cebes
26 anos
1976 - 2002

JORNAL DO CEBES

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE
NÚCLEO CAMPINAS

Campinas, jan/fev/mar de 2005 Ano 2 Nº3

Nesta Edição:

Expediente Pág. 2

Agenda Pág. 3

Notícias Pág. 4

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CAMPINAS: PELA CONTINUAÇÃO DO CRESCIMENTO, QUALIFICAÇÃO E GESTÃO DEMOCRÁTICA
Equipe do Núcleo Campinas do CEBES Pág. 3

Pesquisa questiona exames de check-up
Matéria da Folha de São Paulo de 21 de nov de 2004 Pág. 6

EM DEFESA DO 'ATO DE SAÚDE'
Giovanni Gurgel Aciole Pág. 10

CLIENTE-CONSUMIDOR OU CIDADÃO: Quem é mesmo o usuário do SUS?
Luiz Carlos de Oliveira Cecilio Pág. 16

Quem Somos:

O **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Nacional)**, desde sua criação em 1976, tem como eixo de seu projeto a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Nesses 28 anos, como centro de estudos que aglutina profissionais e estudantes, seu espaço esteve assegurado como produtor de conhecimentos com uma prática política concreta, seja em nível dos movimentos sociais, das instituições ou do parlamento.

Durante todo esse tempo, e a cada dia mais, o CEBES, continua empenhado em fortalecer seu modelo democrático e pluralista de organização; em orientar sua ação para o plano dos movimentos sociais, sem descuidar de intervir nas políticas e práticas parlamentares e institucionais; em aprofundar a crítica e a formulação teórica sobre as questões de saúde; em contribuir para a consolidação das liberdades políticas e para a constituição de uma sociedade mais justa.

A produção editorial do CEBES tem sido fruto de um trabalho coletivo. Estamos certos que continuará assim, graças a seu apoio e participação.

Núcleo Campinas:

Reconhecendo a necessidade de ampliar as discussões na nossa cidade e região, e totalmente dentro dos princípios do CEBES Nacional, estamos recriando o Núcleo Campinas. Pretendemos agregar velhos e novos sanitaristas, profissionais da saúde, estudantes e todos interessados na área. Nossa intenção é criar espaço para o debate amplo e livre das idéias que circulam nos serviços e nas universidades mais próximos. Para isso estamos criando o jornal do núcleo e promovendo debates. O espaço é aberto a todos. Nosso empenho será criar os veículos para que as idéias circulem e gerem políticas que encontrem com a necessidade do nosso povo em nível regional e nacional. As contribuições para o jornal podem ser enviadas para o e-mail do CEBES Campinas. As reuniões do Núcleo são abertas à participação de todos interessados e o horário e local estão disponíveis em nossa home page. A participação está aberta através do grupo de discussão:
cebescampinas@yahoogrupos.com.br

A DIRETORIA NACIONAL GESTÃO 2003-2006
Presidente – Sarah Escorel (RJ)
1° Vice Presidente – José Gomes Temporão (RJ); 2° Vice Presidente – Carlos Octavio Ocke Reis (RJ);3° Vice Presidente – Rita Sório (DF); 4° Vice Presidente – Jacob Portela (RJ); 1° suplente – Maria Ceci Misoczky (RS); 2° suplente – Carmen Teixeira (BA)

CONSELHO FISCAL
Anamaria Tambellini (RJ), Áquilas Nogueira Mendes (SP), Nelson Rodrigues dos Santos (SP).

CONSELHO CONSULTIVO
Ary Carvalho de Miranda (RJ), Antônio Sérgio da Silva Arouca (*in memoriam*), Eduardo Jorge Alves Sobrinho (SP), Gastão Wagner de Souza Campos (SP), Gilson Cantarino O'Dwyer (RJ), Gilson de Cássia M. de Carvalho (SP), Hésio de Albuquerque Cordeiro (RJ), Jairnilson da Silva Paim (BA), Jorge Antônio Zepeda Bermudez (RJ), José Carvalho de Noronha (RJ), José Ruben de Alcântara Bonfim (SP), José da Rocha Carvalheiro (SP), Roberto Nogueira Passos (DF), Sebastião Loureiro (BA), Sonia Maria Fleury Teixeira (RJ), Volnei Garrafa (DF).

CONSELHO EDITORIAL
COORDENADOR: Émerson Elias Mehry (SP)
Ana Maria Malik (SP), Carlos Botazzo (SP), Célia Maria de Almeida (RJ), Francisco Antonio de Castro Lacaz (SP), José Augusto Cabral de Barros (PE), Lia Giraldo da Silva Augusto (PE), Lígia Bahia (RJ), Lígia Giovanella (RJ), Luís Cordoni Júnior (PR), Luiz Augusto Facchini (RS), Luís Carlos de Oliveira Cecílio (SP), Maria Cecília de Souza Minayo (RJ), Naomar de Almeida Filho (BA), Nilson do Rosário Costa (RJ), Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

EXPEDIENTE

O **Jornal do CEBES Núcleo Campinas** é uma publicação do núcleo CEBES-Campinas, editada sob plena responsabilidade do **Corpo Editorial**. Seu objetivo é facilitar a circulação de notícias e idéias em nível regional. A participação através de textos com opiniões e relato de experiências é aberta a todas as pessoas interessadas. Todos textos de opinião, ou de relato de experiência serão assinados e os conteúdos serão de responsabilidade dos autores. A seleção dos textos cabe única e exclusivamente ao **Corpo Editorial**, que se reserva ao direito de sugerir alterações apar adequação às propostas editoriais do jornal.

Periodicidade: bimestral.

Tiragem: 1000 exemplares.

Assinatura: grátis pagamento apenas das despesas com correio.

Site: www.hpgvip.cebescampinas.ig.com.br

e-mail: cebescampinas@ig.com.br

Corpo editorial:

Adriano Massuda, Alóide Ladeia Guimarães, André Ricardo Ribas de Freitas, Carolina Chaccur Abdu-Jamra, Jeanete Múfalo, Juliana Natívio, Márcia Helena Amaral, Maria Haidée, Priscila D. C. Batista, , Wanice Quinteiro.

AGENDA

II Curso de Especialização em Saúde Coletiva com enfoque no Programa Saúde da Família. Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem

Com uma carga horária de 420 horas, o curso é destinado à profissionais graduados e que atuam na área de saúde, especialmente na atenção básica (médicos, enfermeiros, odontólogos, assistente sociais, psicólogos, etc).

Inscrições e informações:
Horário e período letivo: quartas-feiras, das 14 às 22 horas, entre abril de 2005 a março de 2006.
Período de inscrição: 01 a 11 de março de 2005
Local: Serviço de Cultura e Extensão Universitária da Escola de Enfermagem da USP. Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419 (metrô Clínicas)
Horário: das 8 às 16 horas
Telefone: (0x11) 306607531 ou 306607577.

Taxa de inscrição: R$ 30,00
MAIORES INFORMAÇÕES ACESSAR:
http:www.ee.usp.br/culturaeextensao/cursos.htm

Curso de Especialização em Saúde da Família

A Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), por meio da Coordenação de Ensino da Escola de Governo em Saúde, levando em consideração as solicitações e imperativos jurídicos, divulga alteração do edital para o concurso de seleção do *Curso de Especialização em Saúde da Família nos moldes da Residência*, ano 2005/2006. Informamos ainda que os candidatos que já realizaram sua inscrição no concurso não precisarão se re-inscrever mas devem atentar para a modificação do calendário de realização das provas. As inscrições agora vão até o dia 03 de março.

NOTÍCIAS

Anvisa faz convite à Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana

A Anvisa encaminha aos diretores dos Hospitais Sentinela e colaboradores um ofício referente ao convite para adesão à Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana. Este projeto está sendo viabilizado por meio de um Termo de Cooperação (PDF) assinado entre a Anvisa e a OPAS, com a parceria da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

As instituições componentes da Rede terão acesso gratuito aos padrões internacionais do Clinical and Laboratory Standards Institute participarão das capacitações teóricas e práticas e terão acesso a um Laboratório de Referência Estadual para confirmação da identificação de patógenos e perfis de resistência.
A Agência disponibiliza o termo de adesão (sugestão), o ofício e o projeto (os dois últimos foram enviados no dia 31/01/2005, para todos os hospitais, por correio). É importante que seja feita a leitura dos mesmos, para agilizar o processo de retorno dos interessados. Nessa primeira etapa, participarão parte dos hospitais (os de maior condição técnica para atender os objetivos do projeto), posteriormente, haverá nova convocação. O prazo para envio dos termos de adesão foi prorrogado até o dia 18 de fevereiro de 2005.

Decreto permitirá venda de medicamento fracionado

A Anvisa vai regulamentar a venda de medicamentos de forma fracionada, ou seja, subdivididos em frações menores, de acordo com o tratamento médico indicado. A medida cumpre decreto presidencial número 5.348 publicado quarta-feira, 20 de janeiro, no Diário Oficial da União, que prevê a possibilidade de fracionamento de medicamentos efetuado em farmácias por um farmacêutico habilitado.
A ação garante que o consumidor adquira o produto na dose certa, de acordo com a prescrição médica, proporcionando segurança e economia, pois evitará o armazenamento em casa. Para que se tenha acesso às informações da bula, a Agência solicitará que o fabricante envie um número maior para ser fornecido junto ao medicamento fracionado. "Esta medida vai disciplinar o uso racionalizado do medicamento na dose certa. Se for prescrito ao paciente utilizar certo remédio por 15 dias, por exemplo, ele vai comprar o necessário de acordo com a indicação médica, sem sobras", explica Dirceu Raposo de Mello, diretor da Agência.
Para consolidar o decreto, a Anvisa fará uma consulta pública para encaminhar uma resolução determinando que as modificações entrem em vigor em pouco tempo.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CAMPINAS: PELA CONTINUAÇÃO DO CRESCIMENTO, QUALIFICAÇÃO E GESTÃO DEMOCRÁTICA

CEBES Núcleo Campinas*

Núcleo do CEBES-Campinas, 21/12/2004.

O SUS é reconhecidamente uma conquista da sociedade brasileira que transcende os partidos políticos. É produto de uma luta que envolveu e envolve amplos setores da sociedade. Mas é também um projeto ainda em construção, em relação ao qual existem conflitos, disputas dos atores sociais nos seus diferentes espaços. Possui fragilidades que precisam ser superadas e projetos de alta importância e impacto na saúde que precisam continuar avançando e ser consolidados.

Campinas vem desenvolvendo uma das experiências marcantes na construção de políticas de saúde a partir do município. Mesmo antes da criação do SUS e com muito mais intensidade depois dele, as experiências desenvolvidas na rede de saúde local, somadas aos movimentos sociais e as discussões com a participação das universidades, foram capazes de gerar propostas originais e permitir a implementação de projetos hoje bastante legitimados.

Nesse contexto e no momento das mudanças pós eleições municipais, é que os vários setores interessados na construção do SUS necessitam reativar suas discussões e continuar produzindo suas propostas. O Núcleo do CEBES-Campinas quer fazer parte desse processo junto com os trabalhadores de saúde, o Movimento Popular, os estudantes e as universidades.

Com esse objetivo, de desencadear uma discussão sobre as prioridades da saúde de Campinas para o próximo período, é que o núcleo se reuniu nos dias 14 e 21/12/2004 e levantou alguns pontos para discussão que resumimos em quatro grandes eixos . Esperamos que eles sirvam para iniciar um debate que pretendemos ampliar durante o ano, no nosso jornal e através de seminários e mesas de debate.

Os principais eixos :

1º CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ASSISTENCIAL QUE ATENDA AS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E RESPEITE AS ESPECIFICIDADES DO MUNICÍPIO

A rede de saúde de Campinas é produto de uma construção pluralista para a qual contribuíram quadros técnicos e políticos com variadas visões e filiações partidárias. Essa sua característica permitiu que soluções inovadoras fossem sendo dadas aos diferentes problemas de saúde que sempre desafiaram a gestão. A construção coletiva dessas soluções é um patrimônio inestimável. Temos experiências importantes consolidadas por sua eficácia e legitimidade perante o usuário, muitas delas com a participação das universidades, do movimento popular e de organizações da sociedade. O modelo de unidade básica composto com as diretrizes do PSF e não a implantação de um PSF paralelo; a descentralização das ações de vigilância epidemiológica e sanitária; o processo de integração do Hospital Mário Gatti aos demais serviços; a rede de urgência/emergência; o sistema de remoção de urgência e atenção pré-hospitalar; as equipes de atendimento/internação domiciliar; a construção de uma relação de complementaridade entre Policlínicas de especialidades e UBS; a rede de prevenção e atenção à AIDS; a rede de atenção à saúde mental; o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador: as experiências de ações intersetoriais, constituem-se num modelo muito próprio do município e amadurecido na ampla discussão que aponta para a integralidade de maneira muito forte e esperamos irreversível. O Sistema de Saúde do Município, construído na perspectiva da integralidade, tem, no entanto uma claríssima base de sustentação: sua rede de unidades básicas, os Centros de Saúde. São elas que estão próximas do usuário e que ampliam a potência do sistema de garantir o acesso universal e um modelo democrático e equânime. A continuidade dos investimentos que garantam sua qualificação são a única garantia de atendimento das múltiplas necessidades de saúde, que não se resumem na queixa-conduta. Esse rumo não pode ser perdido. Bem como não podem se adequar ao município propostas simplistas concebidas longe de nossa realidade. É também superada aqui a tentação da criação de serviços unicamente de pronto atendimento, que tem demonstrado ser resposta de curto prazo, porém

consumidores inesgotáveis de recursos com baixo impacto no quadro de saúde.

Há muito para se construir e grandes desafios a serem enfrentados, mas o essencial é que essa construção se faça com a mais ampla discussão e participação de todos os grupos envolvidos.

2º CONSOLIDAR A INFRA-ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A rede pública de serviços de saúde de Campinas teve um crescimento grande que não se acompanhou de infra-estrutura compatível. A manutenção predial, a alocação de equipamentos e o abastecimento, ainda comprometem a prestação de serviço limitando-a quantitativa e qualitativamente. As unidades de saúde ainda tem processos amadores para a solução de seus problemas de infra-estrutura. A irracionalidade da estrutura administrativa deixa de potencializar a capacidade de produção dos serviços. A consolidação da infra-estrutura requer manutenção do percentual do orçamento municipal (25%) e ampliação dos repasses dos outros níveis de governo; reestruturação das áreas administrativas com pessoal qualificado e revisão de processos que tornem mais ágil o atendimento das necessidades dos serviços.

3º DEMOCRATIZAR E QUALIFICAR A GESTÃO

Campinas foi dos primeiros municípios brasileiros a criar Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais a partir de legislação municipal específica. Além disso temos uma experiência de gestão colegiada em todos os níveis do sistema. Um dos nossos desafios é consolidar e qualificar essa experiência. Nesse sentido o agendamento da 10ª Conferência Municipal em 2005 é fundamental para estabelecer prioridades e recriar consenso em torno delas.

A complexidade da rede exigiu do gestor municipal a descentralização feita através dos Distritos de Saúde. Esses órgãos ainda não atendem o conjunto das necessidades administrativas. Eles precisam ser reformulados desde a sua divisão geográfica, que precisa ser revista e adequada a de outras secretarias de maneira a facilitar o trabalho intersetorial, até a criação de maior autonomia financeira para que possam atender com agilidade os problemas dos serviços.

A horizontalização da gestão, agregando nos Distritos de Saúde tanto os Centros de Saúde como os serviços de referência de especialidades e de urgência, demonstrou ser a forma mais eficiente de integrar a rede. Na comparação com outros municípios que optaram por verticalizar a gestão das especialidades e serviços de urgência observamos o quanto Campinas sai ganhando na sua experiência.

A qualificação da gestão passa também pela definição da forma de alocação dos gerentes de serviço, que precisa ser regulamentada de forma democrática. O processo de educação continuada dos gerentes é questão primordial e que deve ser retomada logo para garantir a compatibilização da capacidade técnica com o grau de responsabilidade que hoje devem ter os gerentes de serviço.

4º GARANTIR O ACESSO DOS USUÁRIOS ÀS AÇÕES DE SAÚDE: HUMANIZAR E CRESCER

Apesar do tamanho da rede de saúde de Campinas, o usuário do SUS ainda tem dificuldade de acesso em várias áreas. A maioria das unidades básicas não funciona à noite e nos finais de semana, apesar dessa ser uma reivindicação antiga e insistente dos Conselhos Locais. Bairros populosos altamente dependentes do SUS foram contemplados com a instalação de módulos de saúde da família. Essas unidades porém são ainda muito precárias do ponto de vista de sua estrutura física e da equipe lá alocada. A ampliação do acesso na rede terá que ser feito com a criação da infra-estrutura, como já colocamos acima, mas também com a contratação de pessoal. A contratação de pessoal em algumas áreas é crucial para ampliação do acesso (auxiliares de enfermagem; médicos e equipes de saúde mental, principalmente).

Nos serviços de retaguarda diagnóstica e de especialidades ainda há espera de meses por acesso. Ao lado da elaboração de um diagnóstico preciso desses pontos de estrangulamento e da implementação de propostas de uso mais racional de recursos é evidente a necessidade de ampliação da oferta.

A necessidade de crescimento do quadro de pessoal , de área física e de horário de funcionamento não deve no entanto, ser colocada como condição que antecede ou pré requisito para a discussão da gestão democrática, humanizada dos serviços, mas sim ocorrer paralelamente. Há que se quebrar barreiras ao acesso que advêm da forma de organizar as unidades e da institucionalização de mecanismos, muitas vezes utilizados de maneira irrefletida.

Na discussão do Núcleo do CEBES-Campinas foram levantados esses quatro eixos como um caminho inicial para o debate. Chamamos todos os interessados a escrever para o jornal sobre eles e aprofundar essa discussão.

Participaram destas discussões do CEBES Núcleo Campinas:

Adriano Massuda, André Ricardo Ribas de Freitas, Carolina Chaccur Abdu-Jamra, Ercindo Mariano Júnior, Juliana Natívio, Márcia Helena Amaral, Maria Haidée, Priscila D. C. Batista, Wanice Quinteiro.

Pesquisa questiona exames de check-up

Matéria da Folha de São Paulo de 21 de novembro de 2004

Os exames de Check-up estão sendo questinados pelo país que o inventou, Agência Federal para Pesquisa e Qualidade em Cuidados em Saúde dos Esatados Unidos , através de uma força tarefa resolver checar a utilidade dos exames que inegram a rotina dos ditos check-up.Sendo cruzados dados epdemiológicos e revisão de todos literatura existente sobre o assunto chegaram aconclusão de que varios desses examae são questionáveis para real prevenção de doenças.

Através de notas conferidas foram clasificados como por exemplo o exame de próstata(PSA,Toque retal) o qual foi classificado como de evidências insuficientes para recomendar ou contra indicar o exame. Entre os argumentos apresntados consta que: "A detecção está assossiada danos inportantes, incluindo frequentes falsos positivos,causando ansiedade desnecessária ao paciente,biópsia e complicações potenciaias do tratamento de canceres que podem nunca vir a afetar a saúde de um paciente". Em artigo publicado no Journal of the National Cancer Institute, cita essas complicações : "Cinco anos depois do tratamento, 80 % dos pacientes que sofreram uma prostatectomia radical e 64 % dos pacientes que passaram por radioterapia da próstata estavam impotentes;29 %dos prestactetomizados e 4 % dos qu passaram pela radioterapia sofriam de incontinência urinária, 20 % dos prostatectomizados e 29 % dos tratados por radioterapia tinham incontinência retal".

O mesmo foi constatado para exames como RX de tórax, tomografia computadorizada e para prevenção de cancer de pulmão.

Qaunto a ultrasonografia transvaginal, foi evidênciado que é ineficaz ou que os danos superam os benefícios para detecção de cancer de ovário. Nota igual tiveram os exames de eletrocardiograma,exercícios de esforço ou tomografia computadorizad em pacientes de baixo risco de doenças coronarianas.

Quanto ao Rx de tórax para detecção de cancer de pulmão, a força tarefa encontrou evidências satisfatórias de que podem detectar estágios mais embrionários da doença em populações que nãoa se submeteram aos exames. No ntanto encontrou evidências pobres que qualquer estratégia de detecção precoce para esse tipo de cancer reduza a mortalidade.

Portanto o uso de exames deve ser cuidadosos e criterioso pois não é verdadeiro que exames preventivos são eficázes para prevenção de doenças logrando beneficios ao paciente . Visto que os tratamentos disponiveis não conseguem garantir maior expctativa e qualidade de vida do que os doentesque só começaram a se tratar com o aparecimento dos sintomas.

A febre dos exames preventivos ou check-ups gera uma nova doença, do hiperdiagnóstico, da ansiedade, intervenções médicas que ,não raro, conseguem o piorar a vida das pessoas.

EM DEFESA DO 'ATO DE SAÚDE'

Giovanni Gurgel Aciole

A agenda política-parlamentar, na área da Saúde, tem sido marcada, nos últimos dois anos, pela disputa de ser aprovada, pelo Congresso Nacional, lei específica para instituir o Ato Médico. Nesta disputa, um clima de antagonismo tem suscitado agitação e polêmica em que, de um lado, as entidades médicas nacionais, principalmente CFM e AMB, mas também as confederações sindicais se posicionam na defesa da aprovação do Projeto de Lei 25/2002; de outro lado, as demais categorias profissionais têm agitado bandeiras, apitos e passeatas em defesa do contrário, por verem no texto da referida lei um forte caráter restritivo e de afirmação da supremacia médica. Em meio a isto, aparentemente alheia à discussão, a sociedade queda inerte, sem perceber ou entender claramente o que se ganha e o que se perde com esta polêmica, que mais lhe parece uma briga entre corporações.

Há que se reconhecer, todavia, os méritos e as razões que têm colocado as entidades normativas destas profissões (notadamente os respectivos conselhos federais de medicina e enfermagem) em franca rota de colisão; rota, essa, derivada de sua legítima ação corporativa e de delimitação das competências e campos restritos para cada profissão. Neste sentido não há o que condenar no ato médico, assim como não há o que condenar no ato de enfermagem! São, mal comparando, atos corporativos perfeitos!

Entretanto, é bem possível que além de atos corporativos, e sua lide jurídica, precisemos focar nosso olhar sobre o campo social e político em que estes vão exercer seus efeitos e sua influência. Pois é aí, neste contexto que, perfeitos ou não, quaisquer atos corporativos, quando inseridos no contexto social e econômico que, inclusive, estrutura mercados de trabalhos e políticas sociais públicas, que nos deparamos com os limites e implicações destes mesmos atos, além de podermos vislumbrar de modo mais complexo e abrangente os efeitos e eficácia que logram atingir em sua jornada corporativa.

A defesa dos interesses profissionais - particularmente dos mecanismos de ingresso no mercado de trabalho, o combate aos praticantes ilegais, a definição de núcleos operativos que constituam a chamada reserva técnica desta ou daquela profissão é, tanto resultante do modo de organização e regulamentação das práticas profissionais, quanto constituinte daqueles interesses; ou seja, constitui o 'espírito de corpos' de uma profissão e é condição basilar para a sua permanência e reprodução. Estes fatores têm que ser explicitados no campo da discussão corporativa profissional.

Um ato corporativo, por outro lado, é um instrumento importante, dada sua fundamental ação na conformação de mercados de trabalho pela reserva de um certo campo deste trabalho para a corporação que se apropria ou é a legítima praticante do ato corporativo que a define. Podemos perceber, por esta questão, quão complexa é a trama envolvida na regulamentação dos atos profissionais, e apenas apontar uma das dimensões envolvidas: a dimensão econômica relativa ao mercado, sua estruturação, mecanismos de controle e participação, tanto dos produtores quanto dos consumidores.

Pelo que apontamos acima, talvez não devamos dizer não ao ato médico, ao reconhecer que uma certa dose de corporativismo é necessária à sobrevivência de qualquer profissão. Mas dizer sim a este ato médico implica muito mais dizer sim a um outro ato: o ato de cuidar na sociedade atual. Sob este enfoque, a questão corporativa deve ser reduzida a escombros para que possa ser colocada a serviço de uma causa mais transcendental, mais inserida no atendimento às necessidades coletivas e individuais dos pacientes, clientes ou usuários, onde quer que estejam, numa perspectiva transformadora da sociedade e dos próprios profissionais.

Assim é que, ao invés de insistir no debate a favor e/ou contra o ato médico, a questão corporativa precisa ser urgentemente repensada, na medida em que a própria dinâmica social torna imperativa a mudança de seu objeto. É possível imaginar, por exemplo, uma outra concepção para as entidades profissionais, entre as quais os conselhos, uma mudança de seu objeto, uma inversão de suas prioridades? Acreditamos não só que é possível, como necessário!

Responder a esta questão, pode implicar em, ao invés de proteger a sociedade e defender o profissional a partir de uma ótica autocentrada, passar a faze-lo olhando para fora, isto é, direcionar a regulação do exercício

profissional que toma suas práticas como objeto, para o "objeto" de suas práticas, isto é, o cidadão usuário-cliente destas práticas e dos serviços. Adotando este princípio como radicalidade, deve-se assumir a defesa dos interesses de saúde dos usuários/clientes como foco prioritário e este foco é que deve justificar o exercício de defesa e controle das condições de exercício profissional. Sutil, porém fundamental diferença.

Agindo assim, ao invés de perseguirmos um aprimoramento de um ato jurídico corporativo, cujos limites soam tão contundentes e precisos, deveríamos buscar aprovar um "Ato de Saúde" afirmando radicalmente que o que importa é a produção da saúde, como cuidado e como bem público. Por este objetivo, se alcança de um só tempo, um duplo objetivo: rompemos a barreira limitante da disputa corporativa, sob cuja égide no máximo atingiremos 'aprimoramentos' dos textos legislativos, e subsumimos a perspectiva reinante à regulação pelas necessidades de saúde, um princípio universal, cujo caráter complexo e natureza prismática comporta obrigatoriamente uma prática interdisciplinar, e integralizadora.

Uma versão preliminar de definição do 'Ato de Saúde ' poderia partir da seguinte redação:

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº __DE 2004

Dispõe sobre os Atos de Saúde.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Os Atos de Saúde se definem como todo e qualquer procedimento profissional voltado para o cuidado à saúde e a doença, e exercido pelos profissionais da saúde;

 # 1 Os atos de saúde são um direito de cidadania e constituem um dever do Estado, que cuidará de sua efetiva garantia a todos os brasileiros, indistintamente;

#2 Os Atos de saúde deverão atender aos princípios da integralidade, interdisciplinaridade e universalidade e deverão ser executados, preferencialmente, por equipe multiprofissional de saúde;

Inciso único: Os 'Atos de Saúde', em vista disso, não poderão constituir exclusividade de nenhuma profissão em particular;

Artigo 3º Fica garantido ao cidadão brasileiro o acesso a toda e qualquer informação e orientação na definição de qual recurso profissional buscar para o real e efetivo atendimento de suas necessidades de saúde;

Artigo 4º Deverá ser revista a legislação reguladora que orienta e define a atuação dos conselhos a fim de adequá-los aos ditames da presente legislação;

Inciso único: Os conselhos profissionais, enquanto isso, estarão impedidos de emitir qualquer resolução, norma ou parecer que contrarie o disposto na presente Lei;

Artigo 6º: Revogam-se as disposições em contrário

Artigo 7º: Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Esta é a proposta! Uma possibilidade de envolvimento da esfera pública, através dos seus vários espaços organizados, sejam os políticos formais, sejam os movimentos sociais; e, principalmente, a reafirmação de que, no Brasil de hoje, a saúde é uma questão social que não permite mais o seu aprisionamento ou apropriação por interesses particulares, conforme sua definição constitucional de direito de todos e dever do Estado.

Giovanni Gurgel Aciole é Presidente do Sindicato dos Médicos de Campinas e região

CLIENTE-CONSUMIDOR OU CIDADÃO: quem é mesmo o usuário do SUS?

Luiz Carlos de Oliveira Cecilio

"Mas mudar o mundo é mudar as relações humanas. Há um processo de consciência das pessoas que foi interrompido por esta espécie de febre que transformou aquele a quem nós chamávamos antes de cidadão em consumidor. Fizeram de nós consumidores. Transformaram-nos em clientes. E valemos como consumidores e clientes, para aqueles que efetivamente nos governam, que são o poder financeiro e econômico. O poder político governa muito pouco." (José Saramago, em entrevista concedida à Folha de São Paulo, 18 de dezembro de 1997).

Ao analisarmos a relação das pessoas reais com as organizações prestadoras de serviço, é possível duas lógicas: uma, pensa como se dá esta relação na "lógica de mercado" e a outra, como se estabelece esta relação no que poderia ser designado como na "lógica público-governamental". Podemos trabalhar, também, com a idéia de que estas formulações podem ser utilizadas, sem problemas, para pensarmos as organizações de saúde. Na "lógica do mercado", tem centralidade a figura do cliente-consumidor, conforme entendido no senso comum e lembrado pelo escritor José Saramago logo acima. Se tomarmos os modelos de gestão da qualidade como uma representação quase hiperbólica da centralidade que a idéia-força de cliente (ou o "freguês", segundo o Aurélio) tem na montagem da máquina gerencial das organizações subordinadas à lógica do mercado, podemos considerar que haveria uma espécie de "parceria natural" entre o cliente-consumidor e as organizações/empresas no sentido de confluência ou complementariedade de interesses: o consumidor quer adquirir produtos de qualidade e de bom preço e a empresa quer vender para ter lucros, ser competitiva e sobreviver às duras leis do mercado. Ora, quanto melhor o produto, mais a empresa vende. Para alguns formuladores desses programas de qualidade total, esta complementariedade de interesses é até mais radical, na medida em que envolveria também os trabalhadores nesta roda de interesses comuns, na medida em que estes poderiam, com o sucesso da empresa, almejar melhores salários, além, é claro, que terem seus empregos garantidos com a sobrevivência da empresa. Embora este tipo de discurso possa ser denunciado, de saída, como duplamente ideológico (ao negar o conflito capital-trabalho e ao desconsiderar que as "necessidades" ou desejos das pessoas são, em boa medida, modelados pelas empresas) ele nos empurra para uma reflexão: será que a lógica do Mercado não permitiria uma certa "publicização" do espaço privado (a empresa) pela invasão da somatória de interesses privados? Aqui, claro, faz-se um jogo sutil de palavras onde público e privado assumem conotações diversas daquelas com as quais estamos habituados a lidar: o consumidor é "privado", a empresa é "privada" , mas o ato de consumir o bem ou o serviço "publiciza" o privado.

Na ambiência altamente competitiva das sociedades capitalistas atuais, não restaria às empresas outra alternativa que reorganizar radicalmente seus processos de gestão e seus processos de trabalho segundo uma dupla lógica: a busca da máxima eficiência (máximos resultados com menores gastos) e o lançamento, no mercado, de produtos cada vez mais atraentes para os consumidores. O desejo do consumidor, traduzido na "procura" no mercado, invade e modela os processos de trabalho. As tecnologias do tipo "gestão da qualidade total" poderiam ser vistas como mediações poderosas entre o consumidor e o mundo do trabalho. Ousaria dizer: os clientes orientariam, em

boa medida, a configuração da micropolítica do trabalho nas empresas, pois estas, na perspectiva de lucros e de sobrevivência, teria que levar em consideração, com radicalidade, o desejo dos consumidores. Ainda ousando: a lógica de mercados globalizados, altamente competitivos, não deixaria outra alternativa às empresas do que serem "cliente-centradas". Não será esta lógica "congênita" ao capitalismo, que faz o mercado triunfante no último século?

Outra tem sido a lógica que tem presidido nossos esforços de construção de um sistema público de saúde, a partir da idéia do Estado não só como regulador mas como prestador direto de assistência. Inicialmente, é preciso chamar a atenção para o "lugar" que os usuáriao, reais ou potenciais, aparecem neste caso: eles aparecem, principalmente, como "saída" e não como "entrada" do processo de trabalho. Esta é a diferença crucial entre os dois esquemas e sobre ela centraremos nossa atenção, tentando deixa-la mais clara. Na "lógica público-governamental", o *start* para a organização dos serviços tem sido, historicamente e de uma maneira geral, fruto de projetos políticos para a saúde, formulados e defendidos por determinados atores sociais e disputados no plano da grande política (Merhy, 1985). No caso recente da construção do SUS brasileiro, tem prevalecido o projeto (embora sempre em disputa com outros projetos portados por outros atores...) que tem como diretrizes centrais a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a universalização do acesso, a eqüidade e o controle social sobre o sistema. O espaço para a construção deste projeto tem sido o aparelho do Estado, seja ao nível federal, estadual ou municipal. O que se quer destacar é o seguinte: temos um projeto político para a saúde que deve "colonizar" a máquina estatal ou, no mínimo, disputar os sentidos dados à essa máquina e ao ato de Governar, através tanto de mudanças dos seus modos de gestão como de radicais alterações em seus modos de produzir atenção, ou de organizar seus processos de trabalho, tendo em vista a emergência do cidadão-usuário, afinal um produto ou um "construto" deste processo. O cidadão-usuário não existe antes, como um dado *a priori*, ele é produto, é construção social com toda a complexidade que este conceito comporta. O cliente-consumidor é "entrada", o cidadão-usuário é "saída", por mais que tal idéia possa nos parecer inicialmente estranha. A aliança organização-cliente é imediata, "natural", "espontânea"; a aliança organização-cidadão é construção social, é resultado, é conquista. Ao mesmo tempo, a emergência do cidadão-consumidor, ou seja, o cidadão pleno que cobra respostas concretas do sistema público de saúde a partir de suas necessidades, é vital para o sucesso desta lógica: o produto deverá, dramaticamente, realimentar o processo que o origina. Daí ser tão complexa a tarefa de todos nós empenhados na construção do SUS.

É claro que existem demandas por consumo ao nível do setor saúde e que elas têm, em graus variados, algum papel de "entrada" (como demanda) nos nossos processos gerenciais . Vale então a pena explorar como estas impactam nos vários níveis do sistema de saúde e como nós temos lidado com elas. Ao nível da rede básica, o espaço privilegiado de intervenção do projeto público-governamental, esta demanda espontânea, nas múltiplas variantes dos modelos assistenciais centrados na Epidemiologia (Programação em Saúde, SILOS e, em boa medida, nas formulações mais "ortodoxas" do PSF) , tem sido tratada como uma certa "disfunção", algo que precisa ser subordinado à uma lógica mais "correta e abrangente", que seria aquela fundamentada em determinados saberes que nós (técnicos, sanitaristas) possuímos e que, afinal, tem resultado na pretensão de modelar os serviços de dentro para fora, a partir da sistematização da oferta. As demandas, os desejos dos usuário, devem se enquadrar em certa moldura de uma determinada racionalidade que supomos

ser "a" racionalidade, ou seja, queremos criar cidadãos-usuários à nossa imagem e semelhança! Não é demais reiterar o quanto esta lógica, que temos adotado de forma implícita e muitas vezes acrítica, cria um campo de relações das pessoas reais com a organização que é, de saída, muito diversa da lógica de mercado. Para nós, este campo que já vem previamente delimitado pelos saberes que possuímos e que nos legitimam como "profissionais de saúde", parece-nos natural e capaz de dar conta do universo de desejos e necessidades das pessoas reais. Então há, pelo menos uma contradição embutida nesta armação: queremos a emergência de "cidadãos" , mas marcamos, unilateralmente o espaço que achamos que eles devem ocupar.

Ao nível dos hospitais, somos mais "submetidos" às pressões das demandas das pessoas reais, somos menos "armados" por propostas técnicas que possam estabelecer o que é melhor para quem nos procura, na forma de modelos assistenciais "alternativos". Nos hospitais somos menos normativos. A missão ou perfil assistencial dos hospitais públicos acaba sendo modelada por duas forças concorrentes: a demanda das pessoas, de um lado e, do outro, os saberes e interesses dos profissionais de saúde. Aqui, poderíamos admitir, em princípio, que seria possível reconhecer algo que se aproxima da idéia do cliente-consumidor como *start* do processo de gestão hospitalar, algo que se os hospitais públicos estivessem mais "próximos" do que denominamos de "lógica do mercado"? Sim e Não.

Sim, na medida em que o usuário e seus necessidades tem um poder maior de demarcar o campo da assistência hospitalar. Bom exemplo disso: a população insiste em "deformar" a missão de qualquer serviço de urgência/emergência aberto à população, e nós, sanitaristas, vivemos nos queixando de que "boa parte do atendimento dos pronto-socorros poderiam ser atendidos na rede básica". Chamamos isso, autoritária e unilateralmente, de "distorção da demanda". De qualquer forma, os (quase) cidadãos impõem, de alguma forma, com sua presença física - com suas aflições e sofrimentos- sua presença na micropolítica do hospital. Não é exagerado dizer que a forma mais competente de controle social que existe no SUS é aquela exercida pelo enorme contingente de brasileiros anônimos que alimenta as eternas filas dos serviços de saúde em todos os níveis.

Não, porque, na lógica do setor público-governamental, não se tem, historicamente, forjado esta aliança de interesses entre a organização e os usuários, no sentido simbolicamente simbiótico que se dá na "lógica do mercado". Nos hospitais públicos há um clima de permanente confronto e disputa entre usuários e trabalhadores, ou, como afirmou, publicamente um dirigente do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (TeleJornal Brasil, 5 de novembro de 1997), o "paciente é o inimigo número 1 do médico". Este tipo de declaração teria sido "relativizada" pela direção do CRM ao afirmar que esta afirmação "só se aplica aos hospitais públicos..." Então não há "aliança" usuários e serviços, não há encontro de interesses; há, sim, retranca, "limpeza de fila", frieza e impessoalidade no trato com as pessoas. Nos hospitais públicos o paciente é estorvo, é o inimigo que conspira contra a equipe de saúde. O hospital público sobrevive sem -e apesar dos- usuários. A eles, não sobra escolha, por pior que seja o atendimento, pois o hospital público, pelo menos, garante o acesso. A pressão dos usuários arromba portas, escava espaços, mas não modela os processos de trabalho na dimensão de suas necessidades mais radicais. O usuário, na "lógica público-governamental", não é, portanto, o cliente-consumidor da "lógica de mercado" porque ele, ao não exercer o poder de pressão decorrente da "livre-escolha", não alcança fundar a relação de

parceria que a lógica do mercado traz em si, de forma congênita.

Então, é bom que se reitere e que se tenha explícito na medida em que este é o ponto central desta discussão, que, tanto para a rede básica quanto para os hospitais, não temos usado esta potência que é a aliança do cidadão-consumidor com a organização. Na rede básica, porque todo o nosso saber, toda a tecnologia que denominamos e acumulamos nestas décadas de saúde pública, é fortemente orientada pela idéia de que é possível organizar serviços a partir do que sabemos ser o melhor para a "população": organizamos a oferta segundo a lógica do risco e do dano, organizamos os serviços para grupos vulneráveis (os programas), privilegiamos a prevenção sobre a cura e, afinal de contas, pensamos enquadrar as pessoas reais e seus movimentos e necessidades na "cama de Proscruto" que são nossos serviços de saúde. Nos hospitais, na medida em que a demanda é menos enquadrada em "tecnologias mais racionais", podemos dizer que nos aproximamos mais da idéia do cliente-consumidor, nem que seja na base do conflito e do confronto, muitas vezes físico, entre usuários e trabalhadores de saúde. Mesmo assim, os usuários também não são clientes-consumidores-aliados como no mercado, por tantas razões que conhecemos: não há livre escolha, a sobrevivência dos hospitais está garantida independentemente da qualidade da atenção, e, este é o ponto central, não temos conseguido construir uma nova ética pautada em um novo patamar de relações entre trabalhadores e usuários.

Será que, pelo que está dito acima, não nos restaria outra alternativa que abandonar a "lógica público-governamental", adotando a "lógica de mercado" na qual a parceria usuário-organização é orgânica, "natural", faz parte de sua mecânica mais íntima, sendo, portanto, o caminho mais fácil para mudanças substantivas no sentido da qualificação da assistência? Não era outra a justificativa dada pelo Ministério da Administração e Reforma (MARE), na gestão FHC, ao propor a transformação dos hospitais governamentais em organizações sociais. O que haveria de mais inovador nas OS seria, exatamente, o abandono da "lógica público-governamental" e a adoção, em boa medida, do que estamos chamando de 'lógica de mercado". A chave do sucesso seria esta "confluência de interesses" entre usuários e organizações (o cliente está interessado em adquirir o melhor "produto" de organizações que estão interessadas em vender mais para ter mais lucros e sobreviver...), esta lógica poderosa que explica a vitalidade e triunfo do mercado!

Vale ressaltar que a proposta da então direção do MARE deixava de fora a rede básica, numa espécie de reconhecimento que "ali as leis do mercado não colam". Na rede básica, a modelagem continuaria sendo feita de dentro para fora, a partir das tecnologias já disponíveis de atenção primária à saúde. Quanto mais focalizadoras, como desejam as agências internacionais, melhor. Assim, poderíamos dizer, os serviços básicos seriam organizados na perspectiva da oferta e os hospitais e outros serviços mais complexos, na perspectiva da demanda, preparando-os, inclusive para eventuais disputas de "fatias do mercado".

A resistência de parte expressiva do movimento sanitário às idéias de "modernização" da saúde via terceirizações, criações de OS, múltiplas portas de entrada nos hospitais, tudo, enfim, que aponte para uma lógica mais de mercado na saúde não está calcada em nenhuma razão que se possa dizer "técnica" ou econômica. São razões que se fundam na esfera política, herdeiras de uma tradição que pode ser buscada nos movimentos sociais modernos, que inauguram o conceito de cidadania como o conhecemos hoje. A saúde não pode ser tratada como mercadoria, que a saúde é um

dever do Estado e direito do cidadão e, mais do que isto, que o acesso universalizado e com eqüidade aos cuidados à saúde é um importante instrumento para a emergência do CIDADÃO. Rejeitamos a idéia de que a lógica da livre-escolha, da competição, do *laissez-faire* possa presidir a organização, distribuição e acesso aos serviços de saúde. Será, então, que é possível contaminar, de alguma maneira, a "lógica público-governamental" com a idéia do cliente-consumidor-aliado-da-organização como vimos antes e reconhecemos ser tão poderosa?

Primeiro, é preciso ter em conta que o caminho que se quer construir pela "lógica público-governamental" é muito menos "evidente", mais difícil, menos "natural" no tipo de sociedade em que estamos vivendo, hegemonizada pelo ideário do mercado como se queixa o Saramago. O cidadão-usuário é, afinal, um "construto político", um projeto político de sociedade a ser disputado. É claro que, em uma sociedade civil mais amadurecida e impositiva ao Estado, o cidadão-usuário poderá ser visto como o ponto de partida ou o disparador dos processos de organização da assistência. Mesmo sem perder de vista esta possibilidade, esta "utopia", é necessário considerar que, na realidade brasileira, na "lógica público-governamental" que temos adotado, o cidadão-usuário ainda é virtualidade, é conquista a ser feita. Aí, então, muita coisa conspira contra nós:

- temos de disputar, literalmente, o projeto dentro da verdadeira arena de interesses em que se constituem as organizações públicas governamentais. Pelas características muito particulares dos processos de gestão e de trabalho em saúde, marcados por um forte sentimento de autonomia dos trabalhadores e atravessado por uma visão de recorte liberal portada pela categoria hegemônica, os médicos, temos que "ganhar" o conjunto dos trabalhadores para a idéia do cidadão-consumidor.
- temos que, paradoxalmente, "construir" o cidadão-usuário simultaneamente com a expectativa de que ele possa exercer o controle sobre o sistema.
- temos que ter em conta que o cidadão-usuário não é e nem pode ser "setorial", no sentido de ser um "cidadão-usuário da saúde", na medida em que a noção de cidadania é muito mais abrangente e tem pouca potência se pensada no espaço de um "setor". Portanto, por mais que o projeto da saúde seja competente, ele não poderá, por si só construir cidadãos. O projeto político do SUS, no máximo, contribui para a emergência da cidadania.
- o espaço governamental que tem sido privilegiado para a construção do projeto da saúde é, na tradição brasileira, permeado por práticas clientelísticas e encontra-se, com freqüência, privatizado por interesses particulares de grupos ou corporações.

Para realizar esta complexa travessia entre as formulações genéricas das diretrizes do sistema de saúde que almejamos e a emergência do cidadão-usuário que projetamos, algumas mediações têm sido adotadas: o redesenho de modelos tecno-assistenciais, a experimentação de novos modos de ser fazer a gestão em saúde e a criação de mecanismos formais de controle social sobre o sistema de saúde. Em relação aos modelos tecno-assistenciais, no contexto deste artigo, vale a pena aprofundar aqueles pontos que dizem respeito, mais diretamente, à relação entre usuários e serviços. Parece-me que a categoria que tem demarcado uma certa divisão e debate no campo público-governamental é a de necessidade em saúde. De uma forma esquemática, podemos dizer que o conceito de necessidade em saúde tem sido trabalhado, com ênfases diferenciadas, pelos vários recortes de modelo assistencial que têm sido pensados no campo governamental. A proposta hegemônica, pelo menos enquanto um certo discurso oficial do "movimento sanitário", embora nem sempre implementada com sucesso na prática, tem sido aquela que propõe a modelagem dos

serviços, em particular a rede básica, a partir da Epidemiologia, ou seja, traz implícita a idéia de que as necessidades das pessoas, ou pelo uma boa parte delas, possam ser definidas a partir dos serviços, por um olhar armado por determinado saber . Mas há outras idéias que merecem ser exploradas quando se trata de entender como as pessoas demandam os serviços. Campos, por exemplo, questiona a idéia de que o planejamento de serviços apoiado na epidemiologia seria capaz de estabelecer normas organizacionais e de trabalho sempre mais eficazes do que aquelas resultantes da experiência histórica da clínica (Campos, 1991, p.57). Questiona, portanto, a capacidade de modelos assistenciais calcados na Epidemiologia, como a programação em saúde, de dar conta de todas as tarefas relacionadas à organização de um sistema de saúde. "Imaginar que as práticas sanitárias possam se apoiar, principalmente, no saber epidemiológico seria uma forma de superestimar o papel das ciências na ordenação da vida em sociedade" (Campos, 1991, p.67). O "modelo sanitário" dá centralidade ao trabalho com as "demandas potenciais" ou "necessidades não sentidas" das pessoas e que seriam detectadas através dos instrumentos da epidemiologia. Toda sua tecnologia de intervenção postula um processo de permanente estímulo a demandas nem sempre reconhecidas pelo doente, fundado na noção de prevenção e promoção da saúde (Schraiber, 1990, p.27). Nesse sentido, as demandas espontâneas dos usuários, o canal mais efetivo e orgânico que os usuários estabelecem com os serviços de saúde, seriam, em boa medida, desqualificadas como "distorcidas" e seriam uma forma de se perpetuar a hegemonia da Medicina ou da prática médica como eixo estruturante da organização da saúde.

Já para Campos, "esta demanda traduz as aspirações da sociedade por novos padrões de direitos sociais: o direito à vida saudável, ao alívio da dor, a uma velhice ativa e prazerosa, etc. E o desenvolvimento desta nova consciência tem uma dinâmica que nenhum diagnóstico epidemiológico é capaz de conter; que nenhum Conselho Popular é capaz de representar completamente, a não ser quando a Instituição Pública for capaz de criar mecanismos de captar estas reivindicações e desejos" (Campos, 1991, p.73). Há, portanto, uma diferença muito grande da forma de abordar, por exemplo, a "demanda espontânea" conforme se trabalhe a partir de uma ou de outra perspectiva. Na programação, esta demanda individual, este acesso aos serviços a cargo do juízo individual, é vista quase como algo indesejável, que incomoda, uma espécie de "disfunção". Já na outra proposta, a demanda espontânea, por ser vista como conseqüência da relação dinâmica entre sofrimento, subjetividade, doença, morte e vontade de viver, é trabalhada como oportunidade para, tanto reconhecer e intervir sobre problemas atuais ou futuros, como para desenvolver ações de educação e promoção da saúde e defesa da vida no seu sentido mais amplo. O que importa reter é como esta última abordagem, de certa forma, deixa-se "contaminar" pela lógica do cliente-consumidor ao estar mais aberta a escutar, valorizar e acolher o que se chama de "demanda espontânea" que nada mais é como as pessoas aportam seus desejos e necessidades aos serviços. O cuidado em saúde entendido como valor de uso.

De qualquer forma, não faz muito sentido caracterizar, rigidamente, a clínica trabalhando com demanda livre e a prática sanitária com demanda potencial, não medida em que é diferença entre estes dois conceitos não é muito clara (Campos, 1991, p.84), sendo relativa a contextos sociais e históricos singulares. Não será justo dizer que, conforme se eleva o grau de consciência sanitária de uma população, sua "demanda espontânea" será mais qualificada, no sentido de que o "senso comum" (a demanda espontânea) se aproximará cada vez mais da "ciência" (as necessidades reveladas pela epidemiologia)? Aliás, a discussão feita

por Boaventura de Souza Santos sobre "ciência pós moderna" pode lançar alguma luz sobre o assunto. O autor, fazendo considerações gerais sobre a relação entre senso comum e ciência, diz coisas que iluminam a discussão que estamos fazendo. Para ele, "...forçoso é concluir que caminhamos para uma nova relação entre ciência e senso comum, uma relação em que qualquer deles *é feito* do outro e ambos *fazem algo de novo.* Como? Antes de responder é preciso ter presente que a caracterização do senso comum é feita a partir da ciência e que, por isso, não surpreende que esteja caracterizada de negatividade (ilusão, falsidade, conservadorismo, superficialidade, enviesamento, etc.). Se, no entanto, se fizer um esforço analítico para superar este etnocentrismo científico, a caracterização a que se chega pode ser bem outra e bem mais positiva" (Santos, 1990). E não tem sido, em grande medida, esta caracterização **eivada de negatividade** que os técnicos têm feito, a partir dos cânones da "ciência epidemiológica" da demanda espontânea feita pela população?

Ainda para Santos "o senso comum é prático e pragmático; reproduz-se colado às trajetórias e às experiências de vida de um dado grupo social e nessa correspondência se afirma de confiança e dá segurança. (...) O senso comum é superficial porque desdenha das estruturas que estão para além da consciência, mas, por isso mesmo, é exímio em captar a profundidade horizontal das relações conscientes entre pessoas e pessoas e coisas" (idem).

É de se esperar que, nas experiências conduzidas dentro da lógica público-governamental, o movimento real dos atores (tanto dos trabalhadores/técnicos/sanitaristas como dos usuários) vá encontrando caminhos criativos que combinem princípios do modelo sanitário com mecanismos que acolham as demandas espontâneas dos usuários. Algo como se *o "senso comum" fizesse, junto com a ciência, algo de novo,* como nos indica o autor há pouco citado.

Os modelos de gestão usados como estratégias ou mediações entre o projeto político e as mudanças concretas nos processos de trabalho, tendo em vista a emergência de cidadãos-usuários, são de natureza variada e apresentam distintos graus de institucionalização.

Entre as iniciativas de mudança da forma de gerir o espaço público podemos destacar:

- a aposta no processo de descentralização, cujo desdobramento prático foi o poderoso movimento de municipalização que ocorreu no Brasil nos últimos anos. Este movimento tem como pressuposto a noção de que a proximidade entre consumidor e gestor é um pré-requisito para um maior controle externo sobre o sistema.
- a formalização, garantida em Lei, de instâncias de controle do SUS, tais como as conferências de saúde e os conselhos municipais e locais de saúde.
- a adoção, ao nível das organizações de saúde, de modelos de gestão orientados por uma dupla lógica: a garantia de uma maior participação dos trabalhadores de saúde no processo de gestão e a criação de "brechas" para a intervenção dos usuários.

Embora o processo de descentralização do SUS e os mecanismos de controle dos usuários possam ser caracterizados como uma verdadeira reforma do Estado conduzida setorialmente e os modelos de gestão participativa se filiem às mais avançadas propostas de gestão organizacional, é de se perguntar e de se investigar com mais rigor, o quanto estas estratégias têm funcionado como mediações potentes no sentido dos cidadãos poderem influenciar, efetivamente, tanto a definição das políticas de saúde como modelarem o cotidiano dos serviços de saúde, a partir de suas necessidades.

Se é verdade que o processo de municipalização, combinado com as

múltiplas instâncias formais de controle sociais (os conselhos e a realização de conferências nos vários níveis do sistema) tem resultado em um acesso mais facilitado do "usuário" às instâncias de decisões e de gestão do sistema), continua problemático o acesso do consumidor real aos serviços de saúde, em particular a garantia de consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, resultando em uma linha progressiva de cuidados de acordo com suas necessidades. De qualquer forma, a criação de instâncias e mecanismos formais de participação e controle dos usuários sobre os serviços continua como estratégia central na construção do SUS. É central na medida em que tais mecanismos, baseados na idéia de "representação" dos usuários, são, em alguma medida, a "contrapartida" ao movimento espontâneo, singular, pessoal de procura, acesso e consumo dos clientes em relação às organizações de Mercado. É possível afirmar que esta diretriz de abertura do sistema de saúde para o controle dos cidadãos, que foi incorporada à máquina estatal como política governamental institucionalizada, tem sido problemática em vários aspectos, que, no limite, poderiam colocar em xeque a idéia de que seja possível o "controle" do sistema de saúde através de mecanismos formais de representação. O primeiro problema se refere à "representação" mesmo: quem representa quem? O que se tem observado é que tem havido, muito freqüentemente, uma "representação" que é muito restrita a pequenos grupos mais organizados e atuantes ou mesmo quase familiares, de forma que se poderia dizer que há uma espécie de déficit de "representação" que não consegue abranger um conjunto mais amplo de aspirações, desejos e necessidades que não encontram caminho de expressão por estes mecanismos formais. Basta pensar o quanto é difícil ser "representante dos usuários" nas organizações hospitalares, com sua clientela muito mais dinâmica, mais "flutuante"e menos vinculada do que a clientela de uma unidade básica de saúde.

Outro ponto problemático em relação ao controle do sistema pelos usuários poderia ser expresso na interrogação: quem representa o quê? Aqui está-se falando da assimetria muito grande neste encontro entre as equipes de saúde, com seus saberes e práticas, e os usuários que buscam os serviços. As "necessidades" que as pessoas reais trazem para estas instâncias acabam sendo, na maioria das situações, muito modelada pelo modelo assistencial que está sendo operacionalizado pelo serviço de saúde. Ocorre uma espécie de homogenização ou enquadramento das falas do usuários dentro do que o serviço estabelece, a priori, como sendo necessidades. Como vimos antes, as distintas noções de "necessidade em saúde" presentes nos vários modelos assistenciais adotados como estratégia para a construção do cidadão-usuário têm muita força na constituição do campo em que ocorre a relação usuário/organização, tendo como conseqüência, entre outras coisas, que o serviço acaba "escutando" apenas aquilo que lhe interessa. Ou seja, ao primeiro déficit de representação, que diz respeito a "quem representa quem", acrescenta-se outro problema que se refere a que necessidades estão sendo representadas.

Tarefa desafiadora esta nossa!

BIBLIOGRAFIA

CAMPOS, GWS. *A Saúde Pública e a defesa da Vida.* São Paulo: Hucitec, 1991.
MERHY. EE. *O Capitalismo e a Saúde Pública.* Campinas: Papirus, 1985.
SANTOS, BS. *Introdução à uma ciência pós-moderna.* Porto: Afrontamento, 1990.
SCHRAIBER, LB (org). *Programação em Saúde hoje.* Introdução e capítulo 1. São Paulo: Hucitec, 1990.

ASSOCIE-SE AO CEBES E RECEBA AS NOSSAS REVISTAS

O CEBES tem duas linhas editoriais, a revista *Saúde em Debate*, que o associado recebe quadrimestralmente em abril, agosto e dezembro, e a *Divulgação em Saúde para Debate*, cuja edição tem caráter temático, sem periodicidade regular.

QUEM SOMOS

Desde a sua criação em 1976 o CEBES tem como centro de seu projeto a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Nesses 27 anos, como centro de estudos que aglutina profissionais e estudantes, seu espaço esteve assegurado como produtor de conhecimentos com uma prática política concreta, em movimentos sociais, nas instituições ou no parlamento.

Durante todo esse tempo, e a cada dia mais, o CEBES continua empenhado em fortalecer seu modelo democrático e pluralista de organização; em orientar sua ação para o plano dos movimentos sociais, sem descuidar de intervir nas políticas e nas práticas parlamentares e institucionais; em aprofundar a crítica e a formulação teórica sobre as questões de saúde; e, em contribuir para a consolidação das liberdades políticas e para a constituição de uma sociedade mais justa.

A produção editorial do CEBES é resultado do trabalho coletivo. Estamos certos que continuará assim, graças a seu apoio e participação.

A ficha abaixo é para você tornar-se sócio ou oferecer a um amigo! Basta enviar a taxa de associação (anuidade) de R$ 80,00 (oitenta reais) em cheque nominal e cruzado, junto com a ficha devidamente preenchida, em carta registrada, ou solicitar, nos telefones ou e-mail abaixo, o envio do boleto bancário. É possível também efetuar o pagamento por cartão de crédito. Consulte a secretaria do CEBES sobre esta forma de pagamento.

CORRESPONDÊNCIAS DEVEM SER ENVIADAS PARA

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Diretoria Nacional – Av. Brasil, 4.036 – Sala 802 – Manguinhos – 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 e 3882-9141 – Fax.: (21) 2260-3782
www.ensp.fiocruz.br/parcerias/cebes/cebes.html
E-mail: cebes@ensp.fiocruz.br

FICHA DE INSCRIÇÃO (preencher em letra de forma) Valor: R$ 80,00

Para efetuar depósito: Caixa Econômica Federal – Agência: 1343 C/C: 0375-4 Operação: 003
ou Banco do Brasil, Agência 0249-6 C/C: 14137-2 – CNPJ: 48.113.732/0001-14

Pagamento de Anuidade ☐
Nova Associação ☐
Atualização de Endereço ☐

Nome:

Endereço:

Rua/Av.:

Bairro: CEP:

Cidade: UF:

Tel.: ( ) Fax.: ( )

Cel.: E-mail:

Local de Trabalho:

Profissão: