

Mesa-redonda  
**Saúde e inclusão**



## Helvécio Magalhães Júnior

Médico, especialista em Clínica Médica e Epidemiologia, doutorando em Saúde Coletiva pela Unicamp, coordenador de Urgência e Emergência da SES/MG e consultor da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O tema proposto da inclusão e saúde é bastante pertinente e contemporâneo ao debate sobre os caminhos do SUS no Brasil, seus avanços e suas insuficiências, possibilitando abrir a discussão por um flanco que já identifica uma posição ideológica e política de abordagem dessa questão. Outras são possíveis evidentemente, mas vamos por esta, ou seja, analisar o sistema, ou sistemas de saúde, implantados à luz do processo maior da inclusão social. Portanto, na lógica de seus usuários. O que parece mera retórica, não o é, como procuraremos demonstrar. Só aí já temos um grande demarcador de posições analíticas sobre o SUS Brasil na atualidade. Partiremos do arcabouço jurídico constitucional brasileiro vigente (que bom voltar a falar de direito constitucional, neste momento de imperativo autoritário das medidas provisórias!), para orientar a discussão sobre possibilidades de modelos de atenção, que avançam ou não no sentido da inclusão. Interessante notar que antes mesmo de tomarmos conhecimento desse vigoroso movimento e debate sobre inclusão e a Sociedade Inclusiva, já havíamos utilizado o termo “modelos inclusivos x modelos excludentes” para abordar possibilidades de organização da atenção às urgências e emergências no SUS, onde certamente a exclusão é das mais perversas e dramáticas.

Como expressão do avanço técnico e das conquistas políticas de várias décadas do chamado movimento sanitário brasileiro, algo sem similar na história da saúde pública da América Latina, a Constituição Federal de 1988 instituiu no plano jurídico o Sistema Único de Saúde (SUS) para se tornar o sistema de atenção à saúde de todos os brasileiros. Essa intenção se concretizou na expressão ousada, *único*, e está sintetizada no seu princípio mais caro: a *universalidade*! Todos se lembram da situação anterior da nefasta separação entre os que possuíam as famosas “carteirinhas do INPS” e os indigentes. Os primeiros se socorriam de um sistema de atenção médica em postos de atendimento específicos (os famosos PAMs) e de uma rede hospitalar predominantemente privada (os hospitais contratados pelo Inamps). Os demais, naturalmente fora os de maior renda, podiam se valer apenas das redes de centros de saúde das secretarias estaduais e municipais e se internar apenas nos poucos hospitais públicos e nas santas casas. Em outras palavras, o direito à saúde transitou de uma possibilidade de discriminação dos cidadãos (e de inclusão ou não inclusão) segundo a sua inserção econômica para um *direito social público* e, portanto, derivadamente *universal*. Este princípio é uma espécie de marca genética do SUS e deve balizar toda e qualquer iniciativa ou decisão dos gestores da saúde brasileira, nos vários níveis de governo. Então, no plano teórico, todo cidadão brasileiro tem direito a todos os serviços e ações necessários para a manutenção de seu padrão de saúde. E podemos afirmar que isso, em termos de conquista social, não é pouco!

Entretanto, mais uma premissa foi adicionada ao texto constitucional. E é tão bela quanto a primeira: a *equidade*. Trata-se de já incorporar nos pressupostos legais e organiza-

tivos do sistema, que os *desiguais devem ser tratados desigualmente*. Numa sociedade profundamente desigual como a brasileira, este também deve ser um conceito permanentemente a ser perseguido pelo sistema. Podemos afirmar que a equidade qualifica a universalidade e não deve ser nunca utilizada para perversamente adjetivá-la de forma regressiva ou restritiva. Não devemos concordar jamais com o universal, mas...! Ter em foco que as modulações possíveis da equidade podem direcionar a resposta do sistema público de saúde é sempre nos perguntar que sentido tem nosso projeto, para onde ele aponta, quais seus resultados esperados e possíveis para os usuários e em que ele contribuirá para, garantindo a universalidade, imprimir atributos de inclusão e justiça social ao sistema!

Um terceiro princípio estruturante do sistema é a integralidade da atenção. Significa que, além de acesso universal dos cidadãos e tratamento diferenciado para os diferentes, a atenção há de ser integral. Isso significa que as demandas dos indivíduos e das coletividades devem ser atendidas pelo SUS em toda a sua dimensão. As ações de caráter promocional e preventivo não podem substituir aquelas de fundo assistencial direto, ou seja, de atendimento às demandas dos usuários no momento de sua ocorrência, ou quando elas são necessárias para a preservação da vida, do bem-estar e da felicidade das pessoas. Com esse princípio, teoricamente fica evitada a organização de projetos fracionados da assistência, que ora pode ser o mais barato na lógica dos gestores e ou mais lucrativo na ótica do interesse privado. Outros princípios constitucionais do SUS e de sua legislação infraconstitucional avançam no seu sentido organizativo, como, a participação popular, a descentralização, a hierarquização, a regionalização e o comando único em cada nível de governo. Chamamos a atenção de que o dito controle social, pela participação popular, é uma possibilidade a mais de garantia da transparência das ações gestoras na lógica do interesse público, também contribuindo para a inclusão dos cidadãos no cotidiano dos serviços públicos e da gestão, através dos conselhos populares de saúde nos distintos níveis do SUS.

Finalmente, á guisa de conclusão, podemos afirmar com tranqüilidade que o arcabouço jurídico e organizacional do SUS é um dos mais avançados do mundo e vai de encontro ao ideário de uma luta de décadas do conjunto da sociedade brasileira para uma vida mais digna. Entretanto, do inscrito na Constituição para a realidade em que vivemos vai uma enorme diferença, que é do conhecimento de todos. Podemos discorrer sobre uma série de questões que justificam essa diferença. Elas vão desde a insuficiência crônica de financiamento público, passando pelas insuficiências de gestão, até aos movimentos privatizantes externos e, pior, internos ao sistema público. Citamos aqui a privatização no seu sentido amplo, que pode ser operada pelos interesses da acumulação e transferência de capital, mas também de corporações e grupamentos tecnocráticos e corporativos. Este texto, entretanto, não tem por objetivo esta análise. Vamos por outro caminho.

Tendo por moldura os princípios que abordamos acima, podemos dizer que observamos hoje a possibilidade de *modelos de atenção* possuírem ou não atributos que o impulsionem no *sentido da inclusão ou da exclusão*, chegando, finalmente, ao objeto central desta discussão. Passamos a discorrer sobre propostas de modelos que levam ou não à inclusão real das pessoas no acesso aos mecanismos produtores ou co-produtores de sua saúde. Portanto, estamos qualificando o tema da inclusão como aquele que concretiza, no cotidiano, os direitos constitucionais dos brasileiros à saúde. É um movimento de trânsito, do campo teórico para o real, de um sistema de atenção que deveria expressar estes direitos a partir das neces-

sidades humanas e sociais. Sem nos alongarmos muito nesse tema, também aqui aparece um diferencial importante (voltaremos a ele posteriormente), que é a organização dos serviços e ações na lógica das necessidades dos usuários do sistema.

A partir das várias experiências conhecidas e da produção teórica no campo da saúde pública brasileira, podemos nos aventurar a definir dois padrões de modelos que possuem atributos que os levam a ser o que passamos a definir como *inclusivos ou excludentes*. Tomaremos emprestado, aqui, alguns dos elementos constitutivos que deram origem a uma formulação teórica resumida no termo *defesa da vida*, concebido a partir de inúmeras vivências em serviços e sistemas municipais de saúde pelo Brasil a fora nos últimos anos, consolidadas em formulações teóricas pela equipe do Laboratório de Planejamento e Administração (Lapa), do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp, e que teve a Belo Horizonte de outros tempos como um dos campos de formulação em ato e operação efetiva desse arcabouço conceitual na operação da gestão do SUS/BH.

Importante identificarmos como fundamental o conceito de *cuidado em saúde* e seu processo continuado e articulado como uma *linha de cuidado* que perpassa toda a vida dos indivíduos, com vários pontos de encontro com o sistema de atenção à saúde. O objeto central do processo (ou processos) a serem instituídos é produzir cuidado e não o compromisso com alguns dos seus elementos constitutivos, como os procedimentos médicos. Sobre o cuidado em sua dimensão mais ampla, quem tem nos falado é Leonardo Boff, no livro “Saber Cuidar”, para quem “cuidar é mais do que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.” Lembra, ainda, que a crise atual do projeto humano, tão expressa por toda parte e também evidente na saúde, se dá pela falta de cuidado. Essa visão do campo da filosofia, mas concreta ao mesmo tempo, servirá de orientação para o prosseguimento da discussão a seguir.

Cabe aqui uma observação importante. Na verdade, o que geralmente é observado é um mix dinâmico entre esses dois pólos de características, com sistemas municipais ou regionais em permanente mutação, entre iniciativas e operações que contribuam para a inclusão social e outras que, na prática, exercem poder excludente. O que não é nada surpreendente pelo pequeno tempo histórico decorrido desde a inauguração formal do Sistema Único e a imensa diversidade territorial, sociológica e política deste país.

Enfim, que atributos são esses? Na linha da inclusão, identificamos os seguintes elementos principais: *acesso resolutivo, acolhimento, vinculação de clientela, responsabilização, a busca da autonomia dos usuários e a regulação pública da assistência*. Tudo isso representa características de um sistema que é fundamentalmente *centrado no usuário* e com preocupação central no *cuidado em saúde*. Outros atributos também podem ser incorporados como a participação dos trabalhadores na gestão dos projetos, o planejamento segundo as necessidades sociais e a implantação de uma rede de atenção organizada, subordinada à lógica da regulação pública, de forma a dar viabilidade aos primeiros.

Por *acesso resolutivo*, entendemos a possibilidade dos usuários poderem “entrar” no sistema de saúde e conseguir ter a sua necessidade em saúde, expressa numa demanda concreta, imediata ou não, resolvida satisfatoriamente segundo a tecnologia, em sentido amplo, disponível e mais adequada possível. *Acolhimento* significa o belo e singelo ato de humanizar radicalmente o primeiro contato e início da relação usuário-serviço, com chance para o pri-

meiro ter a sua queixa ouvida e perceber que, a partir daí, o sistema como um todo “advoga” por ele até a solução completa da questão, que pode ser uma simples orientação até a demanda por utilização de procedimentos e intervenções de grande complexidade tecnológica material. Acolher é o primeiro passo para iniciar o que pode ser chamado de linha de cuidado, na idéia de que a *função saúde* confunde-se com a *função cuidado*. O caminhar nessa linha de cuidado, durante toda a vida das pessoas, tem um incremento de potência no sentido da técnica e da humanização desse cuidado, quando se consegue uma íntima e permanente vinculação entre equipe de trabalhadores/cuidadores em saúde e usuários/clientes. A isso temos chamado de *vinculação de clientela* e seus diversos recortes no território e na organização social ampliada.

O resultado das diversas intervenções na linha do cuidado exige uma permanente *coresponsabilização entre equipe e usuários* sobre os resultados da intervenção. Há necessidade do estabelecimento de uma preocupação permanente com os resultados das intervenções, e é sempre bom lembrar, na lógica das necessidades dos usuários e não dos técnicos planejadores ou dos políticos gestores. Imaginamos que todos os outros elementos do sistema devem ser organizados a partir desta lógica e com vistas a dar o melhor suporte possível, nos vários níveis tecnológicos, para os milhares de linhas de cuidado, visíveis ou não, inauguradas a cada dia.

Finalmente, a *busca permanente da autonomia dos usuários*, ou seja, o compartilhamento de uma proposta que procura dotar progressivamente os cidadãos de capacidade de se cuidar e, fundamentalmente, decidir sobre os caminhos possíveis para a sua condição de vida e saúde, afastando todo tipo de dependência obrigatória e nefasta com o sistema de atenção. Claramente esse caminho potencializa resultados práticos na proteção e recuperação dos níveis individuais e coletivos de saúde e é mais coerente com o objetivo de se produzir cuidado em saúde.

Enfim, a implementação de mecanismos e estruturas que possibilitem a chamada regulação pública da assistência. Partindo do princípio que sempre existe, como processo social, alguma regulação, ela pode ser de recorte nitidamente de mercado, tecnocrática, política e corporativa, com vários graus de mistura entre essas pontas. A defesa coerente nesse modelo é da implantação de uma estrutura operativa da gestão, como as centrais de regulação, que operem defendendo o interesse público da gestão e, portanto, de seus usuários, contra a tensão permanente exercida por aquelas pontas. A partir de um desenho da realidade assistencial, seus serviços potenciais, suas ofertas e uma leitura das necessidades de saúde de determinado território geográfico e humano, é possível estabelecer pactos públicos e transparentes, nos vários níveis de gestão, ordenados por uma estrutura reguladora que consiga dar a melhor resposta disponível às demandas do cotidiano, nas diversas faces da atenção, como as urgências, a utilização dos leitos hospitalares, as consultas especializadas, a alta tecnologia etc. Essa central reguladora tem potência para se firmar como uma grande ferramenta de inclusão social, partindo da clareza na definição de prioridades para a assistência.

Pois bem, a implementação desses atributos vai exigir uma rede de serviços radicalmente comprometida, em todos os níveis, não só na atenção dita básica, com a sua prática, procurando em cada projeto e ato, pensar primeiro se vai haver uma facilitação ou não do acesso e do acolhimento humanizado; produzindo ou não vinculação e responsabilização e aumentando a autonomia dos usuários, subordinado aos ditames da regulação legítima-

mente pública. Para isso, por exemplo, são necessários serviços adequadamente distribuídos, pensados segundo as necessidades, numa visão local e regional, com planificações dinâmicas de expansão e adequação, com equipes comprometidas com essa formulação, atentas e discutindo suas peculiaridades, com agendas abertas e flexíveis, com portas abertas, não só fisicamente, com olhar permanente para os usuários agudamente doentes, com contratualizações claras dentro das equipes e entre as unidades, com fluxos definidos e regulados por estruturas de gestão pública, com abertura permanente para a avaliação dos vários envolvidos no processo, com incorporação tecnológica racional e admitindo as diferenças e particularidades de serviços e territórios. Enfim, continuamente oxigenadas e em mutação, mas com clareza do sentido do projeto e no firme propósito de defender a vida e o bem-estar das pessoas, incluindo-as de forma cidadã nas mais inventivas formas possíveis.

O outro modelo, o *excludente*, possui naturalmente atributos que são as negações seriadas dos aqui colocados. O acesso à sua rede é burocratizado e dificultado ao máximo, essa rede já nasceu e continua se expandindo sem nenhuma lógica de necessidades, os interesses que a dominam não são os públicos, são regulados pelos interesses de mercado, das corporações e de grupamentos políticos, inexistente a prática do acolhimento humanizado, a sua base de operação são intervenções tecnológicas materiais desprovidas de liga em um projeto terapêutico articulado, os horários de atendimento são os mais estranhos possíveis, as agendas são fechadas e há uma permanente desarticulação entre as ações de proteção e promoção e as ações assistenciais diretas. Pior ainda, os seus principais operadores, os trabalhadores, ficam cada vez mais frustrados e insatisfeitos com a própria prática. Enfim, a linha de cuidado é transformada em uma seqüência que parece interminável de procedimentos médicos, baseados só em equipamentos, de idas e vindas no ciclo da assistência, sem nenhuma lógica que considere a centralidade do usuário no processo e faça disso o sentido do projeto.

Geralmente, nessa situação, a ênfase ao discurso da promoção à saúde serve apenas de cortina para esconder uma desresponsabilização dos gestores com a assistência necessária aos usuários já adoecidos e com risco de perda da vida. Como não têm sentido de rede, sistema e regulação pública, os serviços são concorrenciais e não complementares e há uma desconfiança permanente dos usuários quanto ao seu direito de atenção e uma insatisfação insustentável dos trabalhadores com o seu trabalho e seus resultados.

Infelizmente o mix a que nos referimos, entre os dois modelos polares, tem pendido para a exclusão e fica claro, pela complexidade apresentada de seus elementos constituintes, que não é possível uma simplificação grosseira tão freqüentemente difundida entre “modelo de saúde e modelo de doença”. Além da falsa dicotomia, o corte nos parece não estar aí, mas entre a predominância dos atributos de inclusão ou de exclusão. Será que uma unidade básica de saúde, que tem esse nome, que distribui suas “fichas de atendimento” na primeira hora da manhã, segundo a ordem da fila instituída por toda a madrugada, ele abre ou fecha as sete horas? Por mais ações corretas de proteção e promoção que suas equipes realizem, a exclusão sumária e regular dos doentes, que não suportam filas de madrugada e têm que buscar as emergências dos grandes hospitais, por si só não expressa um modelo excludente? Por fazer as tais ações preventivas (segundo que necessidades mesmo?) e desconhecer os que sofrem ou correm risco de vida, poderiam estar esses serviços alinhados no “modelo de saúde”? Preferimos, então, chamá-los de excludentes e defender a sua mudança.

Como reflexão final, algumas situações que podem marcar as diferenças entre os dois

modelos e expressar o sentido da inclusão na saúde. Outros temas da atenção poderiam ser citados e outros lugares poderiam ser escolhidos. Mas vamos localizar algumas experiências vivenciadas, aqui em Belo Horizonte, em determinado período político de governo municipal democrático e popular da gestão Patrus Ananias. Todas elas não puderam, por várias razões, serem totalmente experimentadas, pela própria limitação temporal, mas deram indícios claros de potência para defender a vida e incluir cidadãos.

Sem a possibilidade de espaço e com menos propriedade que seus gerentes diretos em fazê-lo, citamos as experiências do chamado *projeto vida, da urgência e emergência, da saúde mental e as das crianças portadoras de doenças respiratórias*. De uma ou outra forma, com ênfase em um ou outro atributo de inclusão, compuseram no seu conjunto, às vezes desarmonico e inacabado, uma gestão que buscava conquistar um modelo inclusivo de atenção. O *projeto vida* conseguiu em poucos anos reduzir a nossa ainda vergonhosa mortalidade infantil em mais de 30%, com avaliação permanente dos indicadores epidemiológicos, com ampliação do pré-natal e implantação de fluxo definido para as gestantes, com busca ativa, nas maternidades, de crianças de risco, com acompanhamento domiciliar numa bela parceria com a Pastoral da Criança e com a progressiva mudança do processo de trabalho nas unidades básicas, principalmente com a implantação do acolhimento multiprofissional para as crianças doentes, agenda aberta, equipe responsável e responsabilização por grupamento populacional pelas equipes. Milhares de crianças foram e continuam sendo salvas e tendo melhor qualidade de vida e chance no seu futuro.

No caso da *atenção às urgências e emergências*, situação própria em que a vida pode estar ameaçada e o sofrimento é, às vezes, intenso, a principal novidade foi a conceituação de que urgentes são todas as situações em que os usuários se sintam agudamente enfermos. Demandam agudamente ajuda e cuidado potencial do sistema de atenção. A par de uma incipiente discussão com a imensa rede de atenção básica, na linha do acolhimento e vinculação de clientela, o grande movimento foi a expansão nunca experimentada de serviços com portas abertas 24 horas, com a criação de quatro pronto-atendimentos, a abertura de um pronto-socorro no Hospital das Clínicas da UFMG, a transformação do único e tímido pronto-socorro municipal em um grande serviço de referência para as emergências de toda a região, a criação do serviço de atendimento pré-hospitalar/resgate e ampliação e gestão mais pública dos leitos de retaguarda através da gestão plena do sistema municipal e do controle rigoroso pela recém-criada central de internações. Naturalmente que o imenso aumento da demanda pela expansão da crise econômica e a explosão da violência urbana, não deram chance para esse projeto impactar positivamente a visão dos usuários, além de, como sua falha, não ter conseguido alcançar, nesse nível de atenção, resultados nos processos de acolhimento humanizador da clientela e sua articulação com a rede básica, para a continuidade da linha de cuidado.

A saúde mental é um exemplo vivo e incompleto das possibilidades de um modelo inclusivo. A luta social do movimento antimanicomial por um novo modelo de atenção na saúde mental transcendeu a esfera sanitária e se inscreveu na história das lutas de parcela da população brasileira pela sua cidadania plena. A possibilidade já bem demonstrada da eficiência humanizadora da implementação de rede substitutiva (e não alternativa) aos manicômios para os portadores de sofrimento mental, a qualidade possível desse tipo de assistência, seus resultados técnicos e sua capacidade de evitar o circuito do sofrimento e morte, caracte-



rística dos manicômios assassinos, retornando os usuários ao pleno convívio social e a sua inserção no cotidiano da cultura e da vida cidadã, é a expressão mais viva de implementação de todos os atributos de um modelo verdadeiramente inclusivo. O que se conseguiu em Belo Horizonte, ainda que de forma incompleta, é o exemplo de que caminhar nesse sentido é plenamente possível, e necessário para uma nova prática e gestão para o SUS.

Novamente as crianças belorizontinas em cena. Uma das mais importantes causas de óbitos e internações em crianças de zero a cinco anos são as doenças respiratórias, com destaque especial para as portadoras de asma brônquica. Além do volume assustador, análises mais detidas mostraram o número enorme de crianças que morreram sem que o sistema de saúde tivesse uma ação ou conjunto de ações efetivas nesse terreno. Além, certamente, de evitar o sofrimento imposto às crianças e suas famílias, sem precisar nem citar os gastos com internações desnecessárias. Um ousado programa, em parceria com a UFMG, implementou ações que fundamentalmente foram na linha de possibilitar acesso, acolhimento, vinculação e resolução correta de problemas para as crianças propositivamente identificadas. Mais de quinze mil pequenos cidadãos com esse tipo de agravo podem ser considerados hoje incluídos no sistema de saúde da capital, com tecnologias pouco materiais e mais humanas, e resultados surpreendentes. Por uma ação decisiva do gestor público, tiveram evitadas suas mortes, melhorado substantivamente sua qualidade de vida e sendo dado um pouco de felicidade às suas famílias. Não será esse um sentido definitivo e engrandecedor a quem, pessoas e instituições, se propõe a produzir saúde?

Por fim, uma ilustração de como apenas discurso e propaganda não resolvem efetivamente a questão da exclusão em saúde. A proposta do PSF – Programa de Saúde da Família – vem sendo colocada como a panacéia dos males do SUS na atualidade. Apesar de todos os seus pressupostos se basearem em princípios inclusivos, a prática vem mostrando que é como se houvesse soluções simples para problemas tão complexos para a produção de saúde em um país com as condições de nossa população e com uma estrutura e caminho econômico de tamanha perversidade. E mais, como se fosse possível uma mesma solução impactar, positivamente, o quadro sanitário em todo o país, com a mesma receita, com diferentes governos e intencionalidades, em tão distintas questões sanitárias e sociais. Pelo que tentamos demonstrar, difícil acreditar em soluções com esse grau de magia. Os resultados são intimamente dependentes dos atributos a serem experimentados e operados. Entretanto, esse programa é um excelente exemplo de como é possível tender para a inclusão ou para a exclusão, dentro de um mesmo arcabouço discursivo. Fora dessa esfera, é na ousadia e no sentido da sua implementação que ele vai se conformar como um dos pólos discutidos. Fugindo da ortodoxia que esconde outros interesses, que não os da saúde pública, é possível imaginar o PSF assumindo e operando com recursos e estratégias que levam ao acesso, ao acolhimento, à vinculação e responsabilização, à solução efetiva dos problemas individuais e coletivos, articulados no conjunto do sistema de atenção, apoiados por todos os outros níveis tecnológicos e viabilizados pela estrutura de regulatória pública. Felizmente, nessa linha, vários projetos nesse sentido vêm sendo gerados e geridos pelo país afora, para o bem de suas populações usuárias. Certamente, retornando ao título deste texto, porque os seus gestores, antes de implementar o programa, devem ter se perguntado: este meu PSF vai ou não contribuir para estabelecer um claro nexos entre saúde e inclusão social?

## Otaviano Augusto de Paula Freitas

Médico da Liga Mineira de Trauma.

**D**enomina-se Trauma as lesões físicas produzidas pelas diversas atividades do homem. O Trauma é uma doença sem fronteiras, atinge todos os segmentos da sociedade, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. Acomete pessoas de ambos os sexos, de todas as faixas etárias e camadas sociais e é considerado uma causa externa de mortalidade ou morbidade.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte global da população. Acometem pessoas mais velhas que, freqüentemente, já deram sua parcela de contribuição à sociedade e às suas famílias, pois decorrem de doenças degenerativas que aparecem com o envelhecimento. As neoplasias (os tumores) já foram a segunda causa de morte em nosso meio. Atualmente as causas externas superam-nas, sendo hoje o Trauma a segunda causa de morte, com cerca de 13,2%, seguida pelas neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças infecto-parasitárias e uma miscelânea de outras origens.

De acordo com o agente etiológico, dentro das causas externas de morte, observamos que a violência interpessoal ocupa uma posição muito importante. Até alguns anos atrás, era a segunda maior causa de morte e o acidente com veículo automotor a primeira. Este último aumentou, mas a violência interpessoal aumentou numa proporção muito maior. O uso da palavra “acidente” requer uma reflexão, de acordo com o seu significado, expressa algo que não era possível de ser previsto e aconteceu como que por “um ato de Deus”. Mas quando uma pessoa está dirigindo um automóvel em alta velocidade, embriagado, em uma via mal sinalizada, com carro não adequado, sem usar cinto de segurança, ocorrendo a batida, a pessoa morre ou sofre uma seqüela, isso não pode ser chamado de acidente. Nas situações do dia a dia dos hospitais, a maioria esmagadora das ocorrências rotuladas de “acidentes” (que preferimos grafar entre aspas), o Trauma vem em decorrência de uma situação perfeitamente evitável.

De acordo com a faixa etária, observa-se que, para as crianças, menores de um ano, a causa mais freqüente de morte devido ao trauma é a asfixia. De 1 a 14 anos, já começa a incidência das causas relacionadas ao trânsito e ao afogamento. De 15 a 39 anos, o homicídio, e, em segundo lugar, o trânsito. Isso é especialmente trágico, porque acomete uma população extremamente produtiva, que ainda teria muito a contribuir às suas famílias e à comunidade. De 40 a 80 anos, o trânsito é o maior responsável e acima de 80, a queda.

Enquanto a incidência de várias outras doenças tão importantes em nossa sociedade vêm decrescendo, como no caso das afecções perinatais, das doenças transmissíveis, o trauma vem aumentando. O exemplo da luta contra a AIDS veio trazer uma nova maneira de abordar esse tipo de problema. No princípio, o número foi crescente, depois estabeleceu-se em determinado pico e em seguida houve uma queda na mortalidade. Em relação ao Trauma, a discussão pela sociedade em um Fórum como este é extremamente importante.

Os problemas causados pelo trauma geram para o Brasil, por ano, cinco milhões de habitantes com incapacidade temporária, cerca de cem mil com incapacidade permanente, ocupa dois milhões de leitos com internações hospitalares. O gasto é de cerca de 10,5% do

PIB – 84 bilhões de reais. Finalmente, há alguns anos, o Trauma foi reconhecido como doença, configurado seguramente como o pior negócio da economia brasileira. Causa um prejuízo de 4,6 vezes de tudo que é gasto com saúde no país, 5,6 vezes do que é gasto com educação, 21 vezes do gasto com transporte e 70 vezes do que o país gasta com habitação.

Em relação aos acidentes e às mortes no trabalho, também o número é assustador: 450 mil novos casos por ano. As despesas das empresas chegam a 12,5 bilhões de dólares, as das famílias a 2,15 bilhões e o governo gasta 5 bilhões de Reais por ano. O total é de 20 bilhões de Reais perdidos com a doença – Trauma.

Uma das maneiras de resolver a situação é o aprimoramento do aparelho assistencial, com sistemas integrados de atendimento ao paciente com Trauma, que envolvam desde a prevenção até a ocorrência do sinistro. Para que haja uma intervenção eficiente, com aparelho hospitalar que resolva o problema e um sistema de reabilitação efetiva, os profissionais envolvidos precisam ser treinados adequadamente. Providência que, felizmente, tem sido cada vez mais implementada. No entanto, não podemos deixar de afirmar que a única ferramenta, realmente, adequada é a prevenção. O Trauma é uma doença evitável por excelência.

Os acidentes de trânsito são responsáveis por 50 mil mortes por ano, mais ou menos 136 por dia. A cada 11 minutos morre um brasileiro devido a acidente de trânsito. As mortes por causas externas, como um todo, são de 130mil casos por ano, um Mineirão lotado em jogo de Atlético e Cruzeiro, 350 casos por dia. Para cada morte ocorrem 3 casos com algum tipo de seqüela, e, mais ou menos igual ao número de mortos é o número de seqüelas definitivas.

O Trauma é a segunda causa de morte, em geral, mas a primeira até os 40 anos, na verdade, até os 44 anos. O aspecto é especialmente trágico porque atinge sobretudo os jovens, cerca de 130 mil por ano, 100 mil seqüelados aproximadamente.

A educação deve ser o ponto de partida para a abordagem do problema, é necessário passar o conceito de que o Trauma é uma doença, não um acidente ou uma fatalidade. Das mortes causadas por Trauma, 50% ocorrem no local do acidente, 30% nas primeiras horas, quando o médico tem uma interferência direta, mas cabe também aos profissionais da área médica, a prevenção, esclarecendo a população através de dados estatísticos das ocorrências. 20% das mortes ocorridas por seqüelas e por complicações podem ser evitadas pelo aprimoramento do aparelho assistencial das primeiras horas, reduzindo assim as mortes tardias. Para isso, é imprescindível a prevenção e um sistema integrado e complexo de atendimento.

Num espaço destinado à discussão da inclusão social, faz-se primordial a abordagem dos problemas causados pelo Trauma, que vão de seqüelas físicas como as paraplegias, tetraplegias, lesões cerebrais, amputações, queimaduras, estas extremamente freqüentes em crianças; pacientes com ostomias, colostomias (desvio do intestino para a parede abdominal), que vão passar o resto de suas vidas nessa situação; assim como a traqueostomia em pacientes que não têm mais a capacidade de respirar pelas vias adequadas. Todo esse quadro é agravado pelas seqüelas psicológicas, que resultam em alterações cognitivas até um ano após o “acidente”, tanto nas vítimas como em seus familiares, de acordo com estudos sistemáticos feitos pelos americanos em pacientes que sofreram Traumas.

A abordagem do problema deve ser feita por um serviço integrado de atendimento, que deve contar com todos os segmentos da sociedade, além de centros de Trauma adequados. Em Belo Horizonte há somente um centro, para uma população enorme, que faz aten-

dimento de primeira linha do paciente traumatizado. Muitas cidades brasileiras não possuem um centro traumatológico, o atendimento é feito em um hospital geral, onde não existe uma especialização para que a intervenção seja adequada a esse tipo de paciente. Os serviços de recuperação também devem ser aprimorados, pois poucos deles podem incluir essas pessoas na sociedade de maneira efetiva.

O Hospital João XXIII está implementando, entre outros, o sistema de desospitalização. Muitos dos pacientes com seqüelas graves permanecem, às vezes, um ano ou mais dentro do hospital. A tendência atual é tirar esse indivíduo desse ambiente, onde ele está exposto à infecção hospitalar e à falta do convívio familiar. O paciente é levado para sua casa e o aparelho Estatal leva o recurso para que ele seja atendido devidamente dentro do seu próprio meio.

Existem alguns projetos da Liga Mineira do Trauma que já estão em curso:

*Projeto 1* – é aquele que levará esse tipo de treinamento às pessoas que lidam com assistência ao paciente traumatizado, tanto na capital, quanto nas cidades do interior.

Estão sendo treinados médicos e pessoal da área de saúde para o atendimento adequado, sobretudo, ao paciente das primeiras horas, para que com isso se consiga reduzir a mortalidade e as complicações. Existem protocolos específicos que estão sendo empregados amplamente.

*Projeto 2* – como a educação do adulto é muito difícil, este projeto visa investir na educação da criança. Um convênio entre a Liga Mineira do Trauma e a Secretaria Estadual de Educação possibilitou a promoção de um curso no qual orientou-se os professores do Ensino Fundamental em relação à abordagem da doença Trauma, sobretudo, no aspecto da prevenção.

Falar em inclusão social é pensar prioritariamente na prevenção, mas é necessário que haja um aparelhamento social para trazer esse tipo de paciente ao convívio social adequado. Entretanto, é muito mais importante, muito mais barato, e com melhor resultado, investir na prevenção. A prevenção que evita que essa situação ocorra é a prevenção primária, como esta que acontece neste Fórum. A secundária é aquela em que o chamado “ acidente” acontece e as pessoas têm de estar protegidas. As campanhas são importantes, como, por exemplo, a do cinto de segurança. A prevenção terciária é, sobretudo, quando o médico e o pessoal de saúde intervêm na situação. Aconteceu o evento, as pessoas foram traumatizadas, mas existe um aparelhamento social adequado para o atendimento, e o objetivo é salvar a vida da pessoa, evitar as complicações, as seqüelas, para poder devolvê-las ao seu meio social.

Uma experiência muito interessante no Hospital João XXIII é de levar pessoas que viveram uma situação pessoal para o convívio na Liga Mineira do Trauma, a fim de expandir a vivência própria. Recentemente, foi feita uma campanha no trânsito, em que estava uma senhora, que havia perdido o filho em um acidente de trânsito, ao lado do rapaz que era o causador do acidente. Foi uma experiência comovente, pois nada é tão passível de se mobilizar as pessoas, quanto uma experiência pessoal.

A prevenção via educação é a maneira mais barata e eficaz de combater “acidentes” e para isso deve-se preparar as próximas gerações. O momento é de necessidade, com um problema efetivo, que assume proporções gigantescas. O próximo passo é a fase do anseio, do sonho, de poder lidar com a inclusão social, com aquele paciente que, a despeito de nossas campanhas de prevenção, de um aparelhamento social adequado para uma correta profilaxia, venha a ter uma seqüela.

## Raldo Bonifácio Costa Filho

Coordenador Adjunto do Programa Nacional DST Aids, do  
Ministério da Saúde.

O Programa Nacional de DST e Aids é a resposta brasileira a uma epidemia que é con-  
temporânea e universal.

Revelando um pouco da magnitude da epidemia, temos notificados, oficialmente, desde o início da epidemia, cerca de 200 mil pessoas com Aids no nosso país, doentes de Aids ou que já morreram decorrentes da Aids; e temos uma estimativa de cerca de 600 mil pessoas infectadas com o vírus da Aids, ou seja, pessoas que têm o vírus, mas não desenvolveram a doença.

Neste momento, ocupamos uma posição destacada no cenário internacional e isso faz com que o Brasil, o Ministério da Saúde, tenha, no momento, uma demanda imensa internacional, principalmente devido a uma política de inclusão e também à própria Aids. Esta nos coloca frente a questões da humanidade, do cotidiano. A transmissão da Aids é, principalmente, entre nós, pela via sexual. Outra via de transmissão é a via materno-infantil, que também se relaciona com a vida e a preservação da espécie. Além dessas, a infecção pela intimidade muito grande com as drogas, via intravenosas, por exemplo, que é um acontecimento universal, conhecido desde que a humanidade existe. Isso fez com que a Aids nos obrigasse a atentar não só para a população em geral, para o cotidiano, para a vida das pessoas, a maneira de viver, como também para populações pouco cuidadas, que vivem consideravelmente em exclusão.

Podemos falar de duas experiências importantes nesses quase 20 anos de epidemia entre nós. Uma delas foi a inclusão das pessoas que vivem com HIV e Aids como protagonistas na formulação de políticas de saúde, na parceria, na interação, na interlocução. Com isso nós adquirimos – já pode ler dessa maneira – não só a confiança dos atingidos pela epidemia, como também de seus amigos, familiares, e até da sociedade em geral. Além disso, as populações sujeitas a maior risco da infecção – não por algum julgamento moral, mas porque, se a infecção é principalmente pela via sexual, pessoas que praticam mais sexo estão mais expostas ao risco, como prostitutas e prostitutas, travestis, homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis – são populações que passaram a fazer parte das políticas públicas de saúde, passaram a ser inseridas – posso garantir – como protagonistas também da formulação dessas políticas.

A resposta à Aids exigiu que a inclusão se tornasse fundamental. A posição atual que ocupamos no cenário internacional nos traz mais responsabilidades e obrigações. De jeito nenhum podemos soar trombetas e ficar deitados nesse sucesso internacional. Há muito que avançar e eu já aponto avanços e situações em que é preciso avançar para manter essa posição no cenário internacional, manter a nossa população assistida e, realmente, manter controlada a epidemia em nosso meio.

Tomei uma frase de Herbert Daniel, um escritor e ativista político, mais do que isso, um guerrilheiro na época da ditadura, que se deparou infectado pelo vírus da Aids. Embora já tenha falecido, deixou uma contribuição muito grande no início da epidemia. Ele foi um

dos pioneiros, uma das lideranças da resposta à epidemia no Brasil. O Herbert Daniel, em 1989, em um de seus livros, *Vida Antes da Morte*, afirma: “Cada cultura constrói sua Aids própria e específica. Bem como as respostas a ela”. Isso é muito interessante, porque, se olharmos o cenário de cada país, veremos como a Aids tem uma construção, pois a resposta nacional é bastante vinculada ao que a cultura faz com ela.

Entre nós, eu aponto a grande importância de termos tido um Herbert Daniel e outras pessoas vivendo com Aids que se expuseram, que tornaram visível a Aids e praticamente exigiram que a resposta governamental fosse uma resposta imediata de apoio às pessoas com HIV e Aids, e partisse para um outro ponto muito importante da experiência brasileira que aprendemos nesse tempo, a decisão a permear em todos os aspectos, por exemplo, o tratamento. A resposta brasileira às instâncias internacionais, como Organização Mundial de Saúde, foi com prevenção e assistência. Posso garantir que não foi fácil, porque nós estávamos indo contra a maré. O que diziam, inclusive a Organização Mundial de Saúde, era que, com assistência, ou seja, com tratamento dos pacientes naquelas condições de descobertas novas, corria-se o risco de criar uma epidemia resistente, depois incontrolável.

Ouvimos isso, ficamos atentos, e passamos a controlar também o tratamento, ou seja, pesquisar se estávamos, realmente, favorecendo uma epidemia resistente e, portanto, agravando a situação, inclusive, em nível internacional. Posso dizer, hoje, que há uma rede que pesquisa resistência, e nossos índices são inferiores aos de países desenvolvidos. No início do programa brasileiro houve omissão sim, mas posterior e atualmente, há esse movimento de tomada de decisão, mesmo que essa decisão, às vezes, não seja rigorosamente baseada na ciência, mas surja por uma decisão política ou por uma demanda social que é incontestável. O Ministério da Saúde criou uma rede de genotipagem, ou seja, uma rede de laboratórios que podem verificar as variações dos nossos vírus e se eles, realmente, estão sofrendo mutações que sejam novas e resistentes às terapias já descobertas; ou para nos dar indicação, e também para os pacientes que tomam medicamentos, se eles estão criando resistências aos medicamentos, por exemplo. Esses métodos não são ainda cem por cento consagrados, mas a demanda dos nossos profissionais de saúde é intensa.

O cenário internacional facilitou a formulação de políticas de saúde; assim como os grupos sociais organizados, desde a década de 70; o movimento de grupos internacionais que facilitaram criação e apoio no Brasil; a intervenção dos blocos econômicos e grandes grupos, Mercosul, Comunidade Européia e etc; resoluções e acordos internacionais que o Brasil passou a adotar como lei; acordos internacionais importantes da Organização Internacional do Trabalho; discursos adotados pelos meios de comunicação, às vezes com equívoco, mas, de modo geral, os meios de comunicação têm sido muito favoráveis nesse sentido. No cenário nacional, pensa-se na década de 80, a situação sócio-cultural-político-econômica em que vivíamos, houve uma resposta social à ditadura, a liberação da ditadura, novas relações de mercado institucionalizadas, grandes movimentos de diferentes grupos organizados, que já vinham lutando pela liberdade e democracia. A Aids encontrou esse ambiente e se organizou nesse sentido.

A pesquisa científica em Aids correu muito célere, não se conhece uma doença para a qual se tenham feito descobertas tão rapidamente quanto a Aids, o que nos facilitou muito como uma referência, porque diariamente aparecem curadores de Aids. Na relação custo/benefício, pudemos provar que uma política voltada para prevenção e assistência foi funda-

mental. O trabalho de ONGs, que formulavam políticas sociais em Aids no Brasil, aponta que era importante a identificação dos primeiros casos de Aids e a tomada de consciência do problema. Isso nós devemos à sociedade organizada, não é ação governamental. A criação das primeiras organizações voluntárias foi essencial, e continua sendo, depois houve a intervenção dos poderes públicos para coordenar e controlar as diferentes iniciativas.

Sintetizando, a importância do Estado foi de estimular, apoiar as iniciativas, disseminar conhecimento, desenvolver tecnologias apropriadas, criar redes com esse desenvolvimento e políticas de auto-suficiência, que, no momento, são o grande desafio, dar sustentabilidade a todas essas iniciativas por parte dos estados, municípios e da sociedade organizada.

As respostas públicas à epidemia também são um trabalho de contribuição da sociedade civil organizada. De 1982 a 1985, os primeiros casos apareciam muito mais pela mídia, entre atores, estilistas e pessoas de classe abastada. A primeira resposta governamental foi do estado de São Paulo, através da criação de um programa específico. Depois fundaram-se as primeiras ONGs voltadas para Aids. Das autoridades governamentais houve omissão por algum tempo. Quando o Ministério relatava a existência de, por exemplo, dois casos em tal lugar, uma ONG retificava para trinta casos só naquela organização. Havia uma onda de pânico e preconceito. Quem viveu nessa época lembra como se falava de Aids para o público: “Aids mata”, “Você é promíscuo” etc. O pânico generalizou-se a respeito da doença, porém isso nos mostrou que não funcionava para debelar uma epidemia. Até que de 1986 a 1990 houve uma resposta nacional, através da criação de um programa específico dentro do Ministério da Saúde, e já voltado para todo o país. A abordagem da epidemia foi pragmática: analisou-se a expansão das ONGs, sentou-se com as ONGs e elas foram ouvidas; atentou-se para a mobilização das pessoas que viviam com Aids, o que elas tinham para dizer, em que elas podiam contribuir; deu-se atenção ao poder das populações mais excluídas, passou-se a se reunir com prostitutas, hoje há comitê no Ministério com prostituta, organizou-se a capacitação desse pessoal, passou a existir comitê de homens que fazem sexo com homens. Descobrimos que no Brasil a problemática não era o homossexualismo, porém muito mais ampla culturalmente. A sexualidade masculina é mais complexa do que se imagina, os homens se relacionam mais com homens, não só com mulheres. Devemos todo esse trabalho de atenção para com a nossa cultura à sociedade organizada.

De 1990 a 1992, houve uma suspensão dos elementos fundamentais do programa nacional. Que pensem o que quiserem, mas o governo Collor foi a época do terrorismo em relação à Aids, quando houve uma quebra das relações com as forças sociais. Dois anos foi um tempo perdido, inclusive, com deterioração das relações internacionais. Por exemplo, na época em que os organismos internacionais vieram interessados em que entrássemos em uma rede de vacinas contra o HIV, nós não entramos, eles praticamente foram escorraçados do país.

De 1992 a 1997, houve uma retomada do diálogo com as ONGs, e também o acordo com o Banco Mundial foi muito importante na medida em que possibilitou uma flexibilização das relações com as ONGs, os estados e os municípios, pois a nossa estrutura não permitia, embora ele não seja a maior fonte de financiamento do programa de Aids – o acordo com o Banco Mundial permite um percentual muito pequeno em relação ao que o tesouro nacional gasta no Programa Nacional de DST/Aids. Nesse período também foi muito im-

portante a adoção de uma política de acesso universal ao tratamento. Isso nos colocou em uma posição de destaque internacional. Todo paciente com Aids tinha direito de acesso ao tratamento, à saúde. Adotamos uma política não só de distribuir medicamentos para todos, como também de produzir no país, o que criou problemas internacionais que existem atualmente.

De 1998 para cá, ocorreu o processo de descentralização, os estados e municípios têm a função de assumirem mais os programas de Aids. Continuamos fortalecendo o movimento social, o que significa objetivamente financiar, dar apoio técnico, dar poder à população, às organizações, isso feito dentro de processos de licitação; estimulamos a organização da sociedade, apoiamos o fortalecimento institucional e a continuidade das ações. Há que reparar que são ações para as quais o Estado não está preparado para fazer, não tem em sua estrutura funcional pessoas que possam dedicar sua noite, por exemplo, na rua, com uma população de prostituição, nos guetos, no cenário feio que é o cenário de exclusão dos usuários de drogas injetáveis.

Criou-se uma Rede de Direitos Humanos, em nível ministerial, com toda crítica que possa haver, mas essa é uma rede efetiva que funciona cotidianamente em defesa do direito das pessoas que vivem com Aids e de populações em situação de risco e vulnerabilidade.

O Aids II foi um novo acordo com o Banco Mundial, que está permitindo, de 1998 até final de 2002, a continuidade do programa.

Implementaram-se processos de cooperação horizontal: existe um grupo de cooperação horizontal formado por todos os coordenadores nacionais dos programas dos países da América Latina e Caribe. Com as agências internacionais também isso é consolidado. Não poderíamos funcionar aceleradamente, com flexibilidade burocrática, se efetivamente não firmássemos acordos com a Unesco, por exemplo, com organismos da Organização Mundial, da ONU. Essa parceria com as agências permite que possamos administrar e gerir o programa de Aids como ele vem ocorrendo.

Os resultados são visíveis e o reconhecimento é internacional. Segundo o nosso ministro, outro dia, essa visibilidade era devida ao **New York Times**. O fato é o programa de Aids também foi escrito em inglês. Então ele acha que por ter sido escrito em inglês foi publicado no **New York Times**. Eu diria, hoje, se pudesse responder aqui para o nosso ministro da saúde, que o **New York Times** também ganhou muita fama e desdobramentos importantes por ter noticiado o programa brasileiro. Hoje muitos países em desenvolvimento, ou alguns a que não podemos nem chamar em desenvolvimento, chegam e são atendidos. Nós recebemos, mostramos o modelo brasileiro e discutimos as possibilidades ou impossibilidades de implantar o modelo brasileiro. Ele não é facilmente implantável, é muito próprio da cultura brasileira, mas conversamos sobre as experiências que tivemos e as experiências e obstáculos que esses países têm. Ontem mesmo recebemos uma missão do Timor Leste. Antes, recebíamos no Ministério muitas cartas de rincões distantes do nosso país, com relatos de que encontraram a cura da Aids, por exemplo, em um sonho, no canto de um pássaro. Essas notícias vêm, agora, da Ásia, da África. Isso é um indicador da visibilidade através do **New York Times**, porém algo que é realmente visível e que produz efeito.

Quero mostrar um exemplo de uma concorrência que fizemos com a sociedade civil organizada, as conhecidas Organizações não Governamentais  $\frac{3}{4}$  eu nomeio sociedade civil organizada, porque as ONGs não incluem certos sindicatos, associações de bairro e etc. O



processo envolveu, apenas de uma concorrência, a penúltima, do início do ano, 167 organizações não governamentais com projetos, além da população que é abrangida. Fiz questão de apresentar esse dado, porque é um indicador de inclusão. São projetos com pessoas PWA – uma sigla que se universalizou –, pessoas que vivem com Aids. Eu acho que foi criada pelo Herbert Daniel, no Canadá, em uma Conferência Internacional, em que, ao invés de falar aidéticos ou doentes de Aids, ele falou pessoas vivendo com HIV e Aids. Os projetos são com usuários de drogas; com populações heterossexuais; crianças e adolescentes que vivem situação de vulnerabilidade grande; mulheres – constituem-se uma população bastante vulnerável para Aids, é o meio em que a epidemia mais cresce; populações confinadas em presídios, asilos etc.; profissionais do sexo; homens que fazem sexo com homens. Temos mais de 30 projetos só de assessoria jurídica como um instrumento para garantir direitos dessas pessoas. Promovemos o desenvolvimento institucional, para o apoio a caminhoneiros, também bastante vulneráveis; à população indígena, idem; à população em situação de pobreza.

Eu teria números para apresentar: quantos pacientes estão sendo assistidos, quantos serviços de atendimento domiciliar existem no país, quantos de tratamento hospitalar, que custo/benefício, que ganho tivemos com essa política, que ganho tivemos com internações, pois diminuí enormemente o número de internações e infecções, a mortalidade desceu a 50% em nível nacional para Aids.

Para finalizar quero retomar a proposta feita pelo Betinho, em 1992, para uma Política Nacional de Aids, após a quebra daquela política de 1990/1992. O Betinho fez uma proposta mínima para o programa de Aids: considerar toda a sociedade como primeiro grupo alvo; a transmissão de conhecimentos como um direito fundamental, a população deve estar plena e totalmente informada seja lá do que for a respeito da epidemia; a mobilização social; os soropositivos, que são as pessoas infectadas, mas não doentes, como segundo grupo alvo; os próprios doentes de Aids, o terceiro grupo; o poder público e os profissionais de saúde, envolvidos principalmente na capacitação e efetividade de decisão do poder público; e a responsabilidade do Estado já determinada na Constituição. Essa responsabilidade do Estado teve um momento político fundamental, em 1996, quando a Presidência da República assinou um decreto em que se obrigava a dar tratamento para todo doente de Aids, com qualidade. Lá se estabelecia que esses medicamentos e tratamentos seriam determinados por um grupo especial, que é hoje o grupo de consenso.

Questionado sobre a distribuição gratuita de preservativo feminino para todas as mulheres, pois ele muito caro, esclareço que esse é um dos motivos pelos quais o Ministério da Saúde, até hoje não adotou a distribuição universal do preservativo feminino. O Ministério da Saúde primeiro fez um estudo em vários sítios no Brasil, para ver a aceitabilidade do preservativo feminino e concluiu que ela é grande. Então o Ministério adotou uma política inicial de distribuição para populações expostas ao risco. Atualmente distribuem-se 200 milhões. Há outras iniciativas, como retirada de alguns impostos de importação, por exemplo, do látex. Há negociações de produzir preservativos, para que se consiga acordo entre as empresas de produzirem um popular, ou seja, sem rótulos bonitos, o que diminui muito o custo. É impossível adotar a distribuição universal, ele é, realmente, muito caro e, sendo realista, não conseguimos aumentar isso. Não estendemos as campanhas a outras populações, como as pessoas impossibilitadas de ver, as portadoras de deficiência visual, idosos, e surdez. Vale lembrar o seguinte: as campanhas são sempre campanhas nacionais, dirigidas para a po-

pulação em geral, e eu garanto que são muito caras. Obedecendo a todos os processos legais, fazer uma campanha em nível nacional é muitíssimo dispendiosa. O que se acaba vendo na televisão, ou nos cartazes, no outdoor é um processo que ouve muito a população. Há várias reuniões, até se chegar a uma decisão final, ela acaba na Presidência da República. Até chegar lá, às vezes ela é parcial ou totalmente vetada e surge outra no lugar. As populações citadas nessa observação têm campanhas próprias, localizadas, e nos grupos organizados. Nós temos projeto para as pessoas com deficiência visual com leitura, inclusive, específica, mas são de grupos organizados que apresentam ao Ministério; para as pessoas com deficiência auditiva também existe, embora possa não ter a visibilidade e a extensão que talvez devesse ter.

Há uma dúvida sobre o direito de aposentadoria por invalidez para o portador de HIV. Isso é avaliado nos setores específicos da Seguridade Nacional. O portador do vírus não tem direito, mas, sim, as pessoas com Aids. Apesar disso, é feita uma avaliação, especialmente porque, depois da instalação da terapia anti-retro-viral, depara-se com pessoas que não querem ser aposentadas. Há uma liderança nacional em Aids, que em 1995 estava em cadeira de rodas, era praticamente um esqueleto. Hoje, ele atua internacionalmente e, de modo algum, quer ser aposentado, é uma das pessoas que luta contra isto, que se estabeleça que, se tem Aids, deve aposentar. Existe o direito, mas o direito tal e qual para outras enfermidades, em que isso é avaliado, e vê-se a possibilidade ou não de continuar no trabalho. Há problemas ainda, inclusive da regulamentação disso. Eu me lembro que há três anos estamos discutindo isso com o Ministério da Previdência, não sei por que não se regulamentou até hoje o que foi feito em comum acordo, após ter se assentado Ministério da Saúde e Ministério da Previdência, para modificar a legislação atual. Talvez haja necessidade do movimento social organizado retomar a pressão e exigir que isso seja publicado, porque está pronto.

## Eduardo Barbosa

Deputado Federal, presidente da Federação das Apaes do Estado de Minas Gerais.

### BREVES COMENTÁRIOS

**I**nicialmente, agradeço aos promotores deste evento pelo convite para participar desta mesa e pela oportunidade de discorrer sobre o tema “Saúde e Inclusão”, de vital importância para a construção de uma sociedade justa e igualitária para todos: a verdadeira sociedade inclusiva. Cumprimento os promotores do evento e destaco a importância da sua condução pela Universidade Católica de Minas Gerais, que firma o compromisso da academia com questões indispensáveis à transformação social e à inclusão dos grupos sociais marginalizados. A promoção do Seminário Internacional, a cada dois anos, torna-se um importante instrumento para divulgação de conhecimento, troca de experiências, sensibilização e estratégia de qualificação continuada. Aos participantes do seminário, os votos da Federação das Apaes do Estado de Minas Gerais de que os temas e cursos possam enriquecer as tentativas de concretização dos direitos de cidadania.

## APRESENTAÇÃO

Como presidente da Federação Estadual das Apaes de Minas Gerais, vice-presidente da Inclusión Interamericana, deputado federal, médico pediatra e cidadão envolvido na luta cotidiana para a transformação social, aprendi a grande lição de que os direitos sociais só se tornarão concretos e a sociedade inclusiva só se fará presente quando nos apropriarmos das teorias, das leis, dos avanços científicos e tecnológicos e os colocarmos a serviço da felicidade humana, desenvolvendo processos individuais e coletivos para construção de um Estado justo.

Nesta ótica, organizei a nossa exposição em três vertentes. Na primeira, através de uma breve retrospectiva histórica, faço um paralelo entre promoção, proteção, manutenção da saúde e a sociedade inclusiva, destacando a interligação entre os termos: sociedade saudável e sociedade inclusiva. Na segunda vertente, busco traçar as linhas mestras da política de saúde, que devem estar presentes em cada município. Na terceira, buscando concluir e estimular o debate, convoco os participantes do evento ao exercício do controle social, sugerindo estratégias e procedimentos.

## SOCIEDADE SAUDÁVEL E INCLUSIVA

Falar em saúde e sociedade inclusiva, neste início de século, implica que se aponte os componentes da realidade que são produtores de exclusão social, considerada, por muitos, como a grande doença social deste século. Vivemos em uma sociedade de exclusão, onde o acesso aos direitos conquistados em leis não está sendo colocado em prática para todos os seus membros, com a agilidade necessária.

No caso do Brasil, se no final do século XX, fomos capazes, através de ampla mobilização popular, de promulgar a constituição brasileira, conhecida como a constituição cidadã, caminha-se, por outro lado, de forma morosa, para colocar em prática o que ali foi promulgado, tanto no que se refere à regulamentação dos artigos constitucionais, quanto no que se refere ao desabrochar dos direitos de cidadania em cada município. A crise dos estados nacionais, com o endividamento do Estado, reduzindo a sua capacidade de realizar investimentos sociais e, ultimamente, a lei de responsabilidade fiscal são apontados como os grandes vilões da situação hoje existente.

Pode-se afirmar que temos o mapa da sociedade inclusiva, os direitos constitucionais e legais, mas não sabemos ainda caminhar nas linhas traçadas por este mapa para a universalização dos direitos. E a sociedade, sem o cumprimento dos direitos sociais básicos universais, não se torna saudável nem inclusiva.

No nosso entendimento, o conceito de saúde, hoje, na lógica do direito, é carregado de conotações sócio culturais, ambientais, políticas, econômicas, éticas e estéticas.

No decurso do tempo, defrontamo-nos com diversas definições para o termo saúde, que se tornam insuficientes para a realidade atual e para a sociedade de todos. Algumas destas definições são reducionistas e carregadas de aspectos subjetivos ao referirem-se apenas às limitações, às habilidades e capacidades do indivíduo, à dualidade entre o normal e anormal, à contraposição da saúde à doença. Esta concepção levou, por um período da história e ainda leva, à segregação e à patologização das deficiências e das necessidades especiais apre-

sentadas pelas pessoas para a convivência social. É comum, nesta concepção, deficiência e doença quase que se tornarem conceitos agregados, e justificarem os motivos de exclusão/segregação dos supostos doentes, ao tempo necessário de cura e superação da situação que a originou.

Os povos não letrados atribuíam e ainda atribuem a razão da saúde individual e coletiva da comunidade, ou a presença de doenças, aos desejos divinos. Nesta concepção, cabe aos pajés, aos curandeiros, aos iluminados e aos governantes, proteger, promover e manter a saúde de suas comunidades, através de orações, sacrifícios, benevolências e de atos personalistas. Esta forma de pensar saúde, ainda se faz presente em várias comunidades, principalmente naquelas em que não se encontram os serviços sociais básicos indispensáveis à vida digna, e um plano de saúde global e integrado aos instrumentos de qualidade de vida.

As sociedades guerreiras da antiguidade e as atuais do culto do corpo, ou que valorizam a capacidade produtiva do ser humano pela inexistência de qualquer incapacidade física, sensorial e ou mental, também, pensam a saúde em termos apenas físicos e de capacidade de produção e de adaptação do indivíduo às exigências sociais. As condições físicas ditam o resultante da saúde. As idéias sobre os aspectos constitutivos e produtivos do indivíduo demarcam a saúde. A limitação física e sensorial do indivíduo podem levar à sua eliminação do mundo do trabalho e da participação na vida comunitária.

As primeiras descobertas da existência de causas para o estado de não saúde dos indivíduos, ligadas ao meio ambiente e à identificação da existência de microorganismos responsáveis por doenças, impulsionaram os estudos sobre as doenças, introduzindo na sociedade, também, uma nova forma de pensar a saúde dos indivíduos e da comunidade.

A medicina científica, baseando-se numa explicação racional dos fatos, permitiu o reconhecimento dos múltiplos fatores intervenientes no processo de saúde. “Os socioculturais, econômicos e ecológicos passaram a serem vistos com igual importância aos aspectos anatômicos, fisiológicos, patológicos, psicológicos” conforme afirma Marshall, cientista da saúde. As bases dos conceitos atuais de saúde começaram a ser traçadas, mas foi, a partir da medicina social, das contribuições da psicologia social da antropologia e da conquista dos direitos civis, que o conceito de saúde e de inclusão social obtiveram avanços reais.

Em meados do século XX (1948), a promulgação da Declaração dos Direitos Humanos reconheceu o direito à saúde como uma questão universal. A declaração da Organização das Nações Unidas (1952), ratificando a decisão de um comitê de peritos, relacionou as medidas do nível de saúde em 12 itens, que fundamentam as modernas medidas dos índices de desenvolvimento humano de uma sociedade (IDH) e os indicadores de saúde da população, incluindo a densidade demográfica e a oferta de serviços comunitários.

A evolução do conceito de saúde canaliza, evolui e se consolida para uma percepção integral do ser humano em sua relação individual e coletiva com o seu meio social, envolvendo os múltiplos aspectos, biológicos, psíquicos, sociais e, principalmente, da capacidade da sociedade de atender as necessidades do indivíduo.

No final do século XX, o conceito de saúde, numa conotação mais ampla, passa a abranger múltiplos campos. Os fundamentais são:

- o campo ecológico: relação homem, ambiente, natureza, espaço geográfico, urbanização, tratamento do esgoto, condições de habitação;
- o campo social e político: as formas de sociabilidade, convivência, interação. O

- direito de ir e vir, a civilidade, participação social e política, acesso aos bens sociais e garantias fundamentais, o exercício da cidadania;
- o campo espiritual e antropológico: o conceito de homem, de explicar-se, as múltiplas culturas e interpretações da realidade, do sobrenatural, a religiosidade;
  - o campo ético e estético, enquanto conjunto de princípios, valores que regem as ações humanas e seu relacionar no mundo, com o mundo, de mirar-se na ação e de admirar-se face às diversidades, potencialidades e fazeres humanos;
  - o campo do conhecimento: o sujeito da aprendizagem, da criação, do trabalho, da comunicação, da educação, dos grandes avanços científicos e tecnológicos, do acesso ao conhecimento;
  - o campo da solidariedade, afetividade e fraternidade: a capacidade dos seres humanos de se complementarem; construir a vida social fraterna, saudável e inclusiva porque fundamentada no conceito da justiça e felicidade; a valorização da paz, do diálogo entre povos e nações;
  - o campo institucional: a força dos aparelhos de Estado para manutenção, proteção, recuperação e valorização da vida digna.

Segundo Irina Ianovich, especialista em educação especial, o conceito de saúde, como direito universal e estado de humanidade, significa: “Uma condição individual e também coletiva de viver em pleno gozo das faculdades físicas, mentais, sociais, políticas, econômicas, reconhecendo-se os limites e potencialidades de sujeitos singulares, datados e situados, de produzir e usufruir os bens sociais. Mesmo quando na doença, e na adversidade, a sociedade e cidadãos equiparam as oportunidades para manutenção, promoção e proteção do estado de saúde – condições permanentes de humanização”.

Este conceito de saúde, além de incorporar os campos mencionados, quebra a dualidade conceitual entre saúde/doença e incorpora, no conceito, a permanência do estado de humanização. Aqui ele é entendido como a conservação, mesmo na doença, da dignidade humana e, quando na presença de adversidades, diferenças e incapacidades, a utilização de instrumentos de equiparação de oportunidades para a permanência da humanização, desenvolvimento das potencialidades e presença de qualidade de vida.

Percebe-se, a partir disto, que o conceito ampliado de saúde e o de sociedade inclusiva estão intimamente ligados, em condições de vida da população em uma sociedade justa e igualitária com desenvolvimento sustentado, produzindo riquezas e bem estar para todos e saúde humana e social.

## AS LINHAS FUNDAMENTAIS DA POLÍTICA DE SAÚDE

A lei federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, regula, para todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executados, isolados ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoa física ou jurídica de direito público e privado.

Ela dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; reafirma os princípios da constituição brasileira, determinando a saúde como um direito, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Conclama o Estado a garantir a saúde, formular e executar políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e a estabelecer as condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações de saúde.

Esta lei aborda o conceito ampliado de saúde ao incorporar, como fatores determinantes e condicionantes da saúde, 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 e ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social. Considera que os níveis de saúde da população expressam a organização econômica e social do País.

São princípios da política de saúde:

1. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.
2. Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
3. Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
4. Igualdade da assistência e da saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
5. Direito à informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
6. Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
7. Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
8. Participação da comunidade;
9. Descentralização política e administrativa com direção única em cada esfera de governo;
10. Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
11. Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
12. Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
13. Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
14. Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
15. Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Estes princípios, por sua natureza e abrangência, fundamentam as condições essenciais para a construção da sociedade inclusiva.

As instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde, definidas pela lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e a Conferência de Saúde têm poder para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. O conselho de saúde, órgão colegiado, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.

Estes órgãos são instrumentos indispensáveis para a participação da comunidade e para a tradução dos seus interesses cuidando para que os grupos sociais, em situação de

vulnerabilidade por necessidades especiais e situações singulares, sejam contemplados nas políticas públicas de saúde.

No cotidiano, a realidade se desdobra ao contrário do expresso na lei e, quem sabe, ao decidido pelos conselhos e conferências.

No caso específico das pessoas portadoras de deficiência, é preciso que cada município comece a se aparelhar para a promoção, proteção e recuperação da saúde destes cidadãos, adotando políticas que considerem os princípios gerais da política de saúde em sua concepção universal e adotem os princípios de equiparação de oportunidades que fundamentam a igualdade de acesso às políticas sociais básicas. É preciso que se tenha a coragem de assumir as singularidades e necessidades especiais destes sujeitos para que exista a sociedade inclusiva.

Em Minas Gerais, possuímos 350 Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais, prestando serviços na área de assistência social, saúde, habilitação e reabilitação, educação, esporte, lazer, arte, cultura, qualificação profissional e inserção social, para cerca de 53.000 portadores de deficiência e ou com necessidades especiais. A maioria dos atendidos exige uma interface constante entre os serviços, aqui chamados específicos, da saúde, educação, assistência, devido às seqüelas profundas da deficiência, das síndromes, e de fatores sociais. Muitas destas instituições são, em várias localidades, a única referência especializada para atender as necessidades especiais integrais de crianças, jovens, adolescentes, adultos portadores de deficiência e suas famílias. No entanto, apesar do esforço institucional, em muitas localidades, os serviços de habilitação e reabilitação se dão de forma aquém do desejado, por falta de apoio do Estado às condições materiais necessárias. Apenas 5% das instituições recebem recursos do Sistema Único de Saúde.

Segundo informações repassadas à Federação pelas associações, é significativo o número de crianças que aguardam há mais de 4 anos o recebimento de uma prótese auditiva, um equipamento e ajuda técnica, componente indispensável à sua habilitação/reabilitação.

Tornou-se comum e banal encontrarmos crianças, em idade escolar, ou jovens, que já poderiam ter uma participação mais ativa na vida social, desenvolvendo seus talentos e potencialidades, com limitações desta participação porque não receberam os atendimentos e ajudas necessárias, na época adequada. Esta é a forma de segregação social mais perversa que existe. As precariedades dos serviços sociais impõem ao sujeito os limites de sua atuação e ainda lhe transferem a culpa pelas questões da exclusão social.

Encontramos, também, crianças e adolescentes, com necessidades educacionais especiais, vivendo situações de fracasso escolar, não aprendizagem por apenas estarem frequentando a escola regular e não terem acesso aos recursos, ajudas técnicas, currículos, materiais e profissionais necessários à sua educação.

Dois novos instrumentos legais, a Portaria n. 818 da SAS, Secretaria de Assistência a Saúde, do Ministério da Saúde, de 5 de junho de 2001 e o Decreto Federal 3.956, de 8 de outubro de 2001, somados ao decreto 3.298, e outros instrumentos legais em vigor, podem vir a facilitar e reverter esta situação, se assumirmos uma postura pró ativa de passar a exigir o seu cumprimento, com o financiamento necessário dos instrumentos de sua aplicação, e controle social da execução, com ampla participação popular.

A portaria 818 da SAS resolve:

- Criar mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física.
- Determinar às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal a organização de suas respectivas Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, conforme a Norma Operacional de Assistência a Saúde- NOAS-SUS 01/2001.

Está previsto, por esta portaria, que as redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física serão integradas por:

- Serviços de Habilitação Física: Primeiro Nível de Referência Intermunicipal;
- Serviços de Reabilitação Física: Nível Intermediário;
- Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação;
- Leitos de Reabilitação em Hospital geral ou especializado;

Para cada nível, são estabelecidos critérios para credenciamento, abordando os equipamentos básicos para reabilitação, recursos humanos especializados, instalações físicas, horário de funcionamento, capacidade de atendimento e relação hierarquizada com o SUS.

Para Minas Gerais, foi autorizado o credenciamento de 8 serviços de referência em Medicina Física e Reabilitação e 11 Serviços de Reabilitação Física no nível intermediário.

O prazo para as instituições se adequarem ao credenciamento é até dezembro deste ano. Pergunta-se: como ficam as instituições que hoje prestam serviços e estão credenciadas pelo SUS? Que critérios de seleção serão adotados pelo Estado para determinar as credenciadas, caso o número das que cumprem os critérios seja maior do que o estabelecido para o Estado? Os moradores de municípios que não possuem os centros credenciados não irão ter acesso a serviços de habilitação e reabilitação básica próxima à residência, assumidos pelo poder público e com garantia de gratuidade?

A portaria 18 exige o estudo atento para que possamos verificar se as estratégias propostas em vez de favorecerem a inclusão social dificultam à pessoa portadora de deficiência o acesso à assistência à saúde necessárias. A universalização do atendimento leva-nos a interpretar que a sociedade inclusiva possui os recursos básicos necessários em cada comunidade.

O Decreto 3.956, de 8 de outubro de 2001, promulga a Convenção Interamericana para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Uma das medidas apontadas por esta convenção está em:

- Desenvolvimento de meios e recursos destinados a facilitar ou promover a vida independente, a auto-suficiência e a integração total, em condições de igualdade, à sociedade das pessoas portadoras de deficiência;

Trabalhar prioritariamente em:

- Prevenção de todas as formas de deficiências;
- Detecção e intervenção precoce, tratamento, reabilitação, educação, formação ocupacional e prestação de serviços completos para garantir o melhor nível de independência e qualidade de vida para as pessoas portadoras de deficiência e;
- Sensibilização da população, por meio de campanhas destinadas a eliminar preconceitos, estereótipos e outras atitudes que atentem contra o direito das pessoas a serem iguais, permitindo, desta forma, o respeito e a convivência com as pessoas portadoras de deficiência.

Quando não se oferecem os atendimentos básicos de saúde e outros, essenciais a cada



necessidade especial da pessoa portadora de deficiência, seja por justificativa de complexidade, custo, dificuldades e inadequação dos meios, praticam-se as formas camufladas de discriminação.

Para a transformação e consistência das políticas públicas, pró-inclusão social, em cada município, é fundamental conquistar:

1 – Promoção da saúde:

- 1º) Inclusão, nos estudos epidemiológicos já realizados pelo município, do levantamento da incidência, prevalência, tipo, causas da deficiência da população local, incluindo dados econômicos e sociais.
- 2º) Mapeamento dos Serviços disponíveis no município para atender as necessidades especiais destas pessoas e suas condições de funcionamento.
- 3º) Conhecimento das ajudas técnicas, equipamentos e materiais disponibilizados, pelo município, aos portadores de deficiência e suas famílias e sua adequação a fim de favorecer a inserção social e a obtenção de uma vida digna;
- 4º) Execução de adaptações e reformas para melhorar as condições de acessibilidade dos espaços e prédios públicos e planos para torná-los acessíveis.
- 5º) Trabalho sistemático para mudança de concepção da comunidade em relação à pessoa com deficiência, eliminando-se preconceitos e discriminação, com conhecimento e informação.
- 6º) Ampliação das oportunidades de participação na vida comunitária: lazer, transporte, trabalho e renda, acesso à educação, aos equipamentos públicos e sociais.
- 7º) Articulação das políticas e programas inserindo em todos eles as pessoas com deficiência.

2 – Proteção da saúde:

- 1º) Fortalecimento e concretização dos direitos sociais básicos;
- 2º) Políticas de prevenção de doenças, acidentes e incapacidades;
- 3º) Oferta de habilitação e reabilitação funcional, relacionada ao cotidiano, desenvolvendo potencialidades e inserção social;
- 4º) Interface entre as políticas sociais básicas;
- 5º) Construção da rede articulada de defesa de direitos e prestação de serviços;
- 6º) Revitalização dos aparelhos sociais existentes;
- 7º) Valorização das instituições comunitárias em sua natureza pública e de interesse público.

3 – Recuperação da saúde:

- 1º) Instituição de serviços de referência em atendimentos especializados, informação, qualificação de pessoal, habilitação e reabilitação, distribuição de órteses, próteses, ajudas técnicas em âmbito local, com a participação de serviços comunitários e das entidades representativas das pessoas portadoras de deficiência.
- 2º) Preparação dos profissionais dos postos de saúde, dos programas de saúde da família e os agentes para os cuidados básicos de saúde da pessoa com deficiência, considerando as necessidades de atendimento contínuo, intermitente e permanente.
- 3º) Criação de serviços de cuidadores domiciliares em interface com o programa de saúde da família.

- 4º) Valorização dos serviços oferecidos pelas instituições comunitárias sem fins lucrativos, credenciando aquelas que preenchem os critérios da vigilância sanitária no SUS para a oferta de atendimentos especializados, ampliando a qualidade, a oferta de vagas e a sua abrangência.

O Decreto 3.298 de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a lei 7.853 de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre a Política Nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, determina que os órgãos responsáveis pela saúde devem dispensar tratamento prioritário e adequado aos assuntos objetos do decreto. Este decreto respalda as estratégias apontadas que favorecem a construção da sociedade inclusiva.

Mais uma vez, é importante que as pessoas, aqui presentes, possam discutir os direitos garantidos no decreto, levando-o ao conhecimento das autoridades locais. Apesar de inadmissível, existem muitos municípios e autoridades de saúde que não conhecem este decreto ou a lei 7853, o que nos leva a inferir que o não cumprimento de aspectos legais, ou a divergências entre normas, pode estar relacionado ao seu desconhecimento.

## CONCLUSÃO

Nesta exposição, defendi que a construção da sociedade inclusiva e saudável é aquela que se utiliza dos múltiplos mecanismos para promoção da qualidade de vida das pessoas e fundamenta o seu planejamento na realidade e necessidade de cada comunidade, o que ocorre com a participação da comunidade, com metas e ações objetivas para ampliar a inclusão social. A equiparação de oportunidades, principalmente para aquelas pessoas que apresentam necessidades especiais, se faz presente em todos os campos da vida municipal, influenciando na urbanização e na arquitetura acessível da cidade. Governo e comunidade devem estar em coerência e em parceria. Percebe-se que não há saúde individual e coletiva em lugares onde os direitos sociais básicos não são realidades presentes no cotidiano e onde as políticas públicas não chegam.

As leis em vigor garantem um mínimo do patamar de vida digna para todos, cabendo a nós, cidadãos, estudá-las, nos apropriarmos de sua aplicação, e, no exercício do controle social, fazermos cumprir as leis e propormos novas, quando necessária a alteração das que não se adequam aos objetivos da sociedade justa e inclusiva e, ao mesmo tempo, devemos analisar se as normas, portarias e instruções estão em coerência com os anseios populares ou com os direitos já adquiridos.

Como macro estratégias de atuação, proponho:

- A) Conhecer as políticas de saúde, políticas sociais, programas e projetos, o plano de saúde do seu município, o plano diretor das micro-regiões de saúde a qual pertence o seu município e o plano estadual de saúde.
- B) Analisar a sua legitimidade, adequação aos interesses da comunidade e capacidade de resolução dos problemas que afetam a qualidade de vida e inserção social.
- C) Participar ativamente das reuniões dos conselhos e procurar influir nas pautas de discussões.
- D) Exigir o estabelecimento de prioridades das políticas públicas para os grupos em situação de vulnerabilidade e exclusão.

- E) Exigir assistência e saúde de qualidades e universais, localmente e a interface dos programas de saúde, assistência social e educação.
- F) Rejeitar a elaboração de projetos sem a participação ativa da comunidade e de suas associações representativas.
- G) Trabalhar sempre com a realidade, sem copiar modelos que desrespeitam a cultura e os valores locais.

Saúde é estar em gozo do direito à vida digna e feliz, independentemente das limitações de natureza pessoal.

Possuir saúde é ser pleno de potencialidades, convivência e interação.

## Francisco Carlos Félix Lana

Professor da Escola de Enfermagem da UFMG.

**P**artimos do princípio de que as práticas sanitárias são historicamente determinadas, isto é, variáveis em diferentes épocas, de acordo com as transformações que ocorrem na sociedade. Estas variações não se referem apenas a uma evolução das técnicas de intervenção ou a novas descobertas científicas, mas às formas como a sociedade se organiza e se reorganiza e às conseqüentes modificações nas condições de existência do homem.

As análises da constituição das práticas sanitárias partem ora da constituição do aparato tecnológico disponível, em que se situa a maioria dos trabalhos produzidos; ora da sua articulação com o desenvolvimento do Estado brasileiro.<sup>1</sup> São estudos que avançaram na compreensão da emergência das práticas sanitárias a partir de uma reflexão teórica que tinha como eixo a relação entre medicina e estrutura social. Entretanto, pouca ênfase foi dada à perspectiva do sujeito como um dos vetores da ação social. Quando o doente aparece, ele toma a forma de objeto de trabalho, perdendo sua historicidade e sociabilidade. Aparece mais como “vítima” ou como “depositário” de determinados aparatos tecnológicos.

O controle do qual falamos pode ser definido em dois níveis. O primeiro é oriundo da ciência e da tecnologia sobre a doença, em termos de técnicas e instrumentos da saúde pública destinados a manejar um determinado problema coletivo. O segundo, enquanto controle social, refere-se à utilização de instrumentos da saúde pública para atender à lógica da acumulação de capital, seja pela manutenção e reprodução da força de trabalho, seja para atender o objetivo de aliviar as tensões sociais. Historicamente, estes instrumentos se dirigiram mais aos indivíduos doentes do que propriamente à doença ou agravo, balizados por uma concepção restrita do processo saúde-doença, relegando sua determinação social.

As práticas atuais de saúde podem ser compreendidas a partir de uma concepção biologicista e revestida de um poder/saber científico que se sobrepõe às necessidades de outra ordem que não a biológica, prática esta medicalizante e hegemônica em nossa sociedade, que contribui para a conformação de processos excludentes.

<sup>1</sup> Nesta abordagem, podemos citar os trabalhos de Machado *et al.* (1978); Luz (1982) e Costa (1985).

Neste sentido, duas questões, de ordem mais geral, contribuem para a configuração das práticas em saúde. A primeira refere-se ao processo de redemocratização que o País vem experimentando, colocando a cidadania e os direitos sociais em primeiro plano e abrindo espaço para o movimento de reformas e incluindo a ética e os direitos humanos nos seus projetos. Este movimento recoloca a saúde como uma “questão social” questionando o poder de manipulação e controle social das práticas sanitárias sobre a população, carecendo, portanto, de um diálogo entre a *saúde pública e os direitos*, como uma das formas de se trabalhar o controle de algumas doenças, especialmente aquelas ditas “mentais” e algumas transmissíveis. Um exemplo disto é a emergência dos questionamentos, suscitados pela epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), acerca da eficácia de algumas medidas tradicionais de saúde pública, que, por analogia, acabam sendo reinterpretadas para outras doenças (Parker, 1993).

A segunda questão está ligada à emergência de um “novo” paradigma, para explicar a saúde/doença, o de determinação social do processo saúde-doença, que procura desvendar as articulações que se dão entre os processos gerais ou estruturais com aqueles particulares, ligados à reprodução social e, ainda, com os processos singulares, que se dão no nível dos indivíduos. Este novo modelo explicativo vem sendo construído para contrapor-se ao modelo biológico, criando novos campos para se estudar a produção e a reprodução do processo saúde/doença e, assim, alicerçar novas práticas de saúde (Breilh, 1995).

A saúde pública deve ser entendida como uma política social formulada pelo Estado, como uma forma de ação governamental sobre a sociedade, de regulação sobre as relações sociais fundamentadas no saber e na prática médica, historicamente caracterizada por um caráter autoritário e de controle social e biológico sobre o corpo.

A incorporação dos discursos científicos – os novos saberes – às políticas sanitárias nem sempre demonstram o estabelecimento dos direitos dos usuários. Particularmente, a ciência estaria caminhando para o estabelecimento de direitos e deveres assumidos democraticamente pelo cidadão ou para a imposição autoritária de normas a serem cumpridas individualmente?

Este questionamento nos remete à discussão da questão anterior, aprofundando-a, ao considerar não somente o Estado, via ciência, como interlocutor para a conquista de direitos, numa visão unilateral, mas buscando o outro lado, o pólo contraditório, o da participação dos cidadãos, enquanto sujeitos sociais que historicamente empreenderam estratégias de resistências à exclusão social, no sentido da conquista dos seus direitos.

Assim, procuramos, neste texto, desenvolver três pressupostos aplicados à saúde, que consideramos fundamentais para subsidiar a análise sobre as políticas sanitárias formuladas pelo Estado na perspectiva da inclusão social. Trata-se da discussão sobre saúde e sociedade; prática médica e políticas sociais; cidadania, democracia; constituição do sujeito histórico-social e determinação social do processo saúde/doença: o novo paradigma. Desta forma, entendemos que estabelecer relações entre as políticas adotadas pelo Estado e a questão dos direitos dos sujeitos constitui um caminho promissor para a compreensão da formulação de políticas sociais.

## SAÚDE E SOCIEDADE: PRÁTICA MÉDICA E POLÍTICAS SOCIAIS

Historicamente, a prática médica se estabelece na sociedade interpenetrando o social, determinando e reproduzindo formas de organização da sociedade, incluindo aí sua participação na constituição do Estado ao subsidiar a formulação e o conteúdo de políticas sociais e práticas sanitárias.

A medicina não se desenvolve apenas a partir do progresso científico e tecnológico, mas, também, a partir de determinações externas a ela, guardando relações com as demais práticas sociais.

Na visão histórico-estrutural, a prática médica está intimamente ligada à transformação do processo de produção econômica, que determina o seu lugar e a sua forma de articulação na estrutura social, ao contrário do enfoque funcionalista, que situa a prática médica como um componente necessário da sociedade, para dar conta da doença – vista como uma disfunção – que deve ser controlada.

A estrutura econômica não somente determina o lugar da prática médica na estrutura social, mas também a característica e a importância dos elementos que compõem todo o social (...). A determinação em última instância do econômico sobre outros elementos consiste em abrir espaço fora do alcance de sua própria ação, ou seja, permitir uma autonomia relativa na qual entram em jogo outras causas e efeitos (Garcia, 1989, p. 52-53).

No modo de produção capitalista, o trabalhador perde o controle e a propriedade dos meios de trabalho, passando a ter que vender a sua força de trabalho para sobreviver. Ocorre, assim, um deslocamento da medicina do espaço religioso e político, para articular-se com o processo de produção econômica. A emergência da clínica, no século XIX, transforma a medicina de uma prática contemplativa em uma prática de intervenção na relação do Homem-Natureza. Segundo Foucault,<sup>2</sup> a medicina volta sua atenção para o problema do corpo, da saúde e do nível de força produtiva dos indivíduos, através da clínica e do surgimento da medicina social.

A prática médica, com seus aparatos tecnológicos, articula-se à normalização da sociedade, ampliando seu campo de competência; intervém na doença, não apenas como fenômeno individual, mas também coletivo, estabelecendo relações entre a organização da população, suas condições de vida e a constituição do próprio Estado.

Para Canguilhem, a normalização dos meios da educação ou da saúde é a expressão de exigências coletivas definidas numa sociedade histórica, seu modo de se relacionar com a estrutura, o que significa que uma norma não se expressa em seu próprio objeto, mas sim como resultado de determinações concretas na sociedade. Ela se propõe a unificar o diverso, a reabsorver uma diferença, sendo um instrumento que cria possibilidades de substituir um estado de coisas insatisfatórias por satisfatórias. Entretanto, apenas pretende regular, mas não tem a força de uma lei da natureza e não acarreta necessariamente um efeito.

---

<sup>2</sup> A medicina social pode ser reconstruída em três momentos: a medicina do Estado ou polícia médica, na Alemanha; a medicina urbana, na França, e a medicina da força de trabalho, na Inglaterra; momentos simultâneos, com objetivos diferentes e que significam as raízes históricas da configuração da prática médica no modo de produção capitalista (Foucault, 1977, p. 39).

É a normatividade que dá suporte à nova prática médica, que circunscreve o seu campo de atuação, a ordem médica e a ordem dos corpos. É, de fato, a razão médica a nova racionalidade científica, que define o normal e o patológico, bem como a possibilidade de uma intervenção.

No século XIX, para Donzelot (1986, p. 56-57), a prática médica, seja no “pólo médico-higienista” ou no “pólo assistencial”, articula-se como o liberalismo econômico emergente através da adaptação positiva dos indivíduos ao regime, incitando o Estado a intervir, através da norma, na esfera do direito privado.

É a partir dessa “ordem médica”, oriunda da racionalidade científica, que se estrutura esse projeto de normalização social. Para Chauvenett (1991, p. 40-41), ocorre uma certa

penetração do poder científico no domínio jurídico”, ou seja, toda vez que se recorre às ciências do homem para os problemas sócio-sanitários, estas ganham um poder que influencia todas as leis do funcionamento social. Quando não faz a própria lei, a medicina participa da normalização através de projetos tutelados por ela, como a educação sanitária de determinados grupos sociais.<sup>3</sup>

Luz (1988, p. 6-7) afirma que este saber científico passa a regular a vida social e que as políticas sociais, de forma direta ou indiretamente ligadas ao Estado, “atualizam”, em conjunturas específicas, conteúdos de natureza política e social implicados nas categorias e conceitos da medicina, tornando possível, assim, a efetivação dos seus discursos disciplinares.

Um trabalho pioneiro no Brasil, que trata da questão da medicina e da estrutura social, é o de Donnangelo (1979), partindo do pressuposto de que a medicina se constitui como um campo de práticas, no qual a ciência e a tecnologia ocupam lugar privilegiado, mas não exclusivo e dominante, uma vez que se encontram articulados ao conjunto das práticas sociais. Ao contrário da visão dominante, na qual a medicina é caracterizada como um campo de saber científico, marcado por sucessivas transformações em decorrência do avanço das ciências biológicas, Donnangelo (1979, p. 14) aponta para o caminho de que

a especificidade das relações da medicina com a estrutura econômica e a estrutura político-ideológica das sociedades em que domina a produção capitalista se expressa na forma pela qual a prática médica participa da reprodução dessas estruturas através da manutenção da força de trabalho e da participação no controle de tensões e antagonismos sociais.

Esse caminho analítico representou um grande avanço na compreensão da intervenção do Estado na área da saúde através das políticas sociais. Fleury (1992, p. 32-34), entretanto, mesmo reconhecendo a importância desta via teórica, ressalta uma limitação importante ao reduzir a análise a um binômio “economicismo/politicismo”, incapaz de trabalhar dialeticamente estas instâncias analíticas.

A determinação e o desenvolvimento das políticas sociais, especialmente as de saúde, sintetizam, de uma certa forma, o modo como a sociedade se relaciona com seus problemas, seja através da organização das práticas sanitárias, seja através de um aparato destinado a

---

<sup>3</sup> A autora cita alguns exemplos desse papel sócio-penal da medicina ao limitar o exercício de direitos aos indivíduos portadores de certas doenças, ao privar do direito de trabalhar em certas áreas os portadores de deficiências, dentre outros.

promover o bem estar social. As políticas sociais, articuladas com a questão da cidadania, representam uma das possibilidades de se encaminhar o processo de democratização da sociedade e da inclusão social. Para Leite (1991, p. 118), mais do que um recurso teórico, trata-se de uma estratégia política, em que a implementação de políticas sociais é compreendida como um direito dos cidadãos, que permite a participação destes no conjunto de bens e serviços socialmente produzidos.

As políticas de saúde, afirma Luz (1992, p. 17-22), desempenharam um papel histórico fundamental para a estabilização e constituição da ordem política e social, pois ajudaram a modelar alguns traços dessa ordem como “a tendência à concentração do poder e exclusão das classes populares dos sistemas de decisão econômicos, políticos e culturais do País”.

As políticas sociais têm sido compreendidas na visão estrutural-marxista, a partir da identificação das relações entre o Estado e a Sociedade, em três níveis. No *nível econômico*, através das diferentes necessidades de reprodução ampliada do capital, que incidem ou se realizam através do setor saúde. No *nível político*, por possibilitar a compreensão das políticas de saúde como parte do processo de legitimação do poder do Estado e, conseqüentemente, como forma de manutenção do domínio de classe; e, no *nível ideológico*, ao desvendar as articulações entre a produção científica, as práticas sociais e o conjunto de valores que organiza o universo cultural e moral dos profissionais de saúde, com a inserção desses agentes na estrutura social (Fleury, 1992, p. 34).

Teixeira (1989) questiona este modelo analítico, apresentando como limitação principal a

sua incapacidade de apreensão das diferenciações existentes entre as várias realidades, homogeneizadas a partir de sua subordinação à ótica dos interesses e movimentos impressos pela dinâmica da acumulação do capital internacional. Ao negar a especificidade de cada uma das realidades existentes, tornando-as iguais diante do mesmo esquema analítico, na verdade, o que ocorre é a abdicação da análise histórica em relação à inevitabilidade da estrutura (...). Ao subsumir os níveis político e ideológico no interior de uma determinação economicista, abre-se mão da possibilidade de entender o modo pelo qual os determinantes e limites impostos pela estrutura são assimilados pelas práticas sociais dos diferentes agentes políticos, definindo ou redefinindo as estratégias e projetos coletivos, de tal forma que sua concretização em estruturas institucionais, jurídicas e ideológicas é sempre uma singularidade.

Fleury (1992) sintetiza em dois pontos críticos a análise estrutural-marxista: a negação do sujeito e a incapacidade de tratar a diferenciação base/superestrutura a partir da concepção de totalidade e contradição, ou seja, unidade na diversidade. Coloca como pontos a superar: 1) a homogeneidade do econômico: o Brasil possui uma “heterogeneidade estrutural” e, 2) a pressuposição de uma determinação imediata desde o nível econômico até o político, como se o político pudesse ser compreendido como um reflexo das determinações mais fundamentais,

há uma ausência de mediações entre os dois níveis que acaba por negar as práticas históricas concretas, além de destituir os sujeitos tanto de sua historicidade quanto da possibilidade de construir uma ordem política não apenas a partir dos constrangimentos estruturais como também do enfrentamento das diferentes forças políticas pela produção de significações, ou, em outras palavras, de hegemonia (Teixeira, 1989).

Gostariamos de reter um dos pontos críticos apresentados por Fleury, que é o que se

refere à negação do sujeito<sup>4</sup>. Para a autora, a revisão dos pressupostos marxistas, para a análise das políticas sociais, propiciou a discussão sobre a constituição dos sujeitos, dos mecanismos de dominação e do exercício do poder, ampliando o instrumental analítico para desvendar o processo de constituição das estruturas e relações que configuram o campo social. Para Carcalho & Lima (1992, p. 117-142), trata-se de estabelecer a centralidade da ação dos homens na configuração da ordem do mundo, em oposição ao privilégio concedido ao determinismo.<sup>5</sup>

## CIDADANIA, DEMOCRACIA E A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO HISTÓRICO-SOCIAL

Consideramos as políticas de saúde como resultado das formas de organização social da produção e como fruto das lutas populares cotidianas. As questões, que se colocam hoje, dizem respeito às condições necessárias para o processo de democratização da saúde, em direção à universalização e à busca da equidade. A democracia passa a ser vista como o espaço ideal de formulação de uma contra-hegemonia, constituindo-se no locus de articulação das mediações entre Estado e Sociedade. A *cidadania* é a mediação que dá organicidade a esta relação. Qual cidadania? Dadas as controvérsias sobre sua conceituação, optamos por trazer uma síntese sobre sua formulação e a discussão atual sobre a utilização do conceito.

Cidadania envolve o direito, por um lado, de ser tratado pelos outros seres humanos como um igual no que se refere a fazer escolhas coletivas e, por outro, o dever, por parte dos que implementam tais escolhas, de ser acessível e responsável perante todos os membros da comunidade política.

Desta forma, Teixeira (1989) discute a necessidade de se ultrapassar o momento da abstração do conceito de cidadania, uma vez que ele implica numa igualdade formal entre os indivíduos isolados perante o Estado, isto é, gera um mascaramento da existência das relações contraditórias de exploração ao negar a existência das classes sociais e ao funcionar mais como uma mistificação da relação de igualdade burguesa.

Na sua origem, a cidadania está relacionada ao surgimento da vida nas cidades e à capacidade dos homens exercerem direitos e deveres. Para a tradição política grega, a *polis* tinha significado coletivo. A liberdade era coletiva, a cidadania refletia uma integração do indivíduo a uma coletividade política. Na *polis*, a esfera pública, que diz respeito a tudo que é comum a todos os cidadãos e a esfera privada, que diz respeito ao particular/individual, jamais existiram como duas esferas separadas. Quando integralmente constituída, a *polis* significava uma sociedade politizada, onde a esfera pública ocupava um espaço privilegiado na vida dos cidadãos gregos e possuía uma importância muito maior do que os assuntos privados dos indivíduos, ao contrário do que observamos com a lei romana e com as sociedades liberais-democráticas, na Idade Moderna (Aranches, 1985).

<sup>4</sup> A introdução do indivíduo nas análises marxistas partiram da Escola de Frankfurt com Horkeimer, Adorno e Marcuse no início do século XX.

<sup>5</sup> As autoras referem-se à Escola de Annales (1929) como um divisor de águas para os estudos de natureza histórica. Na tentativa de romper com uma história convencional e buscar uma certa historicidade do sujeito do conhecimento, a ação do sujeito.



A lei romana rompe com a tradição da cidadania política coletiva ao prescrever direitos individuais: as esferas pública e privada adquirem o mesmo peso, como territórios independentes e com significado próprio. As atividades políticas, econômicas e individuais foram separadas e, através do *ius civile* (direito dos cidadãos), prescreveram-se deveres e direitos de caráter estritamente privado como o direito ao matrimônio, que incluía outros direitos familiares privados, entre os quais o direito de sucessão, os direitos comerciais e os direitos políticos, aproximando-se, desta maneira, da noção de cidadania liberal, mas longe ainda de ser a sociedade civil individualista liberal, uma vez que a atuação pública ainda tinha espaço e podia se contrapor ao individualismo. Assim, para Abranches,

a cidadania grega representava a comunidade e a participação. Não era externa ao indivíduo, algo que se precisasse reclamar como direito. A cidadania romana, ao contrário, parece externa ao indivíduo, uma questão de direitos e reivindicação, ao invés de participação. Numa, o indivíduo é um cidadão. Na outra, ele tem direitos de cidadania.

Ser cidadão significa ter direitos e deveres, expressão que está descrita na Carta de Direitos da Organização das Nações Unidas, de 1948, originária das cartas de Direitos dos Estados Unidos, de 1776 e da Revolução Francesa, de 1798, sob a égide do liberalismo, no qual todos os homens são iguais perante a lei, sem discriminação de raça, credo ou cor. De fato, a Revolução Francesa, com o desenvolvimento da sociedade capitalista, anuncia uma relação jurídica centralizada, o chamado Estado de Direito, estabelecendo direitos iguais a todos os homens. Assim, diante da lei, todos os homens passaram a ser considerados iguais, pela primeira vez na história da humanidade.

O Estado ganha a função de proteger a liberdade, a segurança e a propriedade, e mais tarde, com a emergência de novos direitos, sua área de proteção também se alarga. Neste fato, reside a neutralidade aparente do Estado, passando a idéia de que ele apenas responde à expectativa dos cidadãos (Leffort, 1991, p. 48-49).

Para Leite (1991, p. 119), a noção de cidadania teve, ao longo da história, várias significações, sendo que, nas de inspiração liberal-democrática, a de Marshall está colocada como a mais bem sistematizada, quando a organiza em termos dos três elementos: os *direitos civis, políticos e sociais*. Marshall (1967, p. 63-64) analisa e separa estes elementos muito mais na perspectiva do desenvolvimento histórico dos mesmos do que por uma razão lógica. O *elemento civil* é composto dos direitos necessários à liberdade individual: liberdade de ir e vir; liberdade de imprensa, pensamento e fé; direito à propriedade; direito de concluir contratos válidos e direito à justiça. Por *elemento político*, entende-se o direito de participar, no exercício do poder político, como membro de um organismo investido da autoridade política ou como eleitor dos membros de tal organismo e o *elemento social* se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança, ao direito de participar por completo na herança social e levar a vida de um ser civilizado, de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. Este autor, analisando o desenvolvimento destes direitos na Inglaterra, afirma que eles se distanciaram muito uns dos outros e passaram a parecer tão estranhos que foi possível atribuir a cada um deles um período de formação na história: os civis no século XVIII, os políticos no século XIX e os sociais no século XX.

No caso brasileiro, Carvalho (1995, p. 163) observa que primeiro vieram os direitos sociais, depois os políticos e, por último, os civis, ao contrário da sequência clássica observa-

da por Marshall na Inglaterra. Nos anos 30, durante a chamada ditadura Vargas, os direitos sociais vieram num período de supressão dos direitos políticos, quando o Poder Legislativo era praticamente nulo. A partir de 1945, inicia-se um processo de democratização no qual ampliam-se os direitos políticos, mas com restrição dos sociais e, mais recentemente, ocorre a ampliação dos direitos civis, sem contudo, estenderem-se à maior parte da população. Os direitos civis, que deveriam constituir a base da pirâmide, pelo menos em tese, acabaram por se colocar no vértice.

Para Carvalho (1995, p. 164-165), esta inversão acabou por gerar uma “estadania” (antítese da cidadania), uma cultura política estatista que considera o Governo como onipotente, em que todas as negociações passam por ele, sem mediação da representação política, reforçando os grandes interesses corporativos.

Marshall entende a questão dos direitos como evolução, como um processo somatório de direitos a serem acrescentados à humanidade, no qual se omite a participação dos sujeitos e nega-se a luta social. A crítica de Donnangelo (1975, p. 5) à construção de Marshall aponta para o caráter secundário que a participação das classes sociais adquire no processo de ampliação dos direitos sociais.

Marx fez a crítica do que os direitos significavam para o desenvolvimento do capitalismo, denunciando as relações de opressão e de espoliação que camuflavam os princípios de igualdade, liberdade e justiça. Entretanto, não percebeu que o apelo aos direitos abre toda uma possibilidade para a emergência da democracia, na medida em que a luta pelos direitos sociais adquire um importante significado político, como aponta Leffort (1991, p. 40)

a liberdade de opinião combina-se com a liberdade de associação para os trabalhadores e com o direito de greve, fenômenos que nos parecem terem se tornado indissociáveis do sistema democrático – admitamos então que tal modelo só se impôs pela conjunção da força do grande número com o princípio do direito.

E, ainda, para contrapor à visão marxista de que os direitos têm por função mascarar os conflitos sociais, Leffort afirma que os direitos do homem suscitam novas redes de relações sociais, assim exemplificando em três observações: 1ª) a declaração de liberdade reconhece plenamente a liberdade de movimento, tornando possível a multiplicação das relações entre os homens e a descompartimentação do sistema social – mover-se em lugares antes reservados a categorias privilegiadas; 2ª) a liberdade de opinião traz a possibilidade de se dirigir aos outros e de os ouvir, sem fronteiras definidas – a fala e o pensamento não são propriedade exclusiva de um grupo particular; e 3ª) as garantias de segurança, que, para Marx, seriam o equivalente ao “conceito de polícia” para proteção do burguês, demonstram que a justiça, nas sociedades democráticas, está desligada do poder e que, ao abrigar o indivíduo contra as arbitrariedades, garante a liberdade, um princípio fundador para a existência de uma nação.

Mészáros (1993, p. 207-208) adverte para o fato de que não há uma oposição apriorística entre o marxismo e os direitos do homem, ao contrário, pois o marxismo sempre defendeu o “desenvolvimento livre das individualidades”, mas numa sociedade de indivíduos associados e não antagonicamente opostos. Sua crítica está voltada para o uso dos supostos direitos do homem, insistindo que

os valores de qualquer sistema determinado de direitos devem ser avaliados em termos de determinações concretas a que estão sujeitos os indivíduos da sociedade em causa; de outra forma esses direitos se transformam em esteios da parcialidade e da exploração, às quais se supõe, em princípio, que se oponham em nome do interesse de todos.

Para Mészáros (1993, p. 214), o autêntico exercício dos direitos humanos envolve a aplicação de um padrão igual para o conjunto de indivíduos de uma sociedade e que

se a aplicação desse padrão igual requer simultaneamente a negação de um outro direito, não se trata de uma contradição do sistema de direitos humanos, mas da estrutura socioeconômica dada que produz determinações contraditórias.

Desta forma, para Mészáros (1993, p. 216-217), sob as condições da sociedade capitalista, o apelo aos direitos humanos está na dependência da rejeição dos interesses privados e da defesa da liberdade pessoal; e, sob as condições de uma sociedade de transição, o direito ao invés de ser igual teria de ser desigual, de modo a discriminar positivamente os mais necessitados, compensando as desigualdades; e, por fim, num estágio mais adiantado, a sociedade obteria de cada um de acordo com sua habilidade e daria a cada um de acordo com suas necessidades.

Para Leffort, na esteira do Estado-Providência, os direitos do homem são circunscritos ao Estado, à sua função social e econômica, Estado é, assim, dedicado a neutralizar os conflitos sociais, revestido de um poder tutelar que

Trabalha de bom grado para a felicidade dos cidadãos; mas quer ser-lhes o único agente e o único árbitro; provê sua segurança, prevê e assegura suas necessidades, facilita seus prazeres, conduz seus negócios principais, dirige suas indústrias, acerta suas sucessões, divide suas heranças... (Leffort, 1991, p. 42).

Não só isto, mas, também, sobre a ambigüidade da democracia, os efeitos ambíguos da “igualdade de condições”: há uma plena afirmação do indivíduo ligada à “paixão de continuar livre”, por um lado e, por outro, o rebaixamento de cada um frente ao “poder social”, associado à “necessidade de ser conduzido” pelo poder do Estado, sob o signo da regulamentação (Leffort, 1991, p. 43).

A virtude do espaço público está na possibilidade de cada um se expressar, sem estar sujeito à autoridade do outro; é um espaço indeterminado, não sendo propriedade de ninguém. A idéia de expansão do espaço público, segundo Leffort (1991, p. 56-90), coloca-se como a essência da democracia, uma vez que ele tem sido degradado juntamente com os direitos. O espaço público está sempre em transformação, “embaralhando” as fronteiras entre sociedade civil e Estado, cada uma destas dimensões interpenetrando-se na outra, dialeticamente, modificando e sendo modificada. Leffort ainda afirma que a impossibilidade do debate acerca da democracia reside numa ou noutra dimensão, já que a sociedade civil está em parte ligada ao poder democrático e o aparelho do Estado está longe de algo unificado, uma vez que seus setores estão subordinados e sofrem pressões de categorias particulares, dos interesses corporativos.

Consideramos essa discussão acerca do espaço público como importante para a compreensão da cidadania e da democracia, discussão que se dirige tanto para o Estado quanto

para a sociedade civil. Trata-se de ampliar a participação dos sujeitos na construção de um sistema de saúde que se oriente pelo princípio da equidade, compartilhando a idéia de que a construção da cidadania exige a participação e luta no sentido de ampliar esse “espaço público” e, assim, consolidar o processo de transformação democrática.

Sader (1988), com o olhar voltado mais para as experiências populares do que para a análise das estruturas econômicas, sociais e políticas, descobre um novo sujeito, o sujeito coletivo, expressão que indica “uma coletividade em que se elabora uma identidade e se organizam práticas através das quais seus membros pretendem defender seus interesses e expressar suas vontades, constituindo-se nessas lutas” (Sader, 1988, p. 10-11).<sup>6</sup>

A tarefa atual para a área da saúde, em sua relação com o Estado, já não é mais apenas a explicação para os determinantes da sua intervenção ou os modelos de proteção sociais decorrentes do processo de desenvolvimento do capitalismo, mas “a ênfase recai na construção da contra-hegemonia e das lutas populares cotidianas que possam materializar a mudança cultural e política necessárias à construção de um novo sujeito histórico”.

A saúde, neste sentido, passa a ser compreendida como espaço de luta estratégico para a constituição do sujeito e de projetos sociais. Com isso, concorda Amélia Cohn: além de espaço para a dominação e legitimação, é, ao mesmo tempo, o espaço social que permite a mobilização da sociedade.

## DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA: O NOVO PARADIGMA

Historicamente, podemos observar três concepções sobre saúde/doença: a concepção ontológica, a concepção dinâmica e a teoria do papel do doente, segundo Almeida-Filho (1989).

A *concepção ontológica* sugere uma entidade com existência independente, um poder mórbido externo ao organismo. Esta concepção influenciou a teoria microbiana da medicina moderna (era bacteriológica). Denominada de *visão unicausal* sobre a produção da doença, tornou-se hegemônica no final do século XIX devido ao extraordinário desenvolvimento das ciências naturais, principalmente no campo da bacteriologia, permitindo a associação causa e efeito (agente etiológico e doença), criando condições para o predomínio da concepção estritamente biológica da doença, instrumentalizando uma forma de intervenção e de formulação de políticas públicas no campo da saúde e, ao mesmo tempo, desviando o olhar das determinações sociais da doença.

A *concepção dinâmica* entende a doença como produto de um desequilíbrio entre o organismo e o ambiente, como uma perda de harmonia entre o corpo e os elementos da natureza. Esta foi a base do movimento, que subsidiou a formulação dos conceitos de higiene

---

<sup>6</sup> Chauí, prefaciando esta obra, justifica o uso do termo “sujeito novo”, primeiro, porque foi criado pelos próprios movimentos sociais populares; segundo, porque se trata de um sujeito coletivo e descentralizado, com consciência individual soberana, um sujeito social, onde através dos movimentos sociais populares os indivíduos até então “dispersos e privatizados, passam a definir-se, a reconhecer-se mutuamente, a decidir e agir em conjunto e a redefinir-se a cada efeito resultante das decisões e atividades realizadas; e terceiro, porque não se apresenta com a universalidade definida a partir de uma organização determinada, para a qual não haveria sujeitos propriamente ditos, “mas objetos ou engrenagens de uma máquina organizadora”.

e o surgimento da medicina social na Europa no século XIX, especialmente na França, Alemanha e Inglaterra, principalmente ao estimular o estudo das repercussões de condições associadas à pobreza, à ocupação, à nutrição e a outros fatores de natureza social na saúde. Neumann propunha que o objeto privilegiado da investigação em saúde deveria ser o estudo das relações entre condições sociais e econômicas e o processo saúde/doença e Virchow dizia que a ciência médica é essencialmente uma ciência social e que deveria apontar e intervir nos obstáculos presentes na sociedade que impedem o funcionamento do processo vital (Possas, 1989).

Esta concepção somente adquire força a partir da crise do modelo bacteriológico, quando este não consegue explicar a ocorrência de novos problemas de saúde pública, como no caso das doenças crônico-degenerativas e, desta forma, cria condições para o desenvolvimento das teorias multicausais.

A terceira concepção origina-se na década de 30 sendo denominada de sociológica, teoria parsoniana da doença. Ela toma a doença como um fato social e propõe a especificação não da doença e, sim, do papel do doente. Segundo Almeida-Filho (1989),

A teoria da sociologia médica encaminha uma distinção entre doença (*disease*), conjunto de eventos físicos, biológicos e psíquicos com existência objetiva e enfermidade (*illness*), estado subjetivo experimentado pelo indivíduo enquadrado no papel de doente.

Esta visão alcançou relativa importância na área da psiquiatria e trouxe contribuições para compreensão do processo saúde-doença com a emergência dos novos problemas associados às complexas condições de crescimento da sociedade industrial.

A teoria multicausal, segundo Possas (1989), pode ser delimitada por duas correntes principais: a visão convencional, representada por MacMahon & Pugh e, mais tarde, a “história natural da doença”, formulada por Leavell & Clark. Na convencional, os autores definem a causalidade a partir da associação causal entre fenômenos, estabelecendo redes de causalidade que possibilitam orientar práticas de intervenção. Esta visão é criticada por trabalhar os elementos constitutivos do processo saúde-doença como fatores lineares e isolados entre si. Além disso, considera impossível a apreensão de toda a complexidade das redes de causalidade.

A visão de “história natural da doença” relaciona três níveis: o homem, o ambiente e os fatores determinantes das doenças. Estes níveis se interagem e o seu desequilíbrio geraria a doença. As principais críticas apresentadas a este modelo se dirigem à concepção de ambiente em que o social aparece com “peso” idêntico em relação aos níveis físico-químicos e biológicos. O social e o biológico se interrelacionam, mas pertencem a distintos níveis de organização da sociedade.

A principal crítica a essas duas visões é de ordem epistemológica e fundamenta-se no positivismo. O processo saúde-doença é visto segundo leis naturais em que o social aparece como mais um fator e, assim, esvaziado de qualquer força explicativa, um social “naturalizado”.

Assim, autores como Breilh e Laurell, fundamentados no materialismo histórico-dialético, propõem um paradigma alternativo, o de “história social da doença” ou determinação social do processo saúde/doença.

Essa “nova” visão, também chamada de “epidemiologia social” ou “epidemiologia crítica”, procura então descortinar os aspectos ideológicos contidos na “história natural da

doença”, principalmente, quando esta distorce a realidade mascarando as profundas diferenças de classe que existem entre os homens. Este novo paradigma trabalha no sentido de construir um método capaz de abordar a questão da saúde/doença numa perspectiva de totalidade, ressaltando o seu duplo caráter, biológico e social.

Breilh (1995) tem se esforçado no sentido de trabalhar as relações do geral, do particular e do singular como dimensões distintas da realidade e, também, como dimensões nas quais se produz a determinação da saúde. Os *processos gerais* se desenvolvem na sociedade em seu conjunto e a sua investigação permite conhecer as grandes propriedades, limites e possibilidades de intervenção na saúde coletiva. Os *processos particulares* se desenvolvem em grupos específicos da população, classes sociais e seus padrões de vida próprios, e a investigação deverá estar voltada para conhecer os efeitos específicos da qualidade de vida em cada grupo social específico à luz das determinações mais gerais. Já os *processos singulares* são aqueles que ocorrem no cotidiano dos indivíduos e têm relação com o coletivo, isto é, com estudo das manifestações individuais e sua articulação com os processos particulares e gerais.

Para Possas (1989), trata-se de “estabelecer uma hierarquia de determinações que permita articular, de forma coerente, níveis de abrangência e subordinação entre as causas mais gerais e as mais específicas (...). O complexo causal, que incide na determinação do processo saúde-doença, requer o estabelecimento de nexos hierarquizados de causalidade segundo os níveis de generalidade e especificidade das causas identificadas e segundo sua importância relativa na determinação dos fenômenos observados.” Os distintos padrões de determinação do processo saúde-doença serão definidos essencialmente pelas condições de vida e trabalho. As condições de vida são, por um lado, referentes a condições materiais necessárias à subsistência, relacionadas à nutrição, à habitação, ao saneamento básico e às condições do meio ambiente e, por outro, relacionadas ao estilo de vida, que se refere às formas social e culturalmente determinadas de vida, que se expressam no padrão alimentar, no dispêndio energético cotidiano no trabalho e no esporte, verificando-se hábitos como fumo, álcool e lazer, entre outros determinantes do processo saúde/doença. Já as condições de trabalho teriam por referência o processo de trabalho em si, como o desgaste e a inserção do indivíduo na estrutura ocupacional. (Possas, 1989).

Trata-se, portanto, não de uma simples opção metodológica de investigação, mas de uma metodologia para a transformação da realidade. O reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença abre espaços e cria condições para o desenvolvimento de uma nova prática em saúde que, acreditamos, não virá sem que a sociedade se posicione e se engaje em movimentos de promoção e prevenção da saúde e que, assim, envolve muito mais que serviços de saúde, pois envolve a luta pela cidadania.

Assim, gostaríamos de reter quatro premissas, que podem contribuir para o encaminhamento da questão saúde e inclusão social:

- 1º) Que os direitos são muito mais do que a expressão do indivíduo privado, individual, ou seja, os direitos podem, através do princípio da liberdade, criar novas sociabilidades e, conseqüentemente, novas necessidades sociais e funcionam, portanto, como motores para a construção de uma nova sociedade;
- 2º) Que as interpelações acerca dos direitos não se dirigem exclusivamente ao Estado, mas, também, à sociedade, no sentido de que é possível alcançar novas formas de ver a saúde e a doença. Isto significa encarar as políticas de saúde não so-

mente como uma conquista do indivíduo, que é apropriada pelo Estado-tutelar, mas como a possibilidade de desenvolvimento de outros campos, como, por exemplo, a questão da subjetividade dos sujeitos. É muito mais do que ocorria na perspectiva liberal-democrática, em que a sociedade vai ampliando suas conquistas e o Estado normatizando-as, regulamentando-as;

- 3º) Que a adoção do novo paradigma, o de determinação social do processo saúde/doença rompe com a prática individual-biologicista, medicalizante e hegemônica em nossa sociedade e pode contribuir para a formulação de políticas contra-hegemônicas, baseadas na equidade, em que a saúde seja pensada em suas determinações mais gerais que envolvem a organização da sociedade, o modo como os sujeitos se inserem no modelo econômico, a divisão de classes e, conseqüentemente, as diferentes condições de vida e trabalho, gerando distintos padrões de saúde e doença;
- 4º) Que as lutas sociais redefinem a perspectiva da sociedade, instituindo novas maneiras de se ver a questão social. É neste sentido que pensamos a questão do sujeito no processo de transformação social, partindo da premissa, formulada por Castoriadis (1982), de que os homens são constitutivamente históricos, ou seja, nós definimos as nossas propriedades e aquilo que nós somos no decorrer desta história, “a história somos nós, nós a fazemos”. E, ainda, que há a necessidade de politização da sociedade, no sentido da necessidade de instituição de um processo reflexivo da vida social, que se torne autônomo, que nos possibilite ser conscientes do nosso próprio envolver histórico, ao contrário da perspectiva heterônoma, na qual as leis e os padrões de comportamento, dentro dos quais vivemos, nos são alheios, mas determinados de fora (Torres, 1992, p. 57-62).

Por fim, vale ressaltar que, com o processo de redemocratização do Estado, a questão da reforma sanitária, que já vinha sendo posta na pauta das lutas sociais, ganha impulso com a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1996. Há um delineamento do arcabouço da reforma sanitária brasileira que mais tarde é legitimado na nova Carta Constitucional em 1988.

A reforma sanitária, segundo Teixeira (1989), constitui-se em um

processo político de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares no sentido de concretizar o direito universal à saúde e na criação de um Sistema Único de Saúde sob a égide do Estado.

Neste sentido, entendemos a reforma sanitária como um processo e destacamos alguns de seus pressupostos, que precisam ser melhor impulsionados: ampliação da consciência sanitária; construção de um paradigma analítico oriundo da saúde coletiva e fundado nas noções de determinação social do processo saúde-doença e, também; a organização das práticas de saúde; desenvolvimento de uma nova ética profissional; construção de um arco de alianças políticas na luta pelo direito à saúde e criação de instrumentos de gestão democrática e controle social sobre o sistema de saúde.

A reestruturação das políticas sociais, com a nova Constituição, representou um avanço significativo do padrão brasileiro de proteção social. Entretanto, essa proposição encontra-

se ameaçada, como bem ressalta Leite (1991) devido à ofensiva do neoliberalismo, que tem por eixo o Estado mínimo às custas da proteção social com a consequente redução dos direitos sociais.

A sociedade deve lutar para garantir a continuidade do processo de redemocratização do país e, deve-se ressaltar que muito há que se construir no sentido de garantia dos direitos. Há a necessidade de ampliar o movimento para a construção de práticas de saúde democráticas que reduzam as inequidades sociais, não bastando apenas a constituição do aparato legal, mas deve-se incorporar uma nova ética na saúde, não aquela oriunda exclusivamente do saber médico, mas a que venha de uma bioética que parte da atividade cotidiana e que requer alta competência e comunicação profunda com a sociedade.

### Referências bibliográficas

ABRANCHES, Sérgio H. Nem cidadãos, nem seres livres: o dilema político do indivíduo na ordem liberal democrática. **Revista Dados**, v. 28, n. 1, Rio de Janeiro, 1985. p. 7-8.

ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia sem números**: uma introdução à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1989. Cap. 2: O objeto da epidemiologia.

BREILH, Jaime. **Nuevos conceptos y tecnicas de investigacion**. 2. ed. Quito: CEAS, 1995.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária. p. 210-216.

CARVALHO, José Murilo de. **Desenvolvimento de la ciudadanía en Brasil**. México: El Colegio de Mexico/Fideicomiso Historia de las Americas/Fundo de Cultura Económica, 1995.163p.

CARVALHO, Maria Alice R.; LIMA, Nisia V. O argumento histórico nas análises de saúde coletiva. In: FLEURY, Sônia.(Org.). **Saúde: coletiva?: questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. 234p.

CASTORIADIS, Cornelius. **A instituição imaginária da sociedade**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1982.

CHAUVENETT, Antoinette. A lei e o corpo. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, 1991.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1985. 124p.

DONNANGELO, Maria Cecília F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p. 56-57.

FLEURY, Sônia. Estado, poder e democratização da Saúde. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde: coletiva?: questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. 234p.

FOUCAULT, Michel. Historia de la medicalización. **Educ. Méd. Salud**. v. 11, n. 1, p. 36-57, 1977.

GARCIA, Juan Cesar. **Pensamento social em saúde na América Latina**. Everardo Duarte Nunes (Org.). São Paulo: Cortez, 1989.

LEFFORT, Claude. Os direitos do homem e o estado providência. In: **Pensando o político**: ensaios sobre democracia, revolução e sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

LEITE, Márcia da S. P. Políticas sociais e cidadania. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, 1991.



- LUZ, Madel. **Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)**. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 218p.
- LUZ, Madel. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988. p. 6-7.
- LUZ, Madel. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. **Saúde em Debate**, n. 32, p. 17-22, 1992.
- MACHADO, Roberto *et al.* **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559p.
- MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.
- MÉSZÁROS, István. **Filosofia, ideologia e Ciência Social: ensaios de negação e afirmação**. São Paulo: Ensaio, 1993.
- PARKER, Richard *et al.* (Org.). **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Relume Dumará, 1993. p. 241-272.
- POSSAS, Cristina. **Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo – 1970-1980**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. 329p.
- TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco, 1989.
- TORRES, João Carlos Brum. História e política em Castoriadis. In: CASTORIADIS, Cornelius *et al.* **A criação histórica**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1992.

## José Carlos Lassi Caldeira

Médico Foniatra, Audiologista e Otorrinolaringologista Clínico pela UFMG, Universidad de Buenos Aires, Université de Bordeaux II, Gallaudet College – USA; diretor da Clínica e Escola Fono, em Belo Horizonte; vice-presidente nacional da Febiex – Federação Brasileira das Instituições de Excepcionais, de Integração Social e de Direitos da Cidadania; Conselheiro do Conade – Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência.

**E**ntendemos que “a importância das instituições para a inclusão da PPD nas políticas de saúde” pode ser mensurada através das ações que desenvolvem na habilitação/ reabilitação integral, ou seja na garantia de acesso, regresso, permanência e sucesso da pppd aos serviços de saúde e suas relações com as outras políticas sociais básicas com vistas à proteção social mais completa possível.

Muitas das entidades filiadas à Febiex já operam com ações e programas em múltiplas áreas, na atenção à sua clientela ao passo que outras instituições são mais especializadas e complementam a habilitação integral através de parcerias com instituições públicas e privadas.

## PROPOSTAS PARA AS AÇÕES DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS

1. Prevenção, diagnóstico e habilitação precoces
  - a) Instalação de uma coordenação municipal que avalie, implante, implemente e promova a inter-relação dos serviços públicos e privados que contemplem ações de prevenção de deficiências;
  - b) Implantação de um “Plano Municipal de Prevenção de Deficiências” para atuação junto á comunidade e especialmente jovens e adultos jovens, com o objetivo de disseminar informações sobre as causas mais freqüentes de deficiências, incapacidades e desvantagens como conceituado pela OMS;
  - c) Utilização das redes pública e particular de instituições que atendem ppd para difundir informações sobre etiologias das enfermidades ou condições mórbidas preponderantes, especialmente, as condições de alto risco para surdez e cegueira, as circunstâncias que proporcionam o aparecimento de deficiências mentais e encefalopatias não progressivas (traumatismo de parto, fenilcetonúria, hipotireoidismo, síndromes congênitas e/ou hereditárias, etc.), de deficiências físicas (traumas, medicação indutora de má formações, poliomielite, encefalites, etc.);
  - d) Realização obrigatória de exames neo-natais por pediatra, nos partos realizados com especial atenção para os bebês de alto risco;
  - e) Encaminhamento dos bebês de alto risco aos serviços complementares de diagnósticos de baixa, média e alta complexidade;
  - f) Implementação de programas de formação de recursos humanos especializados na detecção precoce de deficiências, em especial do pessoal de enfermagem que atuam em maternidades e berçários;
  - g) Obrigação de oferta de serviços de habilitação/ reabilitação precoces, públicos ou através de credenciamento de instituições privadas, com o objetivo de se interromper a instalação de deficiências permanentes a serem financiados com recursos do Fundo Municipal de Saúde;
  - h) Implantação de programas de orientação e informação das famílias de ppd, a fim de envolvê-la e valorizá-la no processo de reabilitação;
  - i) Promoção permanente de campanhas de vacinação e de esclarecimentos da população sobre os riscos da automedicação e de acidentes domésticos;
  - j) Desenvolvimento de programas nutricionais que visem suprir carências alimentares causadoras de deficiências, com ênfase em campanhas de aleitamento materno e utilização de alimentação alternativa de baixo custo e alto valor nutritivo;
  - k) Implementação de ações de assistência pré-concepcional, pré-natal e neonatal. Acesso aos serviços de diagnóstico na genética e de aconselhamento genético;
  - l) Melhoria dos serviços de saneamento básico. Com ênfase na distribuição de água, coleta de lixo e tratamento de esgoto;
  - m) Fiscalização das formas de poluição sonora, química, radioativa e outras;
  - n) Implantação de campanhas de educação e fiscalização do trânsito, de prevenção de acidentes e de resgate e socorro urgente às vítimas de acidentes.

## 2. Habilitação/ reabilitação

- a) Implementação de programas e ações básicas de capacitação e reciclagem de pessoal voltado para a reabilitação integral;
- b) Apoio e financiamento, com recursos do F M Saúde, de programas e centros de referência em habilitação/ reabilitação, descentralizados e próximos às residências das ppd;
- c) Credenciamento/ conveniamento ou contratos com serviços de reabilitação que contemplem ações de prevenção, diagnósticos, ações básicas e/ou complexas de reabilitação, orientação pessoal e familiar, estabelecendo uma rede interligada e complementar;
- d) Garantia de pagamento, nas tabelas do SUS, de valores adequados aos atendimentos de qualidade em reabilitação integral da ppd;
- e) Fornecimento de órteses, próteses, bolsas de ostomia e materiais auxiliares à pessoa que delas necessitar;
- f) Implementação de programas de orientação e informação da família de ppd quanto à evolução dos atendimentos e prognósticos possíveis;
- g) Garantia de tratamento odontológico à ppd;
- h) Garantia de atendimento por equipe interdisciplinar para atenção e recuperação física, psicológica e principalmente, para integração social da clientela.

## Leani Souza Máximo Pereira

Professora Assistente do Departamento de Fisioterapia da UFMG; Mestre em Ciências Biológicas ICB/UFMG; Especialista em Gerontologia – SBGG.

**A** Organização das Nações Unidas considera o período de 1975 a 2025 como a *Era do Envelhecimento* dado o crescimento marcante da população geriátrica frente à população global em todos os países. *O mundo está ficando velho.*

A população brasileira está envelhecendo e esse processo, extremamente rápido, acontece paralelo a grandes problemas de ordem infra-estrutural. No ano 2025, seremos a sexta população de idosos do planeta. Necessitamos planejar, desenvolver políticas sociais e de saúde para esse crescente contingente populacional, sustentando, com padrões mínimos de dignidade, os idosos brasileiros; esse desafio social precisa ser conscientizado.

Entretanto esse desafio não é fácil: o envelhecimento é uma experiência individual e singular, duas pessoas não envelhecem de maneira idêntica. A idiossincrasia é a norma. Ela ensina o profissional de saúde a olhar para o paciente em sua totalidade, da mesma forma que o faz com suas “queixas principais” e seus problemas associados.

O processo de envelhecimento vem acompanhado de uma maior prevalência de doenças múltiplas e crônicas, alterações cognitivas, problemas emocionais, sociais, interações de medicamentos e manifestações atípicas das doenças. Esse perfil diferenciado faz do idoso

um indivíduo vulnerável, complexo, oneroso para os familiares e para o sistema de saúde e, muitas vezes, discriminado em nosso meio.

O profissional de saúde, o membro da família ou o próprio indivíduo idoso não consegue arcar sozinho com a responsabilidade e a complexidade de todos esses aspectos, gerando, muitas vezes, confusão nas informações, inadequação das condutas no caso e o efeito *burn out* na equipe de saúde (definido pelos ingleses como demonstrações, pelos membros da equipe, de descontentamento, fuga, ansiedade, tensão e fadiga no desempenho das suas atividades). O grande desafio passa a ser a *descentralização integrada*, para tentarmos conhecer adequadamente a complexidade de um paciente idoso.

Necessitamos de uma equipe multiprofissional, que, em muitos casos, sem estar em um mesmo espaço físico, consiga ter propostas e objetivos terapêuticos comuns.

Uma equipe multiprofissional especializada em geriatria e gerontologia deveria propiciar, através de técnicas adequadas, uma abordagem correta das alterações fisiológicas ocasionadas pelo processo de envelhecimento, bem como das suas patologias, suas limitações, deficiências e/ou restrições sociais. Entretanto, poucos são os profissionais com formação específica nas áreas da geriatria e gerontologia.

Poucas escolas do país apresentam essas disciplinas como obrigatórias em seus currículos da graduação; dessa forma, condutas inadequadas são habitualmente adotadas por alguns profissionais de saúde, o desconhecimento do organismo senescente, senil e a falta de atitudes gerontológicas são frequentes.

Pesquisas sobre o envelhecimento são escassas. A maioria dos estudos está fundamentada em concepções universalistas sobre a velhice, restritas ao âmbito acadêmico e impossibilitando discussões amplas.

E o nosso velho vive ou sobrevive? Um rápido olhar sobre atestados de óbito de idosos nos mostra que 1 em cada 4 registra como causa mortis “sinais e afecções mal definidas”: *Se não sabemos como morrem tenho dúvidas se sabemos como vivem.* (Guimarães, 1997).

Para dificultar ainda mais, a política do custo/ benefício vigente em nosso país, com a diminuição dos períodos de internação hospitalar e sem a abordagem necessária ao idoso, favorece o seu encaminhamento a ambulatórios e centros de saúde, gerando uma peregrinação a vários serviços e, em muitos casos, a uma reinternação, sem a solução de seus problemas.

Programas oferecidos pelo Estado, que aceitem o idoso com o seu perfil diferenciado, dando-lhes assistência em todos os níveis de saúde, ainda são precários em nosso meio. Algumas iniciativas formais e informais não são aceitas, nem mesmo pelos próprios idosos; em muitos casos, a participação dos mesmos em tais programas fica restrita devido à dificuldade na acessibilidade aos locais onde são realizadas tais programações.

A geriatria e a gerontologia fazem propostas para atuar junto aos idosos nos três níveis de atenção à saúde: preventivo, curativo e reabilitador.

Propostas e abordagens terapêuticas surgem para tentar controlar os “gigantes da geriatria”: a imobilização, instabilidades e quedas, iatrogênias, incontinência e insuficiência cerebral.

A reabilitação geriátrica é conduzida por três princípios básicos: estabilizar os problemas primários, prevenir complicações secundárias e restaurar, ao máximo, a independência funcional do idoso, preservando ou melhorando a sua qualidade de vida, dentro das suas perspectivas e da sua individualidade.

Fazendo parte dessa grande equipe de reabilitação geriátrica, a fisioterapia focaliza a restauração, melhora ou adequação das habilidades e destrezas motoras do idoso, possibilitando uma independência funcional máxima, compatível com a variabilidade e individualidade de cada idoso.

A mobilidade e o deslocamento do indivíduo pelo ambiente são essenciais para a realização das atividades funcionais e, mais do que isso, a restrição do paciente ao leito, além da dependência e suas complicações, diminui a sua autonomia, o seu convívio social, interferindo na sua auto-estima, satisfação e sensação de bem-estar, ocorrendo, dessa forma, o desenvolvimento de processos depressivos.

Essa abordagem é extremamente pertinente, visto que, segundo a OMS, após os 70 anos, 30% dos idosos são portadores de alguma patologia crônica; e mais: entre os portadores desse tipo de patologia, cerca de 50% terão algum tipo de limitação ou incapacidade física.

Muitos idosos são internados em instituições asilares devido às dificuldades progressivas na realização das atividades funcionais básicas.

Atualmente, as avaliações funcionais têm recebido um destaque especial pelos profissionais que atuam na área da geriatria e gerontologia. Esses instrumentos de baixo custo, genéricos e específicos, medem as diversas funções dos idosos, possibilitam a identificação, análise e classificação das capacidades funcionais, bem como de suas limitações. Dessa forma, contribuem para uma melhor abordagem terapêutica, a elaboração de estratégias de ação e a intervenção de uma equipe interdisciplinar.

A inclusão adequada do idoso no nosso sistema de saúde deve ser construída passo a passo, no âmbito preventivo, curativo, paliativo e reabilitador. Desse processo devem participar profissionais de saúde, familiares, cuidadores, comunidade e órgãos governamentais, contribuindo, cada um dentro de sua competência, para que cada ano vivido pelo idoso se torne digno e prazeroso.

Estamos certos que a construção de um sistema de saúde, que atenda às necessidades do nosso idoso, envolve não somente aprimoramentos científicos, mas ações humanísticas, políticas e sociais.

## **Maria Inês Freitas Coelho**

Professora de Fonoaudiologia da Faculdade Isabela Hendrix.

**C**omo justificativa deste projeto Fonseca (1995) ressalta que a grande convicção do futuro é que as crianças deficientes tenham as mesmas oportunidades que as crianças não-deficientes, pois cabem-lhes as mesmas e legítimas aspirações de realização pessoal e de participação e transformação social.

Os objetivos deste projeto são favorecer a inclusão de crianças especiais em escolas regulares, promover a socialização e o desenvolvimento psicoafetivo, buscar soluções para que a inclusão seja efetivada nas escolas regulares, comparar a inclusão em escolas públicas e particulares, pesquisar a carga horária e o conteúdo dos cursos administrados aos professores,

avaliar as possibilidades de atuação do fonoaudiólogo na escola, elaborar um projeto de atuação fonoaudiológica na escola que auxilie a prática inclusiva.

Foi elaborado um questionário que será entregue aos professores e coordenadores, e os dados obtidos serão estudados comparativamente e levantadas metas de intervenção.

## **GRUPO REABILITARTE**

O Centro Geral de Reabilitação – CGR é uma unidade da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig, que presta assistência ambulatorial em reabilitação nas áreas de ortopedia, hanseníase, neurologia adulto e neurologia infantil.

A equipe de neurologia adulto presta assistência a pacientes adultos portadores de seqüelas de acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, distrofia muscular, traumatismo crânio encefálico e paralisia facial periférica.

Encontra-se em execução nesta equipe o Grupo Reabilitarte composto por uma fonoaudióloga, um fisioterapeuta, uma psicóloga, um assistente social, um terapeuta ocupacional e seis pacientes com prazo determinado de 12 sessões de 1 hora e 20 minutos semanais.

Os objetivos deste grupo são estimular a consciência corporal, orientar as posturas corretas para se realizarem as atividades de vida diária e atividades ocupacionais, facilitar a reintegração do paciente em sua família e trabalho, favorecer a independência funcional, desenvolver a comunicação oral ou alternativa, orientar a família quanto à estimulação de linguagem, melhorar a expressão facial.

Este grupo é orientado a elaborar atividades de pintura, desenho, colagem, canto, dança, conto e comemorações de festas. São também feitas visitas domiciliares e institucionais para a adaptação de posturas e atividades.