

UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E ACESSO SIM

MAS, NÃO BASTAM

autor: Emerson Elias Merhy (Prof. da UNICAMP/médico sanitário)

Campinas, março de 1995.

INTRODUÇÃO

Quando fui convidado, pela Comissão organizadora da 5ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte, para escrever um texto sobre os lemas "Universalidade, Equidade e Acesso à Saúde", fiquei com algumas dúvidas quanto aos objetivos que perseguiria para a sua elaboração e quanto ao público ao qual me dirigiria, i. é, para quem eu estaria "falando".

Quanto à primeira dúvida, os objetivos, o que eu queria evitar era a de não cair simplesmente no mesmo lugar comum da maioria dos textos, que desde a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, se vêm produzindo, que de modo repetitivo reafirmam o "mesmismo", apesar que de um maneira geral concorde formalmente com as idéias que têm expressados, ou seja: um Sistema Único de Saúde (SUS) que se pauta pela SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA tem que estar centrado em uma política baseada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e acesso às ações de saúde.

Portanto, não queria cair no mesmo por crer que só diria o que os outros já disseram, e até de um modo melhor que eu, e ainda porque só defenderia princípios muito clássicos, óbvios e amplos para os que se filiam à noção ético-

política de que SAÚDE É UM DIREITO DE TODOS.

Entretanto, até para poder expressar melhor o que entendo como pertinente hoje nesta discussão e inclusive por uma questão mais didática, vale a pena descrever estes lemas de um jeito mais detalhado reafirmando-os, para depois apresentar algumas idéias mais críticas em torno destes tema.

Em primeiro lugar não foi por acaso que muitos lutaram, durante e após a ditadura militar, para que se produzisse uma Constituição brasileira, e que acabou conformando na elaboração da de 1988, que contivesse alguns artigos chaves sobre a questão da saúde e da cidadania.

Quando o movimento pela Reforma Sanitária atuou durante este processo, já tinha claro que a principal luta a ser travada na saúde era no sentido de combater a exclusão de muitos brasileiros das ações de saúde e do sistema de atendimento em geral, e a desigualdade social existente no país que fazia com que um brasileiro da região sul e sudeste viva mais 10 anos que um do norte e nordeste.

Portanto, esta luta não era só por uma questão de princípios democráticos, mas também porque claramente os benefícios que os serviços de saúde poderiam trazer para as pessoas e a população em geral seriam muito grandes e dependiam do funcionamento de uma política de saúde governamental pautada por princípios que garantissem mais igualdade na assistência, que considerassem a saúde de todos um bem público, um patrimônio da sociedade, um bem para as pessoas e, assim, um direito de todos e de cada um à uma

vida melhor, mais saudável, como consequência inclusive da atuação dos governos na área da saúde.

Os que lutavam naquela época, sabiam que se as pessoas não pudessem chegar aos serviços de saúde elas não poderiam usufruir dos benefícios que estes poderiam dar a elas, pois estariam excluídos do atendimento quando necessitassem dos mesmos.

Sabia-se, também, que muitas pessoas conseguiam atendimento só em situações muito especiais, ou porque pagavam por eles ou porque eram considerados indigentes e recebiam atendimento por filantropia. Elas não eram tratadas identicamente nem pelos próprios serviços públicos: os que tinham "direito à previdência" eram atendidos pelos serviços federais e os que não tinham nada ficavam para os "estaduais e municipais".

Na luta pelo ACESSO de todos às ações de saúde estava embutida a conquista do direito de qualquer cidadão poder chegar a um serviço de saúde e ter uma resposta deste ao seu problema, e não lhe ser negado uma ação de saúde.

Na luta pela UNIVERSALIDADE procurava-se conquistar direito de qualquer um ser atendido em qualquer lugar que estivesse, deste modo poderia-se ir a um serviço de saúde e ser atendido, sem que houvesse distinção entre o serviço ser federal, estadual ou municipal, pois todos seriam parte de um SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

Na luta pela EQUIDADE procurava-se garantir que qualquer que fosse o cidadão a ser atendido, rico ou pobre, quando ele necessitasse dos serviços

fosse atendido de modo idêntico, sem discriminação de classe, cor, sexo, etc... Além disso, estes serviços seriam feitos conforme os seus problemas de saúde, usando-se todo o esforço, conhecimento, procedimentos e tratamentos (exames, medicamentos, etc...), para realmente procurar resolvê-los. Não se permitindo uma distinção entre um brasileiro do outro, no valor de sua vida. Todos sendo considerados como um patrimônio para a sociedade.

Portanto, as lutas travadas eram muito justas e corretas. Inclusive durante os anos de 1986 a 1988, pode-se dizer que foi até vitoriosa, pois conseguiu que constasse em alguns artigos da Constituição a garantia destes princípios, ou pelo menos a maioria deles.

Mas, quando a Constituição foi aprovada, a lei que deveria ser produzida para dar funcionamento a estes princípios, encontrou pela frente a eleição do Collor. E foi neste governo que se "fabricou" a primeira lei regulamentando o SUS. Isto não foi feito sem problemas. Uma parte dos princípios ficou, mas uma parte foi desrespeitada. Principalmente, aqueles que poderiam mudar o dia a dia dos serviços, poderiam modificar o modo de realizar as ações de saúde em cada serviço, em cada município, em cada lugar do país. Com Collor, o país começou inclusive a gastar menos do que gastava na época do Sarney, com a saúde.

Com o passar dos anos após a Constituição, os integrantes da luta pelo direito de cidadania na saúde reconhecem que os problemas não foram resolvidos, só alguma coisa do SUS foi implantado, e mesmo assim só em alguns municípios, e portanto muitos dos problemas anteriores persistem, e alguns até pioraram.

Desta forma, a luta pelos lemas devem contemplar todos estes que descrevemos até aqui, mas isto não parece ser suficiente. E, para que isto seja melhor compreendido é necessário pensarmos um pouco mais criticamente em relação aos mesmos.

Isto é, devemos nos debruçar melhor sobre estes lemas gerais que o SUS tem seguido enquanto declaração de sua carta de princípios, e tentar entender até onde os problemas foram só do não cumprimento da lei, ou até onde eles são importantes, devem ser seguidos, mas faltam outros ainda a serem pensados.

Antes de mais nada, devemos perguntar, se estes princípios-lemas têm sido suficientes para orientarem efetivamente novas formas de atuar em saúde. E, mais ainda, se têm sido capazes de tornar estes modos de atuar, em momentos que expressem a intensa cumplicidade dos trabalhadores e dos governos com os problemas de saúde dos usuários. Isto é, se têm permitido um atuar em saúde que se comprometa com o modo como os usuários elaboram parte de seus sofrimentos como problemas de saúde, e se têm se tornado em mecanismos efetivos de proteção destes usuários, inclusive contra os riscos de sofrerem.

Será que aqueles princípios gerais permitem organizar novos modos de trabalhar em saúde que tenham como eixo ordenador todo o seu comprometimento com a defesa da vida individual e coletiva?

Será que eles têm permitido explorar todo o potencial positivo que as tecnologias em saúde tem, para se tornarem poderosas armas em defesa da

vida e do combate ao sofrimento, melhorando efetivamente o modo de viver das pessoas, contribuindo para que elas tenham cada vez maior autonomia, conforme seus próprios "desejos", no seu caminhar do dia a dia?

Como já sugerimos até agora estes lemas ao serem tratados simplesmente como grandes princípios ordenadores do SUS, relevantes para a organização das grandes diretrizes políticas do sistema, devem ser incorporados pelas políticas dos distintos governos no Brasil, na área da saúde; porém, isto não parece ser suficiente quando se olha o modo como na ação cotidiana, no dia a dia dos serviços de saúde, eles se realizam.

E, aí então, ficou mais claro para mim que este texto deveria ser escrito não só para os participantes de governos, não só para os trabalhadores de saúde e os usuários-cidadãos dos serviços de saúde.

Mas, deveria ser escrito partindo do ponto de vista do usuário, individual e coletivo, para perguntar e analisar o sentido e o significado destes lemas, considerando-se as suas realizações nos cotidianos dos serviços de saúde e qual a importância dos lemas para a construção de um "fazer em saúde" mais competente, como arma efetiva para o enfrentamento das necessidades/problemas de saúde do conjunto dos cidadãos.

Assim, de um modo geral consideramos que estes lemas não podem ter só um sentido amplo, macropolítico e burocrático, como grandes linhas ordenadoras a serem seguidas pelas políticas governamentais para os serviços de saúde.

É necessário que estas políticas estejam amarradas à realidade do dia a dia, à

realidade micropolítica dos serviços de saúde. É necessário que estejam articuladas à mais abrangente incorporação do mundo das necessidades/problemas de saúde dos cidadãos. Devem ter que ser marcadas não só por uma garantia do atendimento universal, igual e acessível, mas fundamentalmente por um "atuar em saúde" que acolha, que proteja e que resolva os problemas dos usuários, contribuindo para a construção de uma maior autonomia destes cidadãos no seu modo de caminhar e estar no mundo. Creio que o conjunto destes princípios não existem uns sem os outros, no cotidiano micropolítico do conjunto dos serviços de saúde. Creio que não é possível inventar uma nova forma de atuar em saúde se não se garantir universalidade, equidade e acesso.

Mas, só isto não basta.

UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E ACESSO SIM

Por incrível que pareça, no Brasil, apesar de todos os dizeres dos artigos 196, 197, 198, 199 e 200, da Constituição de 1988, ainda se viola e se nega permanentemente os direitos dos usuários na área da saúde.

Uma das maneiras mais violentas que se têm adotado na negação deste direito é através da não garantia do acesso das pessoas ao atendimento em saúde, no momento em que elas recorrem aos serviços por acharem que o seu problema é um caso a ser resolvido por um atendimento médico e/ou sanitário. Esta violência tem tido muitas caras.

Nos serviços privados a negação tem sido feita em nome de um certo

pagamento, de uma certa compra, pois o direito de atendimento nestes casos é comercializado diretamente. O usuário não é considerado um cidadão, mas um consumidor qualquer como os de uma loja de comércio. A violência, nesta situação se apresenta ou porque a pessoa não tem um convênio, ou porque atrasou o seu pagamento, ou porque não tem dinheiro para fazer um depósito no caixa do serviço, na hora que quer ser atendido. As pessoas podem até morrer por isso que estes serviços não assumem responsabilidade diante do caso, os princípios constitucionais não são respeitados em hipótese alguma.

NÃO HÁ RESPEITO AO DIREITO À SAÚDE NOS SERVIÇOS PRIVADOS NO BRASIL.

Os princípios ético-políticos que estes serviços obedecem são os mesmos que qualquer comerciante tem que seguir. Não se considera a saúde um caso distinto, especial, como deveria ser.

Entretanto, infelizmente isto não acontece só nos serviços privados regidos pelo comércio. Pois, mesmos os que por lei são organizados pelos princípios ético-políticos da cidadania e da defesa da vida, como os serviços públicos, também em boa parte adotam formas de negação do acesso ao usuário. Mas, de modo velado, adotando muitas vezes a própria questão técnica, para fazer isto.

Às vezes, procura-se negar que a necessidade/problema de saúde que o usuário diz ter seja importante como uma questão de saúde, considerando que só seriam problemas aqueles que os serviços reconhecessem como tal e não aquele que o usuário apontasse. De um outro modo, em nome de uma

organização mais planejável e controlável dos serviços procura-se dar assistência só aos que "pertencem à área da unidade", negando-se atendimento a muitos outros, mesmo que a unidades de saúde tenha o serviço que se está precisando e seja ociosa.

Enfim, seja qual for a forma da negativa ela tem tido sérias consequências para a qualidade do atendimento atual dos serviços de saúde, e acabam condenando o usuário a uma busca incessante de serviços, de forma aleatória e de muitas maneiras distintas, para tentar ter uma resposta mínima de enfrentamento do problema.

Cerceia-se, ao mesmo tempo, a universalidade. Nem todos conseguem ser atendidos nos momentos necessários e em qualquer serviço disponível. Impede-se a equidade, porque os serviços atendem os mesmos problemas de modos diferentes, conforme os critérios que usam para selecionar quem vai ou não ser usuário. Conforme a maior ou menor permeabilidade do serviço ao problema que o usuário está lhe trazendo, ou expressando.

O real imbricamento destes componentes básicos de uma política governamental de saúde, mostra antes de tudo como eles fazem referência à possibilidade do usuário ter garantido uma abordagem de seus problemas de saúde, a partir de uma ótica minimamente centrada nele. Isto é, uma abordagem que considere que o elemento mais chave, mais importante de todo o sistema de saúde é, afinal das contas, o próprio usuário. De um modo óbvio, qualquer que fosse o serviço de saúde, o mote principal para a sua

organização tem que ser o cidadão, ou cidadãos, portador das necessidades/problemas de saúde.

QUANDO SE NEGA O ACESSO, NEGA-SE O PRÓPRIO USUÁRIO. QUANDO SE GARANTE NEM SEMPRE "RECONHECE-SE" O USUÁRIO COMO FUNDAMENTAL

Para compreender melhor ainda, o que foi dito acima, é necessário pensar um pouco mais sobre isto que se chama de necessidades/problemas de saúde, e aí pensar da importância do acesso como forma de atendimento destes problemas, sem cair em uma discussão muito simples de que o acesso livre da clientela aos serviços quebra a qualidade dos mesmos, pois aqui se considera o oposto. Mas, também sem cair na idéia de que basta o acesso para se ter uma boa política de saúde.

Muitas vezes tem sido a negação do acesso que tem jogado a clientela para a busca de serviços que só se preocupam em "tocar os casos", sem nenhum compromisso com os resultados em termos de saúde, e utilizando-se de um atendimento baseado só na queixa rápida e em uma conduta que em sua maioria tem se pautado por procedimentos medicamentosos (sintomatológicos), e/ou exames de laboratórios e/ou encaminhamentos para outros serviços sem nenhuma garantia de ações efetivas que possam beneficiar os usuários "necessitados" e "vulneráveis".

Veja o que acontece com os usuários que não conseguem ser atendidos em um Centro de Saúde, para onde é que eles vão? E em um serviço privado, então, o que acontece?

No caso dos serviços privados que normalmente se respaldam em termos econômicos para realizar esta negação, não lançando mão de argumentos mais técnicos sobre quem entra ou não pelas portas de seus serviços, joga-se o usuário para a parte do sistema que ainda tem um certo compromisso com a questão da universalidade, como os do SUS. Servindo na maioria das vezes como um mero repassador de problemas dos serviços privados para os públicos, quando os casos exigem uma intervenção minimamente mais delicada.

Veja como muitos serviços privados hospitalares tem vários leitos vazios ou desativados, e como os públicos não conseguem colocar as pessoas nem leitos. Muitas vezes elas ficam no chão.

Isto mostra inclusive que no caso do conjunto dos serviços públicos a negação do acesso já é um pouco mais complicado, pois eles têm que garantir o atendimento em algum lugar do sistema. Se não der em uma unidade básica, que por razões variadas negue o atendimento, em algum outro lugar este usuário tem que ser visto; nem que seja em um Pronto Socorro ou em uma Unidade de Urgência qualquer.

Mas, apesar de que a negação do acesso tem levado o conjunto dos usuários a uma situação de maior "vulnerabilidade" e "fragilidade", a sua garantia não tem provado nenhuma melhoria efetiva da qualidade do trabalho em saúde. Pois, muito do que se faz, tem servido para gerar procedimentos sem produzir benefícios para o usuário.

Sobre isto podemos algumas questões interessantes. Por que os serviços de saúde não consideram como importante aquilo que o usuário coloca como sua necessidade? Por que os serviços de saúde, inclusive o público, trabalham muito em cima da lógica de que necessidade é o que o serviço define como tal? Por que o processo de trabalho em saúde não trabalha com a idéia de que a sua matéria-prima é o usuário do jeito que ele representa o seu sofrimento como necessidade/problema de saúde, de que são também matéria-prima as situações de risco que se vinculam à existência deste sofrimento, de que é uma tarefa essencial do trabalho em saúde, em qualquer lugar que estiver sendo realizado, dar "acolhida" a esta dimensão, a partir da qual se cria toda uma outra cadeia de intervenção.

Deste modo, tem que se começar a questionar mais radicalmente a idéia de que um serviço de qualidade é o que atende os verdadeiros problemas de saúde definidos pelos "saberes" dos serviços, e não as besteiras que os usuários trazem para eles. Levando a uma confusão sobre o que de fato devem ser consideradas como necessidades de saúde. Tomando estas pela nomeação que os "saberes" dos serviços fazem da existência de problemas portados pelos usuários, de modo oficial, e muitas vezes burocráticos, e que empobrecem o próprio uso destes saberes. Que é o que estamos assistindo nos serviços de saúde no modo como neles se pratica a clínica e a epidemiologia. Ambas têm se mediocrizado no conjunto dos serviços, pois de poderosos conhecimentos a ajudar o trabalho de saúde no enfrentamento das

necessidades tem se tornado em esquema burocratizantes para enquadrar "clientelas".

Não se tem considerado o fato de que os usuários realmente desenham seus problemas de saúde como necessidades, inclusive a partir de um conjunto de elementos culturais e sociais em geral, e mesmo de esquemas fornecidos pelo próprio modo como os serviços de saúde os atendem. E, que esta é a forma real como o sofrimento é vivido, como ele é representado para si. Este é o "objeto" do trabalho vivo em saúde, que os trabalhadores nos serviços enfrentam, e deste lugar que se deve partir para gerar opções de atendimento do mundo do sofrimento e de sua "prevenção". Este é o modo como é vivido pelas pessoas necessidade/problema de saúde, como é vivido o medo de vir a sofrer, ou como é almejado se "estar saudável" para poder ter direção no seu caminhar na vida.

Com isto se os serviços de saúde não conseguirem incorporar como um componente importante de seus critérios, o próprio modo como o usuário representa o seu problema, para aplicar o conjunto dos conhecimentos de saúde que tem - como os saberes clínicos e epidemiológicos, entre outros - desenhando intervenções eficazes, eles não poderão tomar como uma de suas principais tarefas, a interferência na produção social desta representação abrindo novos modos coletivos de elaborar e enfrentar o sofrimento.

Além disso, se em nome de realizar um atendimento de maior impacto nos problemas de saúde, identificados pelos saberes oficiais, negar o acesso do

usuário, não poderá realizar as missões que qualquer serviço de saúde deve cumprir: a de procurar resolver efetivamente os problemas de saúde dos usuários individuais e coletivos; e a de permitir que o usuário se apossa cada vez mais de mecanismos que o capacitam a se tornar um "sujeito mais senhor no modo de caminhar a vida", sendo cada vez menos dependente da instituição.

As práticas de saúde, coletivas e individuais, são capazes de atuar nesta direção, são tecnologias que permitem isto, e conforme os compromissos que o trabalho em saúde persegue, podem muito bem contribuir com estes objetivos. O sentido dado ao trabalho vivo que uma equipe de saúde possui é chave para isto.

Particularmente, esta potencialidade é maior se o serviço for um atendimento ao nível de um Centro de Saúde, de um Consultório, de um Ambulatório, mas isto não isenta de uma preocupação semelhante ao conjunto dos trabalhadores de Hospitais e Serviços de Urgência e Emergência.

Portanto, negar o usuário através da negação do acesso é antes de tudo um problema da qualidade das ações de saúde e compromete sua capacidade de ser uma intervenção tecnológica e assistencial a serviço de uma melhoria do modo de andar a vida dos indivíduos e do coletivo.

Mas, como vimos só garanti-lo não basta, não é suficiente

Deve-se repensar sua articulação com o modo de trabalhar cotidianamente as necessidades/problemas de saúde.

OS TRABALHADORES DE SAÚDE TAMBÉM PODEM GARANTIR QUE UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E ACESSO SEJAM ARMAS NA DEFESA DA VIDA SE COMPROMETE-LAS COM UM NOVO MODO DE AGIR EM SAÚDE

Nestes milhares de anos que a humanidade vem lutando contra o sofrimento as ações de saúde vêm se constituindo em uma poderosa arma nesta batalha. Óbvio que durante todos estes anos esta arma não foi sempre a mesma, mas sem dúvida nas últimas décadas as tecnologias desenvolvidas para enfrentar os problemas individuais e coletivos de saúde, com a medicina e a saúde pública, têm sido cada vez mais potentes. E, o mais interessante, cada vez mais imbricada uma na outra.

Tanto a medicina quanto a saúde pública têm mostrado sua capacidade de resolver problemas de saúde quando conseguem salvar pessoas da morte e de sofrimentos que antes não tinham soluções; e cada vez mais lutar contra um problema coletivo depende da competência de enfrentar também os problemas no nível individual e vice-versa.

Veja que para combater problemas como câncer, ou mesmo lesões cardíacas, entre outras, cada vez mais o tratamento individual que a medicina realiza depende de uma abordagem coletiva tanto contra as substâncias que provocam estes problemas, prevenindo a sua aparição, quanto na organização de um sistema de serviços que permita um diagnóstico rápido e cedo do problema para poder tratá-lo em benefício do usuário. Isto sem falar da importância que o conhecimento do comportamento coletivo de um

determinado problema de saúde - sua dimensão populacional, o nível da sua mortalidade, a sua história em uma dada sociedade, etc... - tem para a abordagem individual.

De uma outra maneira qualquer pretensão da saúde pública em controlar fenômenos epidêmicos e endêmicos depende de uma abordagem individual qualificada. Este é sem dúvida o caso de muitos problemas como AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras. Um tratamento médico consequente é uma poderosa arma de saúde pública.

Porém, o imbricamento destas formas distintas de enfrentamento dos problemas de saúde marcam, pela sua maior ou menor qualidade na capacidade de resolver o problema enfrentado e em cumprir a missão dos serviços de saúde, uma à outra. Como regra **NÃO SE FAZ BOA MEDICINA COM UMA PÉSSIMA SAÚDE PÚBLICA E VICE-VERSA.**

Se se considerar também como missão dos serviços de saúde não só o uso eficaz na sua capacidade de diminuir a intensidade dos problemas que arriscam a vida das pessoas, mas substancialmente a busca incessante de aproveitar as várias possibilidades do trabalho em saúde no sentido de qualificar esta vida, considerando como o melhor indicador disto os ganhos de autonomia que os indivíduos possam ter no seu "modo de caminhar sua vida"; o trabalho em saúde não pode ser medido só por indicadores "frios" de alguns resultados. Deve ser medido também pelo modo como no dia a dia, na vida micropolítica de cada serviço de saúde, a relação usuário e trabalhador de

saúde se efetivam e implicam em uma atenção comprometida: tanto com a impactação dos problemas dimensionados pelos saberes em saúde, quanto com a efetiva contribuição na "produção de novos sujeitos-cidadãos, mais qualificados para o enfrentamento de seus problemas".

Deste modo, deve-se repensar a noção de tecnologias em saúde para além da que se está acostumado. As chamadas "tecnologias leves" embutidas no modo como se dá as relações entre os trabalhadores e estes e os usuários, são tão chaves quanto as tradicionais de diagnóstico e intervenção terapêutica.

É no modo como uma equipe de trabalhadores de um serviço acolhe seus usuários (acolher aqui como escutar, trocar informações e decidir rumos para dar uma resposta tecno-assistencial ao problema apresentado), na maneira como se compromete e se responsabiliza por eles, na forma como coletivamente trocam suas sabedorias para intervir, no modo como fazem a gestão miúda do cotidiano do serviço, que a qualidade de uma política de saúde se exprime.

A sabedoria para atuar nestes processos não está em nenhuma máquina, em nenhum manual fechado, em nenhum protocolo, mas na ação real do trabalho vivo em saúde que o coletivo de trabalhadores fazem no momento da atenção ao usuário, individual e/ou coletivo.

O modo como se equaciona o momento do contato do usuário com o serviço é fundamental para dar ou não sentido ao que se está falando até agora. Seja qual for o serviço de saúde é na hora em que se estabelece um espaço de

escuta entre usuário e trabalhador que se dá início a um processo de trabalho em saúde.

Vale ver que, a bem da verdade, por todo os momentos das atividades em saúde este espaço de escuta se faz fundamental, mas destacadamente aquele que se estabelece logo "à porta" desempenha um momento chave no desenho do modo como a atenção à saúde será dada.

Pode se ter o princípio que se quiser na defesa do acesso e da universalidade, mas, conforme este primeiro momento, se realizará um movimento de aceitação ou de negação do usuário. Mesmo quando o usuário consegue passar "pela porta", a maneira pelo qual se realizou a escuta pode ser uma negação do serviço ao problema apresentado.

Neste momento, o de ACOLHER o "usuário demandante", do ponto de vista de qualquer um que se dirige ou necessita de um serviço, espera-se que se desenvolva um espaço de escuta, um momento de troca de informações e um processo de decisão para se dar prosseguimento a outras etapas do processo de trabalho em saúde. A maneira como este momento se realiza pode alterar completamente não só os princípios constitucionais, mas também garantir ou negar qualidade para os seguintes.

É interessante observar que o trabalhador de saúde coletivamente, no dia a dia, constrói um jeito de dar conta desta situação conforme sua compreensão do que são as necessidades de saúde e conforme seu compromisso com os usuários. Coletivamente os trabalhadores de saúde inventam um modo de

gerir seu dia a dia, e é aí que eles constróem o modelo de atenção que um dado serviço vai seguir.

Independente de analisar os modelos que existem o que se chama a atenção aqui é como o conjunto dos trabalhadores tem poder de desenhar o cotidiano dos serviços de saúde, nestes processos de relação com o outro, o "usuário portador da necessidade".

Nesta mesma linha, em todas as etapas do processo de trabalho em saúde, seja no momento ou após a entrada, de alguma maneira os trabalhadores vão construindo as opções pelos tipos de atendimentos; isto tanto na hora dos atendimentos em si, ou nos momentos em que o usuário sai do serviço. Nesta complexa teia de produção de ações de saúde, pode-se verificar que há um conjunto de relações intensas regidas por "tecnologias leves" que permitem negar ou afirmar direitos, dar maior ou menor capacidade resolutiva às ações, estabelecer maior ou menor responsabilização pelos atos realizados e contribuir para a maior ou menor dependência dos usuários em relação aos serviços prestados.

Além da tecnologia adotada, que é marcada pela concepção que se tem da própria necessidade de saúde e das próprias ações, como já dissemos, por exemplo, se se vai ou não considerar a representação que o usuário faz de sua necessidade/problema de saúde como matéria-prima importante para o atendimento, percebe-se como é fundamental o quadro de valores éticos que regem estas relações.

Assim, o processo micropolítico, presente na maneira como o trabalho em saúde se efetiva cotidianamente nos vários serviços, é básico para definir a competência dos serviços, de sistemas e de políticas de saúde.

Sem mecanismos institucionais que permitam tornar mais público o modo como se resolvem as questões ético-políticas que regem as tecnologias, no dia a dia do agir em saúde, não é possível positivamente colocar a capacidade dos trabalhadores de saúde a serviço de invenções de formas compromissadas de realização de seus trabalhos, a partir dos interesses dos usuários em "andar de forma mais qualificada e autonomamente em suas vidas".

A LUTA POR ESTES PRINCIPIOS E MODOS DE ATUAR É UMA LUTA PELA CIDADANIA E POR UMA SOCIEDADE MAIS JUSTA DEMOCRÁTICA E IGUALITÁRIA

Finalmente, por todas estas questões consideramos como fundamental que a luta pela efetiva implantação do SUS tem que ter como bandeira tanto a luta pelo acesso, pela universalização e pela equidade, quanto pela organização de serviços de saúde a partir de uma lógica centrada no usuário e compromissada/cumpliciada com ações que permitam aplacar os sofrimentos e preveni-los, em uma clara colocação de toda a sabedoria que os trabalhadores de saúde "portam" à serviço da "defesa da vida", individual e coletiva.

Mas, também, por um luta na conquista de políticas governamentais que expressem esta vontade de fazer em saúde e que se pautem pelo princípio de que a saúde é um bem público, um direito de todos e uma responsabilidade dos governos.

Por isso, é uma tarefa fundamental também lutar contra a idéia atual do governo federal e de seus aliados que ser cidadão é ter privilégios. Isto é mentira.