, isto é, o serviço de saúde deve ser aceito socialmente, no sentido de ser procurado em caso de doença. Isso não implica, contudo, numa forma homogeneizada de busca de atendimento. O que quero dizer com isso é que, apesar de o sistema de atenção à saúde ser uma construção coletiva, o padrão de uso do mesmo difere de acordo com o grupo social, com as famílias e mesmo com os indivíduos, dependendo, entre outros fatores, do grau de instrução das pessoas, de sua religião, de sua ocupação e da rede social a que pertence (Kleinman, 1980).

Essa argumentação de certa forma elucida a questão da uniformidade que supostamente as comunidades teriam nesse aspecto. Assim, apesar de possuírem uma série de elementos em comum, os membros dessas comunidades apresentam comportamentos muito diferentes em relação ao cuidado de saúde. Na própria Unidade Conceição isso ocorre de maneira muito evidente: os “consultadores freqüentes”⁴, os mais afastados e que consultam muito ocasionalmente, os que trazem apenas os filhos para acompanhamento médico, os que trazem os idosos, e assim por diante.

⁴ O “paciente freqüente”, em estudo realizado igualmente na Unidade Conceição, foi definido como “aquele que busca tratamento médico na mesma unidade ambulatorial com uma assiduidade que ultrapassa, primeiro, a freqüência regular de atendimento dos pacientes em geral; segundo, que sua periodicidade na busca de atendimento supera as necessidades que seu estado de saúde inspira e a orientação médica recebida” (Spier, Sudbrack, Lemos & Mattos, 1990).

Como pode ser observado, a relação que a comunidade estabelece com o seu serviço de saúde é complexa, no sentido de que envolve aspectos culturais de ambos os lados. Ou seja, é uma questão da própria dinâmica da interação. Uma das hipóteses que tinha no início da minha pesquisa de campo era de que a “comunidade” estabelece uma relação muito particular com os serviços de saúde – no nosso caso, a Unidade de Medicina de Família – e que isso influencia a própria forma como os seus indivíduos passam a pensar as suas questões de saúde e doença.

E isso não seria possível se o tipo de serviço oferecido não tivesse legitimação frente à comunidade. A Unidade é a referência formal para muitas questões de saúde para boa parte da população. “Pegou” entre a comunidade, que aceita o tipo de prática que representa e de certa maneira outorga poder a esse grupo para lidar com alguns de seus problemas de saúde. Tudo isso acaba fazendo parte, se seguirmos a teorização de Kleinman, dessa realidade clínica, com influências tanto nos pacientes como nos profissionais de saúde. Claro que pode ser questionada a magnitude do impacto objetivo dos serviços de saúde sobre a população, isto é, se a Unidade não existisse, qual seria a consequência disso sobre os indicadores de saúde dos moradores daquela região? Essa é uma questão difícil de ser provada, pois há inúmeros fatores envolvidos, o que exigiria um trabalho com outro enfoque e que foge ao escopo dessa dissertação.

Mas o sistema de atenção à saúde não se limita ao setor formal. Kleinman (1980) sustenta que esse sistema é composto, de modo genérico, por três partes que por vezes se sobrepõem: o setor popular, o setor profissional e o setor *folk*, que traduzi como setor para-profissional (figura 1.3). O **setor popular**, em geral, o maior deles, é aquele em que a família e o grupo social mais próximo desempenham papel importante, é onde a doença começa a ser definida e onde são desencadeados os vários processos terapêuticos de cura. É um espaço eminentemente “leigo”. O **setor profissional** representa a organização formal da prática de saúde, na maior parte dos casos, tendo a biomedicina como referência. É o setor que, em certos países, por ser mais desenvolvido, organizado e poderoso,

acabou submetendo todas as outras práticas de saúde à sua autoridade. Pela sua grande penetração e poder que dispõe em algumas sociedades, como a brasileira, o setor profissional acaba impondo-se sobre os demais setores, forçando uma medicalização da sociedade, baseado num modelo “científico” e biológico. Historicamente no nosso país, como demonstra Luz (1995), as instituições médicas e seu agente principal, o médico, vêm concentrando todo o poder em relação à saúde e à doença. E por fim, o **setor para-profissional**, que abrange todas as demais práticas de saúde “não-profissionalizadas”, como ervateiros, benzedores, práticas religiosas de cura, etc. É um modelo útil, pois pode ser adaptado a qualquer tipo de sociedade. Assim, os chamados países desenvolvidos possuem um setor profissional muito desenvolvido, ao passo que outros povos podem apresentar o setor para-profissional maior. Da mesma forma, esse modelo aplica-se igualmente bem no nível local.

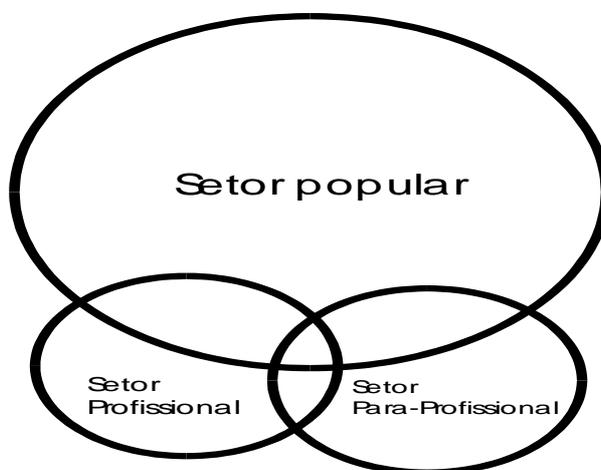


FIGURA 1.3. Sistema de atenção à saúde, adaptado de Kleinman (1980)

Em geral, tem-se a visão de que o atendimento à saúde é organizado pelos técnicos para ser simplesmente “usufruído” pelos pacientes, numa posição um tanto quanto passiva frente ao que lhe é ofertado. Porém, é esse “leigo” quem faz a escolha final se realiza ou não a consulta, quando vai fazê-lo e onde. Mesmo depois da consulta ter-se consumado, é ainda ele

quem detém o poder de cumprir ou não as determinações médicas ou mesmo procurar outras alternativas.

De fato, os pacientes circulam muito livremente entre esses diversos setores, que na verdade possuem limites não tão estritos. O que ocorre nesse trânsito é uma mudança de linguagem e postura frente a eles. As formas de expressão são diferentes, sendo que o paciente, assim como todo falante de uma língua, muda a sua linguagem conforme o interlocutor ou a situação.

Esse trabalho insere-se então nesse esforço da antropologia, mais especificamente da antropologia médica, de compreender a influência da cultura na maneira como os indivíduos percebem a doença e estabelecem relações com os diversos sistemas de saúde. Passemos agora a um apanhado histórico de como isso vem ocorrendo, para chegar à experiência da Unidade Conceição.

CAPÍTULO 2

O campo da prestação de serviços de saúde e a proposta da medicina geral comunitária

Não parece haver dúvidas de que a relação que se estabelece entre os serviços de saúde e seus usuários é, entre outros fatores, uma decorrência de como esse serviço de saúde organiza a sua prática. Falar, então, das origens e da trajetória da medicina geral comunitária é fundamental nesta dissertação. Procurarei situar esse tipo de medicina dentro de um contexto social mais geral para, posteriormente, aprofundar o caso da criação do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, onde esta pesquisa foi realizada.

2.1. Panorama dos serviços de saúde: um pouco de história

A busca sistematizada de cura para os mais diversos problemas de saúde tanto individuais quanto coletivos é algo tão antigo quanto a própria existência do ser humano, remontando à pré-história¹. Desde então, tem havido uma sofisticação crescente nesse sentido, sendo que os serviços formais de saúde, tal qual os concebemos hoje em dia, são consequência dessa trajetória, que envolve, além de um óbvio desenvolvimento do aparato técnico de prevenção e cura, aspectos relacionados às formas de produção

¹ Para uma análise mais aprofundada da história dos serviços de saúde, ver especialmente Singer, Campos & Oliveira (1981), Rosen (1983, 1994), Foucault (1979), autores que serviram de base para esta seção.

econômica e inserção dos indivíduos nela, à organização social e política e à cultura de cada grupo social. Assim, ao longo de sua história, o ser humano transitou por um ideário e uma prática que oscilou entre a valorização exclusiva dos determinantes sobrenaturais das doenças à perspectiva da doença como distúrbio fisiopatológico isolado. Nesse processo, percebemos mudanças dramáticas: multiplicaram-se as especialidades médicas, muitas outras profissões foram incorporadas às questões de saúde, a indústria da saúde (medicamentos, equipamentos e outros insumos) tem um crescimento constante, movimentando cifras bilionárias em todo o mundo. Enfim, a preocupação com a nossa saúde/doença passou a fazer parte do nosso cotidiano.

Na Grécia Antiga, por exemplo, medicina e filosofia percorriam caminhos muito próximos, procurando entender o universo e as relações entre homem e natureza. Os médicos andavam de cidade em cidade, oferecendo os seus serviços. Cidades maiores dispunham de médicos permanentes, custeando seus salários através de uma taxa especial, paga anualmente por todos os cidadãos, o que previa, inclusive, algum tipo de atendimento aos “necessitados”.

No mundo romano, no século II d.C., institucionalizou-se um serviço público para a assistência à saúde, nomeando-se médicos públicos para atender especialmente os cidadãos pobres, ao mesmo tempo em que assumiam os encargos de formação de estudantes de medicina. Outra marcante contribuição da época foi a criação dos hospitais públicos destinados aos pobres e aos escravos que, sob influência dos princípios humanitários do cristianismo, multiplicaram-se em várias outras localidades. Isso, de certa forma, abriu caminho para a manutenção de hospitais para os indigentes, durante a Idade Média.

Na sociedade medieval, a atenção aos doentes confundia-se com a “assistência social”, de caráter mais amplo e desempenhada essencialmente pela Igreja, já que os doentes eram colocados no mesmo nível dos órfãos, loucos e desocupados. Foi somente com o advento da Reforma que a Igreja

começou perder o seu monopólio nessas questões, e boa parte dessas atribuições começaram, gradativamente, a ser assumidas pelo Estado.

Essa migração de atribuições da Igreja para o Estado também sofreu a influência decisiva das grandes transformações sociais que estavam sendo gestadas a partir do século XVI, com o fim do regime feudal e o crescimento das cidades. A Europa vivia um período de transformações políticas profundas, criando condições para que fossem estabelecidos os rudimentos dos serviços de saúde atuais.

Na época da Renascença, os médicos ainda constituíam um luxo disponível apenas aos segmentos mais ricos da sociedade, sendo que os pobres recebiam cuidados de saúde apenas por caridade nos poucos hospitais aos quais eram levados “para morrer”. Aliás, essa distinção entre ricos e pobres em termos de acesso aos cuidados médicos já existia desde os tempos hipocráticos (Rosen, 1983).

Aos poucos, contudo, a demanda por esses serviços aumentava, ao mesmo tempo em que também crescia o esforço do Estado em controlar e regular as relações sociais e os comportamentos que pudessem colocar em risco a saúde da sociedade como um todo, especialmente a aristocracia. Isso foi feito através de políticas públicas que acabaram configurando-se através da expressão “polícia médica”, que abria o caminho para uma intervenção mais ativa na vida em sociedade. Dessa forma, já esboçava-se um controle mais rígido dos alimentos, da água, das doenças contagiosas, etc. Para garantir que essa função policial fosse exercida com um mínimo de competência, já naquela época, os serviços de saúde teriam que, necessariamente, dispor de certa autoridade, delegada pelo Estado. É interessante perceber que alguns desses princípios são empregados ainda hoje em nossa sociedade, incorporados pelo poder público e aceitos pela população. Assim, expressões como “vigilância epidemiológica”, “campanha” contra determinada doença, já não nos causam tanta estranheza.

Porém, era difícil a aplicação, na prática, dos frágeis conhecimentos médicos da época. O desenvolvimento da assistência à saúde esbarrava nas limitações do conhecimento científico de então, as quais

impossibilitavam ações mais efetivas para controle dos grandes problemas de saúde pública e individual, mas foram pouco a pouco sendo superadas.

Isso só tornou-se possível com a Revolução Industrial, no final do século XVIII. A partir de então, e especialmente no decorrer do século XIX, foi possível testemunhar uma avalanche de descobrimentos e invenções que seriam definitivamente incorporados à prática médica: os estudos de Pasteur, a invenção do raio-X, a descoberta da causa da malária e da febre amarela, etc. A rapidez com que as ciências naturais passaram a agregar um volume cada vez maior de conhecimentos favoreceu diretamente o prestígio e o poder da medicina. A bacteriologia, portanto, teve um impacto extraordinário nesse desvio de uma compreensão social das causas das doenças para uma relação unicausal, centrada nos germes que estavam sendo recém descobertos.

Concomitantemente à institucionalização dos serviços de saúde, assistia-se a um forte processo de urbanização e proletarização da população, condições estas, por si só, bastante prejudiciais à saúde: longas jornadas de trabalho nas fábricas, ambiente composto de moradias superlotadas e sem higiene, alimentação insuficiente. É importante ressaltar que outros agravos à saúde, fruto dessas condições adversas, não se limitavam às classes trabalhadoras, mas ameaçavam também os setores dominantes, a ponto desses forçarem, novamente, uma intervenção mais profunda do Estado para mediar as relações sociais e garantir tanto a reprodução da força de trabalho como a saúde da burguesia ascendente.

Assim, progressivamente, os serviços de saúde passaram a ter um papel mais ativo na sociedade, moldando o comportamento e o estilo de vida das pessoas, procurando então afastar qualquer fator considerado prejudicial à saúde pública. O sucesso dos primeiros estudos epidemiológicos relacionando a poluição da água às epidemias de cólera e de febre tifóide, por exemplo, foram fundamentais para a definitiva institucionalização dos serviços de saúde na Europa, especialmente a partir da segunda metade do século XIX.

Também a legitimação da profissão médica foi contemplada nesse processo, uma vez que aos médicos foi, aos poucos, assegurado o monopólio do cuidado à saúde. Mais especificamente, à medicina universitária, muito antes dela reivindicar o rigor científico dos dias atuais. É evidente que o esforço para garantir esse monopólio médico inclui uma intensa e bem articulada luta – e não apenas no campo legal – no sentido de determinar claramente quem tinha ou não o direito de ser chamado “médico” e, portanto, exercer a profissão (Camargo Jr, 1995). Com o auxílio decisivo da bacteriologia em meados do século passado, grandes transformações foram sentidas nos hospitais, possibilitando até mesmo a sua transformação de “lugar em que se ia para morrer” em “lugar em que se podiam obter curas”. Com isso também a sua clientela se inverteu: os mais ricos passaram a ter mais acesso, enquanto os pobres, seus habituais freqüentadores, começaram a ser mantidos afastados.

Já no final do século XIX, podia-se perceber que as organizações operárias também passaram a demandar serviços dessa medicina “científica”, uma luta que caracterizou os primeiros movimentos pelo “direito à saúde”. Essa pressão era, então, canalizada para o Estado como única entidade capaz de provê-los satisfatoriamente, sem aumentar os custos de produção para as empresas. Isso é concretizado primeiro na Alemanha, que inicia um sistema de previdência social em 1883, sendo seguido pela Áustria, pela Hungria e por uma série de outros países europeus, num processo que se estendeu até o início deste século. Nessa modalidade, o próprio Estado saía obviamente fortalecido, uma vez que é ele quem oferece e controla os serviços de saúde, primeiro nas cidades e após na zona rural. É o Estado que, por um lado, assegura bem-estar e segurança e, por outro lado, impõe normas para atingir esses objetivos.

Convém lembrar, contudo, que esse processo foi lento, mesmo nos países capitalistas da Europa, vindo a consolidar-se, de fato, apenas após a II Guerra Mundial com a concretização do moderno Estado de Bem-Estar. Os serviços de saúde acabaram, pois, transformando-se em instrumento de controle das relações entre o “indivíduo e o Estado, entre o indivíduo e a

natureza, e entre o Estado e a natureza” (Singer, Campos & Oliveira, 1981:37). Nos países do chamado terceiro mundo, o processo foi ainda mais arrastado e sujeito a tropeços de ordem política em função da própria fragilidade dos direitos da cidadania.

Na verdade, os conceitos de polícia médica foram aplicados de maneira distinta nos vários países, uma vez que, no século XVIII, as suas condições sociais e políticas também eram distintas. Foucault (1979) mostra que o controle da sociedade sobre os indivíduos começa no seus corpos, sendo o corpo, em si, uma realidade bio-política e, portanto, variável. Na formação da medicina social, o autor percebe três etapas, cada uma correspondendo a uma realidade específica. Na Alemanha, por exemplo, o que foi marcante foi a medicina de Estado, a partir do século XVIII. Nesse país, transpuseram-se para a prática da saúde, através da polícia médica, os mesmos princípios do mercantilismo dominante no período, com o objetivo de normatização tanto das doenças quanto do próprio exercício da medicina, sob controle acentuado do Estado, assegurando uma nação forte e saudável. Através de leis e outras medidas administrativas, impunha-se ao povo segui-las.

Já na França, o desenvolvimento da medicina social do final do século XVIII até metade do século XIX se dá sobre uma base que tem a urbanização como um dos elementos principais. A grande migração da zona rural para as cidades, verificada no período, acarretou falta de moradias adequadas e superlotação das existentes, assim como baixos salários, desemprego e alimentação insuficiente. Por razões econômicas, mas também políticas, buscava-se organizar e controlar a circulação da população que vivia nas grandes cidades, através de um poder único e bem regulamentado, exercido em nome da saúde para toda a sociedade. O Estado passou, então, a intervir sobre os indivíduos visando ao interesse geral.

A última direção tomada pela medicina social, segundo Foucault, tem como exemplo a Inglaterra, onde as idéias do liberalismo econômico sempre foram muito fortes. Agora sim, o controle é exercido, a partir do século XIX,

especialmente sobre a força de trabalho, sobre o operário pobre. O trabalho, elemento essencial do esquema produtivo da época, era fundamental à geração da riqueza da nação e, portanto, merecia atenção correspondente, uma vez que as doenças ou mesmo a morte poderiam significar uma diminuição da produtividade e, assim, uma perda econômica significativa. Dessa forma, a medicina social inglesa conseguiu abarcar três aspectos distintos de uma mesma equação: assistência médica ao pobre; controle da saúde da força de trabalho; e proteção à saúde dos segmentos mais ricos da sociedade.

Apesar de tudo, o nascimento da medicina social tanto na Europa como nos Estados Unidos serviu para evidenciar, pelo menos nas suas etapas iniciais, uma íntima ligação entre morbi-mortalidade em geral e condições de vida, de acordo com as classes sociais dos indivíduos. E a atuação médica naquela época refletia essa preocupação, a ponto de a medicina ser considerada uma ciência social. Essa visão foi, como vimos anteriormente, aos poucos sendo abandonada em favor de uma visão biologicista de causação das doenças, exercendo uma influência decisiva na prática médica até os dias atuais.

2.2. A crise da saúde e a emergência da Atenção Primária à Saúde

Com um grande atraso, as preocupações em relação à saúde da população por parte dos governos também chegam aos países em desenvolvimento no período após a II Guerra Mundial, principalmente a partir da década de 50 e 60, mas com características bem específicas. Essas preocupações tinham como foco o grande contingente de indivíduos desassistidos, tanto nos centros urbanos como na zona rural. Objetivavam organizar um sistema de saúde que respondesse às demandas oriundas de um projeto de desenvolvimento que tinha como base a produção agrícola desses países periféricos na economia internacional.

A discussão, iniciada de maneira dispersa em várias regiões do mundo, começou a ser canalizada por organismos internacionais que impulsionaram e aprofundaram o seu debate, buscando a implementação de ações concretas (Cantillano, 1983). O próprio estabelecimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, como entidade intergovernamental ligada às Nações Unidas, reflete bem essa preocupação. O seu objetivo principal, na sua criação, era “melhorar a saúde no mundo”, através do apoio aos governos e da definição de estratégias conjuntas nesse sentido (OMS/WONCA, 1994).

Os diversos países da América Latina, já na década de 1960, entendendo a importância do setor agrícola no seu desenvolvimento, buscavam adotar políticas para melhorar as condições de saúde de suas populações rurais. Nessa época, a população rural compreendia cerca de 50% da população total desses países, tendo papel fundamental nos seus processos produtivos (Cantillano, 1983).

De fato, a “crise” em relação às precárias condições de saúde começavam a vir à superfície, especialmente nos chamados “países em desenvolvimento”. A separação entre “ricos” e “pobres” era cada vez mais evidente, e a distância entre esses dois pólos tendia a aumentar ainda mais. Os recursos de saúde dirigiam-se para uma crescente sofisticação, de natureza curativa, estando disponíveis apenas àqueles segmentos que poderiam arcar com os custos. Por outro lado, uma parcela significativa não tinha nenhum serviço de saúde à sua disposição, sobretudo nas áreas rurais e nas favelas urbanas (Newell, 1975; Unicef, 1974).

Foi a partir de constatações como essa que a noção de **atenção primária à saúde** começou a se consolidar. A 30ª Assembléia Mundial de Saúde, ocorrida em 1977, decidiu que a principal meta social a ser alcançada pelos governos e pela OMS seria proporcionar boas condições de saúde, que permitissem uma vida econômica e socialmente produtiva a todos os indivíduos no mundo (OMS, 1984; OMS/WONCA, 1994). Surge então o *slogan* que se tornou célebre na área de saúde pública mundial: “saúde para todos até o ano 2000”. Como orientação geral a todos os

países-membros, buscava-se desencadear mudanças estruturais nos governos, adaptadas às suas condições sociais e econômicas específicas. Apesar de prever e reforçar a necessidade do acesso facilitado aos cuidados de saúde indispensáveis a cada indivíduo e cada família, esse movimento levava em consideração a idéia da prevenção das doenças mediante uma ação social ampla, com melhor distribuição dos recursos por todos os segmentos da sociedade.

Essas discussões culminaram com a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, capital do Cazaquistão, em 1978, sob os auspícios da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Foi, sem dúvida, uma conferência importante, reunindo delegações de 134 países e de inúmeras entidades ligadas ao setor, com repercussões em todo o mundo, inclusive no Brasil, que foi signatário de suas resoluções. O documento final do encontro, a Declaração de Alma-Ata, reafirma a definição de saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, reconhecendo-a como um direito humano fundamental (Unicef, 1979).

Sem aprofundar a análise dos determinantes sociais dos problemas de saúde enfrentados pelos indivíduos, os objetivos principais centravam-se na ampliação da cobertura dos serviços de saúde para toda a população. A atenção primária à saúde seria a estratégia fundamental para que esses objetivos fossem alcançados, diminuindo a distância entre os “privilegiados” e os “carentes”, ou seja, o contingente de mais da metade da população mundial que não usufruía dos benefícios de um atendimento de saúde de forma adequada.

A noção de cuidados primários de saúde, conforme definido em Alma-Ata (Unicef, 1979:14), refere-se

aos cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento,

dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são o ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento sócio-econômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde.

Assim, apesar de sempre defender as adaptações às realidades locais e reforçar o respeito às práticas de saúde tradicionais, e mesmo tentando incluí-las no sistema formal, houve uma clara opção por um determinado tipo de medicina, representado pela medicina científica ocidental, que até então, era privilégio de uma parcela reduzida da população mundial. A questão era estabelecer formas que viabilizassem esse contato de todos os indivíduos com médicos, medicamentos, equipamentos médicos, vacinas e outros suprimentos de saúde, principalmente em relação aos países em desenvolvimento.

Reconhecendo a inter-relação entre desenvolvimento social e econômico, de certa forma, retorna-se à noção de que a saúde é um interesse coletivo em prol do aumento da produção de bens, presente no movimento da medicina social na Europa mais de um século antes:

quanto mais sadia for a população, maiores serão as probabilidades de que possa contribuir para o desenvolvimento econômico e social, o qual, por sua vez, proporciona recursos adicionais e a energia social capaz de facilitar o desenvolvimento da saúde (Unicef, 1979:32).

Mesmo considerando as diferenças entre os países, a mensagem é bem enfática: aumentando a cobertura dos serviços de saúde, atingiremos um maior grau de bem-estar social. O enfoque, portanto, baseia-se numa análise evidentemente funcionalista, que combina a oferta de serviços públicos de saúde à demanda das populações rurais e urbanas marginais. Dentro dessa perspectiva, cabe ao Estado oferecer esses serviços, uma vez

que as comunidades não teriam condições de, sozinhas, arcar com esse ônus. São idéias que, à época, chocavam-se de frente com a prática médica hegemônica, orientada especialmente para os cuidados curativos sofisticados e de alto custo, dominado pelos setores privados em todo o mundo. Apesar das controvérsias, com a Declaração de Alma-Ata há claramente uma redefinição da noção de saúde, que perdura até os nossos dias.

2.3. O sistema de saúde no Brasil: um breve histórico

A transposição desse breve histórico dos serviços de saúde no mundo para o caso brasileiro requer que algumas observações sejam feitas. Vários autores têm estudado a evolução das políticas de saúde em nosso país, entre eles Luz (1978, 1991) e Mendes (1994)².

Herdamos um sistema de saúde que é caótico e perverso desde a sua origem, e vou tentar explicar essa afirmação ao longo de minha argumentação. A sua compreensão requer que, em primeiro lugar, voltemos novamente no tempo. Durante o período colonial e do Império, o atendimento à saúde no Brasil estava longe de estar organizado de modo sistemático. O Regimento das Capelas e Hospitais, editado por D. Manuel, em 1514, que estabeleceu normas para o funcionamento de instituições assistenciais, serviu de espinha dorsal da assistência institucionalizada em Portugal e nas suas colônias por vários séculos. Através dele, as Confrarias da Misericórdia seriam os principais instrumentos de prestação de assistência à saúde e não o Estado português. Dessa forma, já no início do século XVI, quase todas as capitanias possuíam Casas de Misericórdia, mantidas pelas respectivas Irmandades, algumas ainda existentes nos dias atuais.

² As políticas de saúde no Brasil, por si só, constituem um tema vasto e extremamente controverso. Não pretendo, de forma nenhuma, esgotar o assunto aqui, mas apenas situar as políticas de saúde no período mais recente, objetivando oferecer uma sustentação ao tópico dessa dissertação. Para textos mais aprofundados, além dos trabalhos indicados, ver Guimarães (1979), Gonçalves (1982) e Ribeiro & Lacaz (1984). Para referências históricas específicas, ver Costa (1979), Santos Filho (1991) e Carrara (1996).

Além disso, cabe destacar o papel da Igreja Católica, principalmente o das Missões Jesuíticas, cujos colégios e enfermarias constituíam verdadeiros pólos assistenciais na época colonial. Dessa forma, a Coroa Portuguesa relegava a assistência pessoal às misericórdias, intervindo no campo da saúde apenas para prevenir e controlar as epidemias, particularmente aquelas cuja ameaça vinham pelos portos, os quais tinham importância estratégica na economia colonial e do Império. Era uma ação dirigida especialmente ao estabelecimento da ordem e à higienização das cidades, com conseqüências diretas sobre o espaço urbano e sobre os hábitos individuais dos que nele viviam.

Foi somente no período da Primeira República, após a Proclamação, em 1889, que foram implementados, sob o comando de Oswaldo Cruz, os serviços e os programas de saúde pública em nível nacional. Seguiam o modelo das “campanhas sanitárias”, também com o objetivo de controlar as epidemias da época, através de uma abordagem repressiva e autoritária, de inspiração bélica, que intervinha medicamente sobre o indivíduo e sobre a sociedade (Luz, 1991). Oswaldo Cruz, com formação no Instituto Pasteur, na França, auxiliou decisivamente na implementação de alguns princípios da “polícia médica” europeia em nosso país, muitas vezes tendo vivenciado movimentos de oposição violenta ao seu trabalho.

Após a Revolução de 1930, o Governo Vargas cria os institutos de seguridade social, os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões). Eram instituições que favoreciam apenas os segmentos de trabalhadores urbanos mais organizados e com função importante no modelo econômico da época, fortemente assentado na agroexportação. Esses institutos aliavam, de forma “clientelista, paternalista e populista”, funções de previdência social às de atenção médica, enquanto as ações de saúde pública permaneciam com suas características centralizadoras e autoritárias, sob o comando do Estado. Como observa Luz (1991), esses traços ainda são perceptíveis nas instituições e políticas de saúde em nosso país, tamanha foi a sua influência durante toda a primeira metade deste século.

No período desenvolvimentista brasileiro, na década de 50, ocorre uma tentativa de adaptação desse modelo (desenvolvimentista) às políticas de saúde. Buscava-se uma transformação de estruturas sanitárias que pecavam pelo excesso de burocracia e ineficiência. Contudo, nesse caminho para a “modernidade”, acabou-se aprofundando a dicotomia entre saúde pública, por um lado, e atenção médica individual por outro, sem, de fato, representar uma melhoria em qualquer um desses aspectos. Ao mesmo tempo, as reivindicações por uma política social mais ampla e por mudanças estruturais no país passavam a ganhar corpo entre o movimento social, sendo, entretanto, sufocadas pelo golpe de 1964.

No longo período que se segue, destaca-se o “milagre brasileiro”, entre o final da década de 60 e início dos anos 70, no auge do regime militar. Foi nessa fase que a estratégia de medicalização social foi muito marcada, possibilitada em função da grande centralização do poder institucional, refletindo-se tanto nos aspectos do campanhismo do início do século como no curativismo da atenção médica individual. A política de saúde, portanto, era coerente com a política econômica de então: achatamento salarial somado à aceleração da produtividade e do crescimento econômico. A saúde passa, então, a ser encarada como um bem de consumo médico como outro qualquer, disponível apenas àqueles em condições de comprá-la, através de convênios ou desconto compulsório na folha de pagamento. Os demais eram considerados “indigentes”, a quem restava apenas o atendimento “de caridade”.

Além disso, esse período foi caracterizado por uma demanda aumentada de consultas médicas, alimentada pelo pensamento de *atendimento médico* como sinônimo de *solução para todos os problemas de saúde*. Na esteira desse processo, multiplica-se a abertura de clínicas, hospitais privados e empresas médicas, assim como de faculdades de medicina pelo país afora, distantes da realidade sanitária do país e com um viés extremamente mercantilista, dispostos a abocanhar uma fatia do mercado médico que crescia espetacularmente. Conforme Luz (1991:82), assistimos, finalmente, à “consolidação de uma relação autoritária,

mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população”.

Com o fim do “milagre”, diminuíram os recursos destinados à saúde pública e à atenção médica. A medicina já não conseguia fazer frente às precárias condições de vida a que foi impelida a maioria da população, em função de uma política econômica que privilegiava a concentração de renda. Ao mesmo tempo, cresciam os movimentos sociais organizados reivindicando mudanças políticas e sociais amplas, em que a saúde tomava papel central. Foi nesse clima de efervescência política que o país entrou na Nova República, com a eleição de Tancredo Neves e, no seu impedimento, a condução de José Sarney à presidência da República em 1985. O movimento político que a precedeu, marcada pela campanha das “Diretas Já”, resgata definitivamente a idéia da saúde como direito universal, ligada ao exercício da cidadania.

As contradições e os interesses conflitantes presentes na arena política refletem-se nas definições das políticas de saúde da época, que assumiam um lugar cada vez mais central nos movimentos sociais. Foi um período marcado pela disputa entre uma orientação privatizante e internacionalizante por um lado e uma orientação estatizante e nacionalizante, por outro.

A saúde vinha sendo reivindicada como direito de todo o cidadão, sendo dever do Estado assegurá-la, o que era um elemento novo nas discussões. Fundamental nesse debate foi o movimento da Reforma Sanitária. Constitui-se claramente um movimento contra-hegemônico, surgido nas universidades, nos sindicatos de categorias profissionais e nas entidades associativas, como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), criado em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), fundada em 1979 (Mendes, 1994). Através de estimulantes reflexões teóricas e debates, começava a ser sistematizada uma proposta de modelo assistencial que opunha-se ao modelo vigente e que indicava na direção de um sistema público, universal, descentralizado e com controle popular.

Outro fato marcante desse período foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Foi uma conferência altamente participativa, com mais de 4000 pessoas, enviadas à Brasília como delegados ou observadores, que discutiram formas de viabilizar, na prática, a aplicação urgente dos princípios da Reforma Sanitária. Suas conclusões e resoluções foram fundamentais na definição do Capítulo da Seguridade Social, durante a fase de instalação da Assembléia Nacional Constituinte, nos anos seguintes.

Assim, nesse período de pouco menos de três décadas, o Brasil experienciou a passagem por vários marcos nas políticas de saúde, cada um refletindo avanços e retrocessos na forma como o Estado encarava a saúde e sendo fruto do próprio embate político pelo qual a sociedade como um todo passava. Assim, tivemos, em 1974, o Plano de Pronta Ação (PPA), que universalizou a atenção às urgências e determinou a pulverização dos locais de atendimento, através de convênios com o setor privado.

Em 1976, é criado, no Nordeste, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Nele, pela primeira vez, os recursos financeiros não são aplicados exclusivamente no atendimento médico, mas também em obras infra-estruturais, como saneamento básico. Ao mesmo tempo, expandia-se a rede ambulatorial pública também na zona rural, através das secretarias estaduais de saúde.

Já em 1980, a partir do PIASS e com o respaldo político da VII Conferência Nacional de Saúde, surge o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, PREV-SAÚDE. A proposta original, elaborada por um grupo interministerial de técnicos, enfatizava a necessidade da constituição de uma rede de serviços básicos de saúde, objetivando a universalização dos cuidados primários de saúde através de articulações de vários organismos do setor, público e privado. Além da extensão da cobertura, a proposta contemplava também a idéia de regionalização e hierarquização do atendimento, a integralidade da atenção, a utilização de tecnologia apropriada e a participação comunitária. Segundo Jair Soares, então

Ministro da Previdência e Assistência Social, em discurso na VII Conferência Nacional de Saúde,

O PREV-SAÚDE visa dotar este país de uma rede de serviços básicos capaz de oferecer, quantitativa e qualitativamente, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, de baixo custo, fácil acesso e elevada capacidade resolutiva. Este programa estará dirigido à população em geral, mas, de modo especial e prioritário, nas suas fases iniciais, contemplará ele as populações das cidades de médio porte e os aglomerados da periferia dos grandes centros urbanos (Brasil, 1980:71).

Na prática, o PREV-SAÚDE incorpora a tendência verificada internacionalmente no sentido da organização de sistemas de saúde assentados nos princípios da atenção primária à saúde, firmada na Conferência de Alma-Ata, dois anos antes.

Festejado inicialmente como uma estratégia efetiva para a reorganização completa do sistema de saúde brasileiro, e não mais um simples “plano”, o PREV-SAÚDE representou, contudo, um fracasso em termos de gestão política, não tendo sobrevivido às enormes pressões dos *lobbies* contrários e jamais tendo evoluído além de anteprojeto. Assim, prevaleceu o modelo caótico, elitista, corruptor, irracional e extremamente oneroso vigente até então (Mello, 1981), mas que favorecia os interesses de diversos grupos organizados no país.

Em função desses elementos, nos dois anos seguintes, a Previdência Social passa por uma profunda crise financeira, agravada em boa parte por uma política econômica recessiva no período. Como resposta, é lançado, em 1982, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, mais conhecido como “Plano CONASP”, em função do Conselho que o propôs: o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária. O plano tinha um cunho fortemente racionalizador, buscando aumentar a produtividade do sistema, especialmente público. É dessa época também a introdução da modalidade de pagamento das contas dos serviços médico-laboratoriais contratados “por procedimento”, ou seja, a cada tipo de

doença corresponderia um valor fixo. Na esteira do plano, foram lançadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que, na prática, introduziram o mecanismo de compra e venda de serviços de saúde pelos órgãos públicos, como as secretarias estaduais e municipais, em condições semelhantes aos convênios com o setor privado. Isso representou um grande avanço em termos da disponibilidade de serviços de saúde para a população.

Finalmente, em 1987, através de uma política de integração entre os Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e Secretarias Estaduais de Saúde é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) no país. Esse sistema incorpora as recomendações da histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano anterior. Histórica porque representou a concretização de um projeto de Reforma Sanitária que vinha sendo gestado há vários anos. Dessa forma, assume-se um conceito muito mais abrangente de saúde, estabelecendo-a como direito da cidadania e dever do Estado. Essa conceituação abrangente é inclusive assumida na própria Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde, que diz no seu artigo 3º que

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, 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.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (Brasil, 1991:8).

Assim, com o SUDS há um aumento do repasse de recursos do nível federal para as secretarias estaduais, marcando, de fato, o início da descentralização das ações de saúde para os Estados e os municípios.

Foi somente a Constituição de 1988 que tornou definitiva a idéia do Sistema Único de Saúde (SUS), avançado nas idéias propostas pela Reforma Sanitária. A fraca harmonia do texto constitucional e os conflitos internos presentes, que persistiram mesmo nas leis complementares, dão

uma mostra da multiplicidade dos poderosos interesses em jogo (Carvalho & Santos, 1995). Os textos aprovados foram os possíveis frente às negociações políticas realizadas naquele momento. Mesmo assim, cabe destacar a inclusão do entendimento da saúde como direito universal do cidadão; a articulação da saúde com outras políticas sociais e econômicas do país; a relevância pública de suas ações; a integralidade da atenção; e a participação comunitária.

Essas transformações, contudo, não ocorreram de modo tão pacífico quanto pode parecer. A expansão da universalização de acesso ao sistema de saúde de maneira brusca veio acompanhada por inevitáveis mecanismos racionadores e queda de qualidade, forçando aos setores privilegiados da sociedade migração para o subsistema dos planos complementares de saúde, privados. Esse é o fenômeno chamado por Faveret Filho & Oliveira de “universalismo excludente” (Mendes, 1994), o que poderia reforçar a noção do SUS como uma modalidade assistencial dirigida aos “pobres”.

Apesar de tudo, segundo dados do IBGE referido na tabela abaixo, a oferta de serviços de saúde teve um aumento nominal substancial nas últimas décadas.

TABELA 2.1. Estabelecimentos de saúde e produção de serviços – Brasil

ESTABELECIMENTO/SERVIÇO	1980	1986	1988	1990	1992
Postos de Saúde	4266	4715	5313	6769	8556
Centros de Saúde	3498	10823	12558	13670	14763
Clínicas ambulatoriais	5213	8414	8638	8582	10259
Consultas médicas (em milhões)*	nc	333.4	392.0	380.8	394.5
Clínicas complementação diagn/terap	nc	nc	nc	nc	8668
Unidades mistas	314	603	714	748	777
Hospitais	5198	6317	6409	6532	6653
Leitos	509168	512346	527196	533558	544357
Internações** (em milhões)	16.0	17.4	18.5	18.6	19.6

* Inclui consultas médicas de urgência

** Corresponde ao número de altas em todos os anos

nc = informação não computada

Fonte: IBGE. 1996. Assistência médico-sanitária. Dados 20:7.

Podemos observar que as mudanças verificadas acompanharam as alterações jurídico-institucionais do sistema de saúde em nosso país ao longo do tempo. Assim, o número de centros de saúde aumentou mais de quatro vezes num período de 12 anos. Os dados referentes ao conjunto dos diversos estabelecimentos de saúde também refletem bem as variações nas políticas de saúde em cada momento histórico. Um bom exemplo disso é o aumento significativo das atividades ambulatoriais em decorrência das Ações Integradas de Saúde (AIS), propostas em meados da década de 80.

2.4. A medicina comunitária no Brasil

Nesse contexto evolutivo do sistema de saúde no Brasil, vale a pena destacar algumas questões relativas à proposta da medicina comunitária³. A partir da década de 70, portanto, é possível perceber a existência de uma série de experiências envolvendo a medicina comunitária em áreas urbanas e rurais de nosso país. Ainda que inicialmente isoladas e com origem em entidades de caráter distinto (secretarias estaduais, prefeituras e universidades), essas experiências sugerem uma retomada da ênfase na expansão da saúde pública no nível nacional, encontrando uma conjuntura política e econômica que permitiu o seu desenvolvimento, por mais contraditório que isso possa parecer. Devemos lembrar que o Brasil ainda vivia em plena ditadura militar, em que o modelo de desenvolvimento apontava para uma acumulação acelerada de capital em poucos setores privilegiados, com conseqüente acirramento das tensões sociais de uma grande parte da população posta à margem desse processo. Esse modelo perverso de desenvolvimento deixou marcas evidentes nos indicadores de saúde da população, além da agregação de outros agravantes, como a urbanização acelerada e o desemprego. Como vimos anteriormente, o “modelo médico-assistencial privatista” predominante na época (Luz, 1979), por suas limitações inerentes, já não conseguia responder às necessidades de saúde do conjunto da população, apesar de absorver a maioria absoluta dos recursos destinados à saúde.

Havia uma tendência clara à privatização dos serviços, evidenciada pela queda da oferta de serviços pelo setor público, ao mesmo tempo em que, proporcionalmente, havia um aumento expressivo de convênios com o setor privado para consultas e baixas hospitalares, os quais inclusive recebiam subsídios governamentais para o seu estabelecimento e crescimento. Além disso, toda a assistência médica acabava sendo dirigida para a hospitalização e a especialização, em que o uso de alta tecnologia

³ Há na literatura vários autores que aprofundaram a análise sobre a questão da medicina comunitária brasileira, cabendo destacar entre eles os trabalhos de Donnangelo (1976), Cordoni Jr (1979) e Pelegrini Filho, Ramos & Ribeiro (1978).

era mais empregada e, conseqüentemente, a lucratividade era muito maior; situação favorecida ainda mais pelo Plano de Pronta Ação (PPA), a partir de 1974.

Segundo Cordoni Jr (1979), a proposta da medicina comunitária começa a ser veiculada no Brasil, através do discurso oficial, na década de 70. Originou-se uma década antes, nos Estados Unidos, e foi difundida para toda a América Latina através de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Federação Panamericana de Associações de Faculdades de Medicina (FEPAFEM), além de fundações como a Kellogg e a Ford. No seu país de origem, tinha como objetivo responder às demandas sociais originadas no movimento pelos direitos civis e nos conflitos raciais nos “guetos” negros dos grandes centros urbanos norte-americanos. Era a resposta do governo na “guerra contra a pobreza”, iniciada pelo Governo Kennedy.

No Brasil e nos países vizinhos, foi destinada também às populações urbanas “marginais”, que não conseguiam ingresso no modelo de assistência social imposto na época. Assim, a medicina comunitária viria para solucionar um impasse vivido pelo Estado: tornar possível a expansão de um tipo de atendimento de saúde de baixo custo, sem inchar o sistema previdenciário - admitidamente caro e excludente - uma vez que os recursos para tal eram muito limitados. Acirra-se então, a desvinculação definitiva entre os dois modelos: a medicina previdenciária para os trabalhadores, contribuintes regulares e compulsórios do sistema; e a medicina comunitária, de baixo custo e pouca sofisticação técnica, direcionada às populações de baixa renda, excluídas até então do processo de medicalização e distantes de qualquer sonho de consumo médico pago com seus próprios recursos.

Dessa forma, pelo menos, atinge-se os objetivos de extensão nominal de cobertura. Ao mesmo tempo, introduzem-se novas características na prática médica, como o emprego de pessoal auxiliar nas ações de saúde, a ênfase no atendimento ambulatorial e simplificado, a hierarquização e

regionalização e, sobretudo, a participação comunitária⁴. Eram características que se contrapunham frontalmente ao modelo hegemônico da época, o que mostra o seu caráter contraditório na própria evolução das políticas de saúde e que, por vezes, relacionavam a medicina comunitária a um potencial político revolucionário.

A medicina geral comunitária, como especialidade médica, teve o seu início em 1976, através de dois programas de residência que iniciaram praticamente de modo simultâneo: a Unidade Sanitária Murialdo, em Porto Alegre, vinculada à Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, e o Projeto Vitória, ligado à Universidade Federal de Pernambuco (Abath, 1984). Em ambos os programas, os “médicos gerais comunitários” egressos tinham o perfil considerado ideal para o trabalho em cuidados primários de saúde.

A criação desses programas refletia uma preocupação mundial quanto à escassez de médicos que atuassem no nível de atenção primária. Viveu-se um período, após a II Guerra Mundial, de uma especialização médica crescente, em detrimento do cuidado geral. Essas experiências pioneiras representavam uma retomada na busca da integralidade do paciente, já que a superespecialização tinha desmembrado o ser humano em tantas partes quanto fossem o número de especialidades médicas. Nos Estados Unidos, reabilitou-se esse médico com o nome de “médico de família” (*family doctor*), através da criação, em 1969, do *board* de Medicina Familiar, que deu status de especialista a esse profissional. Os nomes adotados na América Latina foram variados, mas todos tinham, em linhas gerais, a mesma preocupação.

Desde o início, houve uma grande polêmica quanto aos nomes a serem atribuídos a ele: “médicos (sem adjetivos), médicos gerais, clínicos gerais, médicos generalistas, médicos de assistência primária, médicos de primeira linha, médicos polivalentes, médicos de família, médicos comunitários, médicos familiares comunitários, médicos gerais familiares e médicos gerais comunitários” (Abath, 1984:166).

⁴ O tema da participação comunitária será aprofundado no capítulo 4.

Paim (1985) analisa a introdução da medicina de família como um movimento ideológico e político de tentativa de reforma da prática médica. A partir da experiência norte-americana, em que o médico de família apresenta-se como a alternativa adequada frente à especialização exagerada, à hospitalização e ao uso abusivo da tecnologia, esse movimento difunde-se por todo o mundo, primeiramente no Canadá e México, e posteriormente, para o resto do mundo, com graus variados de penetração.

Nesse processo de disseminação, há três fases previstas: a fase política, em que essas questões são discutidas em profundidade; a fase administrativa, na qual há a organização dos programas de residência médica; e por fim, a fase acadêmica, em que se esperaria a incorporação dessas idéias pelas escolas médicas e, conseqüentemente, pelos seus currículos (Ceitlin, 1982; Paim, 1985). De fato, a questão foi muito discutida pela Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) e por várias universidades já na década de 70.

A tônica de toda essa discussão sobre generalistas *versus* especialistas centra-se principalmente na questão da integralidade da atenção médica e na sua humanização, sendo que o médico geral é tido como o único profissional apto a resgatá-las.

Segundo Paim (1985), houve um firme apoio da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) para implementar programas de residência médica em medicina de família do Brasil, primeiramente através de modificações nos programas em Medicina Preventiva e Social – o que acarretaria no esvaziamento deste último – e, uma vez não obtendo sucesso, foi editada a Resolução 07/81, a qual institui o Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária (MGC). Conforme a interpretação do autor, essa foi a forma encontrada para institucionalizar a Medicina de Família no Brasil com o nome de Medicina Geral Comunitária.

Essa discussão contudo não parece ter ocorrido de maneira tão pacífica. Os profissionais ligados à Medicina Geral Comunitária reivindicavam um campo próprio de atuação, rechaçando totalmente a

proposta da Medicina de Família (MF). No Relatório Final do I Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária, realizado em Sete Lagoas, MG, em 1986, essa separação não deixa dúvidas:

A Medicina de Família centra sua atenção no núcleo familiar, que constitui o seu objeto de trabalho. Embora em alguns momentos suas técnicas sejam confluentes com a prática da Medicina Geral Comunitária, mantém uma tendência nitidamente privatizante, atuando de forma conservadora no campo social. A compreensão restrita do macro-sistema prejudica sua atuação transformadora, o que a distancia da MGC na sua concepção atual. Portanto, a distinção em MGC e MF se fundamenta nas diferenças das práticas sociais, que tornam seus objetivos divergentes.

A diferença de nome, portanto, nem sempre situou-se apenas no campo semântico. Os setores politicamente mais engajados sempre repudiaram a expressão “medicina de família”, pois segundo eles, denunciava uma preocupação exclusiva com o grupo familiar, não levando em consideração os determinantes macroestruturais das condições de saúde, expresso nos aspectos “comunitários”. Além disso, o “médico de família” era considerada uma importação norte-americana, ligada à prática liberal (privada) da medicina.

De fato, o modelo de médico de família norte-americano sempre esteve centrado no médico, no seu consultório privado e nos seus pacientes, que pagam suas consultas diretamente ou através de seguros-saúde, sem integrar, formalmente, um sistema de saúde que preveja níveis diferenciados de atenção.

No caso brasileiro, a medicina geral comunitária, pelo menos até recentemente sempre representou uma alternativa marginal. O número de programas sempre foi pequeno, e estes estiveram envolvidos em uma crônica falta de recursos que garantissem a sua continuidade. Mesmo não havendo muitas vagas, não era incomum a existência de vagas de residência médica na área não preenchidas após os concursos. Em 1984, por exemplo, em todo o Brasil, havia apenas 10 programas em funcionamento, totalizando 73 vagas para residentes de primeiro ano (Abath, 1984). A escassez em termos

de mercado de trabalho para os egressos também sempre foi fonte de preocupação, ajudando a afastar os possíveis candidatos.

Em uma pesquisa recente, realizada em todo o Brasil, a Medicina Geral Comunitária ficou em 10º lugar entre todas as 64 especialidades médicas estudadas, de acordo com o número de médicos em atuação, com menos de 3% do total (Fiocruz/CFM, 1996). Esse número sobe para um pouco mais de 4% se considerarmos apenas o Interior. De qualquer forma, a julgar pelos números absolutos computados (5.504 médicos), presume-se que a grande maioria não possui formação específica nos programas de residência médica credenciados, apenas intitulado-se, através da prática, “médicos gerais comunitários”. De qualquer maneira, esse número está muito aquém das necessidades reais. Para efeitos de ilustração, se realizarmos o cálculo de um médico para cada duas mil pessoas (esse número é conservador), necessitaríamos de pelo menos quase 15 vezes mais médicos gerais comunitários para abranger toda a população brasileira. Os dados completos referentes a esse item da pesquisa podem ser observados na seguinte tabela:

**TABELA 2.2. Médicos segundo especialidades principais de atuação
(dez mais citadas) Brasil – 1995**

Especialidade principal	Valor absoluto(*)	%(**)
Pediatria	26181	14.17
Gineco-Obstetrícia	22248	12.04
Medicina Interna	14994	8.12
Cirurgia Geral	11220	6.07
Anestesiologia	9150	4.95
Cardiologia	8115	4.39
Oftalmologia	6660	3.61
Ortopedia e traumatologia	6612	3.58
Psiquiatria	5900	3.19
Medicina Geral Comunitária	5504	2.98
Total	116584	63.12

(*) Em 1995, o número absoluto de médicos classificados como “ativos” era de 171.124.

(**) Os percentuais foram calculados em relação ao total de 64 especialidades.

Fonte: Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil. Fiocruz/CFM. 1996. *Dados 19:20.*

2.5. O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

Foi em meio às contradições desse contexto que iniciou a experiência do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre, RS.

O SSC teve a sua criação intimamente ligada à própria história da residência médica em “Medicina Geral” do Hospital Conceição, iniciada em 1980, a segunda no Estado. Na época, essa residência estava organizada

de forma que o residente percorria as quatro áreas básicas (pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica e cirurgia) durante estágios de seis meses cada. Acreditava-se que essa era a fórmula possível para a formação do “médico geral”, cujo destino final seria o Interior do Estado.

FOTO 2.1. Parte da Equipe da Unidade Conceição, durante a realização das atividades do Dia Internacional da Mulher, em 1997.

O grande idealizador desse programa e de todo o SSC foi o Dr. Carlos Grossman. Um médico graduado na década de 50, com forte formação clínica e experiência de trabalho nos Estados Unidos, mas que sempre esteve ligado às experiências mais importantes na área do ensino médico e da saúde comunitária no Estado do Rio Grande do Sul. Com grande carisma e capacidade de liderança, esteve, por exemplo, envolvido junto com o Dr. Ellis Busnello e outros profissionais na instalação do primeiro programa de residência em saúde comunitária da Unidade Sanitária Murialdo já em meados da década de 70 e, bem antes disso, na primeira residência médica do Estado, a de Medicina Interna na Faculdade de

Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (O Grupo, 1980, 15:23).

Com sua ida para o Hospital Conceição, foi o primeiro coordenador da residência em medicina geral. Esse programa iniciou oficialmente em janeiro de 1980, com 33 médicos-residentes, sendo, à época, o maior em número de residentes no GHC e no país na especialidade (O Grupo, 1980, 15:23). Já no início dessa experiência, fica evidente o objetivo maior de Grossman para o programa: “proporcionar o atendimento do paciente como ser humano integral e não como ‘caso’. É a busca do médico de família ou médico da comunidade, que conhece seus pacientes” (O Grupo, 1980, 13:6). Em função disso, alguns médicos chegam a referir-se a um “modelo Grossman”, e não um modelo inglês, cubano ou norte-americano de formação médica.

Era uma experiência até certo ponto revolucionária em se tratando do Grupo Hospitalar Conceição ou mesmo de qualquer complexo hospitalar. O GHC, desde a sua criação como hospital privado, sempre esteve direcionado para o atendimento médico terciário, tecnicamente sofisticado, como era de se esperar de uma instituição privada de saúde na época: muitos especialistas e tecnologia de ponta a oferecer. A residência médica, criada em 1968, seguia a mesma tendência.

De fato, o GHC cresceu a partir do Hospital Cristo Redentor, fundado em 1956, sob essa marca e também às custas de muitos recursos públicos, convênios de prestação de serviços com o INPS e, sobretudo, pela habilidade gerencial e senso de oportunidade de seu proprietário, o Sr. Jahyr Boeira de Almeida. Em 1973, o GHC já era uma potência na área da prestação de serviços médicos, estando constituído pelos Hospitais Cristo Redentor, Conceição, Criança Conceição e Fêmeina - além de uma empresa de transporte médico aéreo e uma fazenda - mas começa a enfrentar um período de denúncias crescentes, envolvendo acusações de graves irregularidades frente às autoridades previdenciárias, inclusive com a prática de superfaturamento nas contas médicas. As denúncias foram avolumando-se, com destaque na imprensa local, à medida que o GHC consolidava sua posição de grande prestador de serviços médicos, tanto ambulatoriais como

de internação, a uma parcela significativa da população gaúcha, estendendo-se por toda a Zona Norte da capital e também por municípios vizinhos, como Gravataí, Cachoeirinha e Alvorada. A atuação do GHC, naquele momento, havia tornado-se insubstituível.

A crise aprofundou-se no final de 1974, levando o Governo Federal, em 20 de fevereiro de 1975 à desapropriação das ações do Grupo (O Grupo, 1984; 33:6) e à indicação de um interventor para manter a sua administração e evitar o colapso no atendimento à saúde no Estado. Desde então, o GHC vive a situação de ser mais uma empresa estatal, uma vez que mais de 98% de suas ações são de propriedade da União. Gradativamente, os médicos passaram de médicos credenciados para prestar serviços à Previdência para a situação de funcionários assalariados da instituição. Ainda hoje, com seus mais de 1600 leitos, a presença do GHC é muito expressiva na assistência à saúde, sendo responsável, entre outros indicadores, por mais de um terço das consultas ambulatoriais do município de Porto Alegre e 7,4% de todas as internações hospitalares do Rio Grande do Sul, o que o torna o maior prestador de serviços de saúde no Estado (GHC, 1996).

Assim, a proposta de uma formação “geral” entrava em choque com a própria tradição da instituição de formar especialistas. Isso explica, em parte, o clima de constante hostilidade a esse tipo de médico em toda a instituição, cujos resquícios se fazem presentes ainda hoje. Na verdade, esse tipo de conflito existia na escala maior de toda a sociedade, em que a medicina comunitária contrariava os interesses e a lógica da formação e da prática médica hegemônica de então.

Nós tínhamos que provar que éramos bons. Não podíamos deixar furo, se não os especialistas caíam na nossa cabeça.
Médico A

Nós éramos os “patinhos feios” da Instituição. Tínhamos que fazer frente à oposição interna pela qualidade do nosso trabalho.
Médico B

Chegaram a comparar a gente a um câncer, que estava crescendo dentro do Hospital.
Médico C

Essas desavenças acentuavam-se sobretudo porque havia atividades e estágios em que os residentes da medicina geral comunitária “misturavam-se” aos residentes das outras especialidades. E apelidos pejorativos eram inevitáveis, como “Geraldão” (em alusão a um controverso jogador de futebol da época) ou “Geni” (pelo fato de os médicos gerais constarem nas escalas de plantão como “Gen 1” e em referência à música “Geni e o Zepelin”, de Chico Buarque de Holanda).

O próprio Grossman se não parecia estimular esses conflitos, também não buscava a pacificação, uma vez que, na raiz de todo o programa, estava a idéia de uma formação médica mais humana, mais voltada para o paciente, que tinha sido, na sua concepção, abandonada pela “classe médica” e pelas especialidades. Segundo ele, o paciente foi, nesse contexto, colocado num plano secundário, enquanto que esses médicos, em geral, priorizavam o ganho de dinheiro e de poder.

Esses desentendimentos talvez tenham chegado ao auge com a publicação de um artigo na seção “Ponto de Vista” da Revista Veja (Veja, 18/05/94), com o título de “Médico faz mal à saúde”. Mesmo não tendo sido Grossman o autor do título bombástico (mas ao mesmo tempo tendo permitido a sua publicação), o texto tece uma série de considerações sobre a péssima formação médica nas faculdades de medicina e a incompetência dos serviços de saúde, à luz de um caso dramático ocorrido naquele ano na Grande Porto Alegre, com enorme repercussão na mídia: um menino de 4 anos que morre de uma infecção na perna, mesmo após ter peregrinado por vários serviços de saúde e vários médicos, que não o acolhem como deveriam e não providenciam o tratamento básico para evitar a sua morte.

O artigo, publicado na época em que o Dr. Grossman exercia o cargo de diretor-técnico do GHC, teve enorme repercussão entre a categoria médica, em geral contra o tom cáustico e extremado da sua análise.

A filosofia que orientava a formação do médico geral explica essa sua preocupação com a formação médica. Em depoimento diz que

(...) eu insisto que sejamos íntegros, dedicados ao paciente, e o vejamos como uma pessoa, e não como uma coisa, um objeto.

Hoje, depois de obter relativo sucesso na busca de consolidação da proposta, ele parece ter sistematizado um pouco mais essas idéias em alguns princípios seus que diz ter derivado da sua prática médica de muitos anos:

- “o paciente **sempre** tem razão”;
- “o paciente **sempre** fala a verdade”; e
- “é **sempre** orgânico”.

Assim, de uma maneira geral, os dois primeiros princípios resgatam o paciente para a posição central da relação médico-paciente, dando-lhe a palavra e o crédito. É uma posição diferente face ao que ocorre freqüentemente, em que o médico utiliza apenas o que lhe convém da fala do paciente para o “diagnóstico correto”, desprezando o “supérfluo” e o que simplesmente não entende.

O terceiro princípio é mais clínico, pois, sem ser dogmático, valoriza a vocação do médico de buscar a solução para os problemas que o paciente traz à consulta, através de seu conhecimento médico. De certa forma, é uma provocação àqueles que buscam atribuir a “distúrbios psicológicos” tudo o que a medicina ocidental moderna não consegue explicar.

Mais recentemente, Grossman acrescentou um quarto princípio à sua lista: “é preciso **sempre** duvidar de si mesmo”, no sentido do questionamento constante de nossos passos na relação com os pacientes. Fez a ressalva, contudo, de que esse princípio não deve paralisar, ou seja, questionar tanto a ponto de impedir o profissional de agir, anulando-o como médico.

Esses são princípios básicos que, na sua opinião, qualificam o bom médico, ao mesmo tempo em que transferem certo peso para o paciente na relação, o que vai de encontro a uma medicina massificada e desumana.

**FOTO 2.2. Placa em bronze, afixada na entrada da Unidade
Conceição, homenageando o Dr. Carlos Grossman, por ocasião
do 8º aniversário da Unidade.**

Os conflitos decorrentes dessas idéias foram, então, inúmeros e constantes. Mesmo assim, a proposta seguiu adiante e floresceu, muito em função do carisma pessoal de seu fundador e uma grande capacidade de articulação política em todos os níveis. Grossman sempre soube utilizar muito bem isso, acionando políticos dos mais diversos partidos e outras pessoas de seu relacionamento em posições-chave, que formam um grupo altamente influente. Assim, de uma estrutura muito modesta e restrita, o SSC expandiu-se ao longo dos anos, possuindo atualmente 13 Unidades de Saúde espalhadas pela Zona Norte de Porto Alegre e contando com quase 200 profissionais, sendo que destes, cerca de 50 são médicos gerais comunitários.

É obvio também que boa parte dessa discussão entre generalistas e especialistas passava por uma questão econômica, nem sempre muito explícita, de briga pelo mercado de trabalho e pela potencial clientela. No

momento em que o médico de família se propõe a resolver 90% das queixas dos pacientes, subtrai, necessariamente, uma parte da clientela de todas as outras especialidades e, junto com ela, uma fonte correspondente de receita.

Então, por trás dos conflitos, sempre havia esse confronto entre “nós” (os médicos de família) e “eles” (os especialistas), entre os “ótimos” e os “péssimos”. Mesmo assim, é possível perceber que a nossa formação também era mais clínica, o que diferenciava a Conceição da experiência da Unidade Sanitária Murialdo que, por exemplo, já nasceu “saúde comunitária”.

Em 1982, contudo, buscando atender às determinações para credenciamento do Programa junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que exigia campo próprio para estágio, foi criada a Unidade de Medicina de Família, nas dependências do Hospital Conceição, oficialmente inaugurada em 18 de novembro de 1983, contando com a presença do Ministro da Saúde e do Secretário Estadual da Saúde⁵. Também nesse momento, adequando-se à Resolução 07/81, a residência passou a chamar-se “Medicina Geral Comunitária”. A questão dos nomes, apesar de não ser fundamental, denota, é claro, as contradições e os conflitos entre os médicos que defendiam um perfil “mais clínico” dos que propunham uma atuação “mais comunitária”. De qualquer forma, ninguém do SSC participou das discussões que culminaram com a edição dessa Resolução e o seu conseqüente “batismo”.

Era para ser Medicina de Família desde o início.
Médico D

O nome é irrelevante. O importante é o que se faz. Colocando o profissional na comunidade, ele sabe o que tem que fazer, independentemente do nome.
Médico E

Essa discussão aflora de tempos em tempos, quando se discute o perfil do Médico Geral Comunitário (MGC), mas sem a perspectiva de consenso.

⁵ Na época, o Ministro da Saúde e o Secretário Estadual da Saúde eram, respectivamente, Waldir Arcoverde e Germano Bonow.

Os médicos mais antigos, depois de terem discutido repetidamente a questão, sem sucesso, resolveram, de brincadeira, tirar uma foto em que todos aparecem de lado, para expressar “definitivamente” o perfil do MGC e evitar assim futuras controvérsias. Essa foto encontra-se emoldurada e exposta até hoje na Unidade Conceição.

Mesmo assim, a Medicina Geral Comunitária também exibe uma ambigüidade acentuada nos seus próprios métodos e no campo de atuação, entre definir-se, por um lado, como uma medicina “científica e moderna”, a serviço de um atendimento integral e continuado e, por outro lado, como uma medicina simplificada, que tolera a incorporação no seu dia-a-dia de práticas alternativas de cura, como chás, por exemplo.

Independentemente disso, no nível mundial, o Brasil é considerado como um país com programas de formação de médicos de família estabelecidos (Ceitlin, 1982; Haq et alii, 1996). E essa é uma dúvida que permanece até hoje. Assim, em encontros internacionais de medicina de família, alguns médicos gerais comunitários referem-se a si mesmos como “médicos de família”. No Brasil, contudo, essa especialidade não é reconhecida oficialmente e, conseqüentemente, nenhum médico pode, pelo código de ética médica, anunciar-se como tal. Mas essa variação de nomes não é uma exclusividade brasileira: em outros países, como Portugal e Espanha, por exemplo, há as sociedades de “Medicina Familiar e Comunitária”.

Alguns meses antes da inauguração da Unidade de Medicina de Família, residentes e doutorandos do programa realizaram uma pesquisa com os moradores da vizinhança do Hospital Conceição e descobriram fatos bem interessantes⁶. Por exemplo, mais de 60% das pessoas não consultavam nem no ambulatório e nem internavam-se no Hospital⁷. A sua utilização era principalmente da emergência. Não tenho informações detalhadas sobre como as questões foram formuladas, mas a maioria dos

⁶ Essa pesquisa não foi publicada. As informações aqui apresentadas foram relatadas por um informante que participou da investigação original.

⁷ Na época, o GHC atendia apenas pacientes com vínculo previdenciário.

pesquisados também respondeu que gostaria de ter ao seu alcance um sistema de saúde que previsse a figura de um “médico de família”.

É interessante ressaltar que todo o processo de implantação da Unidade ocorreu à margem de todo o movimento em prol de um modelo de atenção primária à saúde que ocorria no Brasil à época. “O serviço se bastava”, como diz um médico, o que passa uma idéia de que o intercâmbio com os outros modelos e com a conjuntura nacional não tinha tanta importância naquele momento. No país todo, pipocavam relatos de experiências com medicina comunitária, discutia-se o PREV-SAÚDE, e a VII Conferência Nacional de Saúde apontava nesse mesmo caminho. “O SSC tinha uma maior vinculação com a Inglaterra do que com o Murialdo”, como diz esse mesmo informante.

De forma semelhante, o Serviço desenvolveu-se independentemente das Universidades, que nunca lhe deram apoio direto. Um outro médico chega a dizer que “o Serviço se desenvolveu *apesar* da Universidade”. E essa parece ser uma característica comum de muitos outros programas, em que as universidades, de maneira geral, jamais conseguiram mobilizar esforços no sentido de obter investimentos consistentes e duradouros na área de atenção primária à saúde. Isso já tinha sido denunciado em 1981, na “Carta de Petrópolis”, na qual os coordenadores de programas de residência médica em medicina geral comunitária – a maioria deles, aliás, ligados a universidades – reivindicavam maior espaço nos seus currículos, em que a contratação de médicos gerais comunitários entre os seus docentes poderia agir como “agente catalizador” das tão desejadas mudanças na área de graduação” (Carta de Petrópolis, 1981). Assim, a “fase acadêmica”, referida anteriormente, nunca foi de fato efetivada com sucesso.

Dessa maneira, a história do SSC se confunde com a história da própria residência médica em medicina geral comunitária, da qual é, na verdade, originária. Grossman admite que seu foco principal de atenção sempre foi a formação de pessoal e não o sistema de saúde em si, o que explica, em parte, essa falta de interesse nas outras experiências em curso no país.

Essa situação parece ter mudado nos últimos três anos, quando o Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde da Família (PSF). Elaborado com a colaboração do próprio Grossman e de outros técnicos do SSC, esse programa busca, mais uma vez, a “reestruturação do modelo assistencial dominante” (Brasil, 1997). A partir de uma integração com o sistema de saúde local, a família – integrada à comunidade e ao contexto social mais amplo – passa a ser o foco da atenção de saúde, na perspectiva de uma atenção mais direta no espaço do domicílio e, portanto, capaz de causar impacto sobre as populações de comunidades geográficas definidas. Resgata mais uma vez na política social a atenção dos serviços sobre a **saúde**, e não mais sobre a **doença**, com ênfase na integralidade da assistência. Como pode-se observar, vários dos princípios contidos na proposta original do SSC foram totalmente incorporados no Programa.

O programa prevê, mediante certos critérios técnicos, a adesão dos municípios interessados, e não a sua imposição indiscriminada pelo Ministério. Em contrapartida, os municípios recebem um financiamento inicial, auxílio para a sua implantação, e adotam um sistema diferenciado de remuneração das consultas e procedimentos de saúde produzidos pelas Equipes⁸. As equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e um número variável de agentes comunitários de saúde, encarregados por uma população composta de 800 a 1.000 famílias. Hoje em dia, o país todo conta com mais de 1.800 equipes em funcionamento, com a meta de dobrar esse número até o final de 1998. O Rio Grande do Sul é um dos locais onde a idéia ainda não prosperou na mesma rapidez e proporção, com exceção de algumas cidades, como Santa Rosa e Porto Alegre. Nesta última, 29 equipes já foram colocadas em funcionamento desde 1996 com o auxílio do SSC, havendo a previsão de instalação de um total de 100 equipes nos próximos meses.

Contudo, esse é um programa que sofreu críticas isoladas, pelo menos inicialmente, como sendo um “*revival* da medicina familiar” nos moldes norte-americanos, representando um retrocesso no modelo de

atenção à saúde preconizado pelo SUS (Misoczky, 1994). Em que pese o fato do PSF ainda ser um “programa” e não uma “política de saúde”, a adoção da proposta por inúmeros municípios brasileiros e o entusiasmo com a mesma demonstrado inclusive por administrações “de esquerda” pode evidenciar que tais críticas parecem superadas em parte.

O que procurei neste capítulo foi apresentar uma idéia geral da assistência à saúde ao longo da história, aprofundando-a quanto à criação da Unidade Conceição do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, com as suas características peculiares. Isso torna-se importante pois, como vimos no capítulo de introdução, estabelece-se uma estreita relação entre os serviços de saúde – e a maneira como estão estruturados – e os seus usuários.

No próximo capítulo abordarei a questão da “área geográfica definida”, um dos pontos que mais distingue a experiência do SSC desde o seu início e que agora passa a ter uma dimensão muito mais ampla no atual contexto da assistência à saúde no Brasil.

⁸ Em geral, os procedimentos são pagos pelo dobro dos valores da rede conveniada regular.

CAPÍTULO 3

Comunidade, territorialidade e intervenção médica: olhando o mapa

O MAPA

*Olho o mapa da cidade
Como quem examinasse
A anatomia de um corpo...*

(É nem que fosse o meu corpo!)

*Sinto uma dor infinita
Das ruas de Porto Alegre
Onde jamais passarei...*

*Há tanta esquina esquisita,
Tanta nuança de paredes,
Há tanta moça bonita
Nas ruas que não andei
(E há uma rua encantada
Que nem em sonhos sonhei...)*

*Quando eu for, um dia desses,
Poeira ou folha levada
No vento da madrugada,
Serei um pouco do nada
Invisível, delicioso*

*Que faz com que o teu ar
Pareça mais um olhar,
Suave mistério amoroso,
Cidade de meu andar
(Deste já tão longo andar!)*

E talvez de meu repouso...¹

¹ Quintana, Mário. 1976. *Apontamentos de história sobrenatural*. Porto Alegre: Globo.

3.1. Introdução

O termo “comunidade” está tão indissociavelmente ligado à noção de saúde comunitária que está presente até mesmo no próprio nome. Este capítulo busca discutir algumas questões relacionadas à sociabilidade e às formas de identidade de grupo envolvidas por esse conceito. Em outras palavras, pretendo analisar o que faz com que um grupo se identifique como **grupo**, e, mais do que isso, se realmente esse conceito é operacional e mesmo importante no contexto da saúde comunitária como um todo. É necessário frisar que há inúmeras abordagens possíveis para essa discussão, que acabam incorporando, de maneira concomitante – e por vezes conflitante – aspectos relativos à saúde pública, antropologia e geografia médica, entre outros. Na presente discussão, três tópicos obrigatoriamente entrelaçam-se e serão abordados ao longo deste capítulo: o espaço físico; os seus habitantes e as relações que estabelecem entre si e com o mundo exterior; e a relação dessas pessoas com o território onde vivem.

3.2. A “comunidade”

Procurarei centrar minha análise em uma unidade de saúde comunitária específica, tendo como referência a Unidade Conceição, que é, como já vimos, a mais antiga da rede de treze postos de saúde que compõem o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizado na Zona Norte de Porto Alegre, RS. A Unidade, em virtude da vinculação do GHC com o Ministério da Saúde², faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e presta atendimento no nível de atenção primária à saúde, de forma gratuita, através de uma equipe multiprofissional

² O Grupo Hospitalar Conceição é uma sociedade anônima cujo maior acionista é a União, que, por sua vez, delega a sua administração e o pagamento de seus funcionários ao Ministério da Saúde. Desse modo, é indiscutivelmente uma entidade pública. A sua definição jurídica, por outro lado, é algo passível de discussão, mesmo na administração central do Grupo, ora vista como órgão estatal, ora como entidade pública de direito privado.

composta atualmente por 7 médicos, 2 enfermeiros, 1 psicólogo, 5 auxiliares de enfermagem, 2 auxiliares administrativos, 2 auxiliares de limpeza e 8 médicos-residentes. A Unidade Conceição, inaugurada como "Unidade de Medicina de Família", atende a uma população calculada em mais de vinte mil pessoas, conforme do IBGE (1991). A Unidade conta com mais de 7.000 "prontuários de família"³ e realiza uma média de 80.000 atendimentos anuais, entre consultas médicas e diversos procedimentos de saúde⁴.

FOTO 3.1. Recepção da Unidade Conceição

³ Os "prontuários de família", grandes envelopes de papelão numerados seqüencialmente, contém as fichas médicas de todas as pessoas que se declaram moradoras de um mesmo endereço.

⁴ Os "procedimentos de saúde" aqui citados correspondem a consultas de enfermagem e de psicologia, atividades em grupo com pacientes, curativos, nebulizações, pequenas cirurgias, aplicação de medicamentos, coleta de exames, visitas domiciliares e internações na sala de observação.

Alguns serviços de saúde têm aprofundado a proposta de implementar áreas geográficas sob sua responsabilidade para atenção à saúde, sob a forma de distritos sanitários. Autores como Mendes, Teixeira, Araújo & Cardoso (1994) têm apontado a organização dos serviços de saúde sobre os distritos sanitários como elemento fundamental para possibilitar a superação de um modelo de atenção médica centrada na **doença**, passando a uma intervenção em busca da **saúde da população**. Para tanto, esses autores conceituam especificamente as diversas dimensões de **território**, encarando-o, não dentro de uma visão “topográfica-burocrática”, ligada estritamente ao solo, mas como processo. Assim, as várias dimensões seriam as seguintes:

- Território-Distrito: área que obedece a delimitação político-administrativa de cada município.
- Território-Área: é a área de abrangência de uma unidade de saúde e sobre a qual a unidade deve se responsabilizar na prestação de serviços de saúde para a população.
- Território-Microárea: área em que se encontram grupos populacionais mais ou menos homogêneos de acordo com suas condições objetivas de existência.
- Território-Moradia: é o espaço da microunidade social, família nuclear ou extensiva.

Costuma-se ouvir, entre os membros da Equipe, que essa comunidade “é um mundo”, e, conforme a perspectiva de quem a utiliza, a expressão é verdadeira. Nesse espaço relativamente pequeno, mora uma população maior que muitos municípios brasileiros, abrigando pessoas com inserções sociais e trajetórias individuais muito diferentes: pequenos empresários, aposentados, empregadas domésticas, assalariados em geral, desempregados, jovens, velhos, estudantes, professores, portadores de doenças crônicas, indivíduos que nunca procuram os serviços de saúde e assim por diante.

FOTO 3.2. Reunião do Grupo da Terceira Idade, realizado nas dependências da Unidade Conceição

Essa “comunidade” está longe de ser algo fechado. Possui inúmeras “vias de entrada”, com um movimento que a faz “cosmopolita” dentro da própria cidade de Porto Alegre, principalmente em função do Hospital Conceição e do comércio próximo. Conta com a presença de uma igreja católica, um clube de mães, uma associação de moradores, canchas de bocha, CTGs, etc. Alimenta-se, assim, uma ambigüidade que é própria de nossos tempos, entre o **global** e o **local**⁵.

3.3. A “área de abrangência” da Unidade Conceição

O território-área, ou seja, a área de abrangência do posto de saúde e na qual centro minha análise, foi delimitado arbitrariamente, formando, grosseiramente, um retângulo que segue os limites da Avenida João Wallig,

⁵ Massimo Canevacci, durante palestra no I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, em Curitiba, em novembro de 1995, utilizou a expressão “glocal” para definir essas contradições presentes na simultaneidade entre o global e o local.

Avenida Assis Brasil, Avenida do Forte e, ao leste, uma série de terrenos não ocupados que fazem divisa com o Shopping Center Iguatemi. Inclui porções de pelo menos três tradicionais bairros da Zona Norte de Porto Alegre: Passo D'Areia – em menor escala – Cristo Redentor e Vila Jardim, e dentro desse, a totalidade de um setor específico, conhecido como Jardim Ipiranga.

Não há nenhum marco geográfico ou turístico nessa área. Na verdade, são áreas contíguas, cuja delimitação confunde até mesmo os seus moradores mais antigos.

Olha, é meio complicado dizer onde começa... mas tenho a impressão que tem uma placa ali na frente do Zottis, ali na Sapé, que diz que para lá é Jardim Ipiranga e para cá é Cristo Redentor.. É como na fronteira, Santana do Livramento e Rivera. Mas o carnê do IPTU diz "Cristo Redentor".

Roberto, morador há 30 anos

A gente não está muito bem certo... quem anuncia é a prefeitura. Às vezes eu recebo cartas aqui onde diz "Chácara das Pedras", mas chega.

Manoel, morador há 15 anos

Atualmente, quem passa pela região encontrará uma paisagem dominada por prédios de três ou quatro andares, de construção sem luxo, destinados à moradia da classe média e média baixa. Ainda é possível reconhecer alguns moradores mais antigos desses bairros, que mantêm as mesmas casas de madeira de 30 ou 40 anos atrás, quando a região começou a ser povoada.

Todas as pessoas com quem falei referem-se ao seu local de moradia como "um bairro de classe média" (ou "média média", como preferem alguns mais detalhistas), sendo esse fato também um dos grandes atrativos a influir na decisão de morar no bairro. Essa visão pressupõe a ausência de "favelas" e de "maloqueiros", que poderiam colocar em risco tanto a segurança dos moradores como o valor de seu patrimônio.

Aqui é um bairro de classe média. Classe média boa... se a gente vai aqui Bela Vista, Três Figueiras, já é classe "A nobre". Aqui a gente não pode chamar de uma zona de pobre.
Manoel, morador há 15 anos

Nem quando era tudo matagal, nunca teve maloca... essas vilas... Nunca teve este tipo de problema. Também o quartel da Brigada (o 11º BPM, localizado a poucas quadras do Hospital Conceição) ajudou bastante.
Marta, moradora há 30 anos

A área da Unidade Conceição está localizada na Zona Norte de Porto Alegre, zona que tem uma história muito recente no contexto da capital. Em Porto Alegre, desde o início desse século, houve uma tendência das indústrias acompanharem as vias de acesso de longo curso, como a avenida Assis Brasil e a Protásio Alves (Souza & Müller, 1997). Essa tendência acabou por definir essa seção como área industrial, fazendo com que hoje seja ocupada por uma população basicamente operária e comercial. Mas é evidente que, dentro dessa região da cidade, os bairros em questão diferenciam-se quanto ao poder aquisitivo e ocupação de seus moradores. Mesmo dentro de uma área supostamente homogênea, há diferenças marcantes em suas micro-áreas, com a presença de pequenos cortiços e mesmo sub-habitações isoladas.

Se analisarmos algumas informações do Censo de 1991 referentes aos setores censitários que compõem a área de abrangência da Unidade, veremos que eles, no geral, nos dão conta de uma população com bons indicadores sócio-econômicos, especialmente se comparados à cidade como um todo.

TABELA 3.1. Informações do Censo de 1991 referentes aos setores censitários da área de abrangência da Unidade Conceição e do geral de Porto Alegre

Item	Unidade Conceição	Porto Alegre
População total	21844	1251902
Proporção de analfabetos com 10 ou mais anos	1%	5%
Total de domicílios	7755	385412
Número médio de moradores por domicílios	2,82	3,25
Domicílios subnormais	2	33196
Proporção de domicílios subnormais	0%	8,6%
Proporção de domicílios com abastecimento de água inadequado	0,4%	5,1%
Domicílios com instalações sanitárias inadequadas	1%	18,1%
Domicílios com destino do lixo inadequado	0,1%	2,9%
Proporção de chefes de domicílio com até 3 anos de estudo	6%	15,3%
Proporção de chefes de domicílios com renda até 2 salários mínimos	21%	32,4%

Fonte: IBGE – Censo 1991, CEDIS/Secretaria Municipal da Saúde e Núcleo de Epidemiologia-SSC/GHC

A cidade de Porto Alegre caracterizou-se por um crescimento radial, a partir do seu núcleo original, no atual centro da cidade, junto ao Rio Guaíba. O seu desenvolvimento em direção à Zona Norte ocorreu no final da primeira metade deste século, através da chamada Estrada Geral, que fazia a ligação da capital com Gravataí. Chamada de Avenida Assis Brasil a partir de 1948, inicialmente cortava uma região tipicamente agropastoril, em que se destacavam os tambos de leite. Toda a área ao redor do que hoje forma o Hospital Conceição era uma grande área de vegetação aberta, com vacas e

cabras pastando livremente há não mais de 40 anos. “Tudo mato”, como relatam vários informantes. O Hospital foi fundado em 1960 e, desde então, tem sido local de referência para toda a Zona Norte de Porto Alegre e também para cidades vizinhas inteiras como Gravataí, Alvorada e Cachoeirinha, que procuram seus serviços de saúde. A partir de sua encampação pela União, em 1975, e pelo direito de acesso universal à saúde, independente de vínculo previdenciário, esse quadro acentuou-se ainda mais. A presença do Hospital é então bem marcante, chegando ao ponto de influenciar no momento da compra do local de moradia:

Como a gente tinha uma filha que tinha problemas de disritmia e tinha muitas convulsões, e a gente vinha muito seguido para o hospital, a gente resolveu vender a casa e comprar um apartamento aqui na frente do hospital. Depois que a gente comprou... nunca mais teve nada!

Marta, moradora há 30 anos

Nós estamos num centro, perto de tudo. Nós temos aqui cinco linhas de ônibus, duas lotações, e temos os hospitais melhores aqui perto, o que facilita muito. Tanto pela Medicina de Família como na Emergência do Hospital Conceição, a gente corre ali e é atendido na hora.

Manoel, morador há 15 anos

A grande vantagem é ter o Hospital perto. Depois que veio a (Medicina de) Família ficou melhor ainda. Até a Igreja eu vou ali, na capela (do Hospital). Sempre tem missa, todos os dias às 15 para às 6.

Madalena, moradora há 44 anos

O crescimento da região foi mais intenso após a 2ª Guerra Mundial, às custas da instalação de várias indústrias: Carrocerias Elizário, Matarazzo, Renner, Wallig e outras de menor porte, atraindo um grande número de operários para o local (Berti, 1993).

Dentre essas indústrias, talvez a que maior impacto tenha causado na área de atuação foi as Indústrias Wallig, pela sua localização junto ao

Hospital Conceição. A própria sede do Sindicato dos Metalúrgicos de Porto Alegre, inaugurada em 1959 na frente de onde funcionava a indústria, é mais um indicativo de sua força. A Wallig iniciou as suas atividades no local na década de 60, empregando, na época do seu apogeu, mais de 2.000 funcionários. A maioria de seus operários, contudo, em função dos elevados custos de moradia no bairro, era forçada a residir nas cidades próximas. Era uma metalúrgica de prestígio, mas que acabou entrando em falência em 1984, pois não conseguiu acompanhar o desenvolvimento tecnológico necessário para torná-la competitiva no mercado nacional. Manteve-se funcionando como cooperativa dos funcionários por mais oito anos, produzindo fogões e aquecedores, mas distante do brilho dos anos anteriores. Em 1992, fechou definitivamente as suas portas, e os prédios foram demolidos logo após. O extenso terreno onde estava localizada, em uma área comercial extremamente valorizada, foi vendido a uma rede de supermercados da capital, sendo, desde então, freqüentemente alugado para circos que se apresentam em Porto Alegre.

Mais recentemente, outro elemento tem sido importante na própria conformação desses bairros: a construção do Shopping Center Iguatemi. Inaugurado em abril de 1983 como o primeiro Shopping Center do Estado, o Iguatemi acarretou importantes mudanças na área geográfica de toda a região vizinha, tanto no segmento residencial como comercial. O estudo de Maraschin (1993) mostrou de maneira inequívoca que, especialmente após a implantação do Shopping, houve uma grande valorização de todos os imóveis nas suas adjacências. Só para dar um exemplo da sua magnitude, o índice de valorização dos preços é cerca de três vezes mais alto que no resto da cidade. A maioria dos lançamentos de imóveis nas imediações salientam a sua proximidade com o Shopping, anunciando ser uma “área nobre” muito em função disso. Observa-se também, nos últimos anos, uma nítida tendência à verticalização do local, com a construção de prédios mais altos e mais luxuosos, que se sobressaem na paisagem.

A construção do shopping não fez muita diferença para nós, porque lá é mais para quem tem dinheiro. Nunca vamos lá. Lá é bacana só para passear.

Lino, morador há 44 anos

Essa valorização não se restringiu apenas ao setor imobiliário. Houve mudanças na renda familiar média dos moradores da região, com um crescimento, em termos percentuais e absolutos, muito acima da média para toda a cidade. Além disso, o Shopping - juntamente com o Hospital Conceição - é uma grande fonte local de empregos, responsável por cerca de 15% de todos os empregos existentes na área próxima⁶.

O Shopping influenciou também no fluxo de veículos e pedestres e na oferta de transporte coletivo, como ônibus e táxi-lotações. A influência do Shopping é tão grande sobre o bairro que um vereador, em 1997, encaminhou um projeto de lei criando o “Bairro Iguatemi”, a partir de áreas dos bairros Boa Vista, Passo D’Areia e Vila Ipiranga. A proposta foi vitoriosa na Câmara de Vereadores e, apesar do veto do Prefeito, foi sancionada para, poucos meses depois, ser revogada por nova votação na Câmara, por proposição de um vereador de outro partido e morador da região há 30 anos.

É evidente que essa é uma briga partidária menor, mas que mostra a importância dessa área no contexto da composição de forças da Capital. A argumentação a favor do novo bairro centrava-se na possível valorização que a troca do nome poderia trazer para o local, ou seja, ratifica o “filão de ouro” do mercado imobiliário. Por outro lado, os defensores da revogação do novo nome sustentam que a população não foi consultada quanto à troca de nome, como prevê a lei municipal, uma vez que, como afirma o vereador proponente da revogação, “o bairro é patrimônio de seus habitantes”.

3.4. Conceitos de Comunidade

A impressão que tive ao conversar com os membros da Unidade Conceição é de que é ela (Unidade) que dá a referência para que a

⁶ Esse dado é citado por Maraschin (1993) e obtido bem antes da duplicação do Shopping Iguatemi, ocorrida em 1997.

comunidade se constitua como tal. Em outras palavras, se ela não existisse, a “comunidade” teria uma outra conformação. De fato, a ação de saúde dos profissionais da Unidade entranha-se em vários aspectos do cotidiano da comunidade, desde atividades da associação de moradores até trabalho em escolas e em outras instituições locais, passando pelas visitas médicas a domicílio. Mas será isso suficiente para afirmarmos que a comunidade da Unidade Conceição forma um grupo social próprio?

Estudando o campesinato, Soares (1981) tece uma série de reflexões a respeito da formação de grupos sociais, que, conforme o autor, são aglomerados que se articulam internamente segundo certos “padrões regulares de comportamento, concepções, éticas e princípios”. Para garantir a sua existência, o grupo deve ser uma realidade vivida e pensada, construído no nível da consciência. Assim, na sua estruturação, deve estabelecer limites, criar contrastes com elementos externos e identificar seus integrantes, para manter-se enquanto tal “na prática e no imaginário do grupo”. O autor prossegue, admitindo que o grupo também contempla contradições e divergências internas:

*As contradições fazem parte da vida do grupo e a oscilação de suas fronteiras, condicionadas pelas posições e pontos de vista dos agentes envolvidos na definição, reforçam-no, paradoxalmente. Só compreenderemos este fato se entendermos o grupo, não como um dado substantivo, um recorte geográfico ou demográfico (Geertz, 1967), não como um conjunto fixo de unidades elementares, mas como um **constructo** político-ideológico, móvel, flexível, plástico, como as realidades geradas no processo da luta de classes.*

Apesar de toda a conotação materialista-histórica presente na sua citação – adaptada ao contexto político da época em que foi escrito – esse autor introduz, então, elementos importantes na análise dos grupos. Por um lado, suscita a idéia do coletivo e dos sentimentos partilhados, que dão sentido a um universo discursivo e à memória social. Por outro lado, evidencia como as relações entre os diversos momentos da vida social são

fruto de uma construção histórica, “não detectáveis por regras estáveis e formais”.

Para iniciar essa discussão, uma pergunta se torna, então, obrigatória: o que é, afinal, “comunidade”? As preocupações com áreas geográficas e com comunidades não são recentes, tanto nas ciências sociais como na saúde, e a mesma pergunta acima já foi feita por outros investigadores, entre eles Wortmann (1972). Esse autor questiona, já na década de 70, os estudos de comunidade como foco de atenção antropológica. Esse tipo de trabalho desfrutou de grande popularidade entre pesquisadores de diversas áreas do conhecimento, mesmo entre os cientistas sociais brasileiros. Segundo ele, o estudo de comunidade em nosso país tem forte influência das ciências sociais norte-americanas, dominadas pelo positivismo da época, que insistiam em estudar as comunidades como se fossem “tribos”, buscando explicar os fenômenos globais pelo que acontecia localmente. Isto é, a cultura maior seria explicada pelos seus fragmentos, pelas “subculturas”. Não há dúvida que esse tipo de abordagem expressa uma visão essencialmente “culturalista-funcionalista” da realidade, dando uma idéia de que esse *todo* é estático, localizado e cujo processo não consegue incorporar adequadamente a noção de história.

Segundo essa perspectiva, a comunidade é vista como um “agregado humano”, baseada em critérios ecológicos, mas estudado com instrumental sociológico, o que força com que “a compreensão de um tipo de estruturação seja substituída pela descrição de um segmento espacial” (Wortmann, 1972). Assim, esses estudos ignoram a totalidade das sociedades globais, estando aí uma das suas grandes limitações, uma vez que, obviamente, o conjunto não é a simples soma de comunidades.

Outros autores também posicionaram-se criticamente sobre os estudos de comunidade. Florestan Fernandes (1972), por exemplo, no mesmo período, retoma a importância da interação social na expressão do modo como as unidades sociais se organizam. Evitando enveredar pelo caminho empobrecedor de uma perspectiva analítica simplificadora, o autor procura demonstrar que o estudo sistemático da “comunidade” e da

“sociedade” permite ao investigador exercer sua função científica sem perder sua condição humana, ou seja, manter o rigor científico de sua análise.

Mesmo admitindo que a sociabilidade, de fato, tende a ter a sua origem na rede de relações mais imediatas, possuindo, portanto, até uma função cultural estabilizadora, Antônio Cândido, ao estudar a “vida caipira”, também há cerca de 25 anos, já havia advertido que não se poderia mais estudá-la como um objeto fechado “mas sim no conjunto da vida do Estado e do país” (Cândido, 1971). Há uma transformação constante dos inúmeros grupos presentes em que traços de dimensões sociais mais amplas são internamente aceitos, modificados ou rejeitados. Não surpreende, então, o fato de que a vasta maioria dos estudos sobre comunidades, em todo o mundo, referia-se a grupos rurais, uma vez que a fundamentação teórica torna-se mais fácil de ser sustentada quando há um isolamento geográfico do objeto.

Não é de agora, então, que ressentíamos da falta de uma abordagem que contemplasse a diversidade presente nas sociedades complexas moderno-contemporâneas. A antropologia deve estar apta para, no campo, mapear essas fronteiras culturais presentes (Velho, 1994). O intenso processo de interação entre grupos e segmentos sociais diferenciados é uma das características da modernidade, sobretudo na atualidade, quando rumamos com extrema rapidez para a globalização, em que fronteiras são simplesmente abolidas e comunicações tornam-se instantâneas. Essa interação se inscreve nas biografias e trajetórias individuais de maneira bem marcada. Nascemos em meio a uma cultura específica mas, muito precocemente, estamos expostos e circulamos por valores e símbolos diferentes. Podemos morar num bairro distante e, mesmo tendo todas nossas necessidades satisfeitas localmente, estamos conectados com o que ocorre no mundo “lá fora”.

As obras de dois estudiosos clássicos das ciências sociais, Simmel (1979) e Schutz (1972), também trazem à tona a questão das ideologias individualistas na modernidade e que pode ser incorporada ao debate sobre comunidade e socialização. É possível perceber, em ambos os autores, uma

preocupação em entender o processo de formação das sociedades complexas moderno-contemporâneas, que possui, como uma de suas características marcantes, a vida nas grandes metrópoles. Nessa abordagem, fica clara a importância do processo de interação entre pessoas, grupos e segmentos diferenciados no palco do cotidiano. Tanto Simmel quanto Schutz procuram mostrar como essas interações acabam por se inscrever nas biografias e trajetórias de cada indivíduo vivendo em sociedade, resgatando, portanto, a questão do individualismo e da intersubjetividade na área das ciências sociais.

Em função do contexto europeu do final do século XIX, com a industrialização e urbanização crescente, uma das grandes preocupações de Simmel referia-se a explicar como era construída a individualidade. Um dos principais questionamentos era de como formava-se a personalidade individual frente a uma sociedade que se tornava, muito rapidamente, cada vez mais complexa? Segundo ele, essa identidade acaba sendo forjada na interação com os outros indivíduos, sendo portanto, situacional. Acredito que é nesse ponto que reside toda a atualidade deste autor, pois esse jogo de interação social me parece muito presente especialmente hoje em dia, mesmo dentro do contexto maior de globalização. Talvez, sobretudo por esse motivo.

Simmel resgata, portanto, o dinamismo presente na sociedade moderna, com infinitas formas de relacionamento entre seus membros. Na sua perspectiva, a própria sociedade, como um todo, é justamente fruto dessas ações entre os indivíduos, o que abarca e influencia, naturalmente, o psiquismo do próprio sujeito. Nesse sentido, a expressão de “sociação” (ou sociabilidade, segundo alguns) na sua obra é coerente, na medida que permite expressar a maneira objetiva de como se dá a construção desse sujeito moderno. O importante, nesse momento, é compreendermos que as formas específicas de interação na sociedade são múltiplas e que não necessariamente são regidas por interesses ou regras pré-determinadas. Assim, o próprio conflito, encarado por alguns como algo desagregador, é visto por Simmel como uma peça a mais nesse jogo interativo e parte

integrante da organização social, pois segundo a sua concepção, as interações sociais são a base a partir da qual o indivíduo adquire existência.

Há, então, inúmeros pontos de confluência entre Simmel e Schutz. Este último, realizando as suas investigações a partir de uma perspectiva fenomenológica, também busca resgatar para as ciências sociais a compreensão da significação da vida cotidiana. Isto é importante pois aponta para mais uma busca de aproximação científica da intersubjetividade, construída a partir das relações entre os indivíduos. Ressalto que boa parte da ênfase de sua obra repousa sobre a **ação** do indivíduo em sociedade. Assim, a riqueza de Schutz situa-se precisamente em explorar o caráter tensional das relações sociais, sustentado por um contexto social que mantém uma dimensão de tempo e espaço.

Isso não significa, como adverte o autor, uma explicação dos fenômenos como simples conduta individual, isolada. Schutz tem a preocupação de colocar o ser humano como o ator principal desse mundo social real, no qual está totalmente imerso. Esse mundo é entendido como um local organizado e com sentido, palco de todas as interações do ser humano. Orientamo-nos nele justamente a partir dessas relações com os outros. É por isso, então, que o **ato** assume tanta importância, pois explicita as motivações que o originaram: toda a ação é efetuada segundo um plano de conduta, um projeto.

As obras de Simmel e Schutz são, nesse sentido, complementares entre si e relevantes para a temática da “comunidade” e da procura por serviços de saúde. A partir da idéia de dinamicidade da sociedade e da interação entre os indivíduos, desenvolvida por Simmel, Schutz traz à luz a complexidade do próprio ato social, mostrando como as relações sociais são fruto dessas mesmas formas de interação - temporal e espacialmente recíprocas. Assim, como enfatiza Schutz, a pergunta que deve estar subjacente em todo o nosso trabalho é “o que isso significa para o ator, nesse contexto?”.

Assim, Schutz aprofunda certas questões iniciadas por Simmel, por exemplo, o questionamento da possibilidade de uma interpretação científica

da ação humana. A partir dessa premissa, o autor detalha uma série de tipos de relações, desde as mais próximas e íntimas até as mais anônimas e distantes. Cada uma possuindo características próprias e contribuintes em vários graus, na conformação do *eu*.

É inegável que, considerando-se a época em que viveram, esse dois autores representam um conjunto do pensamento antropológico extremamente útil para aprofundarmos a compreensão da dinâmica de relações e trocas sociais na atualidade. A pertinência da explicitação dessas relações entre o indivíduo e a sociedade que o rodeia possibilita a problematização das várias formas de sociabilidade e dos elementos envolvidos, apontando para explicações possíveis para o entendimento do indivíduo enquanto sujeito no mundo. Sobre a obra de Schutz, Castro (1994) observa que “o mundo da vida diária de um indivíduo é um mundo intersubjetivo compartilhado por outros indivíduos que também o vivenciam e interpretam”, mostrando, de modo inequívoco, como Simmel e Schutz são ainda muito atuais para a nossa disciplina.

A questão da relação dos indivíduos com os serviços de saúde pode ser, concretamente, mais um exemplo de como essas idéias aplicam-se na prática. Assim, situações de doença em nossa sociedade atual tendem a aproximar o indivíduo doente dos profissionais de saúde (principalmente com os médicos) e dos serviços de saúde oficiais, pois os locais em que esses serviços são oferecidos são compreendidos como os locais em que se encontra a única forma legítima de conhecimento médico e, portanto, de recurso de cura. Seria interessante analisar, então, como essas interações acabam sendo incorporadas ao cotidiano dessas pessoas, determinando novas formas de sociabilidade também nesse âmbito. Talvez até se possa falar de uma cultura médica dessa “comunidade”, em função da presença hegemônica de um tipo de medicina (representada pela proposta de saúde comunitária/medicina de família) sobre um grande contingente de seus membros, que tem se mantido, pelo menos nos últimos 15 anos, tempo de funcionamento da Unidade.

3.5. Espaço, saúde e cultura

Apesar de as preocupações dirigidas à espacialidade fazerem parte do questionamento antropológico por longo tempo, elas têm sido, entretanto, relegadas a um plano secundário como categoria de pensamento principal. Independentemente da teoria adotada, contudo, o espaço é algo intrínseco à vida e à sociedade (Aldenderfer, 1996).

Há vários exemplos de como isso acontece. Carlos Rodrigues Brandão, por exemplo, percorre um trajeto simbólico “entre o sertão e a cidade”, no imaginário do camponês no interior de São Paulo, passando pelo “bairro” e pela “vila” (Brandão, 1995). Na sua argumentação, reforça a posição do bairro como local onde “se reconhece que se vive coletivamente a vida típica das pessoas e famílias do lugar”. É evidente que os imaginários territoriais e a experiência cotidiana são marcadamente diferentes em uma comunidade rural em relação à vida nas grandes metrópoles, onde opera “uma espécie de excesso de sociedade”. Cada espaço, prossegue Brandão, muda, e tal como as sociedades, os territórios também possuem a sua história. É por isso que o autor defende a idéia de pensarmos uma “lógica simbólico-geográfica”, que pautaria a relação entre espaços e pessoas.

Se partirmos do pressuposto de que “onde há seres humanos, há alguma forma de interação e também memória”, podemos dizer que a comunidade da Unidade Conceição, após anos de convívio, já possui uma memória, uma história, que terá características distintas segundo a perspectiva de quem realiza a análise. Da mesma forma que a Unidade expande suas ações, a comunidade apropria-se da Unidade de Saúde, moldando indiretamente a forma de trabalho de seus profissionais, numa forma de comunicação que envolve influências nos dois sentidos: dos profissionais para a população e vice-versa. Essa apropriação dá-se até mesmo fisicamente, como no exemplo de umas das festas de aniversário da Unidade, organizada pelos moradores, que, em função da chuva, todas as barracas de vendas de produtos foram transferidas do pátio para os corredores internos do Hospital Conceição, sem o menor sinal de

constrangimento, como que reafirmando a sua “posse” do local: “Se o Hospital é público, quer dizer que ele é da gente mesmo...” como disse um informante.

A área da saúde vem realizando uma série de indagações sobre o uso tradicionalmente feito da noção de comunidade e de área geográfica, descobrindo novos usos e expandindo a sua visão a respeito dessas questões. A identidade e as representações sociais também têm sido estudadas, mas apenas superficialmente no campo da prestação de serviços de saúde. Entretanto, com a tendência atual da política governamental de vincular esses serviços a áreas geográficas específicas, a utilização desses conceitos será fundamental na orientação do seu desenvolvimento⁷.

Mais concretamente, então, a equipe da Unidade fala, em geral, que determinada rua “pertence” à Unidade, para atendimento médico por exemplo. Percorrer essas ruas, nos faz pensar sobre as diferentes formas de socialização a que os seus moradores estão sujeitos. Sob o ponto de vista do Serviço, compõe “um mundo à parte”, um espaço social próprio, que expõe as ambigüidades e contradições de ser e não ser “comunidade”, ou melhor, de ser uma comunidade em meio à modernidade. Assim, esse grupo de pessoas passa a ser uma “comunidade” pelo fato de consultar no mesmo posto de saúde, o que é um critério tremendamente questionável.

Um outro aspecto interessante nessa questão refere-se aos “*fora de área*”. É assim que são chamadas as pessoas que, pelos mais variados motivos, não moram na área de abrangência mas recebem regularmente atendimento médico na Unidade. São pessoas que em algum momento foram moradores da área mas mudaram-se; pessoas que utilizam um endereço comercial para cadastramento; pessoas que usam o endereço de outras pessoas; ou, simplesmente, pessoas que fraudaram o sistema, inventando endereços e falsificando comprovantes para manterem o vínculo com a Unidade. Apesar de a Unidade lançar mão de uma série de

⁷ Aqui refiro-me especificamente à estratégia desenvolvida pelo Programa de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde e, no nosso meio, pela Prefeitura de Porto Alegre, que preconiza que cada unidade de Saúde da Família “deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade” (Brasil, 1997).

mecanismos para evitar esse tipo de acontecimento e ter feito, em 1995, um cadastramento de todos os prontuários, o número de “fora de área” – ou “FA”, como anotado nos registros – é grande, sendo que alguns membros da Equipe calculam em até 30% do total de pacientes atendidos, pois não há como diferenciá-los dos “pacientes normais”.

A questão é controversa, e ninguém vislumbra uma solução definitiva. O cadastramento, mesmo tecnicamente bem elaborado e rígido, mostrou-se ineficaz no seu objetivo de restringir o acesso aos “não-moradores”. Alguns deles alegam, talvez com razão, que, uma vez que o prontuário é “de família”, e não “de endereço”, nada mais justo do que incluir toda a família, mesmo os que moram longe, justamente os que por vezes mais necessitam. Por outro lado, não deixa de ser uma distinção à Unidade (e ao médico) ter pacientes que vêm de diferentes lugares para buscar atendimento, alguns de cidades do interior e que passam “temporadas” em Porto Alegre para realizarem tratamentos de saúde ou exames.

Os fora de área são os que mais dão problema aqui na recepção. Se tem uma pessoa brigando, vai ver é fora de área.
Funcionário A

Nós vamos ter esse problema com os fora de área sempre, até que os outros locais tenham bons serviços de saúde.
Médico F

Esse é o ônus que pagamos por sermos um bom serviço.
Médico G

Os FA, dessa maneira, são um elemento de confusão, pois a própria designação os exclui da “comunidade” mas, por outro lado, recebem atendimento igual a todos os demais pacientes “da área”.

A história da Unidade e da comunidade – tal como vista pelo serviço de saúde – tendem a se confundir. Seria um exagero dizer que a comunidade “nasceu” em função da unidade, mas seria correto afirmar que a sua “zona de abrangência”, “nasceu” em função da Unidade. É, como vimos, uma delimitação até certo ponto artificial, uma criação administrativa que orientou

a organização do serviço de saúde dispensado, tendo como principal referência a distância e o tempo percorrido, a pé, entre a moradia dos usuários e a unidade. Ou seja, parte-se de uma concepção espacial de comunidade esperando que ela corresponda a uma concepção social específica, o que, de fato, não ocorre. As noções de “perto” e “longe”, mesmo no campo da prestação de serviços de saúde, são extremamente relativos. Um posto de saúde pode, por exemplo, ficar “longe” se estiver separado de uma parte do bairro pelos trilhos de uma linha de trem ou faltar uma passarela sobre uma avenida de grande trânsito. De forma oposta, uma linha de ônibus pode tornar “próximo” um bairro geograficamente distante.

Assim, uma definição de “comunidade” nesse nível torna-se problemática, pois o grupo em questão, pelo seu número elevado e contrastes presentes, não mantém relações de sociabilidade tão estreitas como poderia sugerir o termo “comunidade”. Por outro lado, também não é uma comunidade “fechada” (se é que se pode falar nesses termos hoje em dia), uma vez que quem estabelece os critérios de extensão de sua área e inclusão de seus membros é um serviço de saúde.

Através dessa proximidade social e geográfica da área de abrangência, a Unidade exerce um tipo de poder de influência sobre a saúde das pessoas. E como o conceito de saúde é amplo, podendo abarcar um espectro considerável da vida dos indivíduos, o poder também alarga-se, uma vez que a ação não se restringe aos consultórios médicos, mas também na disseminação de certos “hábitos de vida saudável”, interferência na política local, realização de festas populares, manifestações contra ou a favor da direção da instituição, etc. Já vimos no capítulo anterior como esse tipo de intervenção no cotidiano e a tentativa de normatização do espaço passaram a ser um elemento característico no período do nascimento da medicina social na Europa do século XVIII e XIX.

3.6. Geografia e os serviços de saúde

Um grande esforço tem sido empreendido no Serviço de Saúde Comunitária no sentido do planejamento de ações a partir de informações de base geográfica, isto é, permitir que dados epidemiológicos, sócio-econômicos, ambientais e de produção de serviços de saúde sejam referenciados em mapas, possibilitando uma visualização objetiva em termos de distribuição espacial dessas características (GHC, 1995).

Na mesma linha, autores como Mendes (1994) e Unglert (1994) têm demonstrado como a busca da consolidação de “distritos sanitários”, do qual o GHC é um dos pioneiros, é etapa fundamental e estratégica para a implantação plena do Sistema Único de Saúde. Somente assim, afirmam, conseguiremos estabelecer uma relação de responsabilidade entre a população e os recursos de saúde, tornando possível efetivar um modelo de atenção baseado no planejamento e avaliação de ações com base epidemiológica, abarcando o processo saúde/doença como social e coletivamente determinado.

Todos esses fatores contemplariam o conteúdo do texto constitucional que determina a estruturação de uma rede de serviços de saúde regionalizada, hierarquizada e descentralizada⁸. Essa concepção quanto ao cenário geográfico do campo da saúde oferece concretude, pois é no espaço político operativo que se dá a interação população-serviços (Unglert, 1994). É também nesse espaço específico que se torna possível visualizar uma população na sua relação com os seus próprios problemas de saúde, buscando solucioná-los. É portanto, um território em construção permanente, que extrapola a simples definição geográfica do espaço.

Ao que Mendes (1994) coloca como dimensões política, ideológica e técnica desse processo social de mudança das práticas sanitárias, eu acrescentaria as dimensões cultural e simbólica para completar o quadro.

⁸ A estruturação do Sistema Único de Saúde está explicitada na Constituição Federal de 1988 e nas leis complementares específicas, de 1990. Sobre a legislação ver Brasil (1989 e 1991).

Toda essa ênfase nas definições territoriais faz parte de um esforço maior na busca da equidade do sistema de atenção à saúde, que, ao reconhecer as disparidades existentes na área geográfica sob responsabilidade da Unidade de Saúde, permite o estabelecimento de ações dirigidas aos problemas encontrados. Assim, mesmo que a média revelada pelo Censo do IBGE de 1991 evidencie ótimos indicadores de saúde, há casos isolados de sub-habitações, falta de esgoto sanitário e de fonte adequada de água.

O “bairro” assume então, importância estratégica, pois é onde a população, de forma mais concreta, apropria-se do seu território. Nessa apropriação, estará utilizando mecanismos relacionados à identidade, imaginário e representação social. Toda essa atenção à dimensão espacial do processo saúde-doença tem contribuído para o ressurgimento da geografia médica, um campo antigo da geografia, que estava de certa maneira relegado a um segundo plano na prática de saúde em nosso país (Medronho, 1995).

Os estudos com ênfase na distribuição espacial das populações remontam à época da medicina hipocrática, tendo contribuído para o mapeamento e análise de problemas de saúde, auxiliando inclusive modernamente no planejamento e prestação de serviços de saúde. Abordagens mais amplas da geografia médica têm permitido até mesmo contemplar as diversas relações sociais estabelecidas entre grupos humanos em uma sociedade e entre estes e o seu ambiente, uma vez que é inevitável considerar um determinado espaço geográfico como palco das ações humanas, encarando o indivíduo como ser ativo nesse mesmo espaço (Medronho, 1995). A paisagem, portanto, é um reflexo da sociedade que nela habita, e acredito que essa concepção seja válida mesmo com o fenômeno da globalização, em que fronteiras são rompidas e os limites espaciais são facilmente superados, pois mesmo esse “cidadão do mundo” tem um endereço de referência.

Mercer (1995) traz à discussão a idéia de construção dos mapas culturais, que representariam um esforço importante no sentido de uma

apreensão mais completa da cultura das comunidades, fugindo da visão de cultura como manifestações apenas das elites, tradicionalmente mais vistosas. O autor defende um plano de trabalho de políticas para o desenvolvimento cultural que se preocupe não apenas com artes clássicas, mas com o “amplo espectro de recursos culturais e de relações em termos humanos, de infra-estrutura e de atividade” (Mercer, 1995:87). O autor prossegue sustentando que a ênfase não deve ser nos objetos em si, mas na rede de relações e sistemas de classificações presentes. Ou seja, o que todos esses objetos, lugares e práticas significam e como as pessoas estabelecem relações com eles. Se fôssemos listá-los apenas, ironiza, “seria mais útil consultar as páginas amarelas...”. Analogamente ao mapeamento de problemas de saúde, como preconizado pela geografia médica, seria um mapeamento da própria cultura, e portanto, das interações entre os indivíduos. Poderíamos então, a partir desse enfoque, situar os locais onde as pessoas namoram nas noites de sexta-feira, os pontos em que fazem exercícios físicos no domingo pela manhã, a feira livre onde compram as verduras e frutas para a semana e assim sucessivamente.

A relação entre geografia e saúde, contudo, nem sempre é tão explícita. Moon (1995), no editorial do primeiro volume de uma nova publicação dedicada exclusivamente ao tema da saúde e território, afirma que o campo de aplicação dessa disciplina é vasto. Assim, o esforço maior é não criar uma nova subespecialidade médica, mas reunir vários campos da ciência, como sociologia, antropologia, geografia e saúde pública para conseguir explicar o que o modelo médico, exclusivamente biológico, não tem conseguido responder satisfatoriamente. E esse campo de aplicação imediato é fascinante, pois pode representar a interface entre critérios epidemiológicos e sociológicos. O entendimento da saúde enquanto relação que também contempla uma base territorial pode, por exemplo, influenciar diretamente na definição de políticas públicas de saúde. Tão importante quanto isso, pode auxiliar no entendimento de como insere-se o “outro” nessas políticas: quem é, onde está, o que faz, como relaciona-se com os demais grupos sociais e com os serviços – inclusive os serviços de saúde. A

proposta das “cidades saudáveis”, que é a política em nível local para uma articulação do conceito de saúde como *qualidade de vida*, e não apenas como ausência de doenças, ganha cada vez mais ímpeto. Daí para uma “comunidade saudável” é uma distância muito curta, uma vez que haveria uma transferência, para o nível micro-local, dos critérios de participação da população, da cidadania e da noção positiva de saúde no sentido da melhoria da qualidade de vida, com estratégias a serem implementadas a partir do local de moradia das pessoas.

Nessa perspectiva, os estudos de caráter qualitativo, sobretudo etnográficos, têm se mostrado de grande importância na elucidação dessa problemática, especialmente nos aspectos relacionados à compreensão das concepções dos indivíduos sobre saúde/doença e sua relação com o lugar onde vivem, uma vez que a saúde não existe no vácuo social, dispersa no tempo e no espaço, desfocada e deslocada (Moon, 1995).

Em geral, nas análises feitas pela geografia médica, espaço e território são vistos como recipientes de “coisas”, não se conseguindo perceber as diferenças entre *território* e *territorialidade* (Arantes, 1996). O que alguns investigadores buscam é trazer esses aspectos da periferia para o centro da teoria sobre a saúde (Litva & Eyles, 1995). A própria geografia médica, contudo – entendida como o campo da ciência que aborda as tensões entre as ciências naturais e sociais – possui várias orientações teóricas, desde o funcionalismo, em que os fatos sociais externos ao indivíduo poderiam moldar o comportamento humano, até o interacionismo simbólico, passando obviamente pelo marxismo.

A abordagem do interacionismo simbólico enfatiza a maneira como as definições subjetivas da realidade social são construídas, experienciadas, negociadas e descritas pelos diversos atores sociais. Nesse aspecto, a sua abordagem no nível microssocial contribui para o entendimento de como a visão de mundo e a atribuição de significados para os fenômenos da realidade são empregados. De acordo com essa teoria interacionista, os indivíduos constroem ativamente entendimentos sobre si próprios, a partir de suas relações com outras pessoas. Assim, baseadas nessas interações,

criam as suas próprias concepções sobre “saúde”, “doença”, “serviço de saúde”, etc.

Uma das perspectivas mais interessantes sobre o assunto situa-se na análise de como os indivíduos percebem o local onde vivem. Um estudo realizado na Escócia (Sooman & Macintyre, 1995) traz resultados surpreendentes e tem correlação com o nosso tema de estudo. Partindo do pressuposto que o ambiente em que a pessoa vive e trabalha pode exercer efeitos favoráveis ou desfavoráveis sobre a sua saúde, os autores procuraram estudar a percepção dos moradores quanto à questão em dois bairros social e geograficamente distantes entre si na cidade de Glasgow. Procuraram provar como essa perspectiva é tão importante quanto às demais no esclarecimento dos padrões de saúde de uma população. Como conclusão do estudo, foi possível verificar uma variação sistemática na percepção do seu meio-ambiente físico e social, estabelecendo também uma relação direta com a sua própria saúde, ou seja, os residentes da área economicamente mais favorecida têm uma percepção positiva sobre o seu bairro e sua saúde. É importante ressaltar que essas percepções podem não ter uma correspondência concreta na realidade. Por exemplo, o cheiro, que os pesquisadores poderiam achar ruim no bairro pobre, não era percebido da mesma forma como problema pelos próprios moradores. Outro exemplo refere-se aos transportes públicos, que, apesar da “abundância” (trens, táxis, ônibus) segundo os padrões burocráticos do governo municipal, eram sempre percebidos como deficientes pelas pessoas que efetivamente os utilizavam.

O grande desafio que temos pela frente é, então, agregar outras disciplinas no estudo da área geográfica em saúde. Powell (1995) é suficientemente contundente ao mostrar que, no acesso aos serviços de saúde, as contribuições da geografia médica são quase que totalmente ignoradas. Por outro lado, alguns trabalhos, enfatizam apenas a questão da distância física e o tempo de deslocamento da casa do paciente aos ambulatórios como um fator limitante ao atendimento médico (ironicamente, parece que essa foi a tendência utilizada na delimitação da área de

abrangência da Unidade Conceição!). Como propõe o autor, o acesso e utilização dos serviços de saúde devem ser analisados sob a ótica interdisciplinar. Acrescento então que a própria relação do indivíduo com a área física é importante, como ele percebe o seu ambiente, como sente-se nele, como o domina e como e com quem interage no seu interior.

Esse é um assunto que se torna mais pertinente, especialmente como vimos, pela tendência de os serviços de saúde direcionarem suas ações a áreas geográficas específicas. Definitivamente, o território e o cotidiano estão cada vez mais ligados, cabendo às ciências sociais explorar essa ligação mais profundamente.

Durante o meu trabalho de campo, buscando uma melhor compreensão da sistemática, realizei um pequeno exercício utilizando o instrumental do Sistema de Informação Geo-referenciado. O objetivo a que me propus era mapear os recursos oficiais de cura. Percorrendo a pé todas as ruas da área de abrangência da Unidade, foi possível identificar os seguintes endereços:

- 21 consultórios ou clínicas médicas;
- 24 consultórios dentários;
- 18 farmácias ou drogarias;
- 4 farmácias de manipulação;
- 6 consultórios de psicologia;
- 5 clínicas de ecografia;
- 3 hospitais.

A grande maioria dos locais identificados localiza-se nas vias de maior movimentação ou nas proximidades do Hospital: Avenida Assis Brasil, Avenida do Forte e Francisco Trein (ver o mapa, nos anexos).

Apesar de centrar minha busca nos recursos terapêuticos reconhecidos pela medicina oficial, não pude deixar de reconhecer pelo menos oito consultórios de massoterapia, com placas ou anúncios correspondentes, indicando horários, endereço e telefone.

Esse levantamento levou em consideração apenas as informações disponíveis a um suposto paciente que, simplesmente caminhando pelas ruas da região, da mesma forma que eu, teria acesso sem maiores dificuldades. É evidente também que a presença desses recursos não significa **acesso** a todos, uma vez que, especialmente no caso dos médicos, a maioria refere-se a consultório que atendem pacientes particulares ou com planos de saúde⁹.

Mesmo assim, só esse número colocaria a região entre os locais mais bem servidos em termos de atendimento de saúde em qualquer lugar no mundo e mostra que, se o critério for unicamente a proximidade, os moradores não precisariam sair do bairro em busca de tratamentos de saúde.

Um dos objetivos do SIG é tornar a análise espacial mais fácil, flexível e capaz de oferecer mais informações (Goodchild, 1996). A simples colocação de dados em mapas, como fizemos acima, não finaliza o processo. É uma primeira etapa, que oferece mais elementos que uma simples listagem de recursos de cura.

3.7. Cotidiano, medicina e comunidade: medicina comunitária

A concepção de “comunidade”, herdada dos primeiros momentos do movimento da Medicina Comunitária influencia pesadamente a prática da especialidade ainda hoje.

Quando iniciou, nos anos 60 nos Estados Unidos e, logo após, no Brasil (lembremo-nos que é concomitante ao *boom* dos “estudos de comunidade” nas ciências sociais), tinha-se a idéia da população como alvo dos cuidados de saúde, tendo-se claro que, para a sua concretização, a sua colaboração era fundamental através da chamada “participação comunitária” (Carvalho, 1995).

⁹ A interação da população com esse tipo de prática de saúde e mesmo como esses consultórios médicos que vieram a se estabelecer nesses locais requereria uma nova investigação, que foge ao objetivo dessa dissertação.

Como vimos, muitas das divergências em relação à formalização enquanto especialidade médica como “medicina de família” ou “medicina geral comunitária” pautavam-se justamente sobre o campo específico de atuação do médico, se sobre a família ou se sobre toda a comunidade. Assim, a medicina comunitária sempre foi dirigida, até por questões políticas, às populações “pobres”, por uma pressão no sentido da extensão da cobertura de assistência médica que, na década de 70, não alcançava 50% da população. Dessa maneira, a categoria “comunidade” assume conotações funcionalistas, designando difusamente, conforme escreve Carvalho (1995:16)

um agrupamento de pessoas que coabitam um mesmo “meio ambiente”, ou seja, compartilham o que se poderia chamar de “condições ecológicas” de existência, independentemente dos fatores estruturais ou conjunturais que lhes dão origem. A comunidade é assim definida como social e culturalmente homogênea, o que lhe confere e cria uma identidade própria e uma suposta predisposição à solidariedade, ao sentido coletivo e, por que não, ao trabalho voluntário de auto-ajuda .

Dessa forma, conclui o autor, há uma vinculação direta de “comunidade” com os “carentes” e “socialmente excluídos”, o que é coerente com o determinismo geográfico criticado acima. O social, portanto, existe “mas como variável, não como nexos do processo de produção e distribuição dos riscos à saúde”. É, por conseguinte, uma visão que congela o social, superficializando a sua análise. Esse modelo “fisiológico” da cidade como “corpo social” (corpo humano) é ainda hoje muito difundido, mesmo entre setores engajados politicamente.

Na incursão por esse campo, Barcellos (1995) mostra como território e cotidiano são noções que podem auxiliar a organizar visões de mundo, uma vez que possibilitam a apreensão das relações existentes no campo social, no qual se inserem a própria vida das pessoas. O cotidiano é o lugar onde a socialidade de fato se concretiza. O autor indica como o ato de explorar as noções de território e cotidiano pode ser crucial no sentido da renovação do conhecimento frente às fragilidades das tradicionais teorias

sociológicas no nosso mundo moderno. Mais do que isso, apoiando-se na obra de Michel Maffesoli afirma que esses dois conceitos – território e cotidiano – “são conceitos-chave numa busca da compreensão do lugar e da natureza da socialidade contemporânea”, por justamente permitirem a emergência do fragmentário, indeterminado e irracional, em oposição às grandes sínteses e teorias sociais. O cotidiano, nesse sentido, entendido como o conjunto de microatitudes, cenas efêmeras, aparentemente insignificantes, mostra toda a riqueza da socialidade, ultrapassando inclusive as análises mais superficiais de identidade.

Abrindo-se para essa perspectiva, toda uma série de experiências sociais como as relações de vizinhança, formas de morar e de amizade, entre outros, passam a ser mais valorizadas na análise social, como definidores da socialidade, e não como “meros resíduos da realidade”. Mais uma vez, portanto, a busca é de “dar vida” à descrição pura do espaço, presente no determinismo geográfico clássico. A história de um lugar é a do modo como os habitantes criaram relações com outros indivíduos e com o seu próprio espaço. Em outras palavras, esse “microlocalismo” (o termo é de Maffesoli) é o verdadeiro gerador de cultura.

Barcellos (1995) mostra que o meio físico também afeta o próprio comportamento humano, inclusive favorecendo a diferenciação de outros grupos humanos a partir do modo como se relacionam internamente com a natureza e com os outros homens. Há pois, conotações afetivas e culturais nessa análise, diferentemente do espaço físico exclusivo, se é que existe algum. Finaliza Barcellos sustentando que “o que o território oferece, enquanto lugar, é um ponto de referência, uma âncora para o grupo”, tendo, assim, um aspecto de diferenciação dos diversos grupos humanos entre si (Barcellos, 1995:47).

Acabamos construindo nossa representação do mundo a partir de lugares que, junto com o resgate de vivências e histórias de vida, compõem o cotidiano enquanto esforço epistemológico da ciência em busca de novos paradigmas. Além disso, a importância do cotidiano reside não somente na busca de um sentimento de pertencimento e identidade social, mas

especialmente no que se refere a construção de um espaço de referência. Referência essa que tende a se dispersar através de uma ampla gama de outras fontes de informação, principalmente pelos meios de comunicação de massa, que de certa maneira excluem o cotidiano, deslocando a temporalidade e a espacialidade de suas ações, tornando-o artificial e, portanto, ilegítimo e distante. Em função disso, Cara (1995) defende a idéia do cotidiano como “ponto de partida”, como a base alimentadora de nossas representações sociais e elemento que sustenta a sociabilidade e a identidade dos grupos sociais.

A ordem simbólica, portanto, também é fundamental para o entendimento das representações sociais, pois “o real é capturado pelas redes de sentido inscritas na ordem simbólica” (Birman, 1991). A simbolização, assim, permite o ordenamento dos objetos da realidade, dentro de um processo de significação coerente com aquele grupo social específico. Prossegue o autor:

*Portanto, o real apenas se constitui como **realidade** pela mediação da ordem simbólica, que lhe oferece consistência significativa, para que possa ser compartilhada por uma comunidade social determinada, dotada da mesma tradição histórica e lingüística. Isso implica dizer que a realidade é uma constituição eminentemente **intersubjetiva** e simbólica, não existindo pois fora dos sujeitos coletivos e históricos, que são ao mesmo tempo os seus artífices, os seus suportes e os mediadores para a sua transmissão. (Birman, 1991:8)*

Nesse sentido, partilho da mesma linha de pensamento de Herzlich (1991), quando mostra que as representações sociais não são algo que independem totalmente do indivíduo e que estão acima da sociedade, determinando de forma mecânica as condutas dos seus membros. Há uma complexa rede de sustentação desse tipo de conduta. Ao apropriar-se do seu espaço físico, o ser humano lhe dá significação.

Silva (1991) sustenta que a cosmovisão é algo inevitável ao indivíduo, pois precisamente permite a redução do universo à dimensão humana, “tornando-o significativo, compreensível, com um sentido prático, útil e

portanto, aceitável”. Enfim, criam-se mecanismos que orientam a ação do ser humano na sua relação com o mundo exterior. A todo esse substrato nos referimos como *imaginário social*. Esse, então, compõe um sistema capaz de sustentar o entendimento do contexto de relações sociais com as condições reais de existência como é percebida pela pessoa:

(...) De fato, o imaginário social se apresenta como um sistema de representações e de preceitos para a ação através do qual os agentes sociais se representam a si mesmos e às próprias condições de existência, não apenas como elas são percebidas ou raciocinadas, mas inclusive na idealização dessas condições elaboradas pelos mesmos agentes sociais (Silva, 1991).

A territorialidade tem, portanto, uma função essencial. Nas palavras de Raffestin, citado por Cara (1995:73):

... Toda cotidianidad es sostenida por un sistema de relaciones precisas a los seres y a las cosas. Toda esta fase relacional que sustenta la cotidianidad es la territorialidad. La territorialidad es la dimension latente de la cotidianidad, es la estructura relacional, poco o nada percebida de la cotidianidad.

Entretanto, nem sempre temos uma consciência clara da nossa territorialidade, especialmente nas grandes cidades, onde a posse e o poder sobre sua gestão ficam mais afastados dessa territorialidade “concreta”. A saída para esse impasse é a criação de territórios “simbólicos”, “codificados” de sociabilidade, fluidos, periódicos, em que nossas raízes se expressam. A consciência territorial, conforme Mesquita (1995:89)

é entendida como consciência do lugar, do locus da sociabilidade mais próxima vivida no cotidiano, resgatando-a das próteses audiovisuais da mídia, para oferecer-lhe chances de vir a ser socialidade.

Tentando responder ao que é “ser urbano” na América Latina, Silva (1995) procura evidenciar que a noção de simplesmente habitar uma cidade

é insuficiente para tanto. Esse autor explora a noção imaginária do urbano e da cidade, ou seja, como o espaço é interiorizado nos indivíduos. Acredito que esse mesmo tipo de raciocínio também possa ser aplicado às “partes” das cidades, como os bairros, por exemplo, pois o processo de produção do simbólico é análogo. Em outras palavras, há, também no bairro, uma interação entre a área física, o seu uso social e suas representações. São esses símbolos, criados por seus moradores, que de fato diferenciam uma cidade de outra – e um bairro dos outros. É por isso que essa questão interessa tão diretamente à antropologia, como outras disciplinas relacionadas com o fenômeno social.

Silva conclui mostrando como se faz essa apreensão diferenciadora:

Ver, oler, oír, pasear, detenerse, recordar, representar, son atributos que deben ser estudiados en cada ciudad, comparando una con otra o cada una dentro de sus fragmentaciones territoriales o sus impulsos hacia la desterritorialización internacional, que no significa algo distinto que instaurar otro cuerpo simbolico que impregna al primero. Las estrategias de representación son distintas en las culturas, como lo serán en las distintas comunidades urbanas (Silva, 1995:97)

Nesse caminho, acredito que o trabalho de Canevacci (1993) é muito atual. O texto em si é uma tentativa de aplicação, na prática, do trabalho de Walter Benjamin sobre o assunto. Canevacci se debruça sobre a comunicação urbana nas grandes metrópoles, usando o exemplo de São Paulo. A sua preocupação principal é ver como a cidade, no seu aspecto material e na forma de vida, comunica o seu estilo particular, o seu *ethos*. Parece que foi exatamente isso que o autor se propôs a fazer “perdendo-se” em São Paulo e que descreve nessa obra. Esse “perder-se” deliberado é a postura que possibilita um olhar desenraizado, de um estrangeiro, enfim, um olhar que permite o estranhamento frente a um fenômeno que se busca compreender. A polifonia – para o autor, a “multiplicidade de vozes autônomas que se cruzam” – é resultado dessa investida de darmos “voz às vozes”. Portanto, a polifonia além do objeto (a cidade) está presente no

próprio método. Completa mostrando esse processo de exploração como comunicação do “olhar” e do “ser olhado”. É nessa dimensão que a cidade deve ser “lida” e interpretada, o que nos auxiliará na representação do seu mapa, que extrapola a sua noção territorial. A sua ênfase, portanto, recai na metodologia necessária a esse conhecimento, na coleta de dados dispersos mas significativos no cotidiano, cuja montagem, por si só, já constitui uma interpretação. O autor não chega a propor **um** método, mas uma abordagem que acompanhe a rapidez do movimento dessa própria cultura, que se reinventa permanentemente. Essa seria então uma alternativa na busca de estabelecer os limites da área em que o serviço de saúde atua: primeiramente conhecendo-o em profundidade e, nesse processo, buscando entender as relações estabelecidas entre os seus protagonistas.

De fato, Berger & Luckmann (1995) também demonstram como “a identidade é um fenômeno que deriva da dialética entre um indivíduo e a sociedade”, ou seja, para ser inteligível, necessita estar vinculada ao mundo que a gerou. A análise feita por DaMatta também nos auxilia a elucidar as questões relativas ao espaço. Segundo ele, para que possamos “ver” e “sentir” o espaço, precisamos estar situados, isto é, orientados no contexto que gera os significados. Cada sociedade possui um conjunto de vivências, socialmente construídas, mas nem por isso tão explícitas quanto poderia parecer, que acabam exercendo uma pressão sobre todo o sistema cultural. Isso, por sua vez, torna o mundo significativo, “visto que ordenado por suas relações com os grupos que se combinam e se reformulam, na complexa lógica social que cada sociedade ordena para si e para seus membros” (DaMatta, 1991:47).

O exemplo empregado por DaMatta é ilustrativo nesse sentido: a casa e a rua, vistas como esferas de significação social, contextos diferenciados que permitem, por conseguinte, *posturas* diferenciadas. É como se fossem dois mundos separados. Há regras que normatizam assuntos a serem conversados, trajes a serem vestidos, enfim, normas que disciplinam todas as relações humanas, conforme o espaço ocupado naquele momento.

Longe de ser um fenômeno estático, é vigoroso e dinâmico, permanentemente relativo e complementar dentro do sistema social.

Talvez na mesma direção seguem as reflexões de Canclini (1995), mostrando que na questão da territorialidade frente ao fenômeno da globalização exige novos paradigmas para explicar a sua relação com a identidade, o grupo e a própria noção de comunidade.

Nesta época de transnacionalização, comunicação instantânea, grandes migrações e reorganização de sociedades inteiras, as definições de identidade – a que relaciona à ocupação de um território específico compartilhado com símbolos e costumes – devem ser questionadas. O autor defende, por um lado, que a antropologia, ao falar de identidade, tenha presente a heterogeneidade e a coexistência de vários códigos simbólicos no mesmo tempo e lugar. Por outro lado, que leve em consideração não apenas as relações sócio-espaciais, mas “sócio-comunicacionais” na definição da identidade, pois a articulação das pessoas, pelos avanços tecnológicos já não se limitam a um território específico. “Hoje a identidade é poliglota, multiétnica, migrante, feita com elementos cruzados de várias culturas”, não se limita ao território que o indivíduo habita, mas conforma-se também mediante a sua participação em redes comunicacionais deslocalizadas (Canclini, 1995).

Pelo exposto neste capítulo, acredito ser difícil dizer que essa “comunidade” possua uma unidade sócio-cultural. Da mesma maneira, é difícil nos referirmos a *grupo de identidade*, uma vez que as pessoas, às vezes, parecem estabelecer um vínculo mais forte com os profissionais de saúde que com seus vizinhos da rua. Isso vale mesmo em relação aos usuários regulares desses serviços de saúde, pois a busca de atendimento também é diferenciada. É evidente então que não se esperaria uma identidade a partir da prestação de serviços de saúde, até porque parece claro que os motivos que levam uma senhora idosa à consulta médica são diferentes dos da gestante, e esses são diferentes dos da puérpera, dos da mãe que leva o seu filho pequeno com dor de ouvido, dos do portador de HIV e assim por diante.

Não há dúvida que a identidade tem uma relação com a própria organização social da comunidade, do sentimento de localidade, do tempo da coletividade e da história do grupo (Eckert, 1993). O grande desafio da antropologia no momento parece ser a superação dos paradigmas tradicionais da disciplina, instrumentalizando-se no sentido de acompanhar as constantes e rápidas mudanças das sociedades complexas frente à modernização do mundo, sem perder de vista onde se situa o indivíduo nesse processo, sua forma de pensar, agir e encarar a realidade, sua relação com o contexto local, a comunidade e o seu grupo social, sua cultura que, em última análise, lhe dá sustentação e com as quais interage.

O que busquei neste capítulo foi realizar um apanhado sobre algumas questões do território, identidade, comunidade e sociabilidade. Essa breve análise permitiu suscitar uma série de questões relacionadas à forma como a unidade de saúde percebe esse espaço e como considera a heterogeneidade existente. A união em torno de um serviço de saúde, de certa forma, proporciona uma visão peculiar de grupo social. Citando DaMatta (1991), seria oportuno dizer que os espaços não são neutros e que “tempo e espaço constroem e, ao mesmo tempo, são construídos pela sociedade dos homens”.

CAPÍTULO 4

Participação popular em saúde

“Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta constituição”.¹

4.1. Introdução: participação, sociedade e Estado

A participação dos usuários nos serviços de saúde é uma faceta muito peculiar na relação estabelecida entre esses dois pólos: quem “recebe” e quem “oferece” o atendimento. Isso porque nos força a uma reflexão sobre uma série de variáveis que estão envolvidas na questão, entre elas, a relação Estado-Sociedade, as formas de organização da sociedade na busca de satisfação de suas demandas, as dimensões políticas da saúde e a que ponto as influências culturais desempenham um papel sobre as ações exercidas, nesse âmbito, pelos indivíduos.

Pretendo neste capítulo explorar como essa participação se dá efetivamente na Unidade Conceição do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Para melhor situar essa discussão, faz-se necessária, primeiramente, uma breve recuperação da história das manifestações de participação social no mundo, no Brasil e, mais especificamente, na área da saúde. Não pretendo aqui refazer toda a

¹ Art. 1º, parágrafo único da Constituição Federal do Brasil.

trajetória dos *movimentos sociais populares*² que, em si, é um tópico extremamente complexo e polêmico – iniciando pela falta de consenso em relação à sua própria denominação – mas resgatar um pouco da origem da participação em um nível mais amplo, para, posteriormente, poder analisar o caso concreto da Unidade Conceição.

O fato de os indivíduos assumirem uma postura mais ativa frente ao Estado não é novo. A expressão “movimento social” passou a fazer parte do vocabulário das ciências sociais já em meados do século passado, ligado ao movimento operário europeu. Após esse período inicial, segundo Doimo (1995:37), esse termo foi assumindo gradativamente novas acepções, culminando, mais recentemente, por “referir-se a uma multiplicidade de novas formas de participação”, sempre tendo como pano de fundo uma clara busca de alternativas ao projeto capitalista de organização social. Assim, foi possível identificar inúmeros nomes para referir-se a esses movimentos: “movimentos sociais urbanos”, “movimentos urbanos”, “movimentos de reivindicação urbana”, “lutas urbanas”, “movimentos populares urbanos”, “movimentos sociais populares”, ou simplesmente “movimento popular”.

Muito já foi escrito nas últimas décadas sobre a questão, buscando avaliar justamente qual a conformação que esse fenômeno assumia e qual a extensão dos movimentos populares sobre o processo político e as políticas sociais do Estado no Brasil e no mundo. Chegou-se a falar que estávamos “entrando na era da participação” (Bordenave, 1983), tamanho o entusiasmo com a possibilidade do indivíduo poder, de maneira democrática, influir mais diretamente na tomada de decisões de assuntos relativos ao seu próprio destino. Inúmeros pesquisadores com as mais diversas formações acadêmicas e matizes políticos ocuparam-se desse assunto, e as conclusões a que chegaram não são unânimes. Para os mais comprometidos com uma ideologia progressista, por exemplo, ficou a idéia de que não foi possível concretizar a esperada “transformação social” que

² Para estudos sobre os movimentos sociais populares na história recente do Brasil, ver, entre outros, Sader & Paoli (1986) e Doimo (1995). Sobre participação na área da saúde, ver especialmente Valla & Stotz (1993), Carvalho (1995), Bronfman & Gleizer (1994) e Cortes (1995).

estava na base do movimento, e nem tão pouco “organizaram-se as massas”, etapa fundamental para que a transformação ocorresse de fato.

No debate em torno dessa série de denominações utilizadas, uma discussão torna-se fundamental. Muito além da atribuição de nomes, o que está no cerne da polêmica é o caráter desse movimento, que oscila “entre a valorização da racionalidade política e a negação da institucionalidade” (Doimo, 1995:38). Ou seja, até que ponto o envolvimento dos indivíduos no cenário institucional faz avançar a conquista de seus interesses? Poderíamos questionar se, para atingir os seus objetivos, não seria mais útil às classes populares combater e derrotar esse “sistema”, que justamente os nega com tanta ênfase? Ou a estratégia deveria ser completamente diferente, “combatendo-o com as suas próprias armas”?

Até a década de 60, a herança marxista influía pesadamente para que se pensasse no movimento social ligado ao proletariado e no seu potencial revolucionário, através, necessariamente, da organização de sindicatos de trabalhadores e partidos políticos de esquerda. Esses seriam os caminhos privilegiados para serem trilhados pela sociedade para a sua transformação, desconsiderando o que não fosse mais estruturado ou, sob esse prisma, fugisse ao “racional”.

A disseminação do pensamento pós-moderno nas ciências sociais no final dos anos 60 ajuda a romper com essa dicotomia. Ocorre que, progressivamente, as relações econômicas deixam de ser o foco principal nas discussões teóricas sobre as lutas sociais em todo o mundo. Assim, movimentos em torno de questões ecológicas e pacifistas na Europa, por exemplo, acabam deslocando a discussão para o “campo cultural”. Nesse processo, o movimento social assume uma posição de “hostilidade em relação ao Estado”, evitando, portanto, utilizar os meios, paradoxalmente por ele oferecidos, para a sua própria transformação (Doimo, 1995). Essa era, de modo muito simplificado, a idéia original dos sindicatos que, por exemplo, buscavam uma reapropriação do Estado pela sociedade civil organizada.

O que vale a pena ser resgatado aqui é, então, o reconhecimento do aspecto múltiplo e às vezes contraditório de todas as experiências que

envolvem o conceito de participação, no Brasil e no mundo. Não há como juntá-las sob um manto único, com um ideal claro de transformação social. Como afirma Doimo (1995), não há prática nem teoria única. Até porque tem sido difícil aprofundar a discussão sobre a constituição e a forma do Estado no Brasil e as suas relações com a sociedade, uma vez que os modelos utilizados para o debate sobre cidadania e proteção social são oriundos de realidades sociais também diferentes (Stotz, 1995).

Assim, a própria concepção de “participação popular” é ampla demais, sendo até mesmo difícil precisá-la. Como pode ser visto, o assunto é complexo, pois envolve inúmeros desdobramentos. Na tentativa de sistematizar as diversas reflexões a cerca do tema, Doimo (1995) propõe três “matrizes interpretativas” para a análise da natureza dos movimentos sociais direcionadas especificamente para o caso brasileiro pós-anos 70.

A primeira delas, de forte inspiração marxista, possui, segundo a autora, uma “inflexão estrutural-autonomista”, erigida a partir da idéia de que a situação desfavorável das classes populares no meio urbano é consequência direta da sociedade capitalista, com o aval do Estado. A partir desse quadro, a sociedade civil poderia organizar-se, de modo autônomo, constituindo então um movimento social de luta contra o regime autoritário então vigente, este assentado em bases capitalistas.

Ainda apoiando-se na teoria marxista, mas com críticas ao seu reducionismo, já no início da década de 80 começa a tomar corpo uma segunda matriz interpretativa, de “inflexão cultural-autonomista”. Mantendo, portanto, uma certa ligação com a anterior, essa corrente buscava incorporar a diversidade sociocultural existente entre os atores envolvidos. O que os unia era especialmente a percepção da possibilidade de mudança na estrutura capitalista, a partir, agora, de ações participativas diretas do indivíduo sobre a sociedade, desvinculadas de partidos políticos e da estrutura oferecida pelo Estado. Alimentado pelos acontecimentos relacionados ao início do processo de “abertura política” da época, esse movimento cresceu muito também no campo do pensamento teórico, mas não a ponto de concretizar os seus objetivos, vencidos por uma transição

democrática de cunho muito mais conservador e ainda regida por interesses dominados pela elite política nacional.

Esse “fracasso” contribuiu para a verbalização das críticas direcionadas a essa falta de uma forma de representação institucional dos movimentos sociais populares, os quais não se sustentariam pela inexistência de uma “relação social fundadora” que possibilitasse uma representação política mais consistente. Isso os colocaria em risco de reproduzir um “movimento de maré”, ou seja, ora aparece forte e vigoroso, ora recua, de acordo com o contexto e com as respostas concretas às suas demandas, mas sem conseguir alterar a estrutura social de modo significativo (Oliveira, 1990).

Por fim, uma terceira matriz interpretativa, de “enfoque institucional”, buscava ampliar os direitos de cidadania percorrendo as vias participativas do Estado, e não contra o Estado ou através de mudanças na relação capitalista em que as classes subordinadas tomariam o poder. Para obter sucesso nas suas demandas, era necessário empregar uma série de articulações e jogos políticos, em que o Estado, por vezes, poderia ser um parceiro importante.

A exposição de forma mais sistematizada dessas diferentes matrizes interpretativas mostra mais uma vez como, na verdade, o que está em jogo, na questão da participação, é a própria relação que o indivíduo estabelece com o Estado, buscando modificá-lo, transformá-lo radicalmente ou até mesmo mantê-lo e utilizá-lo em benefício de si próprio ou do grupo social a que pertence, buscando fazer com que os seus direitos fundamentais de cidadania sejam garantidos e respeitados. Assim, resta saber se isso será feito através de uma ação direta, através de microorganizações que, de forma autônoma, assumem um papel mais ativo, ou, ainda, se delegam essa tarefa a outra pessoa, grupo ou instituição, por exemplo, partidos políticos, sindicatos, associações de moradores, etc.

O que há de novo nesse debate parece ser então a superação de um modo de pensar que só admitia a via institucional e a percepção de que, sustentando essa ação participativa, há indivíduos com motivações tão

diferentes quanto podem ser as relações entre eles e deles com o Estado. Essa participação em fóruns institucionalizados, portanto, não deixa de ser contraditória, pois, por um lado, a sua simples presença significa legitimação do Estado. Por outro lado, a participação ocorre justamente para transformá-lo e, por conseguinte, para que esse Estado modificado possa beneficiar o grupo social que representa.

4.2. A participação na área da saúde

A idéia da participação da população na área da saúde acompanhou a mesma tendência verificada pelos movimentos sociais, especialmente a partir do final da década de 60. Contudo, a idéia da formação de conselhos não é precisamente nova no Brasil. Como mostra Carvalho (1995), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi, por exemplo, instituído, por lei, em 1937, vinculado ao então Ministério da Educação e Saúde, que tinha a função de “assisti-lo”. O seu caráter, entretanto, não possui nenhuma relação com os atuais conselhos de saúde, quer pela sua disseminação no território nacional e em todas as esferas de governo, quer pelas suas atribuições e poderes legais, como veremos a seguir. O CNS teve, desde a sua criação, pouquíssima expressão na área da saúde, mantendo uma participação apenas figurativa na arena política. Na década de 70, no auge do regime militar, é reformulado, mas manteve a sua vocação inicial de apenas homologar decisões do poder executivo. Nessa época, para melhor ilustrar o exemplo, o CNS era composto pelo Ministro da Saúde – seu presidente nato – e mais 15 membros, indicados direta ou indiretamente pelo governo (Carvalho, 1995). Dessa forma, o que existia era um fórum que reunia apenas aliados e/ou subordinados, sendo que a representação da sociedade sequer era imaginada.

Outra experiência de participação da sociedade, mas no âmbito da previdência social, foram as comissões de gestão das Caixas de

Aposentarias e Pensões (CAPs) e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), iniciados nas décadas de 20 e 30, respectivamente. Essas instituições são consideradas como os embriões do atual sistema previdenciário brasileiro, e nas suas comissões havia representação de quem financiava o sistema, isto é, trabalhadores, empresários e Estado. Durante o período em que existiram de modo independente, a presença dos trabalhadores, como representante dos usuários, possibilitou uma influência, ainda que limitada, nos rumos da assistência prestada. Em 1964, na esteira do golpe militar, houve uma intervenção do governo nos institutos de previdência, sepultando definitivamente o envolvimento dos trabalhadores no processo. Em 1967, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ocorreu a unificação de todos os antigos institutos, consolidando, definitivamente, uma tendência de favorecimento de setores privados como grande fonte de produção de serviços de assistência médica a qual perdurou por muitos anos concomitantemente com o aumento da insatisfação com o atendimento (Melo, 1979). Mais recentemente, em 1986, um decreto presidencial dá forma aos “Conselhos Comunitários da Previdência Social”, constituídos por “contribuintes e usuários dos serviços previdenciários ou por entidades sindicais, profissionais ou comunitárias com representatividade no meio social”, com o objetivo de fiscalizar o atendimento prestado e colaborar para a sua melhoria (Brasil/MPAS, 1986).

Favorecidos pelo fato de que a discussão sobre assistência à saúde e saúde pública sempre e teve um recorte político bem definido, os debates sobre a participação nos serviços de saúde compartilhavam as mesmas premissas do movimento político mais amplo. O que podia ser verificado nessa época era um certo desencanto em relação ao que ofereciam as instituições políticas de então, por exemplo, os partidos políticos que, ao afastarem-se do povo e aproximarem-se da influência econômica das grandes corporações, perdiam a sua credibilidade como fontes inspiradoras de mudança (Cortes, 1996b).

Essa era uma tendência verificada internacionalmente, resguardadas as particularidades de cada país. Do outro lado da balança, observava-se o

crescimento de “novos movimentos sociais” que, como vimos antes, negavam cada vez mais as vias institucionalizadas para a sua luta, apostando na sua autonomia para atingir os seus objetivos (Cortes, 1996a).

Completando o quadro, assistimos, nessa mesma época, a uma crise econômica mundial, que forçou a realização de reformas estruturais por parte dos governos, cortando despesas e investimentos nas políticas sociais. Essas mudanças previam, pelo menos teoricamente, a participação da sociedade como forma tanto de pressionar os governos e assegurar a implementação de mudanças como fiscalizar a burocracia estatal nesse processo de racionalização de custos. Independente da orientação política dos governantes, houve uma disposição, a partir da década de 70, de criar mecanismos de participação, que possibilitassem formas de intervenção direta dos cidadãos no processo político. E essa era uma tendência geral que extrapolava a área da saúde, estendendo-se desde a política educacional à de alimentos (Cortes, 1996b).

Cortes (1996b) demonstra como, mais especificamente na área da saúde, houve experiências interessantes nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e Canadá, em que cidadãos passam a ter assento garantido nos diversos conselhos relacionados aos cuidados de saúde à população, nos seus diversos níveis: primário, hospitalar, etc.

As agências internacionais de desenvolvimento também tiveram importância nesse processo de institucionalização de mecanismos participatórios na saúde, principalmente nos chamados “países em desenvolvimento”. Desde os anos 50, buscava-se fazer com que todos os países desenvolvessem suas economias a partir da industrialização. Para tanto, a participação era estimulada no sentido de promover a aceitação do modelo produtivo de base industrial (Cortes, 1996a, 1996b).

O tom do discurso muda com o passar dos anos, causado em grande parte pela falência do modelo, que acabou gerando mais iniquidade. Já na década de 60 e 70, o apelo era feito no sentido de incorporar os setores populares no processo produtivo, como consumidores, o que aumentaria a renda e facilitaria a passagem de todo o país, aí sim, rumo à modernidade.

No final da década de 70, essas idéias chegam com força na área da saúde. Um bom exemplo disso é a realização da Conferência de Alma-Ata sobre cuidados primários de saúde, em 1978, constituindo um marco importante na área da saúde em todo o mundo. Promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), essa conferência propunha uma mudança radical no modelo de assistência como forma de expandir a cobertura à saúde. Ao mesmo tempo em que reconhece que a saúde depende do desenvolvimento econômico e social, recomenda que os governos incentivem e assegurem plena participação da comunidade no processo de aprimoramento e manutenção da saúde. Pode-se argumentar que o que estava por trás disso era, na verdade, a idéia de que as comunidades deveriam assumir parte das responsabilidades pela sua saúde. De qualquer forma, a participação comunitária passa a ser encarada como fundamental para garantir a implementação de programas de Atenção Primária de Saúde (APS) nos países em desenvolvimento (UNICEF, 1979).

A partir de então, a participação comunitária passa a ser elemento indissociável da APS, incorporando, definitivamente, algum grau de controle externo a sua prática. Esse era um controle muito limitado, uma vez que a participação proposta seguia um padrão despolitizado, beirando a ingenuidade política. Em função disso, a expressão “**participação comunitária**” é muito criticada por setores de esquerda, pois, tendo um caráter mais relacionado a áreas geográficas isoladas, não possibilita a idéia de uma diferença e conflito social, o que o termo “**participação popular**” buscava resgatar. Mesmo assim, essa brecha foi utilizada por parcelas significativas dos indivíduos envolvidos no movimento social, como oportunidade de ação sobre o Estado.

É claro que a idéia de participação nos serviços de saúde só foi adiante porque havia uma realidade sócio-política que tornava isso favorável e passava a exigir mudanças. E, nesse contexto, as mudanças profundas que estavam sendo gestadas para o sistema de saúde brasileiro, nos

primórdios de sua organização como processo regionalizado, hierarquizado e universal de atenção à saúde, também constituíam elemento expressivo.

O curioso é observar como se desenvolve a participação popular na área da saúde em um país em que, justamente, a atenção médica sempre esteve relacionada, pelo menos até recentemente, como uma atribuição direta da previdência social. E uma previdência social discriminatória, que prestava atendimento apenas aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho e que, portanto, recolhiam compulsoriamente a sua contribuição ao sistema, excluindo uma porção significativa de trabalhadores. Além disso, assentava-se em um modelo assistencial caracterizado pelo individualismo de suas ações e por uma marcada tendência curativista, direcionada especialmente ao meio urbano e, sobretudo, que visava ao lucro do setor privado que a dominava (Luz, 1991). Era um processo acentuado de medicalização, que ia ao encontro dos interesses do modelo desenvolvimentista que vinha sendo levado a termo pelo regime militar e, de quebra, satisfazia arranjos político-clientelísticos (Bodstein, 1993).

Esse era o modelo médico-assistencial direcionado à elite, estabelecendo uma dicotomia com a saúde pública (ou médico-sanitária), esta sim deficitária, sob responsabilidade do Estado e dirigida aos segmentos excluídos da sociedade. Estamos, portanto, naquele momento, distantes do preceito constitucional atual de “saúde como direito de todos e dever do Estado”, situando-nos mais próximos do atendimento médico como privilégio de quem trabalha (Cohn et al., 1991). Esse acesso desigual e estigmatizante do indivíduo ao sistema – até a universalização dos serviços, tínhamos a figura do “indigente” no sistema de saúde brasileiro, cujo atendimento ficava, em geral, a cargo de poucas instituições filantrópicas – mostra como a saúde nunca foi, de fato, prioritária em nosso país, a ponto de discriminar “assalariados” de “carentes”. Os escassos recursos financeiros disponíveis eram disputados até o último centavo, com o setor público devendo contentar-se com as sobras. E tais características marcaram indelevelmente todas as políticas de saúde até recentemente,

sendo montada uma estrutura privada muito sólida que vendia seus serviços ao Estado (Luz, 1991; Cohn et al., 1991; Mendes 1996). E assim começa a ser discutida com mais força a noção de saúde como direito civil, relacionado, portanto, com a própria concepção de cidadania, o que é um elemento novo nesse debate, pelo menos em termos das políticas sociais no Brasil (Luz, 1991).

A participação passa, então, a ter uma conotação diferente a partir dos anos 80, estando cada vez mais ligada à cidadania, deixando para trás a idéia demagógica de integração dos excluídos e também a participação como processo autônomo. A sociedade toda tem o direito de participar, fiscalizando as ações do Estado e exigindo seus direitos. É por essa razão que se tem falado em “controle social” e cidadania, no sentido de a sociedade conseguir, de fato, exercer seu poder fiscalizador sobre o Estado, através de mecanismos institucionalizados e permanentes, garantindo e ampliando uma série de direitos sociais que antes lhes eram negados, ou seja, “como sujeitar o Estado ao controle e participação da cidadania emergente, promovendo uma alteração significativa na política de concentração de renda” (Bodstein, 1993:32).

E essa é uma mudança importante na relação entre o Estado e a Sociedade, na qual de lado a lado estão postos interesses, projetos e modos distintos de encarar a realidade. E assim, o conceito de cidadania também deve ser visto em perspectiva, pois, temos que admitir, é muito difícil pensar em liberdade e em direitos e deveres igualitários entre cidadãos numa sociedade que negou, sistematicamente, tais preceitos em toda a sua evolução histórica ou restringiu-os apenas à sua elite.

Valla (1993) chama isso de “cidadania da escassez”, uma vez que simplesmente se exige o retorno dos recursos financeiros pagos através de impostos sob a forma de serviços de saúde, suficientes para evitar a morte ou agravos mais sérios à saúde, distante, portanto, da noção da cidadania associada à garantia da liberdade e dos direitos individuais e sociais.

Autores como Carvalho (1995) julgam que uma relação desse tipo necessariamente pressuponha uma organização institucional mínima que

permita esse encontro formal para negociação, exigindo, portanto, um arcabouço jurídico institucional.

Como salienta o autor,

Esse referencial é que presidiu o aparecimento progressivo na área de saúde e ao longo dos anos 80, de órgãos colegiados no âmbito do aparelho estatal compostos por representações mistas de segmentos da sociedade e de repartições estatais. A partir das chamadas Ações Integradas de Saúde, instituíram-se diversos tipos de conselhos e comissões, em geral, na esfera da gestão, tanto nos níveis locais como centrais, que foram englobando a presença dos principais atores na arena político-sanitária: governos das diversas esferas, prestadores de serviços, profissionais de saúde, diversas modalidades de usuários.

(Carvalho, 1995:26)

Progressivamente os diversos segmentos sociais ocupam os espaços disponíveis na área da saúde. É evidente também que isso, por si só, não garantiu que todas as reivindicações populares fossem satisfeitas ou que deixassem de existir outros fóruns de deliberação. Seria ingênuo pensar que tudo seria resolvido aí. Da mesma forma, convém ressaltar que a existência dessas formas institucionais de participação não garantem também representação plena, pois a diversidade dos grupos em disputa na sociedade jamais conseguirá ser igualmente representada. Mas pelo menos, a exemplo de um jogo de cartas, a mesa está posta, as regras do jogo estão acertadas e os diversos jogadores começam a sentar, estudar os seus adversários, pedir mais cartas e fazer as suas apostas.

Essa é uma situação interessante, em que cada um possui um estilo particular de jogar, já conhecido dos demais, e o resultado passa a ser determinado por quem construiu o melhor conjunto de cartas. Pode-se argüir que talvez seja esperar demais de um jogador novato, que recém se acostuma às regras e ao ritual do jogo. Mas a idéia que fica é que se pode fiscalizar melhor os outros jogadores – para quem afinal “emprestamos” o dinheiro para jogar – estando sentado à mesma mesa.

No caso brasileiro, a participação social se institucionaliza na esteira do processo de democratização do país, dirigido a transformar o Estado, superando seu caráter politicamente autoritário e socialmente excludente. A idéia de controle social é aqui marcada por um duplo viés: a dura realidade da exclusão social e o caráter secularmente clientelista e privatizado do Estado brasileiro. Como se o Estado, liminarmente suspeito, precisasse ser vigiado, contido, corrigido, em suas práticas habituais. Daí o forte sentido “fiscalizatório” que a idéia de controle social em saúde adquiriu, onde parece mais importante “impedir o Estado de transgredir” do que “induzi-lo a agir”. (Carvalho, 1995:28)

Foi nesse contexto que passam a ser organizados, nos seus mais diversos níveis, os conselhos de saúde em nosso país, rompendo com uma história de participação apenas figurativa na arena política. É claro que essa mudança não foi abrupta e nem estabelecida unicamente através de decretos ou leis. Houve um processo em que experiências de participação foram sendo implementadas e discutidas.

A medicina comunitária, enquanto política introduzida para aumentar a extensão de cobertura nas áreas mais pobres no país nos anos 70, teve papel importante nesse processo, uma vez que um dos seus pilares era, como vimos, justamente a “participação comunitária”. E isso atravessou em graus variados, mas muito aquém de uma participação plena com divisão de poder, as diversas políticas de saúde desde então, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Prev-saúde e as Ações Integradas de Saúde (AIS).

O aspecto mais contraditório, entretanto, refere-se à tentativa de compatibilização entre o discurso participativo da proposta da medicina comunitária, por um lado, e um sistema altamente centralizado, por outro, com as decisões ainda e cada vez mais concentradas nas mãos do poder executivo. Assim, a proposta de participação popular esbarra numa tendência “endêmica” – para usar uma expressão da saúde pública – de centralização e que, com muita facilidade, se rende ao mais apelativo clientelismo do meio político brasileiro.

Uma avaliação mais crítica, mostra que um dos objetivos da proposta da medicina comunitária era integrar os “pobres” e “excluídos” à rede de serviços básicos, como saúde e educação, sendo que a estrutura social, geradora dessa exclusão, se mantinha, por sua vez, intacta. Através da participação pretendia-se fazer com que esses “grupos marginalizados” mudassem sua postura e, a partir de um aproveitamento de seus próprios recursos, pudessem ser “absorvidos” pela sociedade (Pelegri, 1979). Ou seja, partia-se do princípio de que os problemas de saúde tinham a sua origem na própria comunidade, sem uma relação estrutural maior. Nesse sentido, embora o Estado reconhecesse os movimentos sociais e tivesse um grau variado de aceitação frente a eles, a participação foi, de fato, muito limitada, sem nenhum caráter decisório efetivo, servindo apenas de base de apoio para a implementação de programas de medicina comunitária no país.

Profissionais de saúde engajados numa ideologia de esquerda viam isso como uma brecha para modificar o Estado a partir de uma militância no seu interior e na sua área de competência. Para tanto, viam como necessárias modificações no modelo de atenção à saúde e na própria estrutura dos órgãos executores, como o Ministério da Saúde e o da Previdência Social. Isso acarretou um enfrentamento contínuo e sistemático com os outros grupos de interesse que jogam nessa mesma arena política, exercendo pressão de diversas formas.

Cabe destacar aqui o papel importante do CEBES (Centro Brasileiro de Estudo em Saúde) e da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva), criados em 1976 e 1979, respectivamente, no aprofundamento técnico e político-ideológico da questão naquele momento. Toda essa discussão gerada acabou contribuindo decisivamente na estruturação do chamado *Movimento pela Reforma Sanitária*. Esse movimento teve papel fundamental no sentido de repensar a prática e, de certa forma, poder aglutinar as discussões que vinham sendo realizadas em todo o país. Inúmeros técnicos identificados com a “causa sanitária” acabaram desempenhando funções de comando na hierarquia tanto do Ministério e Secretarias da Saúde como na Previdência Social, o que

contribuiu seguramente para que algumas das suas proposições fossem implementadas.

O caráter militante do debate acadêmico sobre a Reforma Sanitária sempre foi algo muito presente, direcionado, especialmente, à construção de um arcabouço jurídico-legal e de uma estrutura institucional que desse suporte às transformações que estavam sendo gestadas para o sistema de saúde. A participação popular, dessa forma, era considerada como estratégica no processo da reforma sanitária e implantação definitiva do Sistema Único de Saúde (ABRASCO, 1993).

Pelo lado do Governo, a participação popular não deixa de ser um elemento a mais nas várias tentativas que buscavam “reordenar” o sistema de saúde. Foi assim na proposta da saúde comunitária e também no início da década de 80, quando o sistema de saúde entrava em mais um período de caos a partir de uma crise no modelo e no seu financiamento, que exigia gastos maiores num momento em que a previdência via diminuir a sua arrecadação, muito em função do quadro de recessão econômica pelo qual o país atravessava. Isto é claro, por exemplo, no chamado “Plano CONASP”, de 1981, quando foram instituídos, entre outras medidas racionalizadoras, os órgãos colegiados de gestão, através das Comissões Inter-institucionais de Saúde nas diversas esferas de governo. O Plano CONASP, então, pode ser considerado “o marco que delimita a inauguração do cenário institucional no qual se desenvolvem as novas idéias e práticas da institucionalização da participação” (Carvalho, 1995:44).

Além de incorporar os pressupostos do planejamento estratégico em saúde, as comissões ratificavam esse espaço como arena de disputa política entre os seus diversos atores. No dizer do autor

Inicialmente intergovernamentais, essas Comissões foram incorporando sucessivamente a presença dos prestadores de serviços, dos profissionais e, por fim, dos usuários, numa seqüência em que anteciparam o papel de espaços de concertação de interesses que os futuros conselhos estavam destinados a desempenhar. (Carvalho, 1995:44).

A essa altura, os espaços participativos de debate sobre a política de saúde, nas suas diversas esferas, parecem irremediáveis, mesmo que não tenham sido fruto de um plano explícito dos governos nessa direção.

E assim, até meados da década de 80, apesar de constar como uma das diretrizes a serem seguidas, a participação não favoreceu, em praticamente nada, o avanço no sentido da democratização de fato da gestão pública em saúde no Brasil, com as suas estruturas administrativa e financeira ainda centralizadas.

Poderíamos considerar que a participação de indivíduos nessa estrutura oferecida pelo Estado constitui pelo menos uma forma de aprendizado político importante, que permitiu, em alguns casos, a passagem de uma postura puramente reivindicativa por mais serviços de saúde para uma posição de protagonista privilegiado na gestão da saúde nos seus diversos âmbitos. E por isso o esforço no sentido de aumentar o volume e a qualificação das informações disponíveis ao público e geral (ABRASCO, 1993).

Isso requer também um passo no sentido da capacitação técnica de lado a lado, pois é exigido um certo grau de elaboração por parte da sociedade de propostas de seu interesse. Essa manifestação do controle social nos remete à noção de *accountability* na administração pública, ou seja, “a busca do resultado e a responsabilidade por ele. Sentir-se parte do problema e da solução” (Carvalho & Santos, 1995).

E assim chegamos mais próximos ao arcabouço legal atual, estabelecido na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. A legislação consolida as discussões que vinham sendo realizadas mas que foram aprofundadas principalmente durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986. Realizada sob os ventos mais democráticos da Nova República, essa Conferência conseguiu reunir, em Brasília, mais de quatro mil pessoas, entre delegados e observadores de todo o país, tanto de quadros técnicos como representantes da sociedade civil, num momento em que se rediscutia a questão das políticas sociais e da cidadania em nosso país. Como salienta Bodstein (1993), o “processo de redemocratização do

Brasil tem o mérito de colocar as políticas sociais no centro do debate político, enfatizando a responsabilidade do Estado diante do agravamento da questão social”.

Referida como uma marco na história da luta pelos direitos sociais no país, a VIII CNS traça as linhas básicas das políticas de saúde que serão, de fato assumidas, após acirrados debates, no capítulo de Seguridade Social na Constituição Federal, dois anos após. Entre elas, a constituição de um sistema de saúde público, descentralizado, universal e com participação da população em todos os seus níveis, do planejamento à execução das ações de saúde (Brasil, 1989). A Constituição não poderia ser mais explícita nesse sentido:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

(...)

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

A pressão dos inúmeros grupos envolvidos no campo da saúde, o jogo de interesses e a negociação seguiram marcando o debate para a definição da Lei Orgânica da Saúde, através da Lei 8.080 (Brasil - MS, 1991). É uma lei que sistematiza os preceitos constitucionais relativos ao assunto e refletem bem essa disputa política. Em função de um veto presidencial sobre a questão da participação no texto original – o presidente da república à época era Fernando Collor de Mello –, foi necessária a sanção da Lei 8.142, estabelecendo a maneira como se daria a “participação da comunidade” no SUS e o fluxo dos recursos financeiros na área (Carvalho & Santos, 1995).

É interessante perceber que no meio desse debate, como já vimos, amplia-se a concepção de saúde, não mais vista apenas como um estado de ausência de doença ou decorrente unicamente da assistência médica, mas que além do resgate da cidadania e do dever do Estado na questão, levanta uma série de outros fatores determinantes.

Havia nesse momento uma nítida e proposital mudança no sentido de descentralizar as ações da esfera federal para os estados e, destes, para os municípios. A tendência à descentralização da gestão dos serviços públicos acentua-se no final dos anos 80. O objetivo é deixá-los mais próximos dos cidadãos, nos seus locais de moradia (Jovchelovitch, 1993). Essa é a idéia básica do processo de municipalização da saúde, reafirmada na IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, que discutiu os rumos da descentralização e democratização do conhecimento, tendo como tema “municipalização é o caminho”. A descentralização auxiliaria, então, no resgate tanto da eficiência do sistema como da sua democratização, justamente por aproximá-lo da pressão exercida pelos cidadãos no cotidiano de seus municípios. Ao mesmo tempo, traz no seu interior uma outra modificação, não menos importante, na maneira como o usuário é percebido, encarado agora como alguém – um cidadão – com um papel ativo no sistema e com o direito de opinar sobre o seu desenvolvimento. O risco com isso é, ao “descentralizar”, perpetuar os vícios no processo de tomada de decisão, uma vez que também no nível local há grupos que dominam o processo previamente e não abririam mão disso, o que faria com que na saúde não houvesse, de fato, a busca da democratização do poder. Ou, como bem sintetiza Bodstein (1993), “se a estatização por si só não garante o controle, a participação da cidadania, a descentralização e a municipalização também não”.

A partir disso, o processo de discussão sobre a participação também amplia-se e ultrapassa a questão específica do atendimento médico em si e estabelece a necessária ligação da saúde com as demais políticas sociais.

Da mesma forma, a Conferência Nacional de Saúde e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo³ ficam definitivamente sacramentados em lei, conforme explicita o artigo 1º, inciso 2º, da Lei 8.142 em relação aos conselhos de saúde (Brasil – MS, 1991):

Art. 2º. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Como pode ser visto, o leque de atribuições – e também de responsabilidades – aumenta significativamente, sendo que é a primeira vez que tais órgãos passam a gerenciar mais de perto o dinheiro. Não menos importante é a participação dos usuários na avaliação das ações de saúde, o que é uma inovação em termos administrativos e também políticos. Muda o eixo de uma tarefa tradicionalmente exercida unilateralmente pelo Estado, como único guardião do interesse coletivo (Carvalho & Santos, 1995).

E assim o paradoxo está formado. Por um lado, obteve-se através de lutas nos últimos 10 ou 15 anos, ora mais, ora menos concatenadas, uma estrutura que prevê legalmente a plena incorporação dos “usuários” no seu processo de decisão. Mas pode-se questionar se a estrutura dos conselhos consegue manter o seu conteúdo original, ou seja, constituir-se em fórum deliberativo e democrático. Um dos perigos, como adverte Stotz (1995), é exigir uma participação além das possibilidades de intervenção dos grupos sociais mais frágeis em termos de recursos de organização e que, em função disso, podem ficar à margem do processo, perdidos num emaranhado de leis e normas institucionalizadas e agravadas ainda pelo

³ Embora a Lei seja clara no sentido da criação dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, disseminou-se a prática de funcionamento de conselhos nos níveis mais na base do sistema, como os Conselhos Locais de Saúde, nos distritos, e até mesmo conselhos vinculados a unidades de saúde isoladamente, alargando ainda mais a base da pirâmide participativa.

aprofundamento da crise social e exacerbação do desemprego e das desigualdades em nosso país.

E esse é um dos principais questionamentos que podem ser feitos, ou seja, até que ponto uma estrutura formal de participação pode, de maneira efetiva, favorecer a partilha de poder político? Isso porque mesmo que haja uma firme determinação no sentido do controle popular, pode-se questionar a importância das questões postas em discussão, que, na prática, já passaram por uma seleção prévia do que deve ou não ser colocado para decisão (Cortes, 1996). Isto é, certas decisões são tomadas previamente às reuniões, restando para discussão apenas questões secundárias.

Em meados dos anos 80, o período de transição política pelo qual o país atravessava, caracterizado pelo gradual processo de redemocratização, também marca a tensão dos movimentos sociais, que oscilavam mais uma vez entre o seu caráter institucional e autônomo. Quanto a isso, concordo com o posicionamento de Jacobi (1989) que não vê necessariamente uma oposição entre institucionalização e autonomia do movimento social, mas sim uma interpenetração entre esses dois aspectos, o que permite a transformação de ambos no processo.

Além disso, há que ser resgatada a rica dinâmica das relações cotidianas, difusas e que não podem seguir a formalização das organizações e das entidades civis, mesmo que estas sejam pouco estruturadas. Conforma-se, pois, um hiato entre esses dois pólos em que, por um lado, há entidades que inevitavelmente cristalizam certas relações ao institucionalizá-las. É claro que isso não é de todo ruim, pois essa “estabilidade” pode servir de referência aos demais indivíduos que estão ou estarão ligadas a elas, em qualquer etapa do processo. Mas, por outro lado, não há como as entidades incorporar as por vezes sutis diferenças presentes nas redes de relações interpessoais estabelecidas no cotidiano (Silva, 1997).

Mais do que isso, parece ser difícil para esse sistema e para seu corpo técnico reconhecer o indivíduo à sua frente como um sujeito capaz de formular críticas e elaborar propostas. Isso se dá por vários motivos. Um deles é a relação desigual de poder existente entre os técnicos de nível

superior e a população, o que dificulta qualquer esforço de comunicação. E, como afirma Bordenave (1983), a comunicação é condição essencial para que a participação se efetive. E essa só será possível quando se estabelecer um diálogo entre iguais, não unicamente em relação às suas idéias, mas nos seus *status* enquanto cidadãos. Nessa mesma direção situa-se a questão de como “conciliar as profundas desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira com democracia” (Cohn et al., 1991).

4.3. A participação no Serviço de Saúde Comunitária

A participação dos usuários no Serviço de Saúde Comunitária (SSC) é um dos princípios norteadores desse serviço, sendo buscada desde a sua criação. Apesar disso, o tema nunca foi alvo, pelo menos até recentemente, de um aprofundamento teórico mais sistemático por parte do conjunto de seus membros. Talvez justamente por isso, a participação também assumiu concepções e práticas diferentes no decorrer da história do Serviço. Agregasse a isso o fato do SSC ser composto de treze unidades independentes, com histórias, lutas, comunidades e relações destas com os postos de saúde diferentes, o que implica na ocorrência de entendimentos distintos sobre o que seja participação em saúde. É possível observar, portanto, que as mesmas dificuldades conceituais encontradas no plano mais geral são reproduzidas no nível local. Algumas das comunidades apresentam uma história de grande mobilização por motivos dos mais variados, como regulamentação fundiária, lixo e esgoto, por vezes não relacionadas diretamente às reivindicações por atendimento médico.

A primeira unidade do serviço, a Unidade Conceição, foi criada, como já vimos, para atender uma determinação legal da Comissão Nacional de Residência Médica, que exigia um campo de estágio próprio para a residência em Medicina Geral Comunitária. O contato inicial com a comunidade foi feito através de uma pesquisa na vizinhança do Hospital Conceição para saber onde as pessoas procuravam atendimento médico.

Os resultados indicavam que as pessoas utilizavam recursos de outros locais, que não o Hospital Conceição, servindo-se deste apenas em casos de emergência. Para atendimento de saúde de rotina, utilizavam os postos da previdência, os serviços de convênios e os médicos particulares.

Esses dados não surpreendem, uma vez que, à época, o Hospital Conceição, como toda a rede conveniada, atendia apenas as pessoas com carteira de trabalho e que recolhiam a contribuição previdenciária correspondente⁴. Logo, qualquer aceno que sinalizasse na direção de um posto com atendimento gratuito e de boa qualidade seria com certeza bem-vindo. Uma pesquisa desse tipo, por exemplo, já foi considerada por médicos do Serviço como uma forma de participação da comunidade.

Mas a forma de participação mais evidente era vista nos momentos de crise do Serviço, através de grandes mobilizações de usuários. As comunidades eram chamadas a se manifestar cada vez que o Serviço se via ameaçado de alguma forma, especialmente pela direção do GHC, que nunca foi, pelo menos nos anos iniciais, plenamente favorável ao SSC. Assim, a comunidade era colocada ao lado do SSC, como prova de que o Serviço tinha um respaldo popular, cumpria as suas funções e, portanto, deveria ser mantido funcionando. Quanto a isso, os técnicos não viam nenhum problema maior, pois o importante era fazer com que as **idéias** defendidas pelo Serviço fossem mantidas vivas. E mobilizações desse tipo ganhavam espaço na mídia e criavam fatos políticos, a serem manejados como tal.

Quando nós começamos a trabalhar, escrevendo o projeto da primeira unidade, a do Conceição, desde aquela época a gente achava que a sobrevivência do projeto e do nosso trabalho estava relacionada à participação comunitária.

Médico D

Eu acho que aconteceram grandes participações populares nos grandes momentos de crise do Serviço. Quando tinha uma ameaça, as comunidades respondiam.

Médico B

⁴ O atendimento universal no GHC iniciou, de maneira gradativa, no início da década de 80.

O desejo deliberado de fazer com que o Serviço crescesse em número de postos fazia parte da mesma estratégia, isto é, mantê-lo funcionando a qualquer custo. E quanto maior a sua expansão e maior o número de pessoas abrangidas, mais difícil seria o seu fechamento pela Direção. Uma direção que, diga-se de passagem, era indicada pela composição de partidos políticos que detinham o poder, antes no Ministério da Previdência e Assistência Social e mais recentemente no Ministério da Saúde, e, por consequência, muito mais suscetível a esse tipo de pressão “popular”⁵.

Existiam interesses da instituição, existia pressão das comunidades para nós e para a direção do Hospital. E uma vontade nossa de expandir como uma forma de dar segurança ao nosso serviço, frente à fragilidade de quatro unidades que poderiam ser fechadas. Se o Serviço fosse ampliado, isso seria um pouco mais difícil.

Médico H

De forma semelhante, a comunidade foi mobilizada por outras questões. Em uma ocasião em 1981, por exemplo, foi “convocada” por membros da Equipe para pressionar o então ministro da previdência e candidato ao governo do Rio Grande do Sul, Jair Soares, para manter o mesmo número de bolsas de residência médica na área de Medicina Geral no GHC. Lotaram-se ônibus, o ministro foi recepcionado com muito estardalhaço no aeroporto e as bolsas foram mantidas.

Também sempre é frisado pela coordenação do Serviço o fato de que a “mobilização das comunidades” era fundamental para que novos postos fossem abertos.

⁵ Tradicionalmente, na composição da direção do Grupo Hospitalar Conceição, os cargos principais – diretor-superintendente, diretor técnico e diretor administrativo – são decididos a partir de acordos partidários estabelecidos no nível federal. Em função da magnitude do GHC no cenário estadual e municipal, quando há “conveniência política”, essas esferas também são ouvidas nessa definição. Todos os outros cargos importantes, como as direções dos hospitais e chefias de divisão do Grupo, são modificados a partir da cúpula, segundo os mesmos critérios.

(...) depois de criada a primeira unidade, que foi a do Conceição, lá no Hospital, houve uma decisão por parte do Serviço de que novos postos só seriam criados se as comunidades solicitassem e discutissem conosco a viabilidade e a conveniência destes postos.

Médico E

Essas mobilizações acabaram por marcar um espaço, a princípio informal, em que pessoas de várias Unidades se reuniam mais freqüentemente. Esse era o embrião do que ficou conhecido posteriormente como a “Intercomunitária”.

É interessante observar que essa política de “dar-a-quem-pede-e-se-mobiliza” deu resultados concretos às comunidades que “estavam na fila” para conseguir um posto de saúde de acordo com a pressão exercida e com a boa vontade da direção em contratar funcionários e investir em uma infraestrutura mínima para iniciar as atividades. Como pode ser observado no gráfico 4.1, de 1983 a 1991, havia 5 unidades no SSC. Somente em 1992 foram abertas outras cinco unidades e entre 93 e 95, mais três.

Nº DE UNIDADES

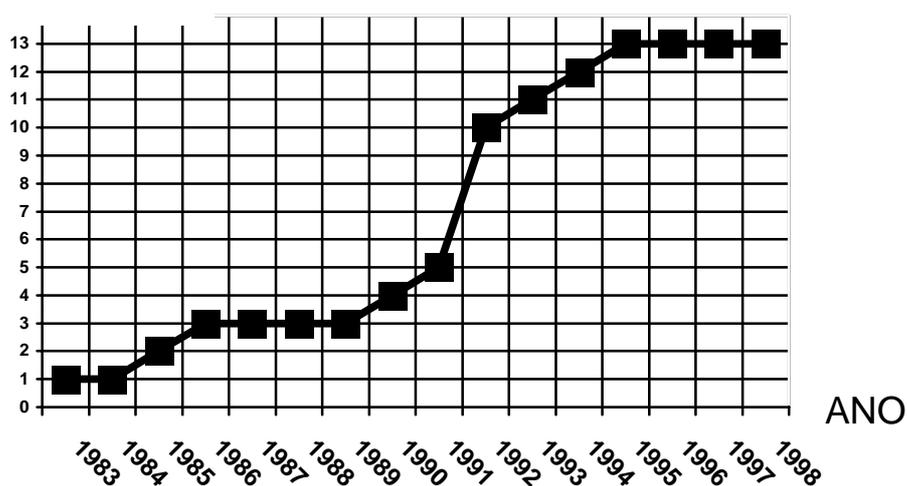


GRÁFICO 4.1. Evolução do número de Unidades do Serviço de Saúde Comunitária/GHC conforme o ano de abertura

Aos poucos, esse fórum, a princípio não institucionalizado, vai ganhando projeção, a ponto de criar alguns conflitos com outros conselhos já constituídos, como as Comissões Locais de Saúde (no início, Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde - CLIS) e o Conselho Municipal de Saúde, este com funcionamento regular desde setembro de 1985, em decorrência das Ações Integradas de Saúde (AIS)⁶. Apesar de os profissionais do GHC, particularmente os do SSC, terem exercido papel importante na criação das CLIS, o estabelecimento desses conflitos sempre foi uma crítica importante em relação ao GHC, pois a instituição, em função de sua ligação com o governo federal, sempre teve uma maior autonomia para gerenciar seus recursos e investimentos e agia passando por cima das outras comissões de saúde. Tanto isso é verdade que, quando abriu a sua décima terceira unidade de saúde, em 1995, possuía uma rede de serviços de atenção primária à saúde maior em número de postos que a própria rede municipal. As comunidades preferiam, compreensivelmente, bater às portas do GHC, pois, na época, era mais fácil a instituição bancar um novo posto que a Prefeitura de Porto Alegre. Também pesava na decisão de “quem procurar” o fato de que a qualidade do atendimento oferecido pelo SSC era tida como superior à do resto da rede pública, principalmente em relação aos postos estaduais, à época sabidamente sucateados e com deficiências de recursos humanos.

Essa prática manteve-se ao longo dos anos, estimulada pelo sucesso de várias comunidades e por acenos da Direção do GHC em permitir esse “assédio”. Era uma das metas públicas do seu diretor-superintendente, entre 1993 e 1995, “chegar a 20 unidades de saúde na Zona Norte da Capital e formar um verdadeiro distrito sanitário”. Esse mesmo diretor, cirurgião-torácico do Hospital Conceição, nas eleições de 1996 elegeu-se vereador em Porto Alegre, com ótima votação, o que explicita bem a vinculação político-partidária.

⁶ O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Porto Alegre sempre foi muito atuante em relação às definições sobre as políticas de saúde para a cidade, bem antes, portanto, do processo de municipalização da saúde, que inicia de maneira escalonada apenas em 1993, completando com a etapa mais avançada, de “gestão semi-plena” em agosto de 1996. Para o estudo do CMS de Porto Alegre, ver Cortes (1995).

A Intercomunitária mantinha, pois, um caráter semi-estruturado, funcionando com a participação de “representantes” das diversas comunidades e alguns funcionários do SSC, como representantes “dos técnicos”. No início, apesar de serem facilmente identificadas as pessoas que levavam adiante o grupo, nunca teve uma coordenação eleita, uma secretaria ou um calendário definido de reuniões. Estas eram marcadas à medida das necessidades, e o chamamento era feito através das Unidades de saúde. Os assuntos discutidos abordavam questões gerais, principalmente reivindicativas de aumento de profissionais, mas apenas tangencialmente abordavam a forma de gestão nas Unidades e na coordenação do SSC. Isso não retira, contudo, a sua importância, pois as reuniões aconteciam com certa regularidade, congregando um número expressivo de participantes.

A ligação formal da Intercomunitária com o GHC ocorreu através da instalação do “Fórum de Democratização do GHC”, em maio de 1993, que reconhecia a Intercomunitária, juntamente com a CLIS do Distrito Sanitário 5, como representantes da “comunidade externa”. Criado no período em que o Partido Socialista Brasileiro (PSB) integrava a direção central do GHC, esse era um fórum de caráter permanente e com “finalidade consultiva/opinativa”, contando com a participação de funcionários e usuários na formulação de políticas de saúde e melhorias no atendimento prestado pela instituição (O Grupo, ano XV, número 73, julho 1993, p. 4). O Fórum de Democratização apresentou um funcionamento um tanto irregular, não tendo um impacto significativo nas “políticas de saúde” como propunha-se inicialmente. Foi enfraquecendo gradativamente, sendo definitivamente abandonado pela nova direção, que assumiu em 1995.

Na verdade, mesmo durante o período de vigência do Fórum Democrático e apesar do apoio da chefia do SSC, a Intercomunitária sempre enfrentou dificuldades no sentido da definição concreta de sua ligação formal com o Serviço e do poder que dispunha na gestão efetiva das Unidades. No final de 1993, ocorreu o que pode ser considerado um marco na Intercomunitária: o início da reformulação do Regimento Interno do SSC, que

procurava dar conta justamente dessa lacuna. Em função das eleições para as chefias das Unidades e do Serviço, algumas lideranças, embaladas pelo curso tomado pelas reuniões anteriores e pela possibilidade real de maior participação, começaram a discutir como as comunidades também poderiam participar mais diretamente desse processo eleitoral. O que estava previsto no regimento elaborado originalmente em 1987 pelos técnicos do Serviço, e ainda vigente à época, era que apenas os funcionários votavam para os cargos de chefia. O raciocínio parece ter sido no sentido de que se o regimento dizia isso, então era hora de mudá-lo. E se fossem feitas modificações, então, todo ele deveria ser revisto e não apenas as partes referentes às eleições.

Acredito que essa é uma questão mais simbólica do que prática, pois as eleições no SSC nunca foram muito concorridas, especialmente para as chefias das unidades. Em geral, não há candidatos, e estes, quando são lançados, são fruto de um consenso interno dentro da equipes. São pouco freqüentes as eleições com mais de um candidato, a não ser, é claro, quando há desentendimentos internos em determinadas unidades. O desinteresse ocorre principalmente pelo fato de o chefe da unidade – cargo destinado apenas aos técnicos de nível superior, que recebem um pequeno adicional ao seu salário para desempenhar essa função – acumular as suas atribuições de chefia dentro da sua carga normal de trabalho. Assim, além do atendimento ambulatorial somam-se inúmeras reuniões e trabalho burocrático, como a elaboração de memorandos solicitando material, controle de freqüência dos funcionários, etc.

Foi um processo interessante, que envolveu de certa forma todas as unidades e as suas comunidades. É claro que houve uma diferença marcante entre as Unidades, algumas já com trabalhos na área e outros em que o tema “participação” não figurava entre as prioridades, tanto para a equipe como para a população.

Como sempre acontecia nos debates de temas importantes no Serviço, a idéia que prevaleceu era de que as propostas de modificação no antigo regimento fossem discutidas preliminarmente nas unidades. Todas as

propostas seriam então sistematizadas e rediscutidas em reuniões da Intercomunitária através de delegados, escolhidos paritariamente entre usuários e funcionários nas unidades, que teriam direito ao voto.

Todo esse esforço demandou muito tempo e inúmeras reuniões, em geral realizadas à noite, nas dependências do Hospital Nossa Senhora Conceição. O processo ficava também por vezes confuso e pouco produtivo, pela própria complexidade da empreitada, busca de detalhamento de certos tópicos, pelo espaçamento das reuniões, (realizadas em média a cada duas semanas) e também pela falta de uma coordenação formal efetiva. A direção dos trabalhos oscilava entre os seus diversos membros, apesar de ser esperado que a chefe do SSC coordenasse as reuniões. Os tópicos eram discutidos um a um, apresentadas propostas de modificação ou inclusão e votadas sempre que não houvesse consenso. No final, uma comissão⁷, formada também paritariamente, por membros escolhidos, foi encarregada de sistematizar todas as propostas apresentadas e redigir o texto final para ser submetido à votação em plenária. A maioria das propostas eram consensuais, construídas a partir de acordos entre os presentes.

Ao final, no dia 5 de abril de 1995, após mais de um ano de discussões e inúmeras votações, chegou-se a uma ambiciosa proposta de regimento interno, com oito capítulos e 45 artigos, definindo desde os princípios da Divisão de Saúde Comunitária (DSC), seus integrantes e competências de cada um, até a formação dos conselhos gestores locais e a forma de ingresso dos funcionários, que deveria ser através de concurso público.

Ambicioso também porque estabelecia uma nova estrutura gerencial da Divisão e do Serviço de Saúde Comunitária, introduzindo o que foi chamado de “Conselho Gestor da Divisão de Saúde Comunitária”, como “instância deliberativa da DSC”, com ampla competência para implementar e

⁷ O termo utilizado na época era “núcleo”, para evitar “comissão” que, na percepção principalmente dos representantes dos usuários, estava carregado de significados pejorativos de ineficiência e burocratização: “se quiser que uma coisa não aconteça, é só nomear uma comissão para que ela proponha um plano”.

avaliar as ações desenvolvidas pelas Unidades⁸. Seria composto pelo chefe da divisão, chefe do serviço, chefe do setor de internação e Preceptor-chefe da residência médica (ou coordenador de estágios), um funcionário e um representante das comunidades, por setor⁹, e quatro representantes da Intercomunitária, para assegurar o caráter paritário desse fórum. Todos os conselheiros seriam eleitos pelos seus pares, exceto os membros natos.

A tentativa, portanto, era oficializar esse conselho gestor como órgão de discussão e deliberação, que eram também os objetivos da Intercomunitária. Essa, por sinal, pelo regimento seria mantida essencialmente como espaço para “promover a integração e troca de experiências entre as comunidades” e discutir propostas a serem levadas para o Conselho Gestor da DSC. Interessante observar como a tentativa de formalizar a atuação da Intercomunitária, através de um extenso e detalhado regimento interno, repete a mesma discussão entre autonomia e institucionalização da participação. E talvez tenha sido o seu grande equívoco.

A participação da comunidade nas eleições das chefias – origem de todo o processo – terminou de uma maneira curiosa. Foi decidido que os cargos de chefe de divisão, de serviço, da internação, de preceptor-chefe e de coordenador de estágios permaneceriam sendo escolhidos exclusivamente pelos funcionários contratados, como era anteriormente. O que poderia representar um recuo nas pretensões do grupo significou apenas o reconhecimento das limitações que os representantes dos usuários teriam na definição de “assuntos técnicos” ou sabidamente reservados à escolha direta da direção, e que um enfrentamento não era interessante naquele momento. Já os chefes de unidades seriam eleitos por

⁸ No organograma do GHC, modificado há poucos anos, a Divisão de Saúde Comunitária está vinculada ao Hospital Nossa Senhora da Conceição, equiparada a outros setores importantes, como a Divisão de Pacientes Externos (responsável pela emergência) e a Divisão Médica, o que representaria um *status* privilegiado do setor perante a Direção. Abaixo da Divisão, está o Serviço de Saúde Comunitária, composto pelas suas 13 Unidades, o Núcleo de Epidemiologia e o Setor Administrativo. A introdução desse novo organograma ainda gera algumas confusões quanto a atribuições e competências, inclusive entre os funcionários.

um colégio eleitoral composto paritariamente entre funcionários e usuários das unidades escolhidos como delegados em assembléias, ou seja, os usuários passariam a influir onde mais interessaria: no local onde recebem atendimento.

A conclusão dos trabalhos coincidiu com o tenso período de troca de direção do GHC, sendo levantadas dúvidas sobre o seu seguimento. Esses temores foram posteriormente confirmados: a nova direção, uma composição entre PMDB e PFL sustou o processo ao remetê-lo para análise jurídica “em Brasília”, onde permanece, após três anos, “em estudos”.

Na prática, representou o desaquecimento da Intercomunitária, pois uma das primeiras decisões da nova direção foi que não haveria expansão da rede de postos. O GHC entrava numa fase de otimização gerencial, cujo objetivo principal era manter a qualidade do atendimento e tentar o equilíbrio entre receitas e despesas. Dessa forma, não haveria mais espaço para negociar a abertura de novas unidades, pois a fonte dos recursos tinha-se esgotado.

De fato, o novo regimento representou uma tentativa de mudança radical na estrutura organizacional do SSC, com a transferência das grandes decisões para o Conselho Gestor da DSC. Questiona-se também a verdadeira participação da “comunidade” uma vez que muito do que foi discutido estava relacionado a questões puramente administrativas, sem repercussões diretas sobre o atendimento oferecido e para as quais a comunidade não possuía informações suficientes para orientar as suas decisões.

Mesmo assim, “participação” ainda era um tema de interesse no SSC. O que não se sabia exatamente era qual a extensão dessa participação e como implementá-la na prática. Em função do meu envolvimento com o tema na Unidade Conceição, fui convidado a integrar o “grupo de participação popular” criado com o objetivo de aprofundar essa discussão nas unidades. Assim, em outubro de 1995, como primeira atividade do grupo

⁹ Para evitar que se formasse um conselho excessivamente numeroso, as unidades seriam divididas em três ou quatro setores, de acordo com a sua proximidade e a divisão dos distritos sanitários do município.

foi realizado um seminário que reuniu todos os funcionários do SSC sob o sugestivo título “*Seminário sobre participação popular: onde estamos e onde queremos chegar*”. Esse encontro buscava, além de resgatar um pouco da história do Serviço relacionada ao tema, aprofundar o debate também no nível teórico e estudar formas de conduzir o processo daquele momento em diante. A implementação dos Conselhos Gestores Locais (CGLs) teve destaque nos debates, sendo consenso que constituíam na solução ideal.

Um dos desdobramentos desse primeiro encontro foi a realização, cerca de seis meses após, da “*1ª Oficina de participação popular: rumo aos conselhos gestores locais*”, direcionada apenas aos membros da comunidade e que reuniu mais de 45 pessoas durante todo um sábado.

**FOTO 4.1. Atividade de dramatização, realizada durante a
1ª Oficina de Participação Popular em Saúde**

No Serviço sentia-se uma “falta de preparo” dos representantes das comunidades quanto a **como** desenvolver a participação. As pessoas realmente não possuíam um conhecimento mínimo sobre a legislação e seus direitos como cidadãos. Assim, essa oficina também atendia a uma

preocupação de compartilhar informações com os usuários, a fim de que sua participação fosse mais qualificada. Além disso, a oficina sinalizou claramente os objetivos da chefia do SSC quanto à participação: estimular com que os CGLs fossem formados nas unidades e constituíssem o principal fórum para decidir assuntos locais. À época, tinha-se o entendimento de que a Intercomunitária “abafava” os conselhos locais que iniciavam a sua estruturação e impedia a criação de novos, uma vez que todos os assuntos mais importantes eram discutidos na Intercomunitária, “pulando” instâncias. Ou seja, uma reclamação pontual quanto ao atendimento odontológico de uma unidade X, por exemplo, era discutida pela Intercomunitária, quando, por vezes, o problema poderia ser resolvido no local ou, o que é pior, a Unidade em questão às vezes não tinha sequer conhecimento do problema.

Nas conclusões dos trabalhos em grupo nessa oficina, fica evidente quão complexas são as atribuições a que se propõem os CGLs (GHC, 1996). Quando perguntou-se “O que o grupo entende por Conselho Gestor Local?”, as respostas foram as seguintes:

- *Órgão de decisão perante a comunidade;*
- *Elo de ligação entre a comunidade, serviço e direção do hospital;*
- *Uma equipe de líderes conhecedores dos problemas e dificuldades das comunidades, juntamente com pessoas interessadas em sanar os problemas. Que trabalhe junto com o Posto de Saúde e demais órgãos existentes;*
- *Deve fazer planejamento e avaliação local. Discutir e definir a política de saúde da comunidade. Discutir melhorias e fiscalizar. Participar dos Conselhos de Saúde e Orçamento Participativo;*
- *Grupos que se reúnem para discutir problemas gerais da comunidade. Ex.: drogas, fome, moradia, saneamento básico, etc;*
- *Reunião de membros eleitos da comunidade e membros do posto de saúde para discutir necessidades e problemas do bairro. Pessoas representativas que ouvem as pessoas da comunidade, com outras entidades do bairro. Ele vai aproximar as reuniões da saúde dos problemas dos cidadãos.*

Na pergunta referente ao funcionamento do Conselho Gestor Local, as respostas também foram muito amplas:

- *Reunir juntamente com Associação de Moradores, para discutir problemas que envolvam saúde e encaminhar aos órgãos competentes;*
- *Lideranças eleitas pela comunidade para organizar grupos de pessoas da comunidade junto ao posto de saúde, para definir os problemas e dificuldades. Reuniões quinzenais;*
- *Reunindo-se com a comunidade e ouvindo suas reivindicações, mensalmente ou mais assiduamente, quando necessário. Defender a saúde da comunidade junto aos técnicos, procurando melhorar o bairro;*
- *Seguirmos os objetivos do Conselho Gestor com a participação da comunidade que no momento desconhece o seu valor. Para junto trabalhando possamos cobrar as necessidades;*
- *Reuniões quinzenais com participantes técnicos e conselheiros da comunidade, abertas a comunidade como ouvintes. Registro em atas. Tratar de questões de âmbito geral, que favoreçam toda a população.*

Uma última pergunta procurava identificar as dificuldades que a comunidade sentia para que um Conselho Gestor Local fosse implantado. Foram então listados os seguintes itens:

- *Falta de conscientização das pessoas e de interesse da população. Cansaço de alguns que participam de outros movimentos;*
- *Falta de união e participação. Falta de preparação das pessoas. Falta de conscientização;*
- *Falta de pessoas que assumam com responsabilidade. Falta de consciência coletiva, individualidade, comodismo. Falta de entrosamento de equipe técnica com a comunidade;*
- *Conscientização e participação;*
- *Reunir as pessoas e conscientizar que saúde não é ter médico e remédio. As únicas pessoas que têm esse entendimento são as ativas na comunidade.*

Ao que parece, a comunidade previu acertadamente as dificuldades pois, de fato, após essa oficina, houve um período de desaquecimento do movimento. Propositadamente, como uma das conclusões do encontro, as

reuniões da Intercomunitária deixaram de ser marcadas, e quando essas aconteciam, convocadas pela comunidade, havia um número muito pequeno de técnicos. O objetivo era justamente forçar a implantação dos CGLs, evitando a superposição de reuniões. Contudo, as reuniões para a estruturação dos CGLs nas unidades não avançaram, com as poucas exceções das unidades que já vinham discutindo a questão há mais tempo, mesmo com a realização, em outubro de 1996, de uma segunda Oficina de Participação, em que se buscava justamente “consolidar os Conselhos Gestores Locais”.

Além das dificuldades previstas, não houve nenhuma movimentação mais ostensiva por parte das chefias do SSC no sentido de cobrança. A situação foi agravada pelo adiamento das eleições para as chefias das Unidades, previsto inicialmente para dezembro de 1996. Essas eleições, junto com a chefia do SSC acabou sendo realizada em junho de 1997, em data decidida em reunião de coordenação, sem nenhuma participação da comunidade e sem tempo para articulações que promovessem até mesmo uma discussão com os potenciais candidatos. O motivo alegado era adequar as eleições do SSC ao calendário de trocas de chefias no GHC, que ocorrem tradicionalmente em julho. Além disso, fez-se um levantamento informal entre as unidades sobre o tempo de duração do mandato de chefia, até então estipulado em um ano. Esse levantamento mostrou ampla maioria favorável aos dois anos, e assim foi estabelecido pela coordenação.

O movimento de participação popular no SSC sofreu um duro golpe no segundo semestre de 97, quando foi implementada a obrigatoriedade de registro de horário dos funcionários através de cartão-ponto eletrônico. Essa foi uma decisão administrativa a ser aplicada a todos os empregados do GHC, inclusive do SSC. A insatisfação com a medida foi geral, mas especialmente nas equipes do Serviço, que, na grande maioria dos casos, têm carga horária de tempo integral e consideravam que o registro de horários através de um ponto eletrônico limitaria muito o esquema de trabalho, em que uma de suas principais características é a flexibilidade de horários, com reuniões com a comunidade sendo realizadas às vezes à noite

e nos fins-de-semana. Essa discussão, iniciada em agosto de 1997, estendeu-se até o final daquele ano, com inúmeras reuniões e ações legais impetradas através das entidades representativas dos funcionários buscando que se chegasse a um acordo. Todas as atenções estavam centradas no “cartão-ponto” e boa parte das atividades fora dos horários regulares de trabalho foram, por todo esse período, colocadas em compasso de espera. O sentimento reinante era de indignação acarretando um clima de desmotivação para o “trabalho comunitário”.

A comunidade acompanhou à distância essa movimentação. Interessante observar que nessa situação de “crise”, diferentemente das demais, as comunidades não foram chamadas a dar apoio aos profissionais. Acredito que isso ocorreu em função de dois motivos principais. Em primeiro lugar, a questão era vista pelo Serviço como um “assunto administrativo”, em que os usuários tradicionalmente não opinavam. Em segundo lugar, talvez se opinassem, teriam uma posição a favor de um controle maior sobre os horários a serem cumpridos pelos funcionários. Nessa situação, a participação poderia fortalecer os argumentos da direção do GHC e posicionar-se contra os funcionários do SSC.

4.4. Participação no nível local

A Unidade Conceição foi a primeira, entre as treze unidades do Serviço, a ter o seu Conselho Gestor Local formalmente estruturado. Isso ocorreu contrariando algumas expectativas, uma vez que a Unidade não tem tradição de um “trabalho comunitário” de um ponto de vista mais político como outras unidades do Serviço, que possuíam graus variados de vinculação com os movimentos sociais pela saúde na cidade e no Estado, em alguns locais, via partidos políticos.

Apesar disso, conseguiu reunir um grupo de usuários, realizar uma eleição de conselheiros entre os moradores e realizar reuniões periódicas

desde 1995. Além de ter elaborado um regimento interno próprio, votado numa assembléia geral.

É bem verdade que esse foi um processo conduzido muito mais por alguns técnicos da Unidade, o que repete outras experiências de estímulo à participação social na gestão dos serviços, em que se nota nitidamente que são as administrações de tais serviços, nos diversos níveis, que desencadeiam a iniciativa e levam a proposta adiante. Parece inevitável, portanto, haver uma instituição receptiva à interferência externa que crie mecanismos para catalisar o processo, promovendo reuniões e dirigindo o início dos trabalhos. Esse mesmo papel central das administrações no sentido de estabelecer um diálogo com outros setores sociais já tinha sido observado por Cohn et al. (1993) na experiência de implantação de comissões de gestão no município de São Paulo no período de 1989 a 92.

E isso é especialmente verdadeiro quando nos referimos a populações sem tradição nesse tipo de envolvimento. Situação que não deve ser vista como uma manipulação das mesmas, mas como um impulso inicial quase indispensável para superar uma fase de inércia, especialmente em se tratando, no caso da Unidade Conceição, de uma comunidade em que as grandes mobilizações por água, saneamento ou coleta de lixo não existem, simplesmente por já serem conquistas consolidadas. É claro que nesses casos corre-se o risco de ser armado um grande teatro, com os personagens seguindo roteiros definidos pelos técnicos, configurando portanto, uma participação subalterna, isto é, uma modalidade na qual a participação da população fica inteiramente na dependência de quem a “criou”.

Sob esse ponto de vista, não há “mobilização espontânea”, a partir do nada, sem algo concreto para motivar a participação efetiva. A prática popular está repleta de exemplos em que houve uma maior participação quando as comunidades lutaram por causas específicas, como regularização fundiária, saneamento ou mesmo a abertura de postos de saúde. Na área atendida pela Unidade Conceição, esses problemas já foram resolvidos há

muito tempo ou nunca existiram de fato. A participação em saúde direciona-se, portanto, para as atividades desenvolvidas pela Unidade.

Mas as conquistas do CGL devem ser colocadas em perspectiva. Em primeiro lugar, porque ainda não parecem ter conquistado legitimidade dentro da equipe, apesar de três membros – entre eles o chefe da unidade – serem também “conselheiros”. E essa falta de legitimidade também está relacionada ao fato de que os assuntos discutidos nas reuniões pouco afetam, concretamente, a rotina da Unidade e de seus funcionários. Conforma-se, então, uma participação com poder muito limitado.

FOTO 4.2. Dia da eleição para o Conselho Gestor Local da Unidade Conceição

De fato, o CGL não consegue exercer uma interferência real no modo de funcionamento da Unidade. Há as tradicionais demandas por mais consultas médicas, mais exames e medicamentos, mas quando as exigências ultrapassam esse patamar mais geral e impessoal, esbarram num certo constrangimento. Muitas vezes exigem-se soluções de pessoas com quem já se mantém uma relação de amizade ou mesmo a relação

médico-paciente entra em jogo, relações em que se subentende que esses assuntos não sejam abordados. Assim, apesar de o regimento interno do CGL prever um caráter “deliberativo”, ele acaba assumindo uma função essencialmente “consultiva”.

A tensão entre funcionários e a população na definição de rumos e avanço desse tipo de proposta é algo esperado, e tem se repetido em outras experiências (Cohn et al., 1993). Os funcionários rejeitam a idéia de que haja alguém externo à Unidade – e ainda por cima “leigo” – a controlá-los e que possa interferir no seu trabalho, principalmente os auxiliares, já que, em relação aos médicos, há uma relação de “respeito”, o que reproduz uma relação social desigual de poder e, assim, não passível de confrontação. O usuário sente-se muito mais à vontade para reclamar do auxiliar de limpeza ou da recepcionista que do médico, pois afinal “ele deve ter os seus motivos”. Esse fato retoma uma questão importante em relação a traços da herança cultural brasileira que perpetua diferenças e hierarquiza indivíduos através do seu grau de estudo ou posição social (DaMatta, 1990). Além disso, a “nobre arte da medicina” sempre oferece ótimos álibis: o cuidado de “pacientes graves” deve preceder qualquer outra atividade. Se o médico não está no seu consultório, deve estar atendendo outra pessoa em outro local.

Em relação ao atendimento prestado, a idéia mais presente é a de **fiscalização**, predominando então as queixas do “varejo”, como atrasos ou ausência de médicos e outros profissionais, casos de “descortesia”, filas, problemas com a limpeza das salas, etc.

A gente participa, em primeiro lugar, que é para melhorar o atendimento. Em segundo lugar, para fiscalizar um pouco, para ver se os médicos atendem bem, se as enfermeiras não ficam só sentadas e não atendem os pacientes, se cumprem o horário...

Carolina, 68 anos

Acho que nem os técnicos e nem a comunidade sabem com fazer essa participação. É como aquela senhora [usuária e membro do CGL] que vem dizer para a faxineira como ela deveria tirar o pó dos móveis. Eu acho que a gente tinha que

criar mais fatos na Unidade, coisas que mobilizem as pessoas da comunidade. Estamos muito acomodados.

Médico J

A falta de informações técnicas, por outro lado, também restringe muito a atuação dos representantes “leigos”, que se julgam incapazes de propor ou decidir sobre ações mais específicas da Unidade. Essa incapacidade é ampliada pelos técnicos ao agregar à lista de informações técnicas as “questões administrativas”. O elenco de ações em que a comunidade pode atuar é, de fato, muito restrita. Dessa maneira, as suas contribuições são muito pouco específicas do ponto de vista de utilidade gerencial. A preocupação está relacionada à disponibilidade de atendimento **médico**, em função do papel preponderante que ele acabou assumindo no cenário do cuidado à saúde no nosso meio, sendo que esse contato é considerado o principal determinante de cura, especialmente para as pessoas que já freqüentavam a unidade como pacientes.

E nesse aspecto particular há ainda o entendimento de que o serviço prestado é de ótima qualidade, especialmente quando são feitas comparações com outros serviços públicos de saúde.

O atendimento é ótimo. Aí todo mundo quer. Lá em baixo [ambulatório do Hospital Conceição] tem muito mais gente, e eles não tem condição de fazer as coisas como vocês fazem, atender com calma, com bastante tempo.

Carolina, 68 anos

Frente às outras unidades e mesmo entre a equipe, as pessoas que estão envolvidas com o Conselho são conhecidas como “as velhinhas do Conceição”, uma vez que a média de idade dos participantes situa-se seguramente acima dos 60 anos. Essa é uma característica que reflete bem o público que utiliza a Unidade, com um número significativo de senhoras idosas, mas também pode refletir um sentimento de serem “divertidas e inofensivas”.

Assim, o grupo é formado por um universo que gira em torno de 15 a 20 pessoas: um núcleo menor, composto mais ou menos por oito pessoas,

mais assíduo; e um grupo que participa quando “convocado”, por exemplo, na época da festa da Unidade, momento em que há muito trabalho a ser realizado.

A maior parte das pessoas começou a participar a partir de outras atividades desenvolvidas na Unidade: grupo da terceira idade, grupos de educação e saúde e mesmo através das consultas com os seus médicos, para os quais as atividades desse tipo colaboram com a saúde mental dos pacientes, mantendo-os ocupados e fazendo com que se sintam produtivos de alguma forma. Outros procuram repetir experiências positivas contadas por amigos ou vizinhos.

Acho que é a melhor coisa que aconteceu para mim. Eu me sinto bem. Eu gosto de fazer aquilo. É como se fosse um trabalho. Eu tenho prazer em ajudar, ver que estou ajudando, mesmo que seja pouco.

Carolina, 68 anos

O que está claro é a motivação básica de “ajudar as pessoas”, o que guarda uma distância muito grande de um projeto de participação para a transformação da sociedade. A discussão política mais geral é algo muito difuso e gera até um certo medo entre “as velhinhas”. Mas o que parece motivar mesmo é a necessidade de manter a Unidade funcionando. Na prática, há pacientes que consideram o serviço prestado como um verdadeiro “plano de saúde gratuito”, uma vez que satisfaz todas as suas demandas por atenção médica. A luta então é para manter esse privilégio.

Outros participam por gratidão, ou seja, como uma maneira de retribuir pelo bom atendimento recebido. Aqui, a lógica da reciprocidade, tão bem descrita por Mauss (1974), fica bem explícita. Enquanto alguns brindam os médicos e demais funcionários com chocolates, bolos e outros pequenos presentes, outros pacientes preferem dar o seu tempo e empenho para as atividades desenvolvidas pela Unidade. A sua participação é quase uma obrigação, e isso também é cobrado de outros pacientes.

Meu marido foi atendido com todas as regalias e então eu acho que eu devo obrigações para o hospital e por isso eu estou metida nas campanhas, eu estou sempre ajudando, participando das reuniões. Eu só tenho vantagens. Se todo mundo pensasse assim, não teríamos nenhum problema. As pessoas que não participam, é por mal-agradecimento. Porque se estão recebendo, e não retribuem, não pode dar certo. Eu sou a primeira a batalhar para não acabar com isso.

Sara, 66 anos

O que me levou mesmo a participar foi o entusiasmo da minha amiga. Mas quando a minha mãe precisou mais do Serviço, que nós baixamos ela, eu fiquei tão agradecida daquilo tudo, que comecei a participar mais. Eu percebi que uma coisa era boa e se a gente começa a não atuar mais, aquilo fica frágil. Foi uma tomada de consciência.

Terezinha, 62 anos

Assim, qualquer ameaça de fechamento da Unidade – e não foram poucas – constitui um dos mais poderosos incentivadores para reunir as pessoas e fazê-las participar. Na última ocasião em que houve essa ameaça, em 1996, quando se cogitou a transferência da Unidade para outro local para possibilitar as obras de reforço estrutural do prédio, ela foi interpretada da seguinte forma: “queriam acabar com a Unidade de Medicina de Família”. Esse fato foi suficiente para reunir mais de 300 pessoas numa reunião com o diretor-superintendente do GHC, e a reunião foi considerada como uma grande vitória, contada com orgulho por todos aqueles que, de alguma forma, estão envolvidos com o Conselho Gestor Local.

As maiores agravações que nós tivemos foi quando tentaram tirar a Medicina [de Família] dali, e não foram poucas vezes. Eu convido as pessoas para participar, mas elas dizem “vai lá e resolve que está tudo bem”. Elas só esperam uma coisa mais grave para que aí sim eles venham.

Manoel, 65 anos

O mais importante que fizemos foi manter o posto ali. Esse é o nosso maior orgulho, ter vencido a diretoria. Foi uma coisa muito bonita. Ali eu senti poder.

Terezinha, 62 anos

Muitos dos indivíduos que participam já desenvolveram atividades comunitárias em outros locais, como em associações de moradores, em clubes de mães, em grupos religiosos ou de lazer. Nenhum possuía experiência política mais concreta ou mesmo vínculo partidário. Não há, entretanto, um rechaço da dimensão política dessa participação, mas há um cuidado muito grande em evitar o uso partidário das pessoas e da Unidade. Além disso, descobrem-se, aos poucos, as vantagens de contar com o apoio de algum político.

Se não fossem os políticos, muitas vezes tu também não receberia nada, nenhum favor.

Sara, 66 anos

Eu acho que hoje em dia a gente tem que estar envolvido em tudo um pouco. Tem hospitais em que tudo é movido por política, né? É bom se envolver um pouco, mas não demais.

Aidé, 64 anos

Na verdade, em relação à política, pode-se dizer que há um aprendizado, uma vez que a participação abre a possibilidade de conhecimento e participação em outros fóruns bem mais politizados, por exemplo, nas reuniões do orçamento participativo¹⁰ ou em outras esferas da saúde, como a Comissão Local de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, ou mesmo em outras reuniões no próprio bairro.

Eu deixava os outros falar e só escutava. Eu aprendi bastante. Não sei explicar direito, mas agora já não tenho tanto medo de falar nas reuniões”

Magda, 72 anos

Eu comecei como doador de sangue e aí eu fui me entrosando cada vez mais. Aí formei a Associação dos Doadores, e uma coisa vai levando à outra. Agora estou envolvido também no Orçamento Participativo.

Manoel, 65 anos

¹⁰ O Orçamento Participativo é uma experiência de participação direta na gestão pública, desenvolvido pela Prefeitura de Porto Alegre desde 1989, em que a população decide, em assembleias regionais e/ou temáticas, prioridades e o destino de parte das verbas destinadas a investimentos no município. Para uma análise mais aprofundada dessa experiência, ver Fedozzi (1997).

Antes eu não tinha partido. Votava nas pessoas. Mas hoje eu sou mais ciente.. sou mais PT. Eu não sou fanática, mas eles começaram o [orçamento] participativo, tinham idéias.

Marta, 59 anos

Apesar disso, não parece estar muito claro também entre a “comunidade” o que se busca com essa participação de usuários nos serviços de saúde. Até por que, de fato, sua presença está longe de ser imprescindível e, como já vimos, não podemos dizer que esse fórum exerce algum tipo de poder de fato.

Poder a gente não tem. Quem tem poder é o diretor do hospital. Aí a gente avisaria ele se tiver alguma irregularidade e ele tomaria as providências que achasse cabíveis. Eu já fiz queixa de uma pessoa lá no hospital que saía e não avisava onde ia. Não citei nomes nem nada. A gente pode sugerir que aquela pessoa não está cumprindo as obrigações e falar para a direção”.

Carolina, 67 anos

Poder de modificar nós temos e não temos. Uma coisa que está funcionando bem não precisa modificar. Mas se tem uma coisa que não está funcionando bem, não que a gente tenha poder para mudar, mas sim, dialogar com os outros, com os médicos, com a direção, para que uma coisa melhor possa ser feita. Porque nós, aqui fora, talvez não tenhamos a mesma visão dos médicos lá dentro. Nós precisamos de mais atendimento, mais internações, enfim, mais coisas, mas não sabemos se o hospital tem condições disso. A gente tem que batalhar para que consigamos. Nós, povo, podemos batalhar junto ao Ministério [da Saúde], até Brasília, se for o caso, para conseguir o que for preciso”.

Manoel, 65 anos

4.5. “Esse povo gosta é de festa!”

Além das ameaças de fechamento da Unidade, o outro grande elemento motivador para a participação são as festas. Tudo parece ser

motivo para isso: aniversário dos médicos, final do ano, início do ano, festejados entre o grupo. Cada um traz um tipo de comida salgada ou doces.

A maior festa, contudo, e que envolve um maior número de pessoas é a Festa da Unidade. A primeira festa grande aconteceu em 1994. A idéia era de comemorar os seus 11 anos de funcionamento num estilo mais festivo, marcando posição frente à direção do GHC. A festa foi realizada em outubro, próxima ao dia do médico – 18 de outubro. Naquele ano, houve atividades de segunda à sexta-feira, no final da tarde, no estacionamento do Hospital. A coordenação foi praticamente toda da Equipe, a comunidade apenas auxiliou na sua implementação.

FOTO 4.3. Festa da Unidade, 1995.

A festa foi considerada um sucesso pois reuniu um bom público todos os dias, chamou a atenção das pessoas que passavam pelo local e criou um bom clima de integração entre a equipe e os usuários. Além disso, conseguiu arrecadar, através da venda de artesanato, comidas e bebidas, cerca de R\$ 900, que seriam usados justamente para “melhorar o atendimento”. Mas a busca por dinheiro também reflete a ambigüidade da

participação nesse nível, pois “melhorar o atendimento” através da aquisição de equipamentos não é tarefa da comunidade, mas sim da instituição. Além disso, mostra como o CGL não possui nenhuma ingerência sobre a alocação de recursos financeiros na Unidade, a não ser que ele mesmo consiga o dinheiro. A ironia disso tudo é que o dinheiro permaneceu meses intocado numa caderneta de poupança, justamente pela indecisão do que adquirir.

No ano seguinte, o sucesso da primeira experiência deixou as “velhinhas do Conceição” muito motivadas. As reuniões preparatórias começaram mais de três meses antes “para que não desse nenhum problema”. A coordenação principal ainda era dos técnicos, mas em um escala bem menor que no ano anterior. As reuniões eram realizadas a cada duas semanas, sempre no final da tarde. Esse era o compromisso do grupo, cumprido mesmo nos dias frios e chuvosos do inverno.

FOTO 4.4. Preparação das bandeiras a serem utilizadas na Festa da Unidade

Decidiu-se que a partir daquele ano a festa seria realizada em um único dia, um sábado, pela manhã e tarde. A organização de bancas para

venda de comidas e artesanato feitos pelos moradores e outros produtos doados pelos comerciantes locais assumiu uma importância maior pela possibilidade concreta de arrecadar dinheiro. Mas as atividades artísticas com os “talentos locais” também eram importantes como “chamariz”, como as apresentações das “invernadas mirins” dos Centros de Tradição Gaúchas (CTGs) locais, ou dos conjuntos infantis que imitavam as Paquitas, por exemplo, que atraíam os pais e vizinhos dos “pequenos artistas”. E assim as “Festas da Unidade” mantiveram-se e cresceram, chegando à sua quarta edição em 1997.

FOTO 4.5. Apresentação da “Invernada Miqüim” do CTG local na Festa da Unidade de 1996

É interessante observar a dinâmica que se estabelece nas reuniões. Há uma grande vontade de ajudar “no que for possível”. Todos os participantes possuem um trunfo, algo que possam oferecer ao coletivo e orgulharem-se disso. Por exemplo, um parente de uma senhora “trabalha com o Zambiasi na Rádio Farroupilha” e disse que conseguiria um toldo para a cobertura do palco. Uma outra senhora conhece o comandante da Brigada

Militar e compromete-se em conseguir que a “banda da Brigada” participe da festa. Uma outra conhece o gerente de uma loja local, que poderia doar produtos para serem vendidos na festa e por assim por diante. É claro que há um componente de disputa interna, para ver quem consegue mais produtos, ou o maior destaque para a festa. Da mesma forma, há uma rivalidade com outras unidades do SSC, que, a exemplo da Unidade Conceição, também começaram a realizar as suas festas. Há uma disputa não explícita para saber quem faz a maior festa, consegue arrecadar mais dinheiro, quem apresenta maiores atrações.

Em 1995, aconteceu um fato interessante e que dá uma idéia do espírito que as festas adquiriram. No dia da festa, começa a chover no momento de seu início. Rapidamente, as bancas de alimentos e artesanato foram transferidas para o saguão de entrada do Hospital Conceição. Esse fato dá uma dimensão da relação estabelecida com a Unidade e mesmo com o GHC, o qual gradativamente começa a ser reconhecido como “do povo”, sem constrangimentos em tomar posse do mesmo.

FOTO 4.6. Apresentação do Grupo de Ginástica na Festa da Unidade de 1995, transferida para o saguão do Hospital Conceição em função da chuva

O Hospital [Conceição] é nosso, nós pagamos os nossos impostos. Direta ou indiretamente nós somos donos do hospital. A direção está apenas administrando o que é nosso.
Manoel, 65 anos

A gente se sente tão família dentro do Conceição que a gente até se acha com direito de ser dono do Hospital. Sente tanta coragem de fazer essas coisas.
Aidé, 64 anos

FOTO 4.7. Banca para a venda de alimentos na Festa da Unidade de 1995

Apesar da popularização do termo, participação em saúde é algo muito mais complexo que escolher o final de um episódio na televisão discando um número no telefone. Como pudemos observar, a participação comunitária nos serviços de saúde envolve inúmeros aspectos. Quando se começa a discutir essa questão, é comum pensarmos a participação de uma maneira um tanto quanto estereotipada, com formas bem estabelecidas de como ela deve se desenvolver, os papéis de cada um e qual o desfecho

esperado. Assim, corre-se o risco de limitar a sua extensão, restringindo-a à tutela e à manipulação mais elementares.

Além disso, acredito que a participação constitui uma maneira muito própria do usuário interagir com os serviços de saúde, o que traz à tona outros fatores, como a cultura de cada grupo envolvido, o que é enfatizando em todo esse trabalho.

É sob essa perspectiva que a discussão se torna rica, quando saímos da formalidade e penetramos no cotidiano dos atores e das comunidades envolvidas, nas suas percepções sobre saúde, sobre os Estado, sobre os serviços oferecidos a eles e qual a atitude dos cidadãos nesse contexto (Lima, 1983). Se não pensarmos no significado atribuído a cada um deles, estaremos fechando uma janela importante para a compreensão desse fenômeno. Há espaço no meio termo para que, sem etnocentrismo, valorizemos tanto as vias institucionais de participação como as manifestações dessas no cotidiano.

CAPÍTULO 5

Avaliando os serviços de saúde

A avaliação dos serviços de saúde é uma atividade bem estabelecida, especialmente no seu campo teórico. Nas últimas décadas, especialmente nos países desenvolvidos, uma série de métodos foram empregados visando a melhoria da qualidade da atenção à saúde nos vários cenários onde ela ocorre, principalmente hospitais e ambulatórios. Por esse motivo, a avaliação tornou-se importante, sobretudo quando vista como parte integrante do processo de planejamento e gestão dos serviços, quer no seu nível central, quer na “linha de frente”, em que efetivamente ocorre o contato com o usuário. A existência de um sistema de avaliação eficiente permite correções na forma como o serviço está organizado e, por conseguinte, influir nos resultados alcançados. Nesse contexto, a avaliação feita pelo usuário do atendimento prestado pode ser, por um lado, uma ferramenta importante para a adequação gerencial das unidades de saúde em todos os seus níveis (Lewis & Williamson, 1995; Sousa, 1996). Por outro lado, a avaliação revela para nós mais um elemento de como se estabelece a relação entre os usuários e os serviços de saúde, objeto de sua análise, e é por isso que foi incluída na presente investigação.

As modificações ocorridas no sistema de saúde brasileiro nos últimos anos reafirmam a importância dada para a avaliação, no sentido de que sejam garantidas e acompanhadas de perto as modificações buscadas para o Sistema Único de Saúde (SUS) e, de certa forma, de reproduzir no nosso país as experiências internacionais bem sucedidas. Além disso, o Estado, cujo um de seus objetivos é desenvolver ações em favor de toda a sociedade, deve ter garantias de que os recursos públicos estão sendo

aplicados eficazmente. Pode-se dizer, então, que a avaliação é “um conceito que está na moda” (Contandiopoulos et al., 1997).

5.1. Como avaliar os serviços de saúde: as diversas perspectivas

Há uma infinidade de formas de avaliar os serviços de saúde, e uma série de autores manifestaram-se a respeito, no Brasil e no exterior¹. Tudo vai depender do que se está avaliando, quem realiza a avaliação e com quais motivações, qual o nível desejado de intervenção e quais os pressupostos teóricos e metodológicos assumidos. Nos últimos anos, vários autores têm demonstrado que os serviços de saúde podem aprender com o que os “leigos” têm a dizer sobre o atendimento oferecido. Contudo, ainda não há um consenso sobre como a contribuição dos pacientes pode ser efetivamente obtida. Inúmeros métodos já foram propostos, como análise das queixas, pesquisas de satisfação e participação de pacientes em conselhos administrativos (Wensing e cols. 1994). Mais recentemente, a antropologia médica tem sido acionada para contribuir nesse debate, uma vez que a questão traz à tona influências culturais importantes.

“Ouvir o usuário” pode ser considerada uma forma muito sofisticada de avaliação. Infelizmente, no nosso meio, nem os mais elementares esforços de avaliação conseguem, via de regra, ser levados a cabo. Isso ocorre em função de vários motivos, que vão da falta de tradição na realização desses estudos e do simples descaso dos dirigentes para a questão até os obstáculos operacionais e metodológicos para realizá-las.

Além disso, há as dificuldades subjetivas relacionadas a quem está, em última análise, sendo avaliado. Isto é, mesmo que a avaliação refira-se ao serviço como um todo, visto como instituição, o desempenho pessoal de seus integrantes estará, necessariamente, sendo posto em questão, o que pode gerar uma resistência muito grande em qualquer esforço desse tipo. Essa resistência pode ser amenizada no momento em que se pensa que a

¹ A literatura sobre o assunto é muito vasta e dispersa, com autores vinculados a disciplinas tão diversas como saúde pública e administração. Para uma visão panorâmica, ver Hartz (1997), Silver (1992), Silva e Formigli (1994).

melhoria do atendimento deve ser a motivação principal, com uma correspondência no seu nível estrutural e gerencial, e sem um clima de “punição” sobre quem quer que seja, como aponta Hartz e cols. (1997:122)

(...) é preciso pensar em qualidade, tomando como base um sistema de informação/formação capaz de apontar continuamente as sugestões de melhoria, a energia se concentrando mais nas possibilidades de conhecer os problemas do que em uma defesa contra a punição.

A própria legislação do SUS estabelece a importância das atividades de controle e avaliação dos serviços de saúde nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal (Brasil, 1991). Mais do que uma simples atividade técnico-burocrática, o espírito da lei aponta no sentido de incluir o cidadão nessa tarefa, colocando-o “no centro do processo de avaliação das ações dos serviços de saúde” (Carvalho & Santos, 1995). Ou seja, está contemplada a idéia de que as instituições de saúde vinculadas ao SUS devem estar à serviço da população, e que ela (população) pode expressar as suas necessidades melhor do que ninguém. Uma das formas que permite essa comunicação é, evidentemente, através da participação popular nos conselhos de saúde, em que representantes dos usuários exerceriam um papel mais direto de controle sobre os serviços oferecidos, através de avaliações sobre a qualidade dos mesmos. Mas, em função dos aspectos ressaltados no capítulo anterior, os processos de avaliação não devem e nem podem ficar limitados a essas instâncias, sendo mais adequado que a aferição da qualidade seja adaptada e incorporada ao cotidiano dos serviços de saúde. A adequação dos processos de avaliação às realidades locais é ainda mais necessária no contexto do SUS, que, ao estabelecer claramente que a prestação dos serviços de saúde deve ser municipalizada, pressupõe que a avaliação também a seja.

Em um sentido amplo, a avaliação feita do processo que inicia na oferta de um produto (no nosso caso, atenção à saúde) e o resultado obtido por ele é mediado por uma complexa série de fenômenos sociais, em que estão envolvidas expectativas individuais e coletivas, além de fatores

econômicos, políticos e sobretudo culturais (Boltanski, 1984; Azevedo, 1993). Para ilustrar essa diferença, podemos imaginar que a avaliação que um profissional liberal faz do atendimento recebido por um especialista num consultório particular será necessariamente diversa da feita por uma dona de casa que leva o seu filho com diarreia ao posto de saúde na periferia da cidade. E isso não quer dizer que um atendimento será “melhor” que o outro, ou terá “mais qualidade”, mas simplesmente demonstra que as expectativas e as motivações de cada um são diferentes frente ao atendimento, e os critérios utilizados para avaliação também, o que pode ter deixado o nosso primeiro paciente muito insatisfeito com o atendimento e, por outro lado, a citada dona de casa extremamente feliz.

Esse é mais um motivo que dificulta a realização de estudos mais aprofundados sobre avaliação da qualidade. Em primeiro lugar, por que os critérios técnicos diferem dos critérios “leigos” e, em segundo lugar, os critérios “leigos” não são uniformes e constantes, pois podem variar de acordo com o grupo social e a evolução do tempo. É por isso também que há uma grande dificuldade de interpretar e comparar entre si os diversos estudos já realizados, uma vez que adotam critérios e metodologias diferentes no seu desenvolvimento (Wensing e cols. 1994; Health Services Research Group, 1992).

Assim, questiona-se até mesmo sobre o que é “qualidade”? Quem a define? Para quem? Além disso, há uma grande diversidade terminológica sobre o tema (Silva & Formigli, 1994), que dificulta a interlocução entre os diversos autores. Como coloca Silver (1992:195), “avaliar implica primeiro a existência de uma noção de ‘bom’, e essa definição nunca foi fácil. O que é um ‘bom’ serviço de saúde?”.

Também não devemos limitar demais o campo de análise. Em termos administrativos, a consulta médica é uma transação comercial, na qual o serviço de saúde prestado é “produzido” no mesmo momento em que é consumido, ou seja, o **produto** é, por exemplo, o atendimento médico feito no consultório. Mas esse atendimento, na verdade, inicia antes e prolonga-se para além do encontro do usuário (consumidor) com o profissional de

saúde (prestador do serviço). E a avaliação deve contemplar todo esse conjunto.

Dentre as inúmeras dimensões que a avaliação dos serviços de saúde podem assumir, as que mais têm sido utilizadas concentram-se sobre as tarefas exercidas pelos médicos e, dentre elas, principalmente as relacionadas à sua atividade clínica, relegando a um plano secundário os demais profissionais e ações não clínicas, como os programas de saúde, conduzidos por toda a equipe e as atividades de grupos, por exemplo. Não cabe aqui analisar se isso é bom ou ruim, mas certamente é um dado de realidade que se reproduz nas pesquisas.

Donabedian, um dos autores que tem estudado a questão mais profundamente, afirma que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde repousa sobre sete atributos, “os sete pilares da qualidade” (Donabedian, 1990):

1. **eficácia:** a habilidade da atenção em proporcionar melhoria no estado de saúde e bem-estar;
2. **efetividade:** representa o grau de melhoria no estado de saúde atingido de fato no dia-a-dia;
3. **eficiência:** é a habilidade de atingir a melhoria máxima a um menor custo;
4. **otimização:** é o balanço vantajoso entre benefícios e custos;
5. **aceitabilidade:** é a adaptação do cuidado de saúde aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e seus familiares, aí incluídos o acesso ao cuidado, a relação médico-paciente, os custos, a estrutura oferecida e os desdobramentos oriundos do cuidado recebido;
6. **legitimidade:** é a aceitação da atenção levando em consideração também a sua aceitação na comunidade e na sociedade; e
7. **eqüidade:** é a justiça na distribuição da atenção à saúde e seus benefícios entre a população.

Além disso, o autor, que utiliza um referencial que vê a prestação de serviços de saúde sob uma perspectiva sistêmica, sustenta que as informações a partir das quais a qualidade pode ser avaliada, podem ser classificadas sob três categorias básicas: estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1988).

A **estrutura** refere-se ao ambiente em que o atendimento é prestado, incluído os recursos materiais e humanos envolvidos e a organização necessária para isso. O **processo** está relacionado ao atendimento propriamente dito, a relação entre profissionais e pacientes, desde a procura desse ao serviço até as atividades vinculadas ao diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde. Por fim, o **resultado** está ligado aos efeitos perceptíveis do cuidado dispensados nos níveis de saúde do indivíduo e da população. É evidente que esses não são momentos desarticulados entre si, estando interligados e mesmo superpostos em alguns pontos.

Halal e cols. (1994) realizaram um estudo de avaliação da qualidade da assistência à saúde em dois postos de atenção primária à saúde em Pelotas, RS. Os resultados obtidos mostraram que cerca de 90% dos pacientes se disseram satisfeitos com o atendimento recebido, evidenciando também, segundo os autores, que a satisfação dos pacientes com o atendimento estava diretamente relacionada à resolução do problema que motivou a consulta, sendo que a disponibilidade de medicamentos foi um fator associado importante. Esse trabalho é mais uma mostra de como os limites didáticos entre estrutura, processo e resultado podem ser muito tênues e que, aplicados à realidade, nem sempre conseguem seguir essa mesma ordenação e comportar os mesmos elementos de avaliação. Os níveis de análise e de intervenção – local ou macrossocial – também são importantes nessas definições.

Parece claro também entre vários autores que a avaliação da qualidade envolve uma série de aspectos e que, portanto, não deve ficar limitada unicamente aos seus componentes técnicos. A percepção de quem utiliza os serviços e a relação desses serviços com a sociedade são

elementos que devem, necessariamente, ser levados em consideração, apesar da complexidade metodológica envolvida.

Até o momento, a avaliação leiga do cuidado à saúde tendeu a ser explorada predominantemente através de estudos de satisfação dos pacientes (Calnan, 1988). Isso porque a aceitação dos serviços por parte da sociedade é um dos componentes importantes para que os mesmos sejam efetivos em termos de resultado nos níveis de saúde da população sob sua responsabilidade. Além disso, há implicações políticas nesse tipo de estudo, uma vez que o paciente passa a figurar como peça importante no sistema de saúde, questionando a hegemonia dos profissionais e da estrutura administrativa nesse processo. Há, então, um viés de democratização presente. Uma última razão para incluir o paciente, Calnan chama de “ética profissional”, uma vez que resgata a idéia de que todos os avanços tecnológicos e a estrutura do sistema de saúde deve, em última análise, servir ao paciente e, portanto, deixá-lo “satisfeito”. Sem o paciente, o serviço de saúde perderia a razão de sua existência.

Essa tendência de valorização do usuário, originária principalmente dos países desenvolvidos, não deixa de carregar consigo uma visão mercantilista, uma vez que iguala os serviços de saúde a um produto de consumo como outro qualquer, sujeito às leis do mercado e estando na dependência do consumidor (paciente) para sobreviver: o paciente é o “rei”, cabendo aos prestadores servi-lo da melhor maneira possível.

Em todo o caso, é fundamental que em qualquer abordagem nesse sentido sejam empregadas técnicas tanto quantitativas como qualitativas. Com certeza, é necessário o emprego de uma metodologia diferente para explorar a visão do paciente na avaliação do atendimento de saúde, o que acarreta assumir uma postura que fuja das explicações sob a perspectiva de uma racionalidade estritamente médica (Calnan, 1988).

Um ato único – a procura de um serviço de saúde – tem, portanto, pelo menos duas versões possíveis: quem oferece e quem recebe o atendimento. Tradicionalmente, apenas o lado técnico, de quem oferece o serviço vinha sendo estudado. É bem verdade que, com isso, se avançou

numa série de critérios e medidas passíveis de análise, mas como que esquecendo o que deveria ser o objetivo principal do atendimento: o paciente. Não estou propondo, por outro lado, transferir toda a responsabilidade da avaliação para os seus usuários, pois isso desconsideraria, da mesma forma, as exigências e compromissos assumidos pela instituição, seu corpo técnico e o conhecimento prévio acumulado.

A abordagem antropológica constitui, então, uma alternativa privilegiada nesse campo, uma vez que permite explorar com mais profundidade o comportamento do indivíduo frente aos serviços de saúde e de como ele avalia a atenção recebida (Atkinson, 1993; Oliveira, 1996). Isso faz com que, aos poucos, portanto, a perspectiva “leiga”, ou seja, a dos usuários dos serviços de saúde, assumam uma importância cada vez maior nos estudos de avaliação de qualidade, reconhecida inclusive pelos mesmos técnicos que antes a negavam e pelos responsáveis pelo planejamento e pela gestão dos serviços de saúde. O conhecimento obtido com essa abordagem, por sua vez, pode ter conseqüências diretas numa melhor relação entre pacientes e serviços, especialmente ao resgatar a importância que o usuário deve ter como protagonista dentro do sistema de saúde e não como seu mero espectador.

Quando isso acontece, consegue-se aumentar o grau de satisfação da população e, conseqüentemente, o seu uso e adesão aos tratamentos propostos e influir de modo decisivo na sua aceitabilidade social, efetividade e eficiência. Vários autores, entre eles Williams (1994), já demonstraram que há uma relação inequívoca entre satisfação e adesão, isto é, um paciente satisfeito com o seu atendimento segue melhor as recomendações médicas. Acima de tudo, essa prática sinaliza uma mudança no sentido de estabelecer a “soberania do consumidor” também na área de prestação de serviços de saúde (Atkinson, 1993; Williams & Calnan, 1991). É claro que há necessidade de que a aliança entre prestadores e usuários seja contínua, e não episódica, apenas durante o período de pesquisas, para que as mudanças buscadas sejam efetivas (Sommers, 1983).

Parece haver consenso entre todos os autores que se debruçaram sobre a questão de a participação dos usuários ser essencial para alavancar mudanças nas ações de saúde desenvolvidas pelos serviços na área, ou seja, as contribuições do paciente estão direcionadas a fornecer elementos capazes de auxiliar na tomada de decisões no sentido da melhoria da qualidade da atenção à saúde. No caso específico do Brasil, essas modificações tornaram-se urgentes para que o SUS seja de fato consolidado e que passe a funcionar a favor de toda a população, e que não dependa apenas de experiências isoladas de sucesso.

Dessa forma, quando se fala em qualidade, a primeira etapa consiste em identificar as dimensões pelos quais o serviço de saúde pode ser avaliado (Atkinson, 1993). Como vimos anteriormente, as avaliações técnicas já estão mais ou menos estabelecidas. Contudo, quando estudamos a perspectiva dos usuários, há uma grande dificuldade em definir tais critérios. As categorias clássicas propostas por Donabedian – estrutura, processo, resultado – já não podem ser aplicadas de modo tão linear.

As distorções surgem, conseqüentemente, no momento em que se procura enquadrar a avaliação do paciente numa matriz dirigida inicialmente aos técnicos. Um exemplo disso são alguns tão difundidos estudos de “satisfação do cliente”. Apoiados em grande parte em experiências na área do comércio e, portanto, na iniciativa privada, pecam justamente por não avançar além dos critérios usualmente assumidos pelos técnicos como importantes, não permitindo nenhuma margem para a expressão de outros tópicos considerados pertinentes pelos “clientes” naquele momento e naquela realidade (Calnan, 1988). Além disso, se ficarmos restritos à “satisfação”, podemos facilmente perder o seu parâmetro discriminatório, pois raramente os estudos nesses moldes mostram índices de satisfação abaixo de 90% (Health Services Research Group, 1992; Calnan, 1988; Williams, 1994; Williams & Calnan, 1991).

O interesse em avaliar a satisfação dos pacientes com a atenção à saúde cresceu juntamente com o movimento pelos direitos dos consumidores na década de 60 nos Estados Unidos e Europa (Health

Services Research Group, 1992). A satisfação dos pacientes teve repercussão especial no Serviço Nacional de Saúde inglês, na década de 80, em que havia uma preocupação tanto gerencial como na qualidade do cuidado prestado. Os estudos feitos com esse objetivo mostraram a utilidade de conhecer **como** os pacientes sentem-se em relação ao cuidado de saúde que recebem. Confirmou-se, sem surpresa, que pacientes satisfeitos tem maior probabilidade de manter-se com o mesmo médico, não faltar às consultas, aderir ao tratamento, recomendar outros pacientes para o seu médico e usar os serviços, o que é um ganho incontestável.

Uma primeira conclusão dessas investigações é que comentários positivos ou negativos do paciente frente aos serviços nem sempre podem ser reduzidos à “satisfação” ou “insatisfação” (Atkinson, 1993). Isso seria superficializar muito qualquer avaliação. De modo semelhante, os critérios subjetivos utilizados no processo de avaliação podem variar com o tempo, o local de consulta, o médico que atende, o motivo da consulta e as circunstâncias em que o atendimento foi realizado (Calnan, 1988). Além disso, a própria hierarquização sobre o que é mais importante também é variável. Ou seja, a resolução completa de um problema grave e emergencial de saúde, com risco de vida, por exemplo, é algo muito mais importante que a observação se o ambiente estava limpo ou se a recepcionista foi gentil. Dessa forma, a “satisfação” ou “insatisfação” do indivíduo com o atendimento recebido o remete à própria relação que ele, enquanto usuário, estabelece com o serviço, sendo, portanto, algo muito mais abrangente e complexo do que a consulta médica e seu desfecho vistos isoladamente.

Williams (1994:509) questiona, corretamente, a crença disseminada nos estudos desse tipo que acreditam que “a ‘satisfação do paciente’ existe na população, simplesmente aguardando ser medida”. E acrescenta

Para que tenha uma utilidade prática, nós devemos saber o que as pessoas querem dizer quando dizem que estão “satisfeitas” com um aspecto particular de um serviço. Mais ainda, para realizar qualquer mudança significativa na organização dos serviços, nós devemos saber por que eles acreditam no que eles fazem e como chegaram a

*este ponto de vista. Os resultados de pesquisas devem ser interpretados, mas nesse nível, um número de pressupostos são feitos em relação ao que os pacientes realmente querem dizer quando dizem que estão “satisfeitos”. Esses pressupostos de interpretação são, eles mesmos, resultado de pressupostos feitos sobre a **forma** que os pacientes avaliam. Conseqüentemente, pressupostos feitos a partir de resultados de pesquisas podem não refletir as verdadeiras crenças dos usuários dos serviços.*

O problema então não está em ouvir ou não o paciente, e se ele está satisfeito ou não, mas nos métodos utilizados para podermos chegar mais fielmente a esse objetivo. Isso porque a relação entre satisfação com atendimento médico e expectativa não é algo tão linear quanto possa parecer. De fato, como sustenta Williams (1994), a satisfação do paciente origina-se em fatores que podem estar até mesmo fora do sistema de atenção à saúde.

A avaliação, sob essa perspectiva, não pode ser realizada de maneira estanque, que “congele” a realidade. Isso é especialmente verdadeiro em serviços que têm como princípio o atendimento continuado dos pacientes, como é o caso da Unidade Conceição. Um paciente com um problema crônico de saúde, com mais de vinte consultas por ano, poderia, numa eventualidade, ter uma experiência ruim em uma dessas oportunidades. Isso não significa que ele julgue o atendimento ruim sempre. Esses são aspectos fundamentais que só podem ser compreendidos através de uma abordagem etnográfica, que permita a elucidação do papel que a cultura exerce sobre essas escolhas.

A questão da satisfação conforme a expectativa do paciente frente ao atendimento é também um tanto problemática, uma vez que essa expectativa também é variável e, em alguns casos, pode ser muito confusa mesmo para o paciente. O que esperar quando algo urgente ou inusitado acontece? Um atendimento rápido e compreensivo é suficiente? Outro problema refere-se às características da medicina geral comunitária que, como especialidade, à exemplo do que Calnan (1988) cita em referência ao *general practitioner* inglês, tem uma prática clínica formada por uma série de diferentes problemas de saúde, com demandas e expectativas diferentes

para cada uma delas e, por conseguinte, avaliações também diferentes. E essa é mais uma razão pela qual uma avaliação leiga tão ampla torna-se difícil na mesma proporção. Como comparar um atendimento a uma gestante do feito a uma criança, a um idoso, a uma pessoa que se submeteu a uma pequena cirurgia ou a uma coleta de exame preventivo do câncer de colo uterino? E essas são apenas algumas das atribuições do médico geral comunitário. E é talvez por esse motivo que é possível observar, na Unidade Conceição, a divisão da família entre vários médicos: o “ginecologista”, o “cardiologista”, e assim por diante. Um médico pode ter, como já ouvi dos pacientes, “mais jeito com os velhinhos”, “entender melhor os adolescentes”, ou “gostar mais de crianças”.

E essa multiplicidade de queixas e de condutas médicas frente a elas é própria da experiência da atenção à saúde em geral, e em especial da atenção primária. O quero dizer com isso é que pode haver uma expectativa mais geral frente à medicina, ou mais especificamente frente aos serviços de saúde, mas isso jamais é conclusivo e definitivo. Há mudanças durante o processo, em função das vivências do indivíduo envolvido em cada momento dessa interação. E por isso é tão comum as pessoas falarem que ficaram “tão nervosas que não sabiam o que fazer” quando há algo não esperado em relação à saúde.

Esse mesmo atendimento continuado significa em adição ao que foi dito acima que, gradativamente, o paciente se coloca numa posição em que se inteira cada vez mais no “mundo técnico”, conhecendo os exames que devem ser solicitados e questionando os tratamentos propostos. Assim, ele, apesar de “leigo”, poderá, ao seu modo, emitir opiniões também sobre os aspectos técnicos do cuidado de saúde, pois os mesmos estão misturados na avaliação geral. E isso contrasta com a opinião dos usuários, pois quando perguntados diretamente sobre a sua capacidade de julgar tecnicamente o seu médico, a maioria absoluta dos pacientes achou-se “sem condições” de fazê-lo.

5.2. As diferentes visões da avaliação

O contraste acima mostra que as perspectivas de lado a lado não estão em conflito permanente, definitivamente separadas. São, como vimos, perspectivas diversas sobre um mesmo fenômeno, vivenciado de uma maneira diversa, sem a noção de “certo” ou “errado” e que envolve uma relação que é simultaneamente interpessoal, social e portanto, também cultural.

Nesse sentido, a noção de **modelos explanatórios** desenvolvida inicialmente por Kleinman (1990) e abordada no capítulo 1 torna-se muito útil, uma vez que resgata justamente o aspecto comunicacional que deve estar presente na relação entre o indivíduo e os serviços de saúde. Retomando resumidamente esse conceito, podemos dizer que são os modelos explanatórios que permitem que interpretemos a experiência da doença de modo a fazer sentido ao nosso entendimento (Kleinman, 1980). Assim, tanto pacientes como médicos, ao colocarem-se frente a uma doença, seguem um caminho que busca estabelecer cinco aspectos básicos: (1) etiologia; (2) duração e características dos sintomas; (3) processos fisiopatológicos envolvidos; (4) prognóstico (história natural e severidade da doença); e (5) tratamento indicado para o problema. Só que cada qual utilizando bases diferentes, pois os seus modelos explanatórios são diferentes. Além disso, podemos dizer que o encontro entre o paciente e o médico constitui um processo social, em que cada participante tende a desempenhar um papel específico, baseado nos seus respectivos modelos explanatórios. A consulta médica é, então, um encontro entre diferentes modelos, dentro de um contexto social específico e que, para ter sucesso, depende de um consenso, alcançado após uma “negociação” entre as partes (Helman, 1994). Assim, parece lícito pensar que é a partir desses parâmetros que o paciente vai embasar a sua avaliação sobre o atendimento que recebeu.

No caso da Unidade Conceição, há também a especificidade de, pelo menos aos olhos do público, ser uma representante legítima da medicina

moderna, ou seja, quando os pacientes consultam na Unidade, sabem que poderão contar, caso necessário, com uma estrutura que permitirá a realização de exames laboratoriais, o encaminhamento a especialistas e a prescrição de medicamentos “modernos”. E isso traz implicações que influenciam diretamente na forma como o usuário “vê” o serviço e, conseqüentemente, como o avalia em relação a essas expectativas.

Como adverte Williams & Calnan (1996), a relação estabelecida entre usuário e essa medicina moderna não é tão passiva e dependente como se supunha inicialmente. Há formas de “reação” que põem em xeque o poder e o controle da medicina sobre os indivíduos. A questão da avaliação, de certa forma, nos auxilia a compreender melhor o sentimento do público em relação ao cuidado de saúde e como esse público experiencia tal encontro. Fazendo uma revisão crítica das principais perspectivas teóricas referentes à relação entre a medicina moderna e a população, esses autores mostram como nunca houve consenso entre as diversas correntes sobre como essa relação se estabelece e quais as suas conseqüências. Assim, há visões que sustentam uma total subordinação da sociedade ao cientificismo médico, reforçando e legitimando o “poder médico” para a sua ação no espaço social. E, de fato, a aceitação por parte de grandes conjuntos populacionais a este tipo de cuidado de saúde é inegável. Assim como é inegável que a medicina, enquanto campo de conhecimento e intervenção social, atingiu um patamar de grande sucesso ao consolidar todo um corpo teórico e metodológico em diferentes camadas sociais a ponto de obter um apoio muito forte de toda a sociedade, ou pelo menos dos segmentos que têm acesso a ela. Toda a tecnologia médica foi intensamente utilizada, proporcionando melhorias significativas tanto no controle de doenças como na própria qualidade de vida dos indivíduos, muito às custas, é verdade, do chamado processo de medicalização social, que está longe de ser equânime.

Outra linha de raciocínio, contudo, procura evidenciar que essa aceitação não é tão monolítica quanto parece, havendo espaço para que o conhecimento médico e o próprio valor da biomedicina sejam questionados.

Isso é importante uma vez que autores como Illich (1981) exerceram uma grande influência nas análises relativas a essa questão, sustentando que a profissão médica, além de tornar-se aceita e legitimada pela sociedade, estabeleceu com ela uma relação de dependência quanto ao cuidado à saúde, que se materializa através de uma crescente tendência à medicalização e na qual os espaços fora do modelo biomédico tornam-se cada vez menos tolerados. Além disso, visto num contexto social mais amplo, há implicações econômicas e políticas importantes, no momento em que se privilegia um modelo de cuidado à saúde em que cada um de seus elementos, da indústria de medicamentos e equipamentos às instituições prestadoras de serviços, passam a preocupar-se principalmente com o seu lucro.

Um outro aspecto a ser considerado é o que se poderia identificar como poder normativo que a medicina exerce sobre o indivíduo e a sociedade, no sentido de evitar desvios de comportamentos, definir o “certo” e o “errado”, o “normal” e o “patológico”, disciplinando toda uma série de comportamentos (Foucault, 1979). Através desse poder, a ação médica, nessa perspectiva, passa a ser sentida em graus variados em toda a sociedade.

Entretanto, autores como Williams & Calnan (1996), baseados em estudos com outros enfoques, começam a questionar como a análise dessa dependência cega ao modelo biomédico pode ser simplista demais, mostrando que a realidade não confirma essas teorias na sua totalidade. Como argumentam esses autores, há sim uma tendência mais geral dentro da sociedade – e, no caso brasileiro, podemos dizer especialmente da classe média, foco principal de minha pesquisa – de busca à medicina moderna para solução de seus problemas de saúde. Mas isso não ocorre de maneira uniforme, na mesma velocidade e grau de adesão em todos os grupos sociais até porque há culturas diferentes em jogo, ora aceitando, ora rechaçando os considerados “avanços médico-científicos”. Assim, há doenças mais graves que requerem determinado instrumental e

conhecimento médico. Por outro lado, há problemas que “podem ser atendidos no postinho”².

Além disso, por conta do maior conhecimento sobre medicina que a população leiga adquire, há uma modificação na própria relação médico-paciente e nas expectativas relacionadas ao atendimento de saúde, nas quais o paciente passa a assumir uma postura mais ativa nesse relacionamento. E isso tem ocorrido, em parte, por causa da maciça disseminação de informações por vários meios e também em função do fortalecimento de entidades de defesa do consumidor, que advogam que um consumidor mais instruído (o que inclui a área da saúde) pode exercer com mais desenvoltura os seus direitos de cidadão. Um exemplo recente e bem eloqüente disso é a epidemia de AIDS em todo o mundo, que tornou boa parte dos infectados em verdadeiros militantes e conhecedores da doença.

Essa contudo é uma prática observada principalmente nos Estados Unidos e na Europa, mas que não pode ser automaticamente transportada para o nosso país, no qual mesmo nas classes sociais mais elevadas, o médico desfruta de muito poder e prestígio, o que faz com que se estabeleça uma distância entre médico e população que é ao mesmo tempo econômica e cultural. Em relação às classes mais baixas, essa distância é ainda maior, especialmente pelo fato de que um vasto contingente populacional, até recentemente, sequer tinha acesso a esse tipo de medicina. Agora, em função de uma série de conquistas sociais nas últimas décadas, esse grupo social ainda está de “ressaca”, aproveitando ao máximo um direito que antes lhe era negado.

Desse modo, desvendar **como** o público vê e sente os serviços de saúde e sua interação com ele nos momentos de doença e fora dele é algo que se reveste de uma importância fundamental e que exige alternativas metodológicas mais consistentes.

Uma maneira de explorar essa interface é através de estudos de avaliação da qualidade feita pelo usuário. Até recentemente, a única forma de conseguir isso era através de estudos de “satisfação” dos pacientes

² Para um exemplo etnográfico em classes populares dessa diferenças, ver Knauth (1991).

(Williams & Calnan, 1996). Esses estudos, contudo, mostravam pacientes em geral felizes com o atendimento recebido, com graus variados de insatisfação em relação a pontos isolados.

São estudos de cunho eminentemente quantitativo, sendo evidente que estudos desse tipo enfrentam problemas metodológicos, começando pela forma como se pergunta, o ambiente de entrevista, a ordem das perguntas, quem faz as perguntas, o tipo de questionário utilizado, etc. É inegável também que as pressões existentes no ambiente social são transferidas para esse tipo de pesquisa, fazendo com que se espere determinado comportamento dos pacientes na sua relação com os serviços de saúde. Assim, não seria novidade que pacientes falassem mal da demora para o atendimento recebido na emergência de um grande hospital público, pois isso é comentado praticamente todos os dias nos jornais e na televisão. Ou seja, seriam avaliações apenas superficiais e que confrontam a própria expressão “satisfação do usuário” como única alternativa metodológica de estudo.

Essas insuficiências acarretaram, em contrapartida, o florescimento de estudos que utilizam abordagens etnográficas, permitindo vislumbrar, em profundidade, a complexidade do pensamento leigo na área. Esmiuçar as ações humanas em relação à sua saúde/doença, exige, portanto, uma abordagem qualitativa, que contemple a sua riqueza que, em última análise, também é mediada pela cultura dos grupos humanos, nem sempre levada em consideração em estudos na área. Nas palavras de Williams & Calnan (1996:16):

Assim, contrastando com estudos baseados em uma tradição positivista, a imagem do leigo aqui corresponde a alguém ativo e crítico, que tem o seu próprio sistema de teorias complexas sobre saúde, doença e cuidado médico, que maneja as suas próprias necessidades de saúde e que consegue discriminar, no seu uso do conhecimento médico, aconselhamento e perícia.

5.3. Avaliando a Unidade Conceição: ouvindo o usuário

Foram essas indagações que me fizeram percorrer os caminhos da avaliação na Unidade Conceição. Para tanto, entrevistei pacientes e médicos, tanto na própria Unidade como em suas casas e, como não poderia deixar de ser, levei em conta a minha própria experiência no consultório. O que chamou a minha atenção logo no início foram a maneira global como a avaliação é feita e a busca do estabelecimento de comunicação com o médico como parâmetro importante referidos pelos pacientes. Os pacientes querem “conversar” com o seu médico, querem que ele os entenda e querem entender o que o médico lhes diz sobre os seus problemas de saúde. É essa a comunicação desejada, e espera-se que esse diálogo faça sentido ao paciente.

De fato, qualquer avaliação mais ampla deve necessariamente contemplar as diversas questões envolvidas no diálogo que se estabelece entre os usuários e a instituição prestadora de serviços de saúde, situação que Sala e cols. (1996) chamam de **efetividade comunicacional**, a qual permite que sejam resgatados aspectos intersubjetivos no encontro dos pólos dessa relação: usuários e prestadores de serviços de saúde.

E isso parece se confirmar no meu trabalho de campo na Unidade, ou seja, uma adequada comunicação entre o médico e o paciente é fundamental e embasa a avaliação que este último faz de quem o atende e de todo o serviço de saúde. Além disso, a avaliação global da Unidade, portanto, não é a simples soma de pequenas avaliações setoriais ou de atividades separadas, mas sim, a avaliação do conjunto, que é a Unidade.

As entrevistas que realizei evidenciaram a dificuldade em discriminar esse tipo de questão entre pacientes. Invariavelmente, ouvi que a impressão geral sobre o serviço era excelente, o que dificulta, à primeira vista, uma análise mais aprofundada.

Para mim, o atendimento é ótimo. Não tenho queixa nenhuma e nunca tive. Sempre fui bem atendida e todos os meus, da minha família, também.

Emília, 66 anos

Eu me sinto muito bem aqui. Até agora não posso falar nada [de mal]. Sempre fui muito bem atendida. Quando precisei de especialistas, me encaminharam. Eu uso e abuso disso daqui.

Maria da Graça, 53 anos

Eu acho o atendimento [da Unidade] uma maravilha. Se não fossem eles, acho que eu já teria morrido. Os médicos e enfermeiras são ótimos.

Rosa, 85 anos

É bem verdade que estamos analisando uma população “viciada”, no sentido de que é formada por pacientes que consultam com certa regularidade, alguns há vários anos, e que têm a Unidade Conceição como local de referência em caso de algum problema de saúde. Contudo, essa é a conformação que a própria Unidade deu à sua clientela, ao longo dos anos, de acordo com os seus princípios e objetivos. Talvez, por isso, seja melhor considerá-la, então, como população “típica”.

Foi possível confirmar também que quando se falava de atendimento de saúde, todos os pacientes referiam-se ao seu contato com o médico. E, com raríssimas exceções, os pacientes deram “nota 10” para o atendimento recebido³. E, de fato, o médico goza de imenso reconhecimento como elemento que pode contribuir para resolver os problemas de saúde. Num estudo realizado no interior do Estado de São Paulo, Canesqui (1992) mostra que, “depois de Deus, o médico é o agente de cura mais apto a resolver os problemas de saúde para 92,5% dos entrevistados”. Mesmo trabalhando com uma população de nível socioeconômico mais baixo, esse índice confirma o prestígio médico ainda disseminado na sociedade brasileira.

Esse aspecto, mais uma vez, contradiz as divisões clássicas em estrutura, processo e resultado. A avaliação é global, centrada no médico, mas deve-se levar em conta o conjunto de fatores associados, antes e depois do contato médico. Ou seja, “são os bons médicos que fazem a Unidade funcionar bem”. As dificuldades na marcação de consultas, por exemplo, são vistas como uma dificuldade de acesso ao seu médico, e, da

mesma forma, um auxiliar de enfermagem que não está no seu local de trabalho dificulta a execução de uma prescrição médica: são atividades que na análise dos pacientes apenas dão suporte ao atendimento médico. Interessante perceber que, nesse aspecto, o médico está completamente isento de qualquer culpa: ele fez a sua parte e se há dificuldades, isso é alheio a esse contato.

E os pacientes têm uma percepção clara das limitações impostas aos serviços públicos no país no momento atual, isto é, se os médicos não fazem mais é porque não são oferecidos os meios para tanto.

Eu não posso me queixar. Eu estou muito satisfeita. Até eu tenho que agradecer a Deus que tem esse posto e que sempre me recebeu bem. (...) Mas eu também não posso exigir demais.
Santina, 67 anos

Há também o que os epidemiologistas poderiam chamar de um “viés de cortesia”, ou seja, alguns pacientes ao me identificar como integrante da Unidade – e como médico – poderiam querer me agradar com as suas respostas gentis e elogiosas em relação ao atendimento, respostas “socialmente desejáveis” frente aos serviços de saúde. Não percebi isso como algo generalizado e, mesmo assim, busquei evitar esse problema ao conversar com usuários em suas casas e com seus familiares, o que, segundo a literatura, poderia trazer um enfoque um pouco mais crítico e descomprometido à avaliação. Além disso, a realização de entrevistas de avaliação no “espaço do paciente” e não no “do médico” modifica enormemente o seu rumo, permitindo colocações de forma mais livre e “sem censura”.

Um fator importante e que se mostrou inevitável foi a avaliação feita comparativamente ao cuidado oferecido por outros serviços de saúde. Ainda é comum que pacientes, mesmo os da Unidade Conceição, freqüentem mais de um local para atendimento, às vezes, simultaneamente ou mesmo consultem com médicos particulares ou conveniados. A partir disso,

³ Apesar de não ter sido utilizada uma escala específica para a avaliação, eventualmente, durante as entrevistas, perguntava aos meus informantes que nota dariam ao seu médico.

conseguem identificar fatores que consideram positivos e negativos no atendimento.

Eu antes consultava no INPS, quando eu ainda trabalhava. Mas lá era péssimo. Tinha que ir de madrugada para conseguir uma ficha!

Paulo, 78 anos

A busca dos convênios médicos ou dos serviços particulares procura muito mais vencer os obstáculos impostos pelas filas para exames e acesso a especialistas. Tanto isso é verdade que há uma boa parcela de pacientes que consulta fora da unidade mas retorna aos seus médicos para uma segunda opinião, para mostrar os resultados dos exames e também para questionar os tratamentos propostos, pois alegam que “não tiveram confiança” no médico particular, ou seja, buscam um aliado. Essa prática pode representar uma estratégia utilizada pelos pacientes para poder realizar uma avaliação mais técnica do outro médico: o médico em quem confiam terá mais elementos para essa avaliação, poderá dizer se os exames solicitados pelo médico particular foram adequados e se o tratamento está correto.

Aqui, a separação entre serviço público e privado, muito marcada pela mídia de modo sensacionalista como “a falência do SUS” e “o caos da saúde pública”, não se repete entre os pacientes. A maioria refuta a idéia de que não é possível um serviço público de boa qualidade. Portanto, não é a simples gratuidade do serviço que explica a procura e a avaliação favorável que os pacientes fazem do atendimento. Há representações e práticas culturais que exercem um papel importante no delineamento de certos comportamentos em relação à atenção à saúde.

Assim, essa oposição público *versus* privado na área da saúde vista em alguns estudos não tem correspondência tão marcante entre os pacientes na Unidade Conceição⁴. Como já se falou aqui, os pacientes

⁴ Para um estudo interessante em que essa diferença fica bem evidente, ver Queiroz (1994).

utilizam a Unidade como sendo um “convênio” e demandam de seus médicos um atendimento de “médico particular”.

Nos critérios utilizados pelos pacientes para definir um bom médico, o que chamou a atenção é a importância dada ao fato de o médico **conhecer** o seu paciente. Isso traz implicações sobre uma série de outros critérios relacionados, pois esse conhecimento a cerca do paciente necessita tempo adequado de consulta, continuidade, interesse pelo paciente e, sobretudo, sabedoria para escutá-lo. É isso que permite que o médico tenha ciência da situação da doença naquele momento e faça uma relação com a história individual, familiar e social do paciente. Joga-se então para que o médico tenha um conhecimento amplo do indivíduo e da **sua** doença e possa, a partir daí, esclarecer de maneira correta as queixas trazidas até ele, ou seja, oferecer uma explicação coerente ao que está ocorrendo. Nas conversas com meus informantes, houve referências explícitas a isso.

O bom médico? É aquele que está disposto a escutar o doente, as suas lamentações. Por que não deve ser fácil ouvir o dia inteiro choro e lamentações. Tem que ter paciência, escutar.
Santina, 67 anos

O principal do médico é o ouvido. Às vezes eu vinha atacada da asma, mas tinha outros problemas internos. E o Dr. X perguntava “O que é que há contigo?”. No fim, a conversa resolvia mais que a nebulização que eu fazia.
Maria da Graça, 53 anos

Por esse motivo também é tão valorizado o atendimento continuado com o mesmo profissional, pois isso permite conhecer o paciente aos poucos, ao longo de uma série de contatos com a própria pessoa e com outros membros da família. É esse contato contínuo que favorece o estabelecimento da reivindicada relação de amizade entre médicos e pacientes. E talvez aqui resida uma das dificuldades em avaliar o atendimento de saúde assentado nessas bases, pois afinal como avaliar uma amizade, sem levar em consideração toda a subjetividade envolvida nessa relação? É por esse motivo também que os pacientes valorizam tanto o fato de serem chamados pelo nome, de serem reconhecidos e

cumprimentados no corredor da Unidade e também na rua. Por isso também dão presentes aos médicos nos aniversários, perguntam pelos seus filhos, etc. Não é isso que se espera dos amigos?

O Dr. X é muito competente, sempre tratou bem a minha mãe. Mas ele é muito seco. Às vezes ele passa no corredor e nem cumprimenta a gente.

Terezinha, 62 anos

Algumas pessoas têm de fato enormes dificuldades para realizar essa avaliação. Foi muito freqüente ouvir que o importante é “o médico acertar comigo”. Mas isso significa mais que um simples tratamento correto. É uma espécie de síntese de toda a avaliação, refere-se a uma empatia que começa bem antes da consulta, na indicação de qual médico consultar. E isso ocorre através de inúmeras formas. A indicação pode ocorrer na própria família, através de amigos ou vizinhos e até mesmo nas filas e nos corredores, onde, durante o período em que aguardam a sua vez, os pacientes trocam informações sobre os seus médicos, características do seu atendimento e experiências prévias, ficam sabendo quem dá medicamentos, quem pede exames, quem examina, quem chega na hora, quem gosta de ouvir, etc.

É através dessa pré-avaliação que o paciente já seleciona o que gosta ou não gosta em um médico. Com essa escolha, é oportunizado o encontro de pacientes com determinadas características e expectativas com médicos que, por sua vez, supostamente apresentam particularidades que venham a preencher tais expectativas. Podemos arriscar afirmando que quando o paciente consulta “bem recomendado” por um amigo, vizinho ou familiar, ele já é um “satisfeito prévio”, pois o médico já cumpriu as suas exigências (do paciente) *a priori*, no momento da recomendação. E por isso que é difícil modificar essa imagem tão consolidada. Quando um paciente chega para a consulta e diz que foi recomendado pelo Sr. Fulano porque o médico é “muito bom” e “trata bem os idosos”, a tendência óbvia do médico é corresponder a essa expectativa e querer “acertar com o paciente”.

Se por um lado a continuidade é importante, há um caminho a ser percorrido até que ela seja estabelecida. Os pacientes consultam com vários médicos até que possam se fixar com um profissional específico. E isso pode ocorrer em função de doenças específicas, ou mesmo de acordo com a idade e sexo. Assim, uma mesma paciente pode ter contato com médicos diferentes, um para os seus problemas ginecológicos, outro para as crianças, o “médico da vovó”, etc. A continuidade estaria mantida mas em termos do tipo do problema apresentado. De fato, pensar em um médico único para todo o cuidado de saúde é cotejar toda a prática assistencial recente em nosso país, que primou por separar e classificar o indivíduo em órgãos e doenças, com cada situação devendo ser analisada e tratada por um especialista.

Aqui também aparece uma outra grande contradição: a maioria dos pacientes não sabe informar corretamente a especialidade de seus médicos na Unidade, referindo-se a eles como “clínicos”, “clínicos gerais”, “pediatra”, “ginecologista”, “cardiologista”. Isso é contraditório quando se confronta com a história do Serviço de Saúde Comunitária, nascido na Unidade Conceição e que se fundou e se expandiu muito às custas de uma disputa com outras especialidades, e com a afirmação da Medicina Geral Comunitária como especialidade médica ideal para o cuidado do paciente na realidade de saúde do Brasil, assentada, entre outros, nos princípios da integralidade e continuidade do cuidado. Nem creio que seja algo tão importante assim saber o nome da especialidade, mas após mais de 15 anos da criação do SSC ainda não se conseguiu fazer com que essa discussão, antes tida como fundamental, chegasse aos pacientes. Em parte reflete também a própria indefinição do grupo de médicos, ainda às voltas com o debate quanto ao nome: “médico de família” ou “médico geral comunitário”.

5.4. Em busca do “bom médico”

O “bom médico” é um conceito a que cheguei sem maiores dificuldades quando conversava com o meus informantes. É muito a partir

desse conceito que outros médicos e serviços são avaliados. A tabela 5.1 lista os critérios mais importantes referidos pelos pacientes na definição de um bom médico.

TABELA 5.1. Critérios referidos pelos pacientes para definir um bom médico

-
- Escuta o paciente
 - Entende o paciente
 - Conhece o paciente, as suas “outras doenças”/ está acostumado com o paciente
 - Ajuda o paciente quando precisa (dá amostras de medicamentos, por exemplo)
 - É dedicado e se interessa pelo paciente
 - É “amigo”
 - É disponível/acessível
 - Estuda os casos/está atualizado, tem experiência
 - Encaminha quando necessário para outros especialistas
 - Faz o paciente “se sentir bem”
 - É “querido” (cordial)/bem humorado
 - Mantém-se próximo
 - *Acerta com o paciente*
 - Atende com calma, sem pressa/tem paciência
 - Atende logo, quando há necessidade
 - Tem carinho pelos doentes
 - Pede exames
-

Pode-se perceber que a ênfase está nas qualidades de relacionamento do médico com o paciente. A solicitação de exames e prescrição de medicamentos aparece nas falas dos usuários, mas com uma importância bem menor. Isso contradiz outros estudos, como o realizado por Canesqui (1992:196) que levantou que “o bom médico é tido como aquele

que, em primeiro lugar, trata bem o paciente e, depois, o que examina bem, aconselha, pede muitos exames e prescreve muitos remédios”. Assim, não há um modelo único de bom médico, mas sim, “bons médicos”, com características a serem comparadas conforme a situação.

Por outro lado, o mau médico é visto como a negação de tudo isso. Como pode ser observado, a maioria das características refere-se às qualidades intrínsecas e interpessoais do médico, que se sobrepõem às suas qualidades técnicas.

O mau médico é aquele que se senta e pergunta: “O que tá sentindo?”

*“Dor de cabeça”. “O que mais?”. “Tal coisa.”. “O que mais?...”
E dá a receita. Eu acho que ele não está muito interessado. Ele pode ter capacidade, mas o paciente não tem confiança, porque ele não pergunta direito as outras coisas que interessam. Ele pode acertar a doença, o tratamento, mas não mostrando para o paciente, o paciente não fica satisfeito.*

Santina, 67 anos

Seguramente, maus atendimentos tendem a marcar os médicos. O paciente usualmente não dispõe de mecanismos para reclamar e expor os conflitos criados. O abandono do médico é uma das alternativas para o paciente, o que ocorre de modo silencioso e resignado. Claro que há espaço para as “contra-indicações”, ou seja, segue o mesmo caminho percorrido pelas “indicações”, mas para reforçar os defeitos do médico: “O Dr. X não examina”, “o Dr. Y não pede exames”, “aquele outro não acertou comigo”, etc.

O “acertar” não parece ser uma responsabilidade unicamente médica. O paciente também tem participação nesse processo, fornecendo os dados corretos para que o médico chegue ao diagnóstico. É uma verdadeira parceria, onde os dois lados devem estar sincronizados na busca do “acerto”. É por isso que, mais uma vez, a questão da comunicação entre médico e usuário é um elemento essencial, pois sem ela não há troca, e sem

troca não há diagnóstico, tratamento correto, não há condições para que uma relação de amizade se estabeleça.

Também é possível notar que esses critérios não são muito rígidos, e a ocorrência de um pode compensar a ausência de outro em um determinado momento. Um exemplo disso são os médicos-residentes, que reconhecidamente têm pouca experiência na medicina e não conhecem tão bem os pacientes, mas que, em função da sua dedicação, interesse, maior tempo disponível para a consulta e explicações aos pacientes, podem deixá-los completamente “satisfeitos”. Estudos têm demonstrado que uma comunicação adequada em termos de explicações inteligíveis aos pacientes está diretamente relacionada com uma maior satisfação (Health Services Research Group, 1992). O estudo realizado na Inglaterra por Williams & Calnan (1991) revelou quatro critérios principais preditivos de satisfação geral em relação ao *general practitioner*: fornecimento de informações, habilidades médicas, habilidades pessoais e fé no médico. Segundo os autores, esses resultados confirmam o papel fundamental que a relação médico-paciente exerce no nível de satisfação dos pacientes com os serviços de atenção primária.

Um estudo de avaliação realizado na Paraíba, mais especificamente no ambulatório do hospital universitário, também tinha como objetivo promover e avaliar a qualidade dos serviços “ouvindo os usuários” (Meira, 1997). Comprovou-se que a satisfação dos pacientes está diretamente relacionada ao grau de comunicação entre eles e os profissionais de saúde, principalmente o médico. Evidenciou-se também a importância dos profissionais estarem “satisfeitos” com o seu trabalho para que os pacientes fiquem igualmente satisfeitos.

A “satisfação” tende a aumentar com a idade, sendo levantada a possibilidade de que os idosos são mais passivos em relação ao cuidado de saúde em oposição aos mais jovens, em geral mais questionadores (Williams & Calnan, 1991). E essa tendência se confirmou na Unidade Conceição. Mas podemos pensar em outras explicações para esse achado. Em primeiro lugar, os mais idosos apresentam uma postura de maior

respeito em relação à figura do médico, o que pode refletir também um modelo aprendido, em que “não fica bem falar mal dos médicos”. A outra consideração importante é que esse grupo tem consciência e assume as suas limitações de saúde e, dessa forma, não “culpam” os médicos pelos seus “fracassos terapêuticos”: a culpa de eventualmente não melhorar é deles próprios, por serem velhos e debilitados, e não do médico. E, por fim, constituem o grupo que mais consulta e que, portanto, incorporam melhor a dinâmica de funcionamento do serviço e dos médicos, que aliás, conhecem muito bem, até por já terem passado por muitos outros antes de fixarem-se num médico específico.

*Esses dias uma vizinha perguntou: “Qual é o médico que tu vai no Conceição, que vai, vai lá e nunca fica boa?”
“O Dr. X” eu disse. Mas não é ele [poder] curar. Depende do organismo da gente.
Rosa, 85 anos*

Também conversei com os médicos sobre quais os critérios eles julgavam mais importantes na avaliação dos serviços de saúde. Como era de esperar, os médicos tiveram muito mais facilidade para citá-los. Apesar de terem enfatizado a resolutividade e a capacidade técnica, em relação aos outros itens citados, demonstraram grande semelhança com os usuários, referindo, por exemplo, o acesso fácil, a aceitação do serviço pelos usuários, uma estrutura que favoreça a continuidade do cuidado e o compromisso com a comunidade.

Com relação ao que consideravam um “bom médico”, também houve coincidências, como pode ser observado na tabela 5.2.

**TABELA 5.2. Critérios referidos pelos médicos
para definir um bom médico**

-
- Ouvir/entender o paciente
 - Ter bom conhecimento técnico
 - Ter tempo para o paciente
 - Comunicar-se com o paciente
 - Oferecer confiança
 - Ter compromisso e responsabilidade com o paciente, a família e a comunidade
 - Permitir continuidade do atendimento
-

5.5. A “caixa de sugestões”

Entrevistar diretamente os pacientes, entretanto, não é única maneira possível de “ouvi-los”. Na Unidade Conceição houve uma experiência interessante com a “caixa de sugestões”. Colocada propositadamente no corredor da Unidade, junto à entrada e ao lado do mural comunitário, permitia que qualquer pessoa que por ali passasse, depositasse a sua opinião. Concretizada, a princípio, com objetivos apenas gerenciais, acabou por revelar mais um ângulo diferente na forma como a Unidade é vista e avaliada pelos seus usuários.

A seguir, será apresentada uma breve análise do conteúdo recolhido nessa caixa de sugestões de janeiro de 1994 a março de 1995, período em que eu, coincidentemente, ocupava a chefia dessa Unidade. Foi computado um total de 196 mensagens, descartando-se um pequeno número de mensagens (menos de 5%) “nulas”, como as que continham palavrões, as ilegíveis e as sem nenhum nexos. A tabela 5.3. sumariza a divisão entre as cinco categorias básicas em que as mensagens foram classificadas.

TABELA 5.3. Divisão das mensagens segundo o tipo

	Frequência total de ocorrência *	% do total de mensagens *
	N= 196	
Elogios	97	49
Sugestões	66	34
Reclamações	37	18
Denúncias	5	2,5
Outros	12	6

* Houve mensagens enquadradas em mais de uma categoria

FOTO 5.1. A “caixa de sugestões”

Primeiramente, percebemos que a utilização da urna foi maior logo após a sua implantação, provavelmente pela novidade que pode ter representado na Unidade. Apesar da riqueza de conteúdo que essas mensagens trazem, devemos analisá-las em perspectiva. Conhecendo um

pouco da história da Unidade nesse período, é fácil correlacioná-la com as informações contidas nas mensagens e ver que as mesmas sofreram mudanças, de acordo com o período em que foram escritas e com os acontecimentos ocorridos na Unidade, e que motivaram manifestações por parte dos seus usuários, como ficará claro mais adiante.

A análise das mensagens confirmou o que já vínhamos percebendo através do contato direto com os pacientes: a avaliação geral é muito positiva. Praticamente metade das mensagens continha elogios, apesar de ser uma simples “caixa de sugestões”. A maioria desses elogios referia-se à Unidade como um todo, mas, em pelo menos um terço dos casos, havia referência aos médicos em geral e, mais do que isso, referência a médicos específicos, como que se o paciente utilizasse a urna para uma demonstração pública de seu apreço e satisfação ao seu médico.

Antes de qualquer sugestão, quero agradecer o atendimento de toda a equipe que atende com dedicação e carinho e sugiro que façam uma campanha entre os usuários para que cada um coopere com o que estiver em suas posses para melhorar o que estiver [precisando, como] o visual dos consultórios e corredores para que os médicos tenham um local de trabalho que esteja de acordo e altura de sua nobre e abnegada profissão. Muito obrigado⁵.

Adorei essas reuniões com a comunidade. Eu sou gorda e sofro de angústia e depressão. Este serviço me auxilia muito. Não troco de bairro por nada. Me sinto em casa com os médicos da Unidade de Medicina de Família.

O que seria de mim se não existisse a Medicina de Família. Aqui eu tenho toda a atenção dos médicos e das atendentes. Principalmente do meu médico, Dr. X, que é um amor de pessoa, muito atencioso comigo. Muito obrigada por tanta atenção. Estou satisfeita com o atendimento daqui.

No mesmo sentido, houve elogios e manifestações para que os médicos-residentes continuassem trabalhando depois de terminarem o seu

⁵ Como nem todas as mensagens foram assinadas, optou-se, para preservar a uniformidade do texto, por transcrevê-las sem nenhum tipo de identificação.

período de treinamento. De qualquer maneira, é possível observar claramente que os médicos desfrutam de muito respeito entre os pacientes e que ainda são percebidos como uma figura central do cuidado em saúde. Um bom atendimento pelo médico parece superar eventuais dificuldades na recepção ou com a equipe de enfermagem. E, na verdade, essa percepção dos pacientes reflete bem a forma como a Unidade organiza o seu trabalho, centrado nas atividades médicas, sendo que os outros profissionais desempenham atividades entendidas como “de apoio”.

Mas a urna também foi utilizada para expressar a opinião dos usuários em relação às questões gerenciais da Unidade, e por isso afirmei acima a importância de conhecer a sua história. Em um determinado período, por exemplo, uma das auxiliares de enfermagem estava sendo transferida de Unidade por problemas administrativos. Na mesma época, a urna recolheu várias mensagens com elogios dirigidos a ela, manifestando que ela deveria permanecer na Unidade. O mesmo ocorreu em outros períodos em que havia ameaça de descontinuidade de serviços oferecidos, como os estágios de estudantes de fonoaudiologia, terapia ocupacional e massoterapia, momento em que os pacientes se utilizavam da urna para solicitar a sua permanência.

Das 66 sugestões recebidas, o maior contingente (22 mensagens) referia-se à necessidade de plantões noturnos e de fins-de-semana⁶, seguida da sugestão de haver mais “especialistas” à disposição (9 mensagens) e oferecer consultas com dentistas (8 mensagens). Surpreendeu o aparecimento, em quarto lugar, com cinco mensagens, da sugestão de que os serviços na Unidade fossem pagos, em que “cada um daria o que pudesse”, para melhorar a Unidade.

Interessante observar ainda que o item “sugestões” muitas vezes confundia-se com as “reclamações”. Isto é, a partir de problemas enfrentados, os pacientes reclamavam e sugeriam modificações para que os mesmos não se repetissem, o que mostra uma disposição em manterem o

⁶ Há até alguns anos, quando o número de médicos na Unidade era maior, havia plantões noturnos e de finais de semana para atendimento dos pacientes da área.

vínculo e continuarem sendo atendidos ali. De fato, foram poucas as reclamações feitas de modo isolado.

Esta Unidade atende com presteza seus pacientes, dando-lhes oportunidade de participar de palestras, orientando sobre várias doenças. Os médicos são de muita competência. A sugestão que tenho é de que seja feita uma revisão nos prontuários, pois há pessoas que moram longe e consultam aqui, bem como há casos de pessoas de consultam com o prontuários de outros. No mais estão todos de parabéns.

Há uma série de outras sugestões, algumas muito simples e que foram efetivamente implementadas ao longo dos anos seguintes, como a colocação de um bebedouro e de ventiladores no corredor da Unidade, colocação de cartazes informativos na recepção, marcação facilitada de consultas, entre outros, o que mostra o acerto dessa iniciativa como elemento que forneceu subsídios para a realização de mudanças gerenciais no nível local. Outras pessoas sugeriram que todos os funcionários vestissem uniforme branco e uma outra sugeriu que fossem colocados livros e revistas no corredor, provavelmente traduzindo um modelo visto em consultórios médicos particulares, que é como muitos pacientes de fato vêem o serviço.

Mesmo que não fosse solicitado o nome de quem escrevia, 41% das mensagens continham alguma forma de identificação, como a colocação do nome completo ou assinatura do paciente. Alguns iam mais longe, colocando o número do prontuário, e outros, ainda, o seu endereço e telefone, como que oferecendo-se para confirmar suas idéias, caso fosse necessário. Efetivamente, algumas dessas pessoas tornaram-se meus informantes durante o trabalho de campo.

Surpreendeu-me também a ocorrência de nove mensagens que continham pequenas histórias pessoais de seus emitentes ou de familiares. De um modo geral, eram histórias que descreviam encontros com o sistema de saúde, assinalando aspectos positivos ou negativos percebidos nos atendimentos ocorridos na Unidade, no ambulatório ou na internação do Hospital Conceição e mesmo em outras instituições. Quando isso acontecia,

em geral era para ressaltar as diferenças percebidas no atendimento recebido na Unidade e nos demais setores “do hospital” ou também para dizer que ainda não tinham conseguido abrir um prontuário de família e usufruir os benefícios que imaginavam obter.

Moro há 9 anos no bairro e ainda não consegui me cadastrar. Hoje tomaram meu nome e assim que o computador chegar talvez me inscrevam, mas mesmo assim sei que o funcionamento é excelente. Eu sei que vou adorar fazer parte dessa família.

A minha sugestão seria que os pacientes pertencentes a Unidade Familiar tivessem o direito de, quando baixados, usar o 3º andar o qual temos o direito pelo fato de morarmos no bairro (rua Adão Bairo). Como no caso de meu filho,[nome], que ficou exatamente um mês no 1º andar, fazendo exames, quando não havia brevidade. Fui até a diretoria do Hospital, quando o Dr. X de imediato conseguiu que fosse feita a ecografia. Ao tratar-se que seria feita a extração de um rim, teve que esperar mais 5 dias e eu sempre pedindo para que o passassem para o andar da Medicina de Família. Nada. Aconteceu que ele teve que abrir uns pontos por motivo de inflamação e nem assim fizeram a transferência. Hoje ele se encontra no quarto com cinco pessoas, não podendo dormir à noite e perigando uma infecção. Deus o proteja.

Aliás, muitas das reclamações recolhidas na urna referem-se às filas, demoras no atendimento e à “falta de educação e de respeito” em certos setores do Hospital Conceição, principalmente na emergência e no laboratório. E isso ocorria mesmo que fosse reconhecido que a Unidade não tinha nenhum poder para resolver problemas de setores com os quais, no organograma, não possuía nenhum vínculo administrativo. Mas isso não é o mais importante, uma vez que a urna parece representar a própria instituição “Grupo Hospitalar Conceição”. Isso talvez explique a ocorrência de mensagens de pessoas que nem são pacientes da Unidade e que solicitavam postos de saúde nos mesmos moldes para os seus bairros. Da mesma forma, alguns dirigiam as suas mensagens “aos diretores do GHC”.

Com relação ao atendimento na Unidade, as principais queixas referiam-se, por ordem de frequência a:

- Atraso dos médicos para as consultas marcadas – 9 mensagens
- Necessidade de pintura e reforma geral da área física – 8 mensagens
- Reclamações ao atendimento na recepção – 8 mensagens
- Reclamações relativas à equipe de enfermagem (enfermeiras e auxiliares) – 6 mensagens

Também houve reclamações mais específicas, por exemplo, equipamentos que não funcionavam, falta de limpeza em geral, calor excessivo no corredor e até a falta de papel higiênico no banheiro dos pacientes. O corredor mostrou-se particularmente problemático, mas privilegiado para avaliação, uma vez que é ali que os pacientes passam a maior parte do tempo, aguardando as suas consultas. Além da necessidade de pintura referida acima, há reclamações quanto ao “acúmulo de tralhas” que dificultam a passagem de pessoas, a profissionais que ficam “circulando de sala em sala, quando deveriam estar atendendo”, e mesmo quanto à presença de um número exagerado de representantes de laboratório de medicamentos, que ocupariam o espaço físico e o tempo que, a princípio, deveriam ser destinados aos pacientes.

O atendimento não é ruim, mas se os médicos e as moças circulassem menos nos corredores e trabalhassem mais, nós seríamos mais gratos com vocês.

Também é no corredor que são estabelecidas conversas entre os pacientes com comentários sobre a Unidade, trocadas informações sobre médicos e, como vimos, feitas indicações a partir de vivências próprias: “este Dr. é muito bom para tal problema”.

O estilo da escrita foi muito variável, sendo possível observar desde mensagens telegráficas – “mais higiene”, “falta de horários”, etc. – até mensagens extensas e bem detalhadas, como nos casos em que havia os relatos pessoais. É evidente que temos que levar em conta o fato de que a área de abrangência da Unidade é constituída por pessoas com um bom

nível de escolaridade, sendo que a taxa de analfabetismo na população acima de 10 anos, segundo dados do último censo do IBGE, gira em torno de apenas 1%. Alguns pacientes utilizaram a urna mais de uma vez para expressar suas idéias e até crianças escreveram mensagens.

Algumas mensagens foram escritas nitidamente em tom de denúncia, dirigidas ao chefe da Unidade e dele cobrando providências, dizendo, por exemplo, que determinado profissional estava sempre “passeando” fora de sua sala, que ficava muito tempo na sala de lanche ou que o filho de um outro funcionário foi visto “brincando” no computador da recepção e que isso poderia estragar o equipamento.

Por fim, foi possível verificar que um bom número de pessoas manifestavam-se simplesmente para agradecer o atendimento recebido ao longo dos anos e para dizer que eram contra “o fechamento da Unidade”. Essa última observação ocorreu possivelmente em função dos constantes rumores nesse sentido, especialmente quando há qualquer fato novo na Unidade.

Não saberia me expressar para agradecer a todas as pessoas desse serviço. Já encontrei tudo o que eu precisava desde de aliviar a dor para os meus familiares e a mim e compreensão quando estava precisando de alguém para me apoiar aos meus problemas. A minha sugestão é que nunca termine estes serviços. Nós precisamos desses profissionais. Muito obrigado.

Assim, poderíamos classificar a experiência da urna, no mínimo como muito interessante, tendo atingido o seu objetivo, que era de estabelecer uma forma de comunicação com os usuários. É claro que essa modalidade de comunicação pressupõe uma população em que a escrita está mais incorporada no seu cotidiano.

Não pretendi, nessa seção, afirmar que a Unidade Conceição oferece ou não oferece um atendimento de qualidade aos seus pacientes. O que busquei analisar foram os elementos através dos quais os pacientes realizam a sua avaliação desse atendimento, uma vez que parece claro que

há critérios diferentes entre prestadores e usuários, calcados em vivências e culturas distintas.

A busca por marcar essa diferença fez-me procurar alternativas metodológicas, ouvindo os pacientes na sua acepção mais radical, conversando com eles, mas não me limitando a uma enquete, até porque a avaliação feita tem uma base cultural que extrapola o serviço de saúde. O fato de as propostas de avaliação dos serviços através da participação dos usuários serem “menos estruturadas” não significa dizer que são “desestruturadas”. Nesse sentido, gostaria de finalizar esse capítulo com uma citação de Silver (1992:208):

De uma maneira geral, reitera-se que não existe uma metodologia única para a avaliação de serviços; é que a metodologia apropriada está diretamente vinculada ao que se pretende avaliar e à perspectiva do avaliador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Cidadania” tem sido uma palavra-chave do discurso que se reivindica como democrático. Colocar a alteridade à sombra da cidadania pode soar estranho, já que a idéia de cidadania está imediatamente associada a reconhecimento e respeito pelo outro, pelo menos no que se refere a direitos civis. A democracia se define exatamente como um regime em que a soberania pertence ao conjunto de cidadãos – que, em princípio, são todos os membros de uma sociedade: todos considerados indivíduos, iguais em seus direitos perante a lei, independentemente de classe, cor, sexo ou religião.¹

Parar de escrever uma dissertação é tão difícil quanto começá-la. Essas considerações finais nada mais são do que uma tentativa de pensar em voz alta a minha prática como médico geral comunitário e antropólogo. Fazendo isso, inevitavelmente estarei, mesmo que indiretamente, questionando uma série de outros assuntos bem atuais: o sistema formal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), o trabalho médico, a cidadania, a alteridade, a democratização dos serviços de saúde e a forma de interação desses com os seus usuários e vice-versa.

Esse trabalho buscou revelar algumas facetas da prática da atenção primária à saúde que considerei importantes nesse momento. Percorri diversos caminhos no decorrer dessa investigação, buscando esclarecer um pouco melhor o que observava e vivenciava. Cada um desses caminhos

¹ Rolnik, Suely. 1995. À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia. In: Magalhães, Maria Cristina (org.). *Na sombra da cidade*. São Paulo: Escuta.

concretizou-se na forma de um capítulo dessa dissertação, tendo como campo empírico a Unidade Conceição do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, localizada na Zona Norte de Porto Alegre. Em cada um deles, o elemento que mais chama a atenção e que de certa forma os une, desde a história da criação da Unidade Conceição à avaliação em saúde, é o modo como a cultura está sempre presente e permeia cada um desses tópicos.

No primeiro capítulo, lancei, mesmo que muito rapidamente, as bases teóricas para o estudo dos sistemas de saúde enquanto sistemas culturais próprios e a noção de modelos explanatórios, apoiando-me principalmente na obra de Kleinman. Ainda que sucinto, esse capítulo abriu a perspectiva para que percebamos mais claramente a influência da cultura nos encontros entre usuários e os serviços de saúde.

Já o capítulo 2 levantou uma questão também importante, no sentido de descortinar o modo como a prestação de serviços oficiais de saúde “evoluíram” no decorrer da nossa história e como a proposta da atenção primária à saúde se inseriu nos seus diversos contextos recentes. Explicar a situação dos serviços de saúde no presente a partir do passado mostrou-se aqui um exercício valioso, especialmente se quisermos, baseados nesse passado e nesse presente, definir o nosso futuro. Mais uma vez, foi possível ver que esses serviços não estão descolados da realidade: muito pelo contrário, estão diretamente ligados à maneira como a sociedade os pensa. À época, a criação da Unidade de Medicina de Família, no início da década de 80 no Grupo Hospitalar Conceição, com os seus princípios norteadores claramente direcionados a serem uma alternativa à prática altamente “especializante” de então, é muito significativa dos conflitos existentes na instituição e na forma mesma de encarar a atividade médica no seio da “medicina oficial”.

O capítulo 3 abordou a questão do espaço como local privilegiado das ações de saúde. Principalmente aqui, se não “dermos vida” à geografia, ligando o espaço físico aos indivíduos e às culturas que o representam, perderemos uma grande oportunidade de aprofundar o nosso conhecimento

sobre o ser humano e sobre a medicina geral comunitária. Isso é útil sobretudo pela acepção “comunitária” contida na definição dessa especialidade, cujo significado muitas vezes não questionamos.

Indagações como essas seguiram no quarto capítulo, na qual procurei discutir a participação dos usuários sob uma perspectiva diversa, incluindo aspectos relacionados à cultura dos indivíduos e à dinâmica dos grupos a que pertencem, passando pelo debate entre autonomia e institucionalização dos movimentos sociais em nosso país. Há, portanto, várias formas de participação, todas válidas e dignas de respeito.

Por fim, o quinto ponto que busquei aprofundar foi justamente como o usuário avalia o serviço de saúde. Ficou evidente que, para tanto, possui um substrato cultural que dá sustentação a essas avaliações, o qual pode ser revelado na medida em que “damos voz” a esse usuário. Tão importante quanto essa constatação é o fato de estarmos preparados com um bom instrumental de pesquisa para atingir esse objetivo, subsídio que a antropologia preenche de modo muito satisfatório.

Mas o que fica de concreto após isso tudo? A minha primeira convicção refere-se à necessidade de ampliarmos os nossos conceitos sobre saúde/doença na nossa prática clínica. Apesar do discurso ser fácil, quando chega o momento da sua aplicação na realidade, deparamo-nos com uma prática que, com muita facilidade, expurga os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais do processo saúde/doença.

É hora, portanto, de reconduzirmos o “paciente” ao centro da relação com os serviços de saúde. Sem nos anularmos como profissionais da saúde – isso seremos sempre – somos nós que temos que conhecê-lo melhor, respeitá-lo e adaptar nossa prática a ele, e não o contrário, como vem acontecendo até agora.

Ao longo desse trabalho, percebi com mais clareza que o objetivo final dos serviços de saúde é o paciente. E digo isso sem nenhum resquício da visão romântica da medicina “como sacerdócio”. Repito que o meu trabalho clínico foi tremendamente enriquecido nesses últimos anos de contato com a

antropologia. E também tenho a certeza que os pacientes que atendi se beneficiaram disso.

E resgatar a cultura para o centro da relação estabelecida entre indivíduos e os serviços de saúde é um esforço que desencadeia uma série de implicações na forma como esse relacionamento será concretizado. Kleinman (1980) afirma que a simples introdução da tecnologia biomédica sem realizar modificações sociais, econômicas e culturais no contexto atual acarreta efeitos apenas mínimos, se tanto, nos principais problemas de saúde enfrentados pela população. Ou seja, há fatores externos à medicina, especialmente quando se trata de populações maiores, que devem ser considerados.

Grandes migrações populacionais nas últimas décadas têm forçado a que as questões relativas à cultura sejam levadas mais à sério. Isso tem sido especialmente verdadeiro nos Estados Unidos e na Europa, onde significativos contingentes de imigrantes já instalados começaram a procurar atenção médica e nem sempre obtiveram sucesso com os “procedimentos padrão” empregados. Nesses casos, os confrontos entre culturas muito diversas chama mais a atenção, ocorrendo em todas as dimensões do convívio social, sobretudo na área do cuidado à saúde, na qual a percepção dessas diferenças nas concepções de saúde/doença são cruciais para o resultado favorável do cuidado médico.

Na esteira disso, vem ganhando notoriedade a proposta de serviços de saúde que sejam “culturalmente sensíveis”, no sentido de qualificar profissionais de saúde e instituições para entender e satisfazer as necessidades próprias de saúde dos pacientes em locais em que essa diversidade cultural é mais pronunciada². Isto é, os serviços preparam-se para melhor acolher os pacientes que apresentam demandas de saúde bem específicas.

Contudo, acredito que não precisamos ir tão longe e esperar que tenhamos imigrantes estrangeiros para adequar os nossos serviços de saúde. A diversidade cultural no Brasil existe por todos os lados: há *culturas*

brasileiras e mesmo *culturas gaúchas* (Oliven, 1992). Esse fato deve ser contemplado por nós, no dia-a-dia dos serviços de saúde. Isso exige uma postura que, em primeiro lugar, reconheça essas diferenças e, em segundo lugar, as aceite como parte indissociável do indivíduo, sem preconceitos e hierarquizações. Ao fazermos isso, inevitavelmente estaremos resgatando a tão falada e desejada cidadania e a democracia nos serviços de saúde, o que é um passo enorme na direção da consolidação do nosso Sistema Único de Saúde.

Precisamos definitivamente entender que fatores culturais desempenham um papel crítico na prática de saúde em todos os âmbitos, inclusive no sistema formal de prestação de serviços médicos, entre nós fortemente assentado no modelo biomédico, o qual é apenas um entre tantos outros modelos.

Sem perder a perspectiva da contribuição que podemos dar à sociedade no sentido de oferecer atenção à saúde de alta qualidade, devemos estar qualificados para perceber essas diferenças culturais e adaptar nossa prática. Essa busca não é nova, mas a atualidade oferece desafios ainda maiores, tanto pela diversidade cultural como pela complexificação crescente da nossa prática clínica. Assim, além de garantir competência na sua área técnica, os profissionais de saúde devem ser igualmente competentes para reconhecer as diferenças internas em cada subgrupo que compõem a nossa sociedade. Como descrita por Lavizzo-Mourey & Mackenzie (1995), essa competência vai além da simples “sensibilidade”, uma vez que esses autores dão uma conotação eminentemente prática ao conceito. Ou seja, o reconhecimento das diferenças culturais existentes em relação ao paciente que se encontra no meu consultório deve servir de instrumento para que eu o auxilie a resolver os seus problemas de saúde da melhor maneira possível.

E esse tipo de postura deve ser estendida por todos os campos da atenção médica. Desse modo, na atenção primária à saúde, o reconhecimento de determinantes culturais na população auxiliará na

² Para artigos na perspectiva de serviços de saúde “culturalmente sensíveis”, ver Johnson &

implementação de uma participação mais efetiva dos usuários nos serviços. Entender a maneira como o usuário avalia o serviço e também qual a dinâmica de funcionamento da comunidade em que atuamos são fatores fundamentais no desempenho das atividades do médico geral comunitário.

A antropologia tem servido, então, para que essa postura seja aplicada sob duas formas principais. Por um lado, através da antropologia médica, com um apelo mais prático, a ponto de já ser proposto o termo “antropologia clínica” (ou “antropologia médica aplicada clinicamente”), no sentido de adequar a abordagem e os conhecimentos antropológicos para situações clínicas (Rush, 1996; Rhodes, 1996). Por outro lado, com a chamada “antropologia médica crítica”, ao realizar um estranhamento frente às intervenções médicas no nível macroestrutural. Em outras palavras, expondo as dificuldades do sistema de saúde hegemônico para dar conta de todos os problemas de saúde da população. Antes de estarem necessariamente em conflito, vejo uma complementariedade entre esses dois enfoques, uma vez que ambos são úteis e necessários.

Muito do que está contido neste trabalho foi feito com o objetivo de responder essas dúvidas, buscando meios sobre como isso pode ser realizado e como integrar de modo satisfatório ciências médicas e sociais. O médico geral comunitário, na atual realidade sanitária brasileira, está em posição privilegiada no que diz respeito a esse tipo de trabalho.

Isso tem a ver com a própria integralidade e humanização do cuidado de saúde, princípios dos mais caros à medicina geral comunitária. E nessa abordagem *integral* e *humana*, a cultura é elemento essencial. É ela que influencia na forma como o indivíduo se percebe doente, faz ele agir segundo alguns parâmetros bem definidos, procura tratamento e avalia o que recebe. Se não levarmos em conta isso, nossa abordagem será apenas parcial e, portanto, terá maior chance de não alcançar o sucesso esperado.

Ouve-se com facilidade na área médica que “cada paciente é diferente”. E de fato, pude perceber como nunca que isso é verdadeiro. E nos darmos conta dessa diferença é que faz a prática médica tão fascinante.

Os pacientes que nos chegam, como vimos no início dessa dissertação, estão envolvidos pela sua cultura como se esta fosse um manto e permanecem conectados a ela. Isso ocorre de modo semelhante à forma como estamos ligados ao conhecimento médico, pois afinal de contas, o nosso modelo biomédico também constitui um sistema cultural bem interessante de ser observado, mas que infelizmente nem de longe é questionado durante o curso de medicina.

Gostaria de ver os serviços de saúde comunicando-se com os seus usuários e perceber que por trás de cada paciente há uma cultura que dá sustentação à percepção que ele tem sobre a sua doença e sobre o sistema de saúde.

O objetivo não é sufocar as outras formas de tratamento e de cura, mas justamente o contrário: entendê-las e valorizá-las no contexto em que se desenvolvem. Tudo em benefício dos pacientes.

No início dessa dissertação foi ressaltada a diferença entre *illness* e *disease*. Agora, no momento em que defendemos uma aplicação desse conhecimento na prática, é oportuno relacionar também a diferença entre ***cure*** e ***healing***, ambas significando, em português, a cura da doença. Entretanto, penso que *healing* tem uma conotação bem mais profunda, mais próxima de uma “regeneração”, uma “cicatrização” completa que ocorre durante o processo de cura, que pode ser mais ou menos extensa, e que faz parte da própria doença e possui uma simbologia própria: o paciente deve **sentir-se** curado.

Penso que essa dissertação procurou abordar alguns temas que poderiam contribuir para a construção de uma antropologia dos serviços de saúde.

O mais importante para mim foi dar-me conta que o encontro de culturas está presente sempre quando um indivíduo procura alívio para os seus problemas de saúde. E que esse encontro é contínuo e dinâmico. Não começa e nem termina no encontro físico no consultório médico, por exemplo.

O que busquei – agora ainda mais obstinadamente – é ampliar um diálogo que já existe, talvez não tão explícito e equilibrado, entre serviços de saúde e seus usuários.

ANEXOS

ANEXO C – “Missão” da Unidade Conceição, discutida em reuniões de planejamento interno da Equipe, em 1994, e divulgada entre os pacientes.

Grupo Hospitalar Conceição
Serviço de Saúde Comunitária
Unidade Conceição

NOSSA MISSÃO

“Prestar atendimento integral e efetivo nos níveis de promoção, prevenção e recuperação de saúde a uma comunidade geograficamente delimitada, através de um modelo que contribua para o exercício da cidadania.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abath, GM. 1984. Medicina geral comunitária no Brasil. *R Bras Educ Méd* 8:166-176.
- ABRASCO. 1993. *Relatório final: oficina de trabalho - Incentivo à participação popular e controle social em saúde*. Brasília: ABRASCO.
- Aldenderfer, Mark. 1996. Introduction. In: ALDENDERFER, Mark & MASCHNER, Herbert (org.). *Anthropology, space, and Geographic Information Systems*. New York: Oxford University Press.
- Arates, Antonio. 1996. The war of places: symbolic boundaries and liminalities in urban space. *Theory, Culture & Society*. 13:81-92.
- Atkinson, Sarah. 1993. Anthropology in research on the quality of health services. *Cad Saúde Públ*; 9:283-299.
- Azevedo, Antônio Carlos. 1993. Indicadores da qualidade e produtividade em serviços de saúde. *Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade*. 1:48-55.
- Baczko, B. 1985. A imaginação social. In: ROMANO, R. *Enciclopédia Einaudi*. (Vol. 5: Anthropos-homem). Lisboa, Imprensa Nacional.
- Barcellos, J.A. 1995. Territórios do cotidiano: introdução a uma abordagem teórica contemporânea. In: MESQUITA, Z. & BRANDÃO C.R. (org.). *Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências*. Porto Alegre/Santa Cruz do Sul, Editora da Universidade/UFRGS-Editora da Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC.
- Berger, Peter & Luckmann, Thomas. 1995. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. 12ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Berti, Neide (org.) 1993. *Paróquia Cristo Redentor: 60 anos de vida comunitária – 1933/1993*. Porto Alegre.
- Birman, Joel. 1991. Interpretação e representação na saúde coletiva. *Physis*, 1(2):7-22.

- Bodstein, Regina. 1995. Assistência médica na agenda pública. In: Bodstein, Regina (org.). *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Boltanski, Luc. 1984. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Bordenave, Juan E.D. 1983. *O que é participação*. São Paulo: Brasiliense.
- Brandão, Carlos Rodrigues. 1995. Do sertão à cidade: os territórios da vida e do imaginário do camponês tradicional. In: Mesquita, Z. & Brandão C.R. (org.). *Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências*. Porto Alegre/Santa Cruz do Sul, Editora da Universidade/UFRGS-Editora da Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC.
- Brasil. Ministério da Saúde. 1980. *Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. 1986. *Conselhos comunitários da Previdência Social*. Brasília: MPAS/CCS.
- Brasil. 1989. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Ática.
- Brasil. Ministério da Saúde. 1991. *Lei orgânica da saúde*. 2ª ed. Brasília: Assessoria de Comunicação Social.
- Brasil. Ministério da Saúde. 1997. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bronfman, Mario & Gleizer, Marcela. 1994. Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de que hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. *Cad Saúde Públ*, 10: 111-122.
- Calnan, Michael. 1988. Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. *Soc Sci Med*, 27: 927-933.
- Camargo Jr. Kenneth. 1995. Medicina, medicalização e produção simbólica. In: Pitta, Áurea M. *Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO.
- Canclini, N. 1993. Museos, aeropuertos y ventas de garage: las identidades culturales en un tiempo de desterritorialización. In: FONSECA, Claudia

- (org.). *Fronteiras da cultura: horizontes e territórios da antropologia na América Latina*. Porto Alegre, Editora da Universidade/UFRGS.
- Cândido, Antônio. 1971. *Os parceiros do Rio Bonito: Estudo sobre o caipira paulista e a transformação dos seus meios de vida*. São Paulo: Duas Cidades.
- Canesqui, Ana Maria. 1992. Consumo e avaliação dos serviços de saúde. In: Spínola, Aracy Witt de Pinho et al. (orgs). *Pesquisa social em saúde*. São Paulo: Cortez.
- Canevacci, M. 1993. *A cidade polifônica: ensaio sobre a antropologia da comunicação urbana*. São Paulo, Studio Nobel.
- Cantillano, EMC. 1983. Análise crítica da conceituação predominante sobre atenção médica primária. In: Nunes, EV (org.). *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global.
- Cara, R.B. 1995. Territórios de lo cotidiano: puntos de partida para la reflexión. In: Mesquita, Z. & Brandão C.R. (org.). *Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências*. Porto Alegre/Santa Cruz do Sul: Editora da Universidade/UFRGS-Editora da Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC.
- Carrara, Sérgio. 1996. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Carta de Petrópolis. 1982. *Residência Médica* 4:62-65.
- Carvalho, Antônio Ivo. 1995. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM.
- Carvalho, Guido Ivan & Santos, Lenir. 1995. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.80/90 e 8.142/90)*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Castro, Celso. 1994. Homo solitarius: notas sobre a gênese da solidão moderna. *Cadernos de Campo*, 4:71-8.
- Ceitlin, Julio (ed.). 1982. *Que és la medicina familiar?* Caracas: FEPAFEM/Kellogg.
- Cohn, Amélia; Nunes, Edison; Jacobi, Pedro R; Karsch, Úrsula S. 1991. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez.

- Cohn, Amélia; Elias, Paulo; Jacobi, Pedro. 1993. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. *Saúde em Debate*, 38:90-93.
- Contandriopoulos, André-Pierre et al. 1997. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Zulmira Maria de Araújo (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Cordoni Jr, L. 1979. *Medicina Comunitária: emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP. São Paulo.
- Cortes, Soraya Maria Vargas. 1995. User participation and reform of the Brazilian Health System: the case of Porto Alegre. *Tese de doutorado. The London School of Economics and Political Science*.
- Cortes, Soraya Maria Vargas. 1996a. Fóruns participatórios na área da saúde: teorias de Estado, participantes e modalidades de participação. *Saúde em Debate*, 49-50: 73-79.
- Cortes, Soraya Maria Vargas. 1996b. As origens da idéia de participação na área da saúde. *Saúde em Debate*, 51:30-37.
- Costa, Jurandir F. 1979. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.
- DaMatta, Roberto. 1990. *Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- DaMatta, Roberto. 1991. *A casa & a rua*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Doimo, Ana Maria. 1995. *A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ANPOCS.
- Donabedian, Avedis. 1988. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*; 260:1743-1748.
- Donabedian, Avedis. 1990. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*; 114:1115-1118.

- Donnangelo, MCF. 1976. *Medicina e estrutura social: o campo de emergência da medicina comunitária*. Tese de livre docência. Faculdade de Medicina/USP. São Paulo.
- Eckert, Cornelia. 1993. Memória e identidade: ritmos e ressonâncias da duração de uma comunidade de trabalho - mineiros do carvão (La Grand-Combe, França). *Cadernos de Antropologia*, n.º 11.
- Fedozzi, Luciano. 1997. *Orçamento participativo: reflexões sobre a experiência de Porto Alegre*. Porto Alegre: Tomo Editorial.
- Fernandes, Florestan. 1972. Introdução. In: FERNANDES, F. (org.). *Comunidade e sociedade no Brasil: leituras básicas de introdução ao estudo macro-sociológico do Brasil*. São Paulo: EDUSP.
- Fiocruz/CFM. 1996. Perfil dos médicos no Brasil. *Dados* vol. 19, junho.
- Fonseca, Claudia. 1995. *Caminhos da adoção*. São Paulo: Cortez.
- Foucault M. 1979. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Galeano, Eduardo. 1997. *O livro dos abraços*. Porto Alegre: L&PM.
- Geertz, Clifford. 1978. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Gonçalves, EL (org.). 1982. *Administração de saúde no Brasil*. São Paulo: Livraria Pioneira.
- Goodchild, M. 1996. Geographic information systems and spatial analysis in the social sciences. In: Aldenderfer, Mark & Maschner, Herbert (org.). *Anthropology, space, and Geographic Information Systems*. New York: Oxford University Press.
- Grupo Hospitalar Conceição - Divisão de Saúde Comunitária. 1995. *Sistema de informação georreferenciada: apoio ao planejamento local enfocando áreas de risco - a busca da equidade*. Porto Alegre (mimeo.).
- Grupo Hospitalar Conceição. 1996. *Relatório de atividades*. Porto Alegre: GHC.
- Grupo Hospitalar Conceição. Grupo de Participação Popular em Saúde. 1996. *Relatório*. Porto Alegre: GHC/SSC (mimeo.).
- Guimarães, C. 1982. Situação assistencial brasileira. In: Gonçalves, EL (org.). 1982. *Administração de saúde no Brasil*. São Paulo: Livraria Pioneira.

- Guimarães, R (org.). 1978. *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal.
- Hahn, R. & Kleinman, A. 1983. Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. *Ann Rev Anthropol*, 12:305-33.
- Halal, Iná S; Sparremberger, Felipe; Bertoni, Anete M et al. 1994. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*, 28:131-136.
- Hamilton, Janice. 1996. Multicultural health care requires adjustments by doctors and patients. *Can Med Assoc J*; 155: 585-87.
- Haq, C; Ventres, W; Hunt, V; Mull, D; Thompson, R; Rivo, M; Johnson, P. 1996. Family practice development around the world. *Family Practice* 13:351-356.
- Hartz, Zulmira Maria A; Champagne, François; Contandriopoulos, André-Pierre; Leal, Maria do Carmo. 1997. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: Hartz, Zulmira Maria de Araújo (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Health Services Research Group. 1992. A guide to direct measures of patient satisfaction in clinical practice. *Can Med Assoc J*, 146: 1727-30.
- Helman, Cecil G. 1994. *Culture, health and illness: introduction for health professionals*. 3 ed. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Herzlich, Claudine. 1991. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis*, 1(2):23-35.
- I Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária. 1987. Relatório final. *Revista Brasileira de Medicina Geral Comunitária* 1:33-34.
- IBGE. 1996. Assistência médico-sanitária. *Dados*, vol. 20, novembro.
- Illich, Ivan. 1981. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Jacobi, Pedro Roberto. 1989. Movimentos sociais e Estado: efeitos político-institucionais da ação coletiva. In: Costa, Nilson R.; Minayo, Maria

- Cecília; Ramos, Célia Leitão; Stotz, Eduardo Navarro (orgs.). *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes.
- Johnson, Amy & Baboila, George. 1996. Integrating culture and healing: meeting the health care needs of a multicultural community. *Minnesota Medicine*; 79: 41-45.
- Jovchelovitch, Marlova. 1993. *Municipalização e saúde: possibilidades e limites*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.
- Kleinman, Arthur; Eisenberg, Leon; Good, Byron. 1978. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*. 88:251-58.
- Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur. 1986. *Social origins of distress and disease: depression, neurasthenia and pain in modern China*. New Haven: Yale University Press.
- Knauth, Daniela. 1991. *Os caminhos da cura: sistema de representações e práticas sociais sobre doença e cura em uma Vila de classes populares*. Dissertação de mestrado em Antropologia Social/UFRGS.
- Langman, Jan. 1977. *Embriologia médica: desenvolvimento humano normal e anormal*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu.
- Lavizzo-Mourey, Risa & Mackenzie, Elizabeth. 1995. Cultural competence – an essential hybrid for delivering high quality care in the 1990's and beyond. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*; 107: 226-37.
- Lewis, J Ress; Williamson, V. 1995. Examining patient perceptions of quality care in general practice: comparison of quantitative and qualitative methods. *Br J Gen Pract*, 45: 249-53.
- Lima, Sandra. 1983. *Participação social no cotidiano*. São Paulo: Cortez.
- Litva, A. & Eyles, J. 1995. Coming out: exposing social theory in medical geography. *Health & Place*, 1:5-14.
- Luz, Madel Terezinha. 1979. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégias de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal.

- Luz, Madel Terezinha. 1991. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis*, 1:77-96.
- Maraschin, Clarice. 1993. *Alterações provocadas pelo Shopping Center em aspectos da estrutura urbana – Iguatemi, Porto Alegre, RS*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional - PROPUR/UFRGS.
- Mauss, Marcel. 1974. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU/EDUSP.
- Medronho, R.A. 1995. *Geoprocessamento e saúde: uma nova abordagem do espaço no processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Meira, Roseana M. 1997. *Avaliação qualitativa no ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley: com a palavra, o usuário*. Comunicação apresentada no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública, Águas de Lindóia, SP, agosto.
- Mello, Carlos Gentile. 1981. Prev-Saúde: vida, paixão e morte. *Saúde em Debate* 12:25-26.
- Melo, Carlos Gentile. 1979. Medicina previdenciária. In: Guimarães, R (org.). *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal.
- Mendes, Eugênio Vilaça. 1994. O processo social de distritalização da saúde. In: Mendes, E.V. (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO.
- Mendes, EV, Teixeira, CF, Araújo, EC, Cardoso, MR. 1994. Distritos sanitários: conceitos-chaves. In: Mendes, E.V. (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO.
- Mendes, EV. 1994. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes, EV (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.

- Mendes, Eugênio Vilaça. 1996. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Mercer, C. 1995. De las cartografías del gusto a los mapas culturales. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 1(1):83-91.
- Mesquita, Z. & Brandão C.R. (org.) 1995. *Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências*. Porto Alegre/Santa Cruz do Sul: Editora da Universidade/UFRGS-Editora da Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC.
- Mesquita, Z. 1995. Do território à consciência territorial. In: Mesquita, Z. & Brandão C.R. (org.) 1995. *Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências*. Porto Alegre/Santa Cruz do Sul: Editora da Universidade/UFRGS-Editora da Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC.
- Misoczky, MC. 1994. A medicina de família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS. *Saúde em Debate* 42:40-44.
- Moon, G. 1995. (Re)placing research on health and health care. (Editorial). *Health & Place*, 1:1-4.
- Moraes Filho, Evaristo. 1983. *Simmel: textos selecionados*. São Paulo: Ática.
- Newell, KW. 1975. *La salud por el pueblo*. Genebra: OMS.
- Oliveira, Francisco de. 1990. Os protagonistas do drama: Estado e sociedade no Brasil. In: Larangeira, Sônia (org.). *Classes e movimentos sociais na América Latina*. São Paulo: Hucitec.
- Oliveira, Francisco J. Arsego. 1996. Por uma perspectiva dos usuários: avaliação de uma unidade de saúde comunitária. In: Bordin, Ronaldo; Fachin, Roberto C. Klering, Luís R; Goldin, José Roberto (orgs.). *Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade*. Porto Alegre: Dacasa.
- Oliven, Ruben G. 1992. *A parte e o todo: a diversidade cultural no Brasil-Nação*. Petrópolis: Vozes.
- OMS. 1984. *Glosario de términos*. Genebra: OMS.
- OMS/WONCA. 1994. *Conferência conjunta OMS-WONCA 1994: La contribución del doctor de la familia*. Ontario. (mimeo.)

- Paim, JS. 1985. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. *R Bras Educ Méd* 9:207-215.
- Pedersen, Duncan; Baruffati, Verônica. 1989. Healers, deities, saints and doctors: elements for the analysis of medical systems. *Soc Sci Med*, 29:487-96.
- Pellegrini F.º, A; Ramos, CL; Ribeiro, JAT. 1978. A medicina comunitária, a questão urbana e a marginalidade social. In: Guimarães, R (org.). *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal.
- Powell, M. 1995. On the outside looking in: medical geography, medical geographers and access to health care. *Health & Place*, 1:41-50.
- Queiroz, Marcos S. 1994. Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínea. In: Alves, Paulo César & Minayo, Maria Cecília de Souza (orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Quintana, Mário. 1976. *Apontamentos de história sobrenatural*. Porto Alegre: Globo.
- Rhodes, Lorna A. 1996. Studying biomedicine as a cultural system. In: Sargent, Carolyn & Johnson, Thomas. *Medical anthropology: contemporary theory and method*. Westport: Praeger.
- Ribeiro, Herval P. & Lacaz, Francisco A. (orgs.). 1984. *De que adoecem e morrem os trabalhadores*. São Paulo: DIESAT.
- Rolnik, Suely. 1995. À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia. In: Magalhães, Maria Cristina (org.). *Na sombra da cidade*. São Paulo: Escuta.
- Rosen, G. 1983. A evolução da medicina social. In: Nunes, EV (org.). *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global.
- Rosen, G. 1994. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Editora Unesp/Hucitec/ABRASCO.
- Sader, Eder & Paoli, Maria Célia. 1986. Sobre “classes populares” no pensamento sociológico brasileiro (notas de leitura sobre

- acontecimentos recentes). In: Cardoso, Ruth (org.). *A aventura antropológica: teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Sala, Arnaldo; Nemes, Maria Inês B; Cohen, Diane D. 1996. A avaliação na prática programática. In: Schraiber, Lilia B; Nemes, Maria Inês B; Mendes-Gonçalves, Ricardo B (orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec.
- Santos Filho, Lycurgo. 1991. *História geral da medicina brasileira* (2 vols.). São Paulo: Hucitec/Edusp.
- Schutz, Alfred. 1972. *Estudios sobre teoria social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Shapiro, Johanna & Lenahan, Patricia. 1996. Family medicine in a culturally diverse world: a solution-oriented approach to common cross-cultural problems in medical encounters. *Fam Med*; 28: 249-55.
- Silva, Armando. 1995. Los imaginários urbanos en America Latina. In: Mesquita, Z. & Brandão C.R. (org.). *Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências*. Porto Alegre/Santa Cruz do Sul: Editora da Universidade/UFRGS-Editora da Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC.
- Silva, Elvan. 1991. *Gêneros discursivos e imaginário corporativo na arquitetura*. Programa de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura/UFRGS (mimeo).
- Silva, Ligia MV & Formigli, Vera Lúcia. 1994. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Públ*, 10: 80-91.
- Silva, Marcelo Kunrath. 1997. *Cidadania e exclusão: os movimentos sociais urbanos e a experiência de participação na gestão municipal – uma análise da trajetória do movimento na Vila Jardim em Porto Alegre-RS*. Dissertação de mestrado em Sociologia/UFRGS.
- Silver, Lynn. 1992. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: Gallo, E; Rivera, FJ; Machado, MH (orgs.). *Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Simmel, Georg. 1979. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, Otávio. *O fenômeno urbano*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Singer, P; Campos, O; Oliveira EM. 1981. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Soares, Luiz Eduardo. 1981. *Campesinato: ideologia e política*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Sommers, Paul. 1983. Participación activa de los consumidores en el sistema de prestación de servicios de salud: una evaluación de la satisfacción de los pacientes. *Bol Of Sanit Panam*, 94: 54-75.
- Sooman, A. & Macintyre, S. 1995. Health and perceptions of the local environment in socially contrasting neighborhoods in Glasgow. *Health & Place*, 1:15-26.
- Sousa, Ana Inês. 1996. *A satisfação da população com os serviços locais de saúde – Município de Itacarambi (MG)*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Souza, Célia Ferraz & Müller, Dóris Maria. 1997. *Porto Alegre e sua evolução urbana*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.
- Spier, Alba; Sudbrack, Aline; Lemos, Cristina; Mattos, Luis Felipe. 1990. *Pacientes freqüentes: um estudo da relação médico-paciente em uma unidade de medicina comunitária de um hospital público de Porto Alegre*. Trabalho de conclusão apresentado no XV Curso de Especialização em Saúde Pública. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente/RS.
- Stotz, Eduardo Navarro. 1995. Movimentos sociais e saúde: das dificuldades em incorporar a temática às inflexões teórico-metodológicas das ciências sociais. In: Canesqui, Ana Maria (org.). *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO.
- Todorov, T. 1993. *Nós e os outros: a reflexão francesa sobre a diversidade humana*. Vol 1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Unglert, C.V. 1994. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V. (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO.

- Unicef. 1974. *Proposições alternativas para o atendimento das necessidades básicas de saúde dos países em desenvolvimento*. Unicef: Brasília.
- Unicef. 1979. *Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, 1978*. Brasília: Unicef.
- Valla, Victor V. 1993. Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. In: Valla, Victor V. & Stotz, Eduardo N. (orgs.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Velho, Gilberto. 1989. *A utopia urbana: um estudo de antropologia social*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Velho, Gilberto. 1994. *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Wensing, Michael; Grol, Richard; Smits, Anton. 1994. Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. *Soc Sci Med*, 38:45-53.
- Westphal, Márcia Faria. 1995. Gestão participativa dos serviços de saúde: pode a educação colaborar na sua concretização? *Saúde em Debate*, 47:41-49.
- Williams, Brian. 1994. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med*, 38: 509-516.
- Williams, Simon J & Calnan, Michael. 1991. Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Soc Sci Med*, 33: 707-716.
- Williams, SJ & Calnan, Michael. 1996. Modern medicine and the lay populace: theoretical perspectives and methodological issues. In: Williams Simon J & Calnan, Michael (eds.). *Modern medicine: lay perspectives and experiences*. London: University College London.
- Wortmann, Klass. 1972. A antropologia brasileira e os estudos da comunidade. *Universitas* 11:103-140.