

367

# 1ª Conferência Nacional de Saúde

17 A 21 DE MARÇO DE 1986.

TEMA II - Reformulação do Sistema  
Nacional de Saúde  
SUBTEMA C - Participação Social em  
Saúde

**JOÃO YUNES**

8.<sup>a</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA II - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde

SUBTEMA C - Participação Social em Saúde

JOÃO YUNES \*

\* Secretário de Saúde de São Paulo

A participação da população nas diversas esferas da sociedade vem se constituindo, há vários séculos, num dos problemas mais relevantes (e inquietantes) com que a humanidade se defronta. Filósofos, cientistas sociais e políticos, governantes e lideranças de todas as ordens têm procurado responder a esta questão.

Enquanto conceito genérico e abrangente, a participação social tem adquirido definições e redefinições, ganhando, a cada momento histórico, significados dos mais diversos. Ora ela surge com o nome de Assembléias de cidadãos, ora como corporações de ofício, milícias fascistas, conselhos operários ou órgãos de autogestão. Seja, no entanto, qual for o nome, a sua importância é sempre inegável. Ela é por assim dizer, a pedra de toque, o elemento fundante de toda nova ordem social e é, por isso, que esta idéia expressa hoje, particularmente no caso brasileiro, toda a sua atualidade.

Não se trata, como aliás tem sido a prática recorrente na história das Constituições brasileiras, de incorporar num dos itens da nova Carta o conceito de participação. Ao contrário, há que se debater e definir de forma bem precisa os mecanismos através dos quais os direitos da população se farão presentes na nova ordem jurídico-institucional do país.

Todavia, antes de discutirmos a conjuntura presente e, portanto, encaminharmos propostas, cabe analisarmos alguns aspectos estruturais da sociedade brasileira. Ou em outras palavras, cabe refletir se numa sociedade capitalista dependente, onde a tradição autoritária ocupou a maior parte de sua história, é possível a participação popular. Para isso, é preciso expressar o que entendemos por participação.

Fixemos, então, a tese central. Participação

deve ser entendida como acesso. Participação popular (ou social) equivaleria, portanto, ao processo a partir do qual a maior parte da sociedade teria acesso aos bens (materiais e não-materiais) que esta produzisse. Podemos ir mais além. Toda a sociedade humana produz e reproduz suas condições de existência. Produz bens materiais que irão suprir as necessidades básicas de seus integrantes e produz outros bens que, genericamente chamamos de bens não-materiais (serviços) e que expressam através de índices objetivos a qualidade de vida de sua população.

Em sociedades inspiradas pelo modelo capitalista, a própria lógica de acumulação, impede que a maior parte de seus integrantes tenha acesso irrestrito a esse bens (apesar do fato de que a responsabilidade pela produção destes cabe a esta maioria). Esta sociedade, se fôssemos imaginá-la através de uma metáfora, poderia ser descrita através do desenho de uma pirâmide, onde encontramos uma minoria no ápice, enquanto que o restante está em sua base. Apesar disto, ao nível de consciência da população está disseminado um consenso de que existe mobilidade social ou seja, é perfeitamente possível ao elemento que ocupa a base subir até o ápice. Esta justificativa permite que a maioria da população viva a esperança de que um dia a situação será transformada.

Tomemos o exemplo de um grande centro urbano brasileiro hoje (no caso, São Paulo). Como um verdadeiro retrato do que acabamos de falar, convivem lado a lado, os dois pólos da pirâmide. O trabalhador assalariado, por sua própria situação nesta estrutura, se vê submetido a um círculo vicioso do qual não consegue escapar. Não teve acesso à educação formal, uma vez que iniciou seu trabalho ainda na idade escolar. Mora em habitações sub-humanas, sem infraestrutura adequada, pois seus míseros recursos não lhe permitem outra opção. Alimenta a si próprio e à sua família com um mínimo de gastos, o que provoca sérias deficiências para sua

saúde. Gasta boa parte de seu dia com transportes precários que, frequentemente, atrasam e sofrem avarias. Por fim, não possui meios para participar de qualquer forma de lazer que, longe de ser um serviço supérfluo, funciona em todas as sociedades como um meio de recompor sua força de trabalho. Por outro lado, sem esquecermos as camadas médias da população, encontramos uma pequena minoria que a tudo tem acesso diferenciado. Conseguem educar seus filhos em escolas particulares. Moram em habitações luxuosas. Desperdiçam com a alimentação, chegando mesmo ao exagero. Possuem automóveis particulares e vivem o lazer (ou o ócio se se preferir) em toda sua plenitude. Enfim, são dois modos de vida totalmente diferentes e que supõem, por consequência, um universo de interesses também diferente.

Como já nos referimos esse exemplo brasileiro é válido, via de regra, para outras sociedades com modelo capitalista. Por outro lado, nessas mesmas sociedades, o Estado assume frequentemente o papel de administrador de alguns serviços gerais. Normalmente, a sua atuação se circunscreve a áreas limitadas, especialmente aquelas cujo interesse da iniciativa privada ocorre em menor grau. A saúde é uma dessas áreas.

Com o aumento da população urbana carente e com o agravamento de suas condições de vida, esses serviços passaram a ser cada vez mais requisitados. Assim, no início da década de 60 (um período marcado por avanço de reformas sociais) são instituídas as bases para um sistema racionalizador e abrangente de saúde pública brasileira. Esse sistema, fruto de entendimentos bilaterais com os Estados Unidos (o acordo Aliança para o Progresso) irá ganhar forma, com o advento do golpe militar em 64. Nesse momento, o Estado, que passará a tutelar a sociedade, entende a necessidade de instituir uma política assistencialista, ao mesmo tempo em que

recolhendo parcelas do salário do trabalhador, repassa-as à iniciativa privada através de convênios firmados com o instituto de previdência.

Esta política de saúde é realizada à revelia do contribuinte, quer dizer, toda e qualquer participação da população é desprezada, em seu lugar atuarão tecnoburocratas que dominarão o cenário brasileiro por quase vinte anos.

Com a descompressão do regime autoritário e, com as oposições assumindo o comando dos principais Estados brasileiros, o tema da participação volta a ocupar os debetes. Dessa vez, não ocorre somente a pressão de grupos da sociedade que começam a se organizar, mas são os próprios profissionais de formação técnica que atuam no campo da saúde que percebem que, sem a integração dinâmica entre as partes envolvidas nos grandes planos, não há política, por melhor que seja, que surta efeitos. Para se ter uma idéia do alcance dessas transformações vale a pena reportar o exemplo da saúde em São Paulo.

Durante os anos de regime militar, as ações de saúde, que são conduzidas por uma Secretaria de Estado, foram praticamente relegadas a um segundo plano. O orçamento decrescia de ano a ano, chegando em 1982 a um índice de menos de 3% do orçamento global do Estado (este índice chega aos 10% em países desenvolvidos); os leitos e os equipamentos hospitalares ou eram ociosos ou se tornavam ultrapassados, uma vez que não existia investimento na área (lembremos que o órgão repassador de recursos, o INAMPS, se restringia basicamente à compra dos serviços dos hospitais privados); os centros de saúde, porta de entrada do sistema, estavam carentes de recursos materiais e humanos; as cidades do interior, notadamente as de menor porte, não possuíam médicos para dar assistência à população. Acrescente-se ainda que este período foi marcado pela mais dramática crise econômico-financeira da história do País, o que resultou, é fácil de se prever, no descontentamento crescente do usuário, no aumento

de casos de desnutrição (lembramos que em São Paulo, a Secretaria da Saúde é responsável pelo programa de distribuição de leite, através de seus postos de saúde), em altos índices de mortalidade infantil, baixos salários para funcionários e o não-reconhecimento da carreira dos trabalhadores da área.

Contudo, as transformações começaram a se produzir. O programa de governo privilegiava essencialmente a área social e continha em suas diretrizes básicas três pontos fundamentais: geração de empregos (lembramos que neste período estamos no auge da crise), descentralização (em contraposição ao centralismo autoritário) e participação popular. Particularmente, na área da saúde, esta última diretriz era de grande expectativa não só da população usuária, mas dos trabalhadores, incluindo-se técnicos e funcionários.

Cabe aqui um parêntese acerca deste início de processo. A primeira forma que tomou a participação na saúde foi a realização de eleições diretas para os cargos de chefia, principalmente em unidades hospitalares. Assim, se tomarmos o exemplo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que, apesar de não estar diretamente ligado à Secretaria da Saúde (está vinculado à Sec. do Governo), possui estreita relação com as outras unidades da Secretaria, realizou eleições para a escolha de sua superintendência. Na época, houve um intenso debate que, de uma forma ou de outra, acabou envolvendo toda a comunidade do Hospital. Os candidatos apresentaram suas plataformas e depois de amadurecidas as discussões houve a votação que acabou por coincidir com a escolha do Governador. Ao mesmo tempo, outros órgãos tentaram o mesmo processo. No entanto, como a eleição em si não corresponde necessariamente à instauração de um processo de democratização, o que ocorreu na maioria dos casos foi a manutenção de grupos ligados à antiga administração conservadora que conseguiram (por formas que lembram o voto de cabresto) se manter no comando.

É evidente que o novo governo não foi coniven

te com essas "mudanças". E, mais ainda, através de simpósios e reuniões, procurou avançar em suas propostas, demonstrando o caráter falacioso desse processo eleitoral. Mesmo porque, como ficou provado posteriormente, além de não atender à população usuária, isto só servia para encobrir os interesses e as regalias corporativas.

Também, uma outra tendência que se manifestou nos "primeiros tempos" de forma equivocada foi o que poderíamos, a grosso modo, denominar de basismo. Ou seja, todos os problemas de saúde deveriam ser transformados aqui e agora através da mobilização (e conseqüentemente da pressão) da população aos órgãos de governo. Assim, grupos da comunidade organizada, principalmente na periferia carente, organizavam caravanas para "visitar" Secretarias de Estado e exigir as transformações previamente discutidas. Não se levava em consideração os impedimentos decorrentes da ordem institucional, nem muito menos os argumentos que, mesmo com suporte técnico, se manifestavam contrários.

Também, como era de se esperar, essas manifestações apenas surtiam o efeito do momento e sua principal finalidade era provocar o "fato político" sem se preocupar em buscar fórmulas alternativas para resolver os problemas da população.

Mas, como alguém já disse, a democracia se aprende fazendo e, portanto, nada mais justo do que isso. A preocupação com a participação continuou a orientar os trabalhos de saúde no Estado de São Paulo e, algumas experiências passaram a demonstrar que ela era perfeitamente viável.

Quando o Ministério da Saúde, em meados de 1983, lançou o Programa de Saúde da Mulher que exigia a colaboração do usuário, uma fórmula nova foi encontrada para garantir o concurso ativo da população. Em primeiro lugar, é preciso salientar que a necessidade do programa era exigência da pró

pria população envolvida. Elaboradas as linhas básicas, cada Estado passou a ter autonomia na forma de sua implantação. Em São Paulo, o primeiro passo foi montar grupos com a finalidade de discutir todos os itens do Programa tecnicamente. Realizadas as discussões a nível local, foram convidados a participar da elaboração e implementação os movimentos feministas e as organizações ligadas à condição feminina. Esse debate ocorreu inclusive com a participação dos meios de comunicação de massa — o debate foi realizado no auditório de a Folha de São Paulo — que divulgaram com destaque as características do programa de saúde. Após esta primeira etapa, os órgãos regionais passaram a ter, dentro dos limites, autonomia sobre a forma e o cronograma para a sua implantação. Nesta fase, os técnicos contaram com a ajuda, ao nível regional, da população usuária. Em suma, foi, talvez, a prova mais inequívoca de que é, não só possível como também, necessária a participação popular para resolver os problemas de saúde no Brasil.

Todavia, não foi só esse programa que demonstrou o aval da população ao processo de transformação. Se recorrermos às experiências com as comunidades do Interior, também verificaremos as mesmas respostas. Como já nos referimos, a ênfase do programa de Governo em São Paulo foi dada para o setor social. Nada mais justo, então, do que, passados os primeiros meses, a população cobrar essas propostas. Em cidades pequenas e médias, a plataforma eleitoral, geralmente, se baseava nas melhorias da condição de saúde para o povo. Promover o saneamento básico, construir um hospital ou melhorar o atendimento nos Centros e Postos de Saúde, conseguir tal ou qual convênio com o Ministério da Previdência Social, representavam os pontos-chaves que elegiam os representantes municipais (muitos deles sem nenhuma experiência administrativa). Quando estes assumiram as Prefeituras, se inteiraram da nova realidade, os problemas eram, por assim dizer, muito mais básicos: na maioria dessas cidades não existia sequer um médico com domicílio fixado no local.

A primeira tarefa seria, portanto, fixar no município o médico. Para isso, seria necessário motivá-lo a exercer suas atividades em pequenas cidades, com um salário - que não era competitivo em relação ao mercado. Para solucionar este problema, o Estado e as Prefeituras assinaram um convênio onde não só o salário passou a ser maior, como também, a administração municipal se incumbiria de subsidiar o transporte e, em muitos casos, até a moradia do médico. Além disso, o processo de escolha do profissional, assim como a sua contratação seriam descentralizados, pois se dependesse dos trâmites normais da burocracia do Estado, esta acabaria por atrasar a contratação e prejudicar assim o programa. Com a educação, tendo em vista este trabalho, foi feito algo similar — principalmente em relação à construção de prédios escolares e à distribuição da merenda infantil.

Também com a carreira dos médicos servidores públicos um procedimento semelhante ocorreu. É que em São Paulo não existia até então um plano de carreira para os profissionais de saúde — um salário bem abaixo do restante do mercado e nenhuma perspectiva de progresso na estrutura da Secretaria da Saúde. A partir de uma discussão envolvendo as entidades representativas da categoria e, fundamentalmente, com a descentralização desta discussão ao nível dos principais órgãos em que esses profissionais atuam no serviço público, chegou-se a um entendimento em que, de um lado, o Estado oferecia melhores condições de trabalho e, em contra-partida, os médicos passavam a cumprir integralmente a jornada de trabalho estabelecida. Ganhavam as duas partes, mas, a principal beneficiária deste processo foi a população que viu atendida uma de suas mais importantes reivindicações.

Estes exemplos, mais do que as implantações de programas bem sucedidos, nos permitem tirar lições valiosas sobre a questão da participação da população no processo de mudança. Para todos aqueles que a seu modo militaram em movimentos de base na época do regime autoritário, sempre foram ver

dadeiras as crenças esteriotipadas de que a população necessitava de guias para modificar sua situação. Ora, isto se traduzia pelo papel que um partido deveria desempenhar, ora através da implantação de órgãos cujo controle seria de exclusividade do operariado, e assim por diante. No fundo, estas questões significavam de um lado, a visão elitista que certas parcelas da camada média tem em relação aos setores carentes e que se expressa através do assistencialismo ou mesmo da caridade, de outro, também, a crença de que através de fórmulas ortodoxas seria perfeitamente possível se a intervenção na ordem social sem se levar em consideração as suas condições objetivas.

O que os movimentos populares tem demonstrado, através da participação dos setores normalmente marginalizados, é que estas questões passaram a ser menos importantes e que a militância ativa em todos os níveis (na elaboração, na discussão e amadurecimento e nas decisões) garante uma real conquista de espaço e, portanto, o respeito aos seus direitos básicos.

Verificamos esta verdade com índices bastante objetivos. Todos concordam, mesmo os que divergem política e ideologicamente deste Governo, que o nível do serviço público melhorou em São Paulo. Através das medidas de descentralização administrativa, o Interior do Estado, por muitos anos dependente do poder central, pode, hoje, trabalhar com autonomia e implementar, gerindo recursos, contratando empresas e força de trabalho local, suas políticas. As realizações, ao invés do caráter faraônico imprimido pelos governantes anteriores com a finalidade de produzir efeitos de impacto, foram substituídas pela somatória das pequenas obras que atendem muito mais ao interesse imediato da maioria da população. Ao mesmo tempo, com a ênfase dada ao setor social, e expressa através de uma dotação orçamentária bem maior do que as anteriores, o Governo do Estado conseguiu diminuir os índices de mortalidade infantil, apesar da crise econômica,

fornecer com maior eficiência para a criança desnutrida ou com risco de se desnutrir, o suplemento alimentar, isso só para falar na área da saúde. Vale lembrar que este mesmo Governo multiplicou sensivelmente o número de escolas da rede pública, oferecendo também aos professores melhores condições de trabalho e aos alunos melhores condições de ensino; cuidou e tem cuidado do saneamento básico e das condições ambientais, criando inclusive uma Secretaria Especial para se ocupar deste problema; gerou e tem gerado milhares de empregos (através de concursos públicos), minimizando, assim, os efeitos da crise econômica; enfim, demonstrou que é possível ser coerente com o programa e que um Governo, priorizando áreas básicas, pode resgatar a dívida da sociedade para com a população carente.

O Brasil de hoje é o melhor exemplo de todo esse processo. A descompressão do regime autoritário só foi possível quando a sociedade civil organizada conseguiu mobilizar milhares de pessoas para sair às ruas e exigir as transformações. Os programas dos partidos, mesmo aqueles ligados a grupos conservadores, tiveram que incorporar as reformas sociais. E, acima de tudo, a exigência de uma nova ordem jurídico-política, com a elaboração de uma Constituição demonstram o alcance destas transformações.

Assim, notamos que, apesar da imobilidade própria da sociedade capitalista e do acesso diferenciado que esta propicia para seus membros, com a recuperação dos direitos de cidadania, incluindo-se aqui especialmente as liberdades democráticas, é possível para os setores marginalizados, criar as condições e os mecanismos para tornar esta sociedade mais justa e com menos desequilíbrios sociais.

Mas esta não é uma tarefa do Estado. A experiência das organizações populares — e aqui incluímos não só as organizações ao nível de partido e de sindicatos, mas, e fundamentalmente aquelas nascidas durante os anos de arbí-

trio — com seus acertos e erros, tem provocado esses avanços. Tem demonstrado, principalmente aos setores conservadores que a sociedade não é de forma nenhuma um corpo imóvel. Ao contrário, é a dinâmica das relações entre seus agentes que lhe conferem suas principais características.

Assim, certos assuntos e certas práticas, consideradas até agora verdadeiros tabus, tem nesse breve período de reconstrução democrática, sido questionados e discutidos com maturidade. O planejamento familiar, o aborto, a situação da mulher, das minorias, a censura, a liberdade de imprensa são temas em evidência e que se encontram no cotidiano de trabalhadores, estudantes, intelectuais, "donas de casa", enfim, de todos os segmentos representativos do Brasil.

O Presidente Tancredo Neves, no discurso de posse, falava que seu desejo, ao se iniciar esta nova fase da história brasileira, era o de ver os assuntos da Constituinte discutidos nas fábricas, universidades, nas ruas. Pois bem, talvez, estejamos vivendo um pouco este momento.

No nosso caso, especialmente no nosso caso, temos que admitir que a saúde sempre foi um domínio de técnicos. Esta tendência somente se cristalizou a partir dos governos de 64. Apesar da competência de muitos dos programas elaborados, a história desse período demonstrou que boa parte dos desacertos, tanto no setor previdenciário quanto na área da saúde básica, ocorreram devido a não-participação do usuário desses serviços.

Lembramos aqui um episódio recente e que por seu significado demonstra a veracidade do nosso raciocínio. As chamadas fraudes do sistema previdenciário, que foram amplamente noticiadas pelos meios de comunicação, essas teriam ocorrido com a conivência de certos escalões do Ministério da Previdência e Assistência Social, facilitando os lucros exorbitantes de hospi

tais da rede privada. Acrescente-se a isso a imagem dos órgãos previdenciários aos olhos da população usuária. Durante todos esses anos, ele era um imenso fantasma inoperante que só produzia longas filas de espera e quase nenhum atendimento efetivo.

Pois bem, sem entrar no mérito da questão, sa bemos que existia um culpado fundamental: o próprio sistema previdenciário e o regime que o gerou. A corrupção somente po de imperar onde não existem mecanismos de controle da população. Ora, se o usuário não participa nem de sua gestão nem das decisões, como pode haver algum controle? Mais ainda, por ser ele o maior contribuinte, não seria, no mínimo legítima, sua participação? Perguntas como estas nunca foram respondas pelos antigos donos do poder.

Atualmente, a realidade do INAMPS, o principal órgão afetado pelas denúncias, é outra. Não só a opinião pública formada pela veiculação de notícias da imprensa passou a ter uma visão crítica do órgão, como também as próprias organizações da classe trabalhadora que atuam a nível sindical (CONCLAT, CUT, CONTAG) incorporaram em suas plataformas de luta a participação do contribuinte no processo de decisão. Se ja como for, a saúde passa a ser encarada, neste momento, como um direito básico do cidadão, uma preocupação que se reflete no discurso de todos os partidos políticos e movimentos sociais.

Esta tendência demonstra também que o antigo "poder técnico" dos especialistas passa por uma profunda reformulação. Só que este questionamento, ao invés de separar o técnico do usuário, coloca as duas partes do mesmo lado, corroborando, deste modo, a tese de que a participação ativa é um dos principais, senão o principal, fatores de exito dos programas de saúde.

Podemos dizer, por tudo isto, que este momento de transição que vivemos é o momento do aprendizado democrático. A política deixa de ser entendida como a luta dos pequenos interesses locais para se transformar numa verdadeira ferramenta pedagógica da população, um meio efetivo, a partir do qual os vários segmentos sociais conseguem fazer valer os seus interesses.

Portanto, ao retornarmos a questão inicial, vale a resposta afirmativa. A participação, apesar da situação estrutural da sociedade brasileira, não só é possível como também se constitui no principal instrumento de avanço para conquistas verdadeiras das populações carentes. E essa participação só é plena quando a sociedade civil e o Estado não se constituem em partes antagônicas, quer dizer, quando o Estado deixa de tutelar a sociedade e, quando os cidadãos de posse de seus direitos passam a militar ativamente em todos os setores que afetam direta ou indiretamente suas vidas.