

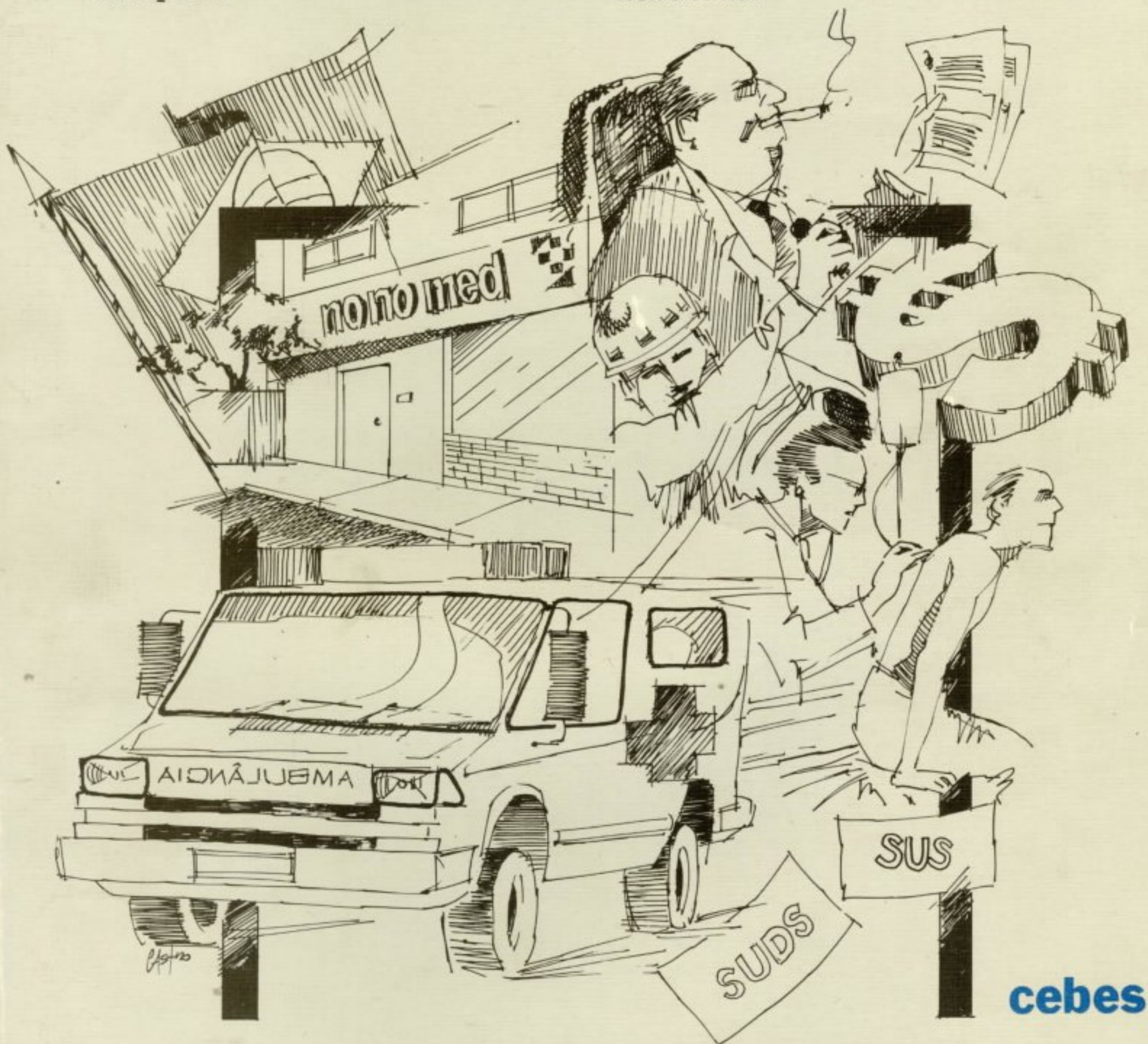
saúde

EM DEBATE 28

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

MARÇO 90

ISSN 0103-1104



cebes

**Um balanço
da municipalização**

**Dilema
Estatista II**

**Avaliações
do SUDS**

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Rua Souza Naves, 9 — Sala 109
Fone: (0432)24-6173 — Londrina-PR

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 89/91)

Diretoria Executiva

- Presidente — *Mario José de Almeida (PR)*
1º. Vice-Presidente — *Edmundo de Almeida Gallo (RJ)*
2º. Vice-Presidente — *Darli Antonio Soares (PR)*
1º. Secretário — *Maria Auxiliadora Zaccarelli Barnabé (PR)*
2º. Secretário — *Mozart de Oliveira Junior (MG)*
Tesoureiro — *Cecilia Eiko Fujiwara (PR)*

Suplentes

- 1º. Suplente — *Florisvaldo Fier (PR)*
2º. Suplente — *Álvaro Roberto Crespo Merlo (RS)*

Conselho Fiscal

- Presidente — *Francisco Eugênio Alves de Souza (PR)*
Maria Luciani Loureiro Burichel (PE)
Geraldo Lucchesi (RJ)

Conselho Editorial

- Darli Antonio Soares (PR)*
Cornelis Johannes Van Stralen (MG)
David Capistrano da Costa Filho (SP)
Edmundo de Almeida Gallo (RJ)
Eduardo Freeze de Carvalho (PE)
Eduardo Jorge Martins A. Sobrinho (SP)
Eduardo Nakamura (SP)
Emerson Elias Mehry (SP)
Eric Jenner Rosas (DF)
Fernando Isaac Szklo (RJ)
Flávio Luiz Schieck Valente (SC)
Gastão Wagner S. Campos (SP)
Guilherme Rodrigues da Silva (SP)
Hésio de Albuquerque Cordeiro (RJ)
Jaime A. de Araujo Oliveira (RJ)
Jairnilson Paim (BA)
José Ruben de Alcântara Bonfim (SP)
Leda Lúcia Couto de Vasconcelos (MG)
Luis Cordoni Junior (PR)
Maria Luíza Jaeger (RS)
Moisés Goldbaum (DF)
Paulo Amarante (RJ)
Paulo Eduardo Mangeon Elias (SP)

- Paulo Gadelha (RJ)*
Renato P. Veras (RJ)
Roberto Passos Nogueira (RJ)
Severino Márcio Pereira Meireles (MT)
Virgínia Gawryszewski (RJ)

EDITOR

Darli Antonio Soares

PROGRAMAÇÃO VISUAL

Angélica Bláia Gouvêa

ARTE-FINAL

Roger Lemes da Silva

CAPA

José Carlos de Castro

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Victor Antonio Gouvêa - MTB-6507

IMPRESSÃO

Universigraf

TIRAGEM

5.000 exemplares

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

ÍNDICE

CONJUNTURA

- O DILEMA ESTATISTA II — *Nelson Rodrigues dos Santos*..... **5**
OBSTÁCULOS NÃO SUPERADOS NA IMPLANTAÇÃO DO SUDS-BA — *Jairnilson Silva Paim*..... **16**
AS ANTINOMIAS DO SUDS — *Edmundo Gallo*..... **22**
UM BALANÇO DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO BRASIL — *Gastão Wagner de Souza Campos*..... **24**
ÍNDICE ADICIONAL DE VALORIZAÇÃO DA CAPACITAÇÃO EXTRA-MURAL (Instrumento Estratégico da Integração Universidade/Sistema de Saúde — *Marco Antonio Porto, Anna Alice Schoeder e Eduardo Almeida*..... **28**
O PROBLEMA DA CONFIABILIDADE DA TRANSFUSÃO DE SANGUE NO BRASIL — *Luiz Gonzaga dos Santos*... **31**
VIGILÂNCIA SANITÁRIA — (Constituição e Lei Orgânica da Saúde) — *Ana Virginia de Almeida Figueiredo*..... **32**

ESTUDOS

- CONTRIBUIÇÕES DO MÉTODO CENDES/OPAS AO PLANEJAMENTO EM SAÚDE — *Rosana C. Kushner*..... **35**
A PORTA DE ENTRADA DO SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE — SUDS — *Oswaldo Yoshimi Tanaka*. **38**
ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS — Um obstáculo à municipalização dos serviços de saúde? — *Mozart de Oliveira Junior*..... **41**
ESTE APARELHO DE ESTADO PODE NÃO SER UM APARELHO QUALQUER — *Darcy Oliveira Ferreira, Sonia Eliane Lafoz e Luiz Cordoni Junior*..... **46**
EDUCAÇÃO, SAÚDE E MOVIMENTO POPULAR — *Elisabeth De Leone M. Smeke*..... **52**
CONSTRUÇÃO LOCAL DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE, À LUZ DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO — *Flávio A. de Andrade Goulart*..... **56**
CONTRA O TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL — *Paulo Capel Narvai, Marco Antonio Manfredini, Carlos Botazzo, Neusa Raineri, Douglas Schneider e Paulo Frazão*..... **59**
FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE R.H. NOS SERVIÇOS DE SAÚDE — *José Paranaguá de Santana*..... **66**
INFECÇÃO HOSPITALAR: Implantação de comissão de controle no Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião (RJ) — *Regina Fátima Conrado*..... **72**

RESENHA DE LIVROS

- REFORMA SANITÁRIA — Em busca de uma teoria — *Nilson do Rosário Costa*..... **75**
EDUCAÇÃO POPULAR NOS SERVIÇOS DE SAÚDE — *Carlos Roberto Jamil Cury*.....

INFORME

- NO CAMINHO DO RETROCESSO: A história do Grupo Técnico de Vigilância Sanitária da Região de Mogi das Cruzes..... **78**

CARTAS

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES



— **SAÚDE EM DEBATE** — Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, publicada trimestralmente em março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados, nacionais e internacionais.

— Aceita trabalhos inéditos ou não, sob forma de artigos e comentários de livros em Saúde Coletiva que apresentam interesse acadêmico, político e social.

— Os artigos e resenhas são de total, exclusiva e única responsabilidade dos autores.

— É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desde que identifique a fonte e autoria.

— A publicação dos trabalhos está condicionada a pareceres de membros do Conselho Editorial da Diretoria Nacional. Eventuais sugestões de modificação da estrutura ou do conteúdo, por parte da Editoria, serão previamente acordados com os autores. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois que os trabalhos forem entregues para composição.

Guia de Preparo de Artigos

1. Os artigos devem ser apresentados em três vias, datilografados em laudas conforme modelo na página central da revista.

2. Seqüência de apresentação do texto:

- Título
- Nome do(s) autor(es) e no rodapé a função que este(s) exerce(m), a instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional.
- Resumo em torno de 250 palavras, onde fique clara uma síntese dos propósitos, dos métodos empregados e das principais conclusões do trabalho.
- Artigo propriamente dito.
- Referências Bibliográficas.

3. As laudas devem ser numeradas: para artigos não ultrapassar 15 e para resenhas 4 laudas.

4. Os quadros e gráficos deverão ser apresentados em folhas separadas do texto, numerados e titulados corretamente com indicação das unidades em que se expressam os valores e fontes correspondentes. Os gráficos e/ou mapas de apresentação, sempre que possível, confeccionados para sua reprodução direta.

5. As referências bibliográficas, numeradas correlativamente, deverão ser apresentadas no final do artigo observando-se a seguinte norma:

Para livro:

- nome do autor; b) título da obra (sublinhado); c) número da edição, se não for a primeira; d) local da publicação; e) nome da editora; f) data da publicação.

Ex.: (1) BERLINGUER, Giovanni. *A Saúde na Fábrica*. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1983.

Para artigos:

- nome do autor; b) título do artigo (entre aspas); c) nome do periódico; d) data da publicação; e) número da página.

Ex.: (2) OLIVEIRA, Jane de Araújo. "Mercado de Trabalho para Médicos no Rio de Janeiro". *Saúde em Debate*, n.º 14, 1982, p. 4-15.

6. As fotos para ilustração do artigo, sempre que possível, deverão ser em papel brilhante e em preto e branco, contendo no verso o nome do autor da mesma.

7. Solicitamos que enviem em folha separada, sugestões por escrito (ou apenas "dicas") ou esboços de ilustrações para o artigo.

Os trabalhos devem ser remetidos ao Conselho Editorial da Diretoria Nacional do Cebes: Rua Souza Naves, 09 - sala 109-86.020 - LONDRINA - PR.

OBS.: É EXTREMAMENTE IMPORTANTE O CUMPRIMENTO DESSAS NORMAS PARA A EDIÇÃO DA RSD. SOLICITAMOS AOS NOSSOS COLABORADORES ESPECIAL ESMERO EM CUMPRÍ-LAS, PARA QUE POSSAMOS APROVEITAR OS TEXTOS ENVIADOS. A PARTIR DESTA EDIÇÃO OS ARTIGOS ENVIADOS QUE NÃO CUMPRIREM A SOLICITAÇÃO SERÃO DEVOLVIDOS AO AUTOR PARA A NECESSÁRIA ADEQUAÇÃO. ESTAMOS CERTOS DE CONTAR COM O EMPENHO DOS NOSSOS COLABORADORES.

OTIMISMO INCORRIGÍVEL

Com a posse do novo presidente eleito, o CEBES renova seu otimismo (incorrigível). Apesar da crise econômica e social que vive o País, das perspectivas pouco promissoras em termos de Políticas Oficiais de Saúde, da crise internacional (às vezes com lances dramáticos) vivenciadas pelos países socialistas, nós continuamos na luta. Não compactuamos com o pessimismo, desânimo, desesperança ou mesmo a perplexidade que toma conta de setores da sociedade brasileira.

Nós CEBES, nós movimento sanitário nacional, do qual a revista Saúde em Debate é uma das expressões, continuamos trabalhando, refletindo, criticando, propondo as mudanças necessárias à concretização da Reforma Sanitária Brasileira. Isto implica em velhas e novas lutas. Exemplo de novas lutas é o esforço para compreender e enfrentar as consequências da investida neo-liberal no setor saúde: a redefinição do Estado e conseqüente reordenamento institucional, a produção de insumos e equipamentos, o desenvolvimento científico e tecnológico, etc. Nossa opinião inclusive é de que a crise, o modelo neo-liberal e suas projeções devem se constituir no eixo central de nossa atenção política e talvez mesmo na orientação básica dos debates em torno da 9ª. Conferência Nacional de Saúde.

Nesta edição da RDS novamente mantém-se o elevado nível técnico-científico das intervenções, graças à contribuição de vários autores, alguns estreantes, outros iniciantes.

Enfim, estamos otimistas de que a consolidação da democracia aqui e alhures constitui-se no ingrediente fundamental para continuarmos avançando.

Londrina, março de 1990
Diretoria Nacional do CEBES

CEBES

NÚCLEOS E REPRESENTANTES

ALAGOAS

Terezinha F. da Costa
Rua Dr. Rubens Canuto, 237
Apto. 201
57.030 – MACEIO

AMAPÁ

Maria Nilza Rodrigues Machado
R. Hildemar Maia, 808
68900 – MACAPA

BAHIA

Jairnilson Silva Pain
Rua João das Botas, 32 apto 1.102
Canela
40.140 – SALVADOR

DISTRITO FEDERAL

Antonio Osvaldo N. Coutinho
SHIN QI 5 Conj. 8 casa 3
Fone: 061 - 577-1937
71.500 – BRASÍLIA

ESPIRITO SANTO

Célia Kiefer
Rua Eurico Aguiar, 270
Bloco A apto. 201
29.000 – VITORIA

MINAS GERAIS

Cornelis Van Stralen
Rua Atenas, 329 – Bairro Ana Lúcia
Fone: 031 – 485-1690
31.080 – BELO HORIZONTE

Murilo Cassio X. Fabel
R. Irmã Beata, 457/303
Tel. (038) 221-6995
39.400 – MONTES CLAROS

PARÁ

José Raimundo Arias
Pass. das Flores
Conj. Sebastião Ribeiro - casa 1
Fone: 091 - 233-2436
66.000 – BELEM

PARAIBA

Maria Fátima de Souza
R. Mascarenhas de Moraes, 551/304
Edif. Zaccaras Bairro dos Estados
Fone: 083 - 224-4547
58.000 – JOÃO PESSOA

Rosalina Wanderley
R. Maria de Lourdes Crispin, 165
Bodocongo
58.100 – CAMPINA GRANDE

PERNAMBUCO

Maria Luciani Loureiro Burichel
R. Simão Mendes, 195/801
Jaqueira
52.050 – RECIFE

PARANÁ

Paulo Roberto Gutierrez
R. Souza Naves, 9 - sala 109
Fone: 0432 - 24-6173
86.015 – LONDRINA

Dorotéia Fatima P. de Paula Soares
Av. XV de Novembro, 1267/701
87.013 – MARINGÁ

RIO GRANDE DO SUL

Maria Ceci Misoczki
R. Demetrio Ribeiro, 642
Fone: 0512 - 28-7631
90.010 – PORTO ALEGRE

Flávio T. Suto
R. Barão de Butuy, 222 - Piso Superior
96.015 – PELOTAS

RONDÔNIA

Fernando Acosta
R. Padre Angelo Cerri, 68
78.900 – PORTO VELHO

SÃO PAULO

José Ruben de Alcantara Bonfim
R. Dr. Cesário Mota, 351
Fone: 011 - 443.1989
09.010 – SANTO ANDRÉ

Eduardo Nakamura
R. Marechal Deodoro, 267
Fone: 011 - 476-3684
08.600 – SUZANO

QUEM SOMOS

“Desde sua criação em 1976 o Cebes tem como centro de seu projeto político a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Nesses 14 anos, como centro de estudos que se organiza em núcleos aglutinando profissionais e estudantes, seu espaço esteve assegurado como produtor de conhecimentos com uma prática política concreta, seja a nível do movimento social, das instituições ou do parlamento.

Durante todo esse tempo, e a cada dia mais, o Cebes continua empenhado em fortalecer seu modelo democrático e pluralista de organização; em orientar sua ação para o plano dos movimentos sociais, sem descuidar de intervir nas políticas e práticas parlamentares e institucionais; em aprofundar a crítica e a formulação teórica sobre as questões de saúde; em contribuir para a consolidação das liberdades políticas e para a constituição de sua nova sociedade. A produção editorial do Cebes tem sido fruto do trabalho coletivo de centenas. Estamos certos que continuará assim, graças ao seu apoio e participação.”

O Dilema Estatista II

DE COMO É FORJADO O ESPAÇO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS COM EXEMPLOS DA ÁREA DA SAÚDE

Nelson Rodrigues dos Santos*

Neste Trabalho, intencionamos situar o reordenamento do setor saúde, no contexto maior do reordenamento da relação Sociedade-Estado. Assumimos essa ousadia e risco, ao tratar com informações e questões na área das ciências sociais, econômicas e políticas, na qual somos amadores, mas certos de que os inevitáveis erros e interpretações de alguns números e informações, não invalidam as conclusões finais quanto às políticas públicas e política de saúde. Por isso, pensamos estar contribuindo ao melhor entendimento da interdependência do setor saúde com alguns referenciais maiores. As fontes de informações foram, na maior parte, artigos e publicações de cientistas econômicos, sociais e políticos, que estão a disposição dos interessados. Este trabalho é continuação do artigo anterior (*).

EVIDÊNCIAS DA DETERIORAÇÃO DA RELAÇÃO SOCIEDADE-ESTADO

PRIVATIZAÇÃO DO ESTADO

Transferência do capital
produtivo ao especulativo.

— Uma série de medidas federais, vem levando à cobertura pelo Estado, dos volumosos déficits oriundos dos juros, spreads, comissões e outras taxas da dívida externa, assim como do sub e superfaturamento (das exportações e importações), e da fuga de capitais. Isto é a "estatização da dívida externa" (em torno de US\$ 120 bilhões), cujos serviços correspondem, anualmente a + 4,5% do PIB ou 90% do valor das ex-

portações, colocando o nosso país como o maior exportador líquido de capital. Somente o sub-faturamento das exportações está estimado em US\$ 10 bilhões, em 1989, e a fuga de capitais, em US\$ 17,5 bilhões, entre 1982 e 1988. (A "fuga" é a simples transferência de ativos ao exterior, por parte da elite e grupos dominantes, que tem acesso a taxas de câmbio subsidiadas por recursos que o governo empresta no exterior). A remessa de lucros, dividendos e repatriação de capital, estão estimados em US\$ 3 bilhões anuais, além dos juros da dívida. Acresce o recente escândalo do desvio, entre US\$ 360 milhões a US\$ 3 bilhões, no sistema de importa-

*Coord. da Sec. Exec. da CIS/SP
Docente do DMPS — UNICAMP
‡ Rev. Saúde em Debate, N.º. 27.

ções, ainda obscuro, entre o Banco Central, a CACEX e bancos privados. Ainda mais: se não houver correção cambial, ficamos diante do retorno à economia primária exportadora, devido ao atual estímulo às importações e de estímulo às exportações. (Hoje, o setor primário, apesar de representar 11% do PIB, é responsável por 45% das exportações e 65% do saldo da balança comercial). Por final, o IAA transferirá, até 1993, + US\$ 300 milhões para importadores de açúcar, além dos preços atuais de mercado, devido a contratos anti-nacionais firmados em 1985.

A dívida pública interna através de sucessivas rolagens, (estaria, hoje, em + US\$ 180 bilhões), está atrelada aos bancos privados e agências financeiras, sob altíssimos juros, promovidos pelo Banco Central. (Os países industrializados vem praticando juros reais de longo prazo, de 5% ao ano, enquanto no Brasil é ao mês, o que custa ao Tesouro, mais que a sua própria arrecadação, e, o resgate dos atuais títulos públicos para pagamento destes juros, está impedindo o financiamento agrícola, com provável crise do abastecimento em 1990). Em relação às empresas produtivas, os seus custos financeiros (juros) passaram de US\$ 25 bilhões em 1979, para US\$ 80 bilhões em 1987 (8 anos), o que resulta em elevação de 60% dos preços industriais ao comércio. O Banco Central limitou o rendimento e operações de crédito nos bancos oficiais, a percentuais inferiores à inflação, e liberou os bancos privados a percentuais superiores à inflação, facilitando-lhes a concentração em aplicações especulativas de curtíssimo prazo. No orçamento de 1990, ao lado de demagógicos cortes nos recursos de destino social, foram reservados US\$ 30 bilhões para juros da especulação financeira. A situação econômica interna, é de uma das maiores concentrações de renda do mundo, queda do mercado de consumo, fuga do investimento produtivo para o especulativo (por desestímulo dos juros ao produtor), e o setor privado circulando US\$ 80 bilhões no openmarket, aguardando oportunidades de investimento.

— A dívida pública global, líquida, correspondia, em 1987, a 94% do PIB (52% na dívida externa e 42% na dívida interna), assim disposta: 48% diretamente do Governo Federal (Banco Central), 34% das empresas estatais e autarquias, e 12% dos Estados e Municípios.

Transferência do capital público ao privado

— Subsídios ao crédito e matérias-primas, tanto na produção industrial, como na agropecuária, atrelados basicamente aos imperativos da acumulação do capital, de grupos corporativistas e cartoriais estimados em 3% do PIB ao ano. O Banco Mundial estima que os subsídios "escondidos" no orçamento, chegam a US\$ 60 bilhões. Estima-se em + US\$ 1,5 bilhão mensal o subsídio, para o Banco Central cobrir perdas com a atual política monetária (correspondente ao dobro da folha de pagamento do Governo Federal). Somente para a produção do álcool e açúcar, os subsídios giram em torno de US\$ 1,2 bilhão ao ano.

— Incentivos e isenções fiscais, sob os mesmos critérios dos subsídios, correspondentes a + 1,5% do PIB.

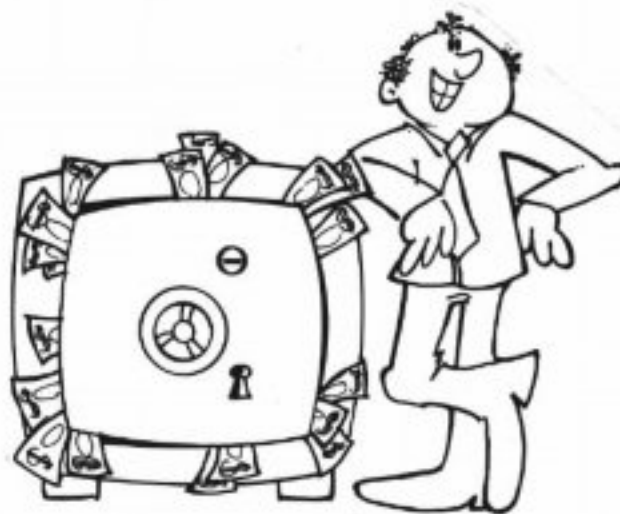
— Venda de produtos de empresas estatais a preços muito abaixo do mercado, à indústria, funcionando como subsídios indiretos (Nafta da Petrobrás às indústrias petroquímicas, aço de Volta-Redonda à indústria automobilística, etc).

— Estabelecimento de mercados estatais cativos para vários ramos de produtores de bens e serviços, não raro com preços do produto acima do mercado e toda sorte de superfaturamentos.

— Privatização dos procedimentos e decisões das instituições públicas, inclusive das empresas estatais, desvirtuando o seu caráter público e nacional. (Há exemplificação, com ênfase na área da saúde, em artigo anterior (*).

— Absorção de empresas privadas falentes, por bancos públicos.

— As taxas de lucro ao nosso empresário, situam-se entre as maiores do mundo.



QUEDA VERTICAL NA CAPACIDADE DE INVESTIMENTO DO ESTADO

— Queda da capacidade de investimento do Tesouro, devido ao seu desvio quase monopolístico para o pagamento das dívidas (externa e interna), e da atual política de subsídios, incentivos/isenções e compras como mercado cativo.

— Queda de investimento e desmodernização das empresas estatais estratégicas (Energia Elétrica, Siderurgia Básica, Aeronáutica, Telecomunicações, Transportes, Armamentos, Petróleo e outras), devido a:

— não atualização das suas tarifas e preços (fixados artificialmente, como subsídios indiretos ao consumo).

— Altos juros promovidos pelo Banco Central.

— Obrigadas a captar recursos em moeda estrangeira, para girar a dívida externa.

— Adoção do modelo do FMI de apuração de déficits, que apresenta as estatais lucrativas como deficitárias, paralisando os seus investimentos.

Os investimentos das estatais federais, tiveram queda de 4,8% do PIB em 1980, para 2,8% em 1989.

— Manutenção e financiamento, pelo Tesouro, de empresas estatais que deveriam estar competindo no setor privado. Há mais referências em artigo anterior (*). Aqui, enquadram-se a maioria das aproximadamente 140 empresas estatais federais.

O INSTRUMENTO INFLAÇÃO

Os grupos sociais vinculados aos diferentes componentes da renda nacional, apropriam-se das respectivas fatias da renda: lucros, remessas, juros, especulação imobiliária e de preços de bens, salários, gastos públicos, etc. Ora, como a renda é finita, a grande alta dos juros a partir de 1981 coloca o sistema financeiro e os aplicadores especulativos, como os maiores apropriadores da renda,

INTENSIFICAÇÃO DA MARGINALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS SOCIAIS

(Saúde, Previdência, Educação, Abastecimento de Alimentos Básicos, Habitação, Saneamento Básico, Transportes Coletivos, Cultura, Lazer, etc.)

O grande desenvolvimento das forças produtivas no país, colocando-o como 8º PIB do mundo, contrasta, tetricamente, com o tamanho da dívida social acumulada, que submete a população, somente quanto à sua mortalidade, a uma plena guerra civil, de violência urbana e doenças evitáveis e curáveis.

Somente 40% da população, constituem o mercado de consumo de sociedade industrial, permanecendo os restantes 60% nas condições primitivas dos mais atrasados países afro-asiáticos. 52,8% da população economicamente ativa, recebiam até dois salários mínimos em 1988, e 30% até 1 salário mínimo. Comparando-se os salários médios, estamos entre os menores salários do mundo industrial: em 1988, o salário médio era apenas NCz\$1.371 no Sudeste, e NCz\$587 no Nordeste. A concentração da renda é chocante: os 5% mais ricos detinham 28,3% da renda nacional em 1960; 34,1% em 1970 e 37,9% em 1980, enquanto 50% mais pobres caíram, respectivamente, de 17,4%, para 14,9% e para 12,6%, índices estes que agravam para 1990. Ao contrário dos países industrializados, cuja massa salarial situa-se por volta de 2/3 da renda nacional, no Brasil era apenas 38% em 1988, porcentagem esta que vem caindo. Quando ao déficit habitacional, é de pelo menos 11 milhões de moradias, além dos 30 milhões de analfabetos, 30 milhões na pobreza absoluta e 70 milhões parasitados.

Por outro lado, o padrão de consumo dos estratos sociais "superiores (elite), não mais que 7% da P.E.A., vem sofrendo elevações sem precedentes, ultrapassando os padrões de consumo dos seus pares dos países superdesenvolvidos, como a Suécia, Alemanha Ocidental, EEUU, França, etc.

A grande marginalização, pelo Estado, das atividades na área social, baseia-se na doutrina de que o desenvolvimento social é consequência do econômico;

eufemismo de que as conquistas sociais devem se dar nas leis de mercado, e assim, as políticas sociais e o planejamento social, tem sido historicamente deduzidos, das políticas e planejamento econômico.

Ora, a acumulação do capital nas atividades econômicas sempre dominou os destinos do Tesouro, ficando as sobras aos programas sociais, algumas vezes intitulados "reforços de elevação da renda indireta", quase sempre simbólicos. Em outras palavras: as políticas públicas na área social, revelam que a responsabilidade do Estado tem sido a de administrar o acesso da população à baixíssima oferta de serviços, isto é, administrar benefícios duvidosos ou favores, mas nunca, direitos. Os benefícios reais tem sido ofertados com coberturas e qualidades diferenciadas segundo o estrato social, denotando o controle vertical da sociedade pelo Estado. Este papel perverso do Estado nas políticas públicas foi intensificado e consolidado nos 20 anos da ditadura, e persiste até hoje. O Tesouro não foi sensibilizado e organizado para cobrir a área social, com exceção, em termos, da Educação, ficando os demais setores sociais com dotações verdadeiramente indigentes ou simbólicas do Tesouro. No caso da saúde, previdência e assistência social, e da habitação, as contribuições sociais, garantidas pelos descontos em folha, vem financiado parcialmente os respectivos programas através de fundos. Mesmo assim, o Estado, ao refletir mais os interesses dos grupos dominantes do que (•) das grandes majorias, distribui a renda de tal forma, que ao Setor Saúde não tem restado mais que 3% do PIB, e percentuais igualmente deprimentes aos demais setores sociais. Além do mais, há o grande desperdício devido a perda do caráter público das instituições públicas, através da incompetência gerencial, ociosidade e corrupção. Na gestão financeira do setor Educação, as estimativas mais otimistas indicam que somente 1/4 dos recursos chegam às atividades finais, e no Setor Saúde, 1/2, sendo que para este setor, detalhamos exemplos de desvios e desperdícios em artigo anterior (•). Vários países de renda per-capita menor que a do Brasil, apresentam indicadores sociais sensivelmente melhores, inclusive a mortalidade infantil — é o caso do Chile, China, Sri-Lanka e vários outros. Se não há política e planejamento social efetivos ou

que, na sequência, foram secundados pelas empresas produtivas, que repassam os custos financeiros aos preços, com pronunciada queda do poder aquisitivo do restante da população, que tem a parte correspondente da sua renda, desapropriada. Isto é a inflação: apenas o mecanismo de transferência de renda dos assalariados, pequenos empresários e autônomos menos qualificados, para as minorias dominantes. Note-se que o simples aumento da frequência dos reajustes salariais não neutraliza a inflação, porque o sistema econômico funciona como prévia fecundação, elevando ininterruptamente as taxas inflacionárias e a transferência da renda. Assim foi com o gatilho e a URP e outros mecanismos aparentemente compensatórios. As políticas governamentais tem adotado os salários e os gastos públicos, como os únicos componentes da renda, que perdem.

A causa externa da inflação é análoga: para cobrir os déficits oriundos da dívida externa, sub e superfaturamentos (exportações e importações), fuga de capitais, etc., o Estado, após esgotar politicamente, a elevação da tributação e os cortes dos gastos públicos, recorre à emissão. Esta pressão inflacionária recai sobre os que transacionam com a moeda nacional, em especial os assalariados e os pequenos empresários e autônomos. Neste caso, a transferência de renda é para o exterior, em outras palavras: os salários e ganhos dos pequenos empresários e autônomos, devem cair, para que aumentem as exportações e sejam pagos os serviços da dívida externa. A causa externa está agravada pela grande crise econômico-financeira internacional, iniciada em meados dos anos 70, e que vem levando os países capitalistas centrais a repassarem a maior parte do onus dessa crise, aos países do terceiro mundo, através da intensificação de todas as formas de transferências de renda para aqueles países, em especial, do serviço da dívida externa (juros + amortizações). Abaixo, um pequeno quadro ilustrativo do Brasil:

	1960	1984	1988
DÍVIDA EXTERNA (em US\$ bilhões)	3,9	91,1	104,5
INFLAÇÃO (em %)	29,1	220,6	684,6
SAL. MIN. REAL (em NCz\$)	206	106,6	55,1

pelo menos definidos e explicitados, nem tão pouco, as poucas atividades nesta área abrem espaços para qualquer forma de participação democrática da população, devido às características marcadamente autoritárias e paternalistas do Estado, impostas historicamente pelas classes dominantes.

Contudo, observando-se o conjunto de todos os povos e nações, através do seu desenvolvimento, constata-se que o "social" mantém diferentes graus de autonomia em relação ao "econômico", e tende, historicamente, mais a indutor do que induzido. Por isso, se as nossas políticas de renda, salários e ação mais direta e efetiva do Estado na área social, tem sido apenas sub-produto da política econômica, não estamos diante de dogma nem de realidade imutável: devem passar a ser, além de produto, o referencial básico da política econômica.

No caso específico do Setor Saúde, exemplificaremos o papel do Estado, exposto no item anterior. É um setor segmentado em verdadeiros "subsistemas" conforme o estrato social a que serve (*). Para efeito de raciocínio, arbitramos os seguintes estratos dispostos em pirâmide demográfica:

- 1 — População economicamente passiva: periferias urbanas, marginais sociais, trabalhadores rurais de relações de produção mais primitivas, famílias com renda até 1/2 salário mínimo, e outros.
- 2 — Trabalhadores rurais de relações de produção mais recentes (assalariados, diaristas, volantes, etc.)
- 3 — Trabalhadores urbanos de menor qualificação.
- 4 — Trabalhadores urbanos de maior qualificação.
- 5 — Pequenos proprietários urbanos.
- 6 — Médios Proprietários Urbanos, Executivos, Altos Funcionários, Profissionais Liberais, Parlamentares, Tecno-cratas, e outros.
- 7 — Grandes Proprietários e Aplicadores.

Do ponto de vista do consumo de serviços de Saúde, os pequenos proprietários rurais, situariam-se entre os estratos 2 e 3, e os médios, entre os estratos 4 e 5. As coberturas e qualidade da oferta, são diferenciadas por estrato. Aos estratos 1 e 2, foram destinadas instituições públicas de baixíssimos orça-

mentos: Prefeituras Municipais, Secretarias Estaduais de Saúde, Ministério da Saúde e LBA, com atividades quase exclusivamente ambulatoriais, e constando as práticas populares tradicionais no 1º. estrato, e ambulatoriais em sedes sindicais e de Santas Casas no 2º. estrato.

Do 3º. ao 6º. estrato, acrescenta-se, à oferta anterior, o INAMPS, como maior financiador de serviços médico-hospitalares, principalmente através da rede privada conveniada e contratada, além dos hospitais públicos. A partir do 4º. estrato, inicia-se o consumo na prática liberal, que se intensifica até o último estrato, e inicia-se também o consumo de todas as formas de pré-pagamento (Esquemas patronais, Planos de Hospitais Privados, UNIMED, Planos de Medicina de Grupo, Golden-Cross, BRADESCO, ITAU, SUL-AMÉRICA e outros), sendo que este consumo intensifica-se até o 6º. estrato. Recentemente, o Diretor Geral do Supremo Tribunal Federal (STF), assinou, com o presidente da Golden-Cross, contrato de assistência médico-hospitalar a todos os ministros e funcionários do STF, com suas famílias, por esta multinacional, rejeitando e humilhando os serviços brasileiros de saúde de boa qualidade, tanto públicos como privados.



Do 3º. ao 6º. estrato, intensifica-se a "cobertura acumulada", isto é, o consumo de serviços diagnósticos e terapêuticos de custos médios e altos, em serviços públicos, através da prática da troca de favores pessoais e políticos, que cresce com os estratos, deslocando o consumo destes serviços pelos estratos inferiores (povão).

O caráter classista do setor, além da grande evidência empírica, é traduzida pelos grandes diferenciais dos recursos per-capita. No início da década dos 80, a própria Previdência Social realizava

um per-capita ao trabalhador rural, 6 vezes menor do que ao trabalhador urbano, e estima-se que o per-capita do último estrato é mais de 100 vezes maior do que o do 1º. estrato.

Este classismo do sistema, revela o não reconhecimento, pela sociedade e pelo Estado, dos direitos básicos humanos, em questões tão fundamentais, como saúde e seus geradores: alimentação, saneamento, habitação, sistema de saúde e outros. Os critérios de alocação da renda nacional continuam os mesmos, e os grandes instrumentos do Estado, na aplicação desses critérios continuam vigentes tais como:

— Centralismo federal exacerbado, denotando propositada confusão entre Poder Federal e Poder de Estado, impedindo a emergência dos Poderes Estaduais e Municipais, com a necessária autonomia para responder com mais eficácia, às necessidades regionais e locais.

— Organização do Sistema de Saúde em função dos interesses e pressões do setor hospitalar privado, e não de um planejamento refletindo as necessidades da população, organização esta que teve seu motor no centralismo federal.

A privatização do sistema concretizou-se na década dos 60 com a decisão de entregar a assistência médico-hospitalar ao setor privado, através de contratos de Direito Privado, e atrofia progressiva da rede hospitalar pública, através de baixos orçamentos, e abertura ou mesmo facilitação a todas as formas de consequências e distorções da dupla militância médica nos órgãos públicos e nos hospitais e clínicas privadas, contratadas pelo setor público. A triangulação com as multinacionais de equipamentos e medicamentos fez parte do mesmo processo, chegando o Brasil, a ser admitido por agentes dessas multinacionais, como o seu paraíso. Desde então, o poder público não teve mais controle de que atos médico-hospitalares, financiados com recursos públicos, atendem às necessidades reais e prioritárias da população, ou a viabilização e prosperidade empresarial dos prestadores privados e das multinacionais. Este "capitalismo sem risco" na saúde, sustentado com recursos públicos, onde o Estado é mercado cativo, através de contratos de direito privado, é inigualado no mundo, e numa área tão fundamental, deu no que deu: falência ao cabo de mais de 20 anos de "anti-sistema".

Os convênios AIS (Ações Integradas de Saúde) e SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde) foram desenvolvidos na década dos 80, com o objetivo de diminuir o caráter classista, privatizante e ineficaz do sistema sob pressão da redemocratização da sociedade. Diminuíram e acumularam competências políticas e gerenciais em busca da universalização, equidade e reorganização de procedimentos, mas os grandes instrumentos que conferem a sustentação do sistema (centralismo federal e privatização) foram apenas abalados, e a essência classista e organizativa permanecem, apesar dos preceitos Constitucionais consagrados em outubro/88, rezarem o contrário.

A seguir, listamos recentes comprovações de que o atual Governo Federal vem mantendo as velhas políticas públicas anti-sociais:

— Recessão a partir de 1982, com queda das receitas e despesas, e consequente queda da arrecadação previdenciária e do seu orçamento para a saúde, previdência e assistência social.

— Consequente queda do número dos trabalhadores com carteira assinada, e crescimento da economia informal, provocando também pronunciadas quedas nas contribuições sociais.

— Recusa do Tesouro em compensar, mesmo parcialmente essas quedas, inclusive a sua participação no orçamento do MPAS (+ 10%), correspondente à administração do SINPAS.

— Não recolhimento de contribuições sociais, devido principalmente à sonegação, estimado em + 40% da previsão teórica.

— Desvio, pelos Ministérios de Planejamento e da Fazenda, de recursos do FINSOCIAL, para setores de responsabilidade do Tesouro, quando estavam inicialmente destinados a compor o orçamento da Seguridade Social:

- Demarcação das terras indígenas
- Composição do fundo de previdência do funcionalismo federal
- Construção de açudes e poços no nordeste
- Programas de Suplementação Alimentar

— Recentralização de recursos financeiros no âmbito federal, comparando-se os orçamentos do INAMPS, de 1988 e 1989.

— Recusa, do Governo Federal, de elevar de 1 para 2%, conforme pedido da Câmara Federal, a alíquota sobre o faturamento das empresas, que compõe o orçamento do FINSOCIAL.

IMPASSE NO CARÁTER HISTORICAMENTE CENTRALIZADOR, AUTORITÁRIO E PATERNALISTA DO ESTADO

A formação do Estado no Brasil foi ímpar: foi introduzido artificialmente na realidade sócio-política do Brasil-colônia, a partir da vinda de D. João VI, sua corte e toda a supraestrutura estatal do reino, em 1806, enquanto a formação do nosso povoamento, das regionalidades e da nacionalidade, encontrava-se embrionária e frágil. A profunda dependência do Estado aos interesses externos e grupos dominantes internos, articulados entre si, tem essa raiz; e desde então desenvolveram-se as seguintes características do Estado brasileiro:

a) Absoluta centralização do Poder de Estado no Poder Federal, impedindo o desabrochar das regionalidades, suas necessidades e realidades, o que levou a seguidas revoltas loco-regionais: Confederação do Equador (Pe), Farrapos (RS e SC), Balaiada (Ma, Pi e Ce), Cabanagem (Pa), Condestado (SC), Canudos (Ba), Praieira (Pe) e outras. A centrali-



zação do processo decisório, principalmente na área econômico-financeira, tem sido o grande instrumento que viabiliza a dependência do Estado aos grupos hegemônicos, nunca admitindo aos Estados Federados e Municípios, a co-participação no poder de Estado, nos seus respectivos âmbitos. Assim tem sido com o sistema tributário, que restringe a arrecadação pela sua própria regressividade, comporta várias formas de sonegação e fraudes, e penaliza os Estados e Municípios, inclusive distorcendo e atenuando, através de medidas do Governo Federal, os avanços da Constituição/88 (Ex. aquelas que obrigam os Estados e Municípios a saldar suas dívidas públicas com prazos e parcelas que a própria União, responsável por 80% do déficit público, não aceita cumprir). Assim tem sido com o aprofundamento das disparidades macro-regionais do país, através não só da política econômica-financeira, como também pelo sistema tributário, que gera procedimentos reguladores do tipo FPM, FPE, e ICMS inter-estadual, nunca voltados efetivamente, para a correção dessas disparidades. Assim tem sido com as políticas públicas, que impedem e distorcem a participação dos Estados e Municípios, na formulação e desenvolvimento de programas sociais, através da prática e apuração das suas potencialidades históricas, por melhor refletirem as necessidades e realidades regionais e locais. Assim tem sido na queda da capacidade indutora do Estado no desenvolvimento, e na intensificação da privatização dos procedimentos públicos.

b) Sempre mantendo a sua unicidade a nível central, o Estado tem sido o maior proponente de políticas e promotor do desenvolvimento das forças produtivas, tanto nos ciclos da mineração, como no do café, e agora, da maior industrialização do terceiro mundo — sem rupturas político-administrativas, nem mesmo na proclamação da independência, na abolição da escravatura, na proclamação da república, no Estado Novo, e mais recentemente, a tergiversação em torno de uma reforma agrária que objetiva nada mais que elevar enormemente o número de proprietários rurais, e a produtividade agro-pecuária. O Estado sempre foi o grande instrumento de negociação das alternâncias dos grupos dominantes no poder, especialmente, da industrialização com as oligarquias rurais, e recentemente, com o sistema fi-

nanceiro especulativo. A riqueza da nação (bancada pela população) "sempre foi suficiente".

c) Na etapa da nossa industrialização por substituição de importações — já ultrapassada — o Estado consolidou sua condição de maior agente do desenvolvimento, acima das empresas multinacionais e nacionais, implementando estratégias ditadas pelos interesses dos grupos dominantes, que inclui respostas mínimas a pressões da população, especialmente trabalhadores urbanos, mantendo o controle social.

d) O Estado coonesta, implicitamente, a "economia informal" estimada em valor correspondente a 50% do PIB, e que estaria absorvendo + 50% do P.E.A. Esta economia é composta por uma massa de autônomos e microempresários, que "sobrevivem" sob um sistema econômico-financeiro regressivo e excludente; utilizam tecnologia rudimentar e mão-de-obra intensiva, mal separam o capital do trabalho, fogem do fisco, das contribuições sociais e outras obrigações legais, e "seguram" a crise social. Mas esta economia é também composta pelas grandes empresas e profissionais liberais que superfaturam contratos públicos, fraudam e sonegam o fisco, e especulam no "black", depreciando profundamente o Tesouro.



e) O fisco passa pela sua maior crise: ao mesmo tempo que a carga tributária bruta e líquida estão reduzidos aos baixíssimos níveis de 20% e 10% do PIB, respectivamente, o Tesouro não pode elevá-las, por não haver bases políticas e sociais de sustentação, devido à atual destinação perversa do Tesouro, para cobrir a acumulação especulativa, descobrir a área social, e facilitar os profundos desperdícios nas políticas públicas.

f) O Estado brasileiro está hoje configurado como investidor nas atividades do prejuízo e repassador para aquelas do lucro ("Privatização dos lucros e socialização dos prejuízos"). Está privatizado, saqueado e apropriado quase com exclusividade, pelos setores e grupos da "macro-acumulação especulativa", hoje capitaneada pela questão das dívidas externa e interna. Há uma insustentável minimização da sua apropriação pelos setores realmente produtivos — empresários urbano e rurais (pequenos, médios e grandes), autônomos e principalmente as massas assalariadas.

Parece-nos que a hegemonia do capital financeiro do Poder Federal (Poder de Estado...) já passou dos limites que o Estado requer para a sua estabilidade: por mais hegemônico que um grupo social possa ser, é necessário que o Estado reflita minimamente os demais grupos, com respostas mínimas aos seus interesses e pressões, em especial, as massas assalariadas.

Nos capítulos anteriores deste trabalho, e em nosso artigo anterior (*) fica revelado inequivocamente, que há recursos vultuosíssimos, gerados pelo nosso país e sua população, e que são indevidamente desviados. Há recursos vultuosos para a retomada do desenvolvimento, investindo-se em setores básicos da produção, e também para aplicação em políticas públicas de interesse social.

Mas são imprescindíveis novas e grandiosas decisões, com base em nova qualidade de entendimentos entre os diferentes segmentos da sociedade, que por sua vez, altere também qualitativamente, o papel do Estado. O Estado de hoje está descredibilizado e fragilizado irrecuperavelmente, mas isto, porque os segmentos sociais que lhe vem gerando e usufruindo, vem se valendo de estratégias atrasadas, corporativistas, excludentes e predatórias, menosprezando a necessidade dos consensos serem obtidos entre os próprios segmentos, no seio da sociedade, no exercício da democracia, quase sempre exaustivamente, para que o Estado venha refletir uma nova sociedade, moderna e consensual. A questão não está, se o novo Estado será mais fraco ou mais forte ou igual; mas sim, em como o novo Estado deverá refletir com mais equilíbrio e fidelidade, a maioria esmagadora dos segmentos da sociedade, que estão comprometidos com o processo produtivo, na con-

dição de empresários, assalariados e autônomos, ficando excluídos todos os tipos de parasitismo, a começar do pior, que é a atual especulação financeira e dos preços, da qual toda a sociedade hoje depende e é explorada, com penalização muito maior das massas assalariadas.

Para tanto, torna-se decisiva a opção, a decisão inteligente e a ruptura: algo encaminhado de tal forma que possa repetir o clima de apoio social e político eclodido em 1986, com o Plano Cruzado, evitando-se, obviamente, as distorções estratégicas e políticas daquele plano, que foram eficientemente utilizadas como pretexto para o retorno redobrado da especulação, inflação e tudo que aí está.

O momento é extremamente propício, porque, além do impasse sócio-econômico, já criado e insustentável, o primeiro presidente eleito, desde 1961, está sendo empossado com o aval da maioria da sociedade, um ano após da promulgação da Constituição socialmente mais avançada da nossa história. A situação internacional é também, coincidentemente a mais propícia. De um lado, as políticas neo-colonialistas mediatizadas basicamente pelo FMI mas também pelos bancos e governos de alguns países capitalistas centrais, esgotaram a credibilidade das nações do terceiro mundo nas "negociações bilaterais", restando a alternativa da articulação de blocos fortes desses países para levar a cabo novas relações com os países centrais, conscientes das diferenças entre a inevitável interdependência econômica e política, hoje no mundo, e também da reprodução pura e simples do colonialismo econômico-financeiro. Isto poderia estar indicando o começo do fim do capitalismo predador e colonizador, e as chamadas "democracias ocidentais" estariam chegando na sua hora da verdade, e serem obrigadas a rever seus componentes até então submersos, de falsas democracias. Por outro lado, os movimentos sociais democráticos, nos países socialistas, estão impulsionando estes regimes para revisão ou pelo menos flexibilização de alguns cânones, tais como: "estatização dos meios de produção", "ditadura do proletariado", "partido único ou constitucionalmente preferencial", e outros.

O que era visto pelos dois lados como utopia, começa hoje, a ser imperiosamente encarado como possibilidade, de busca complexa, mas já iniciada, qual

SAÍDAS PARA A CONVIVÊNCIA NA SOCIEDADE E NOVO PAPEL DO ESTADO

Caberia ao Estado:

- 1 — Reduzir drasticamente o número de empresas estatais federais (hoje, aproximadamente, 140), preservando somente as estratégicas para o desenvolvimento e segurança nacional.
- 2 — Aplicação e administração da Justiça, inclusive da segurança pública.
- 3 — Preservação do meio ambiente.
- 4 — Papel essencial na saúde, previdência, habitação, educação, saneamento básico, abastecimento de alimentos básicos, transportes urbanos, cultura e lazer. Neste item, através de políticas públicas adequadas, devem ser desprivatizados os procedimentos públicos das instituições públicas, resgatando o seu caráter público, e conferindo-lhes uma "massa crítica" de oferta direta de serviços, e competência para regulação do setor privado concessionário, permissionário, conveniado e contratado, incorporando-se definitivamente, critérios exclusivamente sociais nos gastos públicos.
- Estas novas políticas públicas, refletindo o novo quadro social, devem abrir espaços efetivos para o mais alto grau de participação democrática da população organizada, em todos os programas sociais e em todos os níveis de governo, e, obviamente, se opor e desestimular-se as manipulações corporativistas e basistas.
- 5 — Recuperar o valor real do salário mínimo, quando da sua promulgação, no prazo de 2 anos.
- 6 — Ao contrário de "financiar", tanto as empresas estatais, como as privadas concessionárias, permissionárias, conveniadas e contratadas, o Estado deve ser preparado para:
 - 6.1 — Tornar a tributação mais social e maior, aumentando a progressividade dos impostos diretos (IR e outros) sobre o grande capital nacional e internacional, e diminuindo gradativamente os impostos indiretos (ICMS, IPI, etc.).
 - 6.2 — Atualizações fiscais e tarifárias permanentes, com prévia discussão no

Poder Legislativo e sempre que necessário, com representações dos segmentos sociais interessados.

6.3 — Definir índice único para correção de todos os componentes da renda nacional.

6.4 — Restringir a reserva de mercado só para alguns empreendimentos pioneiros e por prazo curto de consolidação.

6.5 — Financiamento a juros baixos, por bancos nacionais, da produção das pequenas e médias empresas sem capital de giro, principalmente aquelas de ramos de produção estratégicos e de consumo popular prioritário.

6.6 — Deixar falir as empresas que não se desenvolvem no mercado, vencendo o preconceito nacional contra a falência dos incompetentes.

6.7 — Limitar a especulação financeira e de preços, regulando estoques, diminuindo a intermediação, e promovendo o debate de custos e preços entre produtores, consumidores e o Legislativo.

6.8 — Definir uma política séria de transportes que poupe efetivamente energia, e atenda as necessidades básicas da população.

6.9 — Planejamento estratégico das regiões metropolitanas, grandes cidades, grandes vales, cerrados, e do processo de industrialização. Neste último caso, os estímulos devem atingir com igual prioridade: a) as indústrias produtoras de bens prioritários do consumo popular, e b) indústrias de ponta (microeletrônica, informática, biotecnologia, mecânica de precisão, aeronáutica, minerais estratégicos, etc.).

6.10 — Políticas públicas voltadas para o desenvolvimento loco-regional, exigindo consequência na aplicação do sistema tributário, com redistribuição real

de recursos e responsabilidades da União aos Estados e Municípios, quebrando o estamento Poder Federal = Poder de Estado, e construindo uma nova cidadania.

6.11 — Implantação imediata de um plano de estabilização, que como toda estabilização, implica em um ou mais componentes que vão perder ou "ganhar menos", mas que desta vez não seja mais a população, especialmente os assalariados, mas sim o sistema financeiro e os aplicadores especulativos, e que contemple os seguintes itens:

— Negociação do estoque da dívida externa, com abatimento do deságio correspondente aos valores dos títulos dessa dívida no mercado internacional (40

seja: a identificação dos limites para a iniciativa privada, e o seu controle, para não tornar-se anti-social, não ferir os direitos humanos universais e desigular as oportunidades, e, por outro lado, a identificação dos limites para o Estado, e o seu controle, para garantir realmente a todos, igualdade de oportunidades e o usufruto dos direitos humanos, sem inibir as liberdades democráticas, inclusive nos processos eleitorais e a iniciativa privada, com base em dogmas ideológicos.

O Brasil, cremos, poderá reforçar e viabilizar, para a América Latina, a mensagem que a duras penas a Nicarágua vem tentando passar, qual seja, romper com o neo-colonialismo, cultuando a dignidade da nação, e romper com a exploração parasita interna, cultuando os direitos dos que produzem — empresários urbanos (inclusive serviços privados de saúde) e rurais, serviços públicos, autônomos e assalariados (uma verdadeira antecipação nicaraguense da "Perestroika"). A diferença entre estes dois países, para fins da abordagem que ora fazemos, é que a Nicarágua, está sendo submetida, de modo isolado, pelo "gigante do norte", a tal pressão externa, financeira, militar e política, que suas exportações atuais e o seu PIB, encontram-se em níveis piores que os da década dos 70, antes da queda de uma das ditaduras mais atrasadas e sangrentas da América Latina — isto, simplesmente, para impedir que um pequeno país pobre, de 4 milhões de habitantes, comprove a possibilidade de liberar a dignidade nacional da humilhação do neo-colonialismo, sem recorrer a etapas, hoje ultrapassadas, de estatização total dos meios de produção, partido único, não realização de eleições diretas, e outras. Convenhamos, um símbolo e exemplo muito incômodos para os setores mais à direita da sociedade e governo americanos.

Parece-nos um momento histórico único, do Brasil assumir o seu próprio resgate, e ao mesmo tempo, contribuir decisivamente para um reordenamento internacional de paz e respeito entre as nações e povos. A condição de maior potência industrial do terceiro mundo confere, inexoravelmente, a força política para tanto.

a 50% a menos), e dos serviços da dívida, na base da extinção do spread, comissões e outras taxas, e da redução dos juros reais a zero, com extensão do prazo a um mínimo de 30 anos, o que seria decisivo para que o Tesouro volte a investir no desenvolvimento.

— Desindexação do estoque da dívida interna, negociação do percentual de juros reais nulos, e extensão do prazo para um mínimo de 10 anos.

— Fixação de um teto, abaixo do qual os pequenos aplicadores ficam protegidos por não especularem, mas somente tentando diminuir o efeito da inflação sobre os seus ganhos limitados, e acima do qual, os grandes aplicadores especulativos, para receber o resgate da dívida interna, se obrigam a investí-lo no sistema produtivo, em prazos e prioridades estabelecidos pelo governo.

— Reversão substancial dos juros (custos financeiros) das empresas produtivas.

— Correções que impeçam as desvalorizações cambiais sucessivas, que acabam com as nossas reservas cambiais, impedindo negociação do nosso interesse, com os banqueiros internacionais.

— Redução drástica dos subsídios e isenções, mantendo somente os subsídios diretos e isenções fiscais rigorosamente aplicados na efetiva correção das desigualdades sociais, regionais e no desenvolvimento tecnológico.

— Cancelamento de todas as medidas estatais compensatórias e "estatizações de perdas", dos empresários tomadores de crédito no exterior, inclusive dos subsídios às taxas de câmbio, que possibilitam a fuga de ativos.

— Ampliação da periodicidade da correção salarial e de outros contratos, para 6 a 12 meses.

— Manutenção do patamar salarial no nível médio do poder aquisitivo de meses recentes, e alguma reposição para algumas categorias mais prejudicadas.

— Promoção de um grande entendimento nacional, de controle de preços monopolistas e definição de margens de lucro.

6.12 — No caso do setor saúde, todas as saídas decorrem de duas primeiras.

A — Resgate de caráter público das instituições públicas de saúde, desprivatizando seus procedimentos e decisões (ver item 4.2., página 8 deste trabalho, e artigo anterior (*)). Somente assim, o setor público poderá manter uma massa crítica de prestação direta de serviços de todos os níveis, de boa qualidade, e

exercer a necessária regulação do setor privado complementar, comprando serviços rigorosamente dentro das necessidades e prioridades evidenciadas nos planos locais e regionais de saúde.

B — Amplo entendimento nacional com as representações do setor privado, sobre custos e preços, e estabelecer em definitivo, que a organização do sistema público e o privado complementar, conveniado ou contratado com recursos públicos, tem como base, exclusivamente os critérios epidemiológicos, e das necessidades e prioridades da população, com otimização dos gastos públicos. Em outras palavras, o Estado não mais deverá ser mercado cativo de serviços hospitalares e laboratoriais privados e de profissionais liberais cadastrados, com a finalidade de financiá-los em substituição das leis de mercado. É necessário ficar sempre frisado, que as entidades privadas de saúde, não conveniadas e contratadas, permanecem nas leis de mercado, submetendo-se somente a regulação geral constitucional do Poder Público.

Demais saídas (ou consequências):

C — Diminuição do caráter classista do sistema, através da elevação do seu financiamento originado nos orçamentos das Prefeituras, Estados e do Ministério da Saúde, assim como da estadualização e municipalização dos recursos do INAMPS, Ministério da Saúde e outros Ministérios envolvidos, com exceção daqueles retidos no nível central, por definição da Lei Orgânica de Saúde, sempre com a finalidade de estender a cobertura e elevar a qualidade dos serviços do Sistema Único de Saúde.

D — Vinculação da importação de equipamentos, fármacos e sais, rigorosamente ao interesse nacional e social, desvinculando-a dos perniciosos condicionamentos impostos pelos credores externos e multinacionais desses insumos.

E — Efetivação dos percentuais do FINSOCIAL, previstos pelo Congresso Nacional, para compor o orçamento da Seguridade Social, assim como a elevação de 1 para 2% sobre o faturamento das empresas, para compor o FINSOCIAL, pedido pela Câmara Federal.

F — Participação do Tesouro Nacional no orçamento da Seguridade Social, com o financiamento da administração da máquina do atual Ministério da Previdência e Assistência Social (Obrigação

prevista na Lei do SINPAS).

G — Disputar clientela, especialmente dos estratos inferiores e médios, com os serviços privados que se valem das várias formas de pré-pagamento. Esta disputa deve se dar com a elevação da acessibilidade, cobertura e qualidade da assistência do Sistema Único de Saúde. O Poder Público não deve ceder à pressão de Empresas e Bancos, que pretendem trocar a assistência aos seus empregados, pelo não recolhimento da sua contribuição social, pois isto significaria perda de pesada fatia do orçamento do SUS, para a redistribuição social, e legitimaria uma indevida desistência de responsabilidade pública pelo SUS. Hoje, a população coberta pelo "pré-pagamento" (urbana), já passa de 30 milhões.

Todas as empresas de medicina de grupo, bancos, UNIMED e outros, investem maciçamente em publicidade. A disputa de clientela pode e deve se dar em torno de cobertura, acessibilidade e resolutividade, e o objetivo em prazo



médio é limitar os estratos sociais que optam pelo pré-pagamento, aos mais altos possíveis, e eliminar desta opção, a repressão da demanda no sistema público, tanto sob o ponto de vista quantitativo como qualitativo.

H — Campanha efetiva de convencimento e se necessário, penalizações concretas, contra a sonegação das contribuições sociais.

I — Regionalização, descentralização e hierarquização do sistema, com estadualização/regionalização dos serviços de abrangência estadual/regional, e municipalização daqueles de abrangência municipal, transferindo a responsabilidade da gestão, para onde as ações estão sendo ofertadas, juntamente com a gerência única dos recursos financeiros, materiais e humanos, transferidos, em cada um desses níveis.

J — Participação do Poder Legislativo e da população organizada, em todos os níveis do sistema, no planejamento, execução, avaliação e controle.

Em artigo anterior (*), apontamos 13 tópicos para a Lei Orgânica da Saúde, que são também referenciais para as saídas do setor saúde. Por final, cabe referir que os convênios dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), produziram em vários Estados Federados, nos últimos três anos, avanços e experiências acumuladas imprescindíveis para a implementação das saídas do setor. Em São Paulo, por exemplo, deu-se:

a) Abalo, talvez irreversível, no poder institucional do maior pilar do centralismo, privatização e desperdício de recursos públicos em Saúde, que é o INAMPS.

b) Profunda descentralização aos 63 Escritórios Regionais de Saúde (Unidades de despesa, e juntamente com as 5 Coordenações de Regiões, também orçamentárias), que passaram, a partir de 1987, assumir a gestão de todos os serviços de saúde financiados com recursos públicos, na sua área, em total consonância com as realidades regionais, tanto epidemiológicas como sociais, institucionais e políticas. Esta descentralização representou a vontade e decisão políticas com grande ousadia e descortínio do futuro, por parte dos Governos Estaduais de 2 gestões consecutivas, o que propiciou o salto seguinte da municipalização pelo atual governo.

c) Municipalização dos serviços básicos de saúde, antes estaduais, mediante projetos e planos municipais de saúde, discutidos e aprovados com os ERSAs (Em número crescente de municípios, os PAMs do INAMPS também entram na gestão municipal). A descentralização do sistema em direção aos municípios, passa pela construção de uma relação política de mútua confiança e respeito entre os Poderes Estadual e Municipal, tentando superar as relações historicamente clientelistas, paternalistas, quando não autoritárias e excludentes. Na construção destas novas faces da relação política, os ERSAs desenvolveram-se, em regra, surpreendentemente, como dirigentes e estrategistas regionais, fator este decisivo na municipalização.

d) O Planejamento, inicialmente, adaptação da anterior Programação e Orçamentação Integradas (POI), sofre impacto positivo da formulação dos planos

municipais e da incorporação, pelos ERSAs, da gestão dos serviços financiados pelo INAMPS. Nasceram assim, os Planos Diretores dos ERSAs, em Dezembro/88.

e) A qualificação da prestação de serviços aumenta, com o suporte de quase 30 Comissões Científicas e Grupos Especiais de Programação (GEPROs), que articulam-se diretamente com os ERSAs e indiretamente com os municípios.

f) Os municípios, passam de antigas "unidades administrativas", executoras de programas federais e estaduais, a unidades "político-administrativas", protagonistas do processo, sem qualquer proteção ou rejeição político-partidárias. Seu percentual orçamentário para saúde salta de média 2 a 3% em 1987, para 11 e 12% em 1989, independente dos repasses SUDS; melhora a supervisão dos serviços, o cumprimento de horário nas unidades de saúde, integram-se definitivamente as ações curativas e preventivas, mais unidades estendem seu horário de funcionamento, e elevam-se como nunca, na história da saúde no Estado, as construções e ampliações de Centro de Saúde,

Hospitais e Laboratórios Públicos, juntamente com os equipamentos necessários. Em pouco mais de 2 anos, a produção de consultas médicas é triplicada na rede pública, e o atendimento de alguns programas básicos é sextuplicado ou mais, havendo já sinais de influência positiva em indicadores e no nível de saúde da população.

g) Os diretores e assistentes técnicos dos ERSAs evoluem para um perfil, não somente de alto nível técnico já com vários graus de especialização, mas também, em regra, para gestores e estrategistas regionais.

h) Como parte do processo, as estruturas centrais da Secretaria de Estado foram-se alterando para acompanhar e oferecer suporte ao desenvolvimento dos ERSAs e Municípios, assim como aos serviços que permanecem sob gestão estadual, basicamente, hospitais de maior parte e instituições de pesquisa e produção de insumos. As tarefas centrais de planejamento global, normatização geral, gestão financeira geral, coordenação das regiões, desenvolvimento institucional, gestão de recursos humanos, criação de novas jurisprudências, elaboração e expedição de resoluções da Secretaria e deliberações da Comissão Interinstitucional de Saúde, avaliação e controle, informatização, vi-

gilância e legislação sanitária, e vigilância epidemiológica, vem passando por duplo desenvolvimento: ao mesmo tempo que aprofundam a sua qualificação, descentralizam-se e/ou proporcionam suporte para a descentralização. Ficou comprovado, que o processo de descentralização remete a um processo maior e mais profundo, de redefinição de papéis e responsabilidades em todos os níveis: central, regional e local.

i) Ao início do processo de resgate e desenvolvimento do setor público, correspondeu também o início do processo de correção das infundáveis distorções na forma e execução dos contratos com o setor privado de saúde, que nada mais eram que simples canais de drenagens de vultosos recursos públicos, sem controles da sua transformação em benefícios públicos. Os controles iniciados, só puderam ser viabilizados, devido às iniciativas competentes e exaustivas dos ERSAs e Municípios, todas com aval do nível central. O sistema começou a ser organizado no paradigma do interesse público. Mas só começou: não estão dadas ainda, condições de consolidação.

Os avanços e experiências acumuladas dos SUDS comportam também, importante desaceleração e mesmo alguns estancamentos e distorções no processo, registrados no ano de 1989, e desencadeados pelo Poder Federal, que pressionado pelos interesses privatistas-mercantilistas deslocados, e a tecnoburocracia federal, e respectivos lobbies, iniciou retaliações encadeadas contra os SUDS, assim dispostas:

— Nenhuma correção inflacionária nos repasses específicos aos serviços públicos estaduais e municipais, desde novembro/88, e atrasos de até 4 meses nos repasses globais.

— Crescimento, complicação, detalhamento e burocratização inacreditáveis, das exigências de prestação de contas ao INAMPS, que articulados à retração dos repasses, confundiu e quase paralisou as administrações dos SUDS.

— Acionamento de auditoria do Tribunal de Contas nos SUDS, simultaneamente à mobilização lobista de parlamentares conservadores.

— Resistência da D.G. DO INAMPS, à Estadualização e Municipalização do sistema informatizado de controle e pagamento das internações hospitalares (AIH), Assistência ao Acidentado do Trabalho, Autorizações para serviços de alto custo, principalmente os fora do domicílio, do pessoal técnico do

INAMPS e do "Know How" dos procedimentos técnicos e administrativos rotineiros.

— Auto-marginalização do Ministério da Saúde, dos SUDS, mantendo o seu centralismo do tempo das campanhas do início do século.

— Atrasos de até 6 meses nas remessas de medicamentos da CEME ou dos repasses financeiros para sua aquisição.

Na verdade, o Poder Federal, ao contrário de apoiar a unificação e descentralização, oferecendo os necessários suportes técnicos e financeiros, e ajudando a detetar e corrigir as inevitáveis distorções "de percurso", sabota e cria mais condições para distorções, "posa" de moralista-policial, e recentraliza.

As retaliações federais e a semi-paralização dos SUDS em 1989, estimularam a retomada de algumas características atrasadas nos Estados, ligadas aos fortes interesses que estavam sendo deslocados: afrouxaram-se esforços reais de descentralização, regionalização e municipalização. O clientelismo, a tecnocracia, o fisiologismo e a partidarição, iniciam a reocupação de espaços perdidos, e o apoio da sociedade, partidos políticos e movimentos sociais, aos avanços registrados, é extremamente tímido, exatamente porque as profundas marcas de autoritarismo e paternalismo do Estado, no Brasil, continuam estendidas até mesmo à maior parte dos poucos projetos governamentais realmente progressistas, que, ao refletirem posições das elites, bloqueiam espaços justos de participação da população e dos trabalhadores de saúde em todas as etapas desses projetos. Assim ficam, novamente pedagógicos, os limites das políticas públicas de cunho mais social, no atual contexto das relações Sociedade-Estado.

O "BLEFE" DO NEO-LIBERALISMO

O liberalismo é, segundo seus apolo-gistas, a redução do Estado ao "Estado mínimo", quase ao nível de uma guarda ou polícia, e em consequência, a sus-

penção de todos os controles, queda drástica dos impostos e gastos públicos, enfim, a desregulação da sociedade pelo Estado, e a liberação das leis de mercado (oferta x procura) acima das leis sociais e morais e regime de liberdades democráticas. Na década dos 80, ressurge a nível internacional, a mesma orquestração, com o nome de neo-liberalismo, chegando à América Latina nos últimos anos.

Indo aos fatos fica-se informado que:

a) A única "onda" liberal existente, foi muito maior do que o acima descrito, mas acarretou a grande depressão de 1930.

b) As cargas fiscais elevaram-se nos países capitalistas centrais inclusive a custa dos impostos indiretos, (sobre as mercadorias), que aumentaram mais do que a redução dos diretos, (Imposto de Renda), e os gastos públicos mantiveram-se, principalmente no desenvolvimento tecnológico. Nos Estados Unidos, o imposto de renda caiu somente para as empresas e os mais ricos, e são mantidos subsídios ao setor privado como implementação da política industrial do Estado. No período "Tatcheriano", a inflação na Inglaterra ficou 8% maior que a média dos países capitalistas centrais, quando era 10% menor, e passou para um déficit de 14 bilhões de libras, quando havia superavit de 5 bilhões. Neste mesmo período, os roubos triplicaram na Inglaterra, e os crimes cresceram em 40%. Os Estados de todos os países capitalistas centrais, ferem profundamente as leis da oferta e procura, intervindo, através dos seus bancos centrais, para frear e reequilibrar a inflação, a cotação do dólar e o equilíbrio do intercâmbio, à seu favor.

c) A industrialização do leste asiático (Coréia do Sul, Taiwan, Tailândia, Indonésia e outros), foi resultado de estratégia combinada Estado-setor privado, passando da etapa de substituição de importações para concentração industrial, absorção de tecnologia e abertura ao mercado internacional. Quanto às liberdades democráticas, esses países, em regra, não tem sido bons exemplos, pelo contrário. Contudo, fazem parte dos "exemplos" de neo-liberalismo.

d) Na América Latina, o México, Venezuela, Bolívia e Argentina, entre outros, que comprimiram os salários e os gastos públicos (com exceção das dívidas ex-

ternas), e privatizaram quase todas as estatais, o chamado neo-liberalismo não passou de simples aplicação da receita do FMI, colocando estes países na sua maior recessão e/ou dependência externa.

e) No Brasil, enquanto o Estado é (ou foi) o maior agente do desenvolvimento (Protecionismos, Subsídios, Incentivos, Investidor em infra-estruturas "do prejuízo" como a prospecção de petróleo, Tomador de empréstimos, etc.), os grandes empresários "mamam" (ou "mamavam") desbragadamente. Defendem (ou defendiam) esse Estado "galinha dos ovos de ouro", mas instruíam os seus intelectuais orgânicos para manterem o discurso liberal anti-estatal. Agora, com sinais de exaustão, e as "tetras secando", o Estado passa a ser o pior dos vilões, e o discurso liberal radicaliza com o nome de neo-liberal.

Analisando-se estas informações, ficam claras as seguintes conclusões:

- 1 — O Estado nos países centrais não enfraqueceu, mas somente mudou a forma de intervenção e se fortalece na medida em que ajusta fortemente o fisco, desregula certos setores, privatiza outros e distribui a renda.
- 2 — A indústria nacional em países do 3º. mundo do tipo de Brasil deve modernizar-se, entrar na concorrência internacional, e o Estado deve impor com mais rigor, a avaliação da relação custo-benefícios das políticas adotadas.
- 3 — Na verdade o neo-liberalismo nunca existiu, nem existe. Nem deve ser para menos, porque as leis de mercado, sabidamente resolvem a questão da produção, e assim mesmo não toda, mas, jamais a questão da distribuição da renda. Por outro lado, é também de sobejo conhecimento, que a ineficiência do setor produtivo estatal, em geral, decorre da eficiência com que este serve o setor privado.

Fica assim, inequívoco, que a "onda" do neo-liberalismo é uma farsa ideológica, ou na melhor das hipóteses, a "saúde de uma época imaginária, em que o Estado não interferia na economia", segundo um professor de economia.

Mas, qual é o porquê desta "onda", se não está ocorrendo qualquer tipo de "onda" estatizante, principalmente a estatização em si mesma, com base em dogmas ideológicos? Pelo contrário, o

mundo socialista move-se hoje na direção do socialismo democrático, pluripartidário, e buscando uma nova relação setor público — setor privado.

Na condição de "gato escaldado" terceiro mundista alertamos contra essa farsa ideológica de direita, que estaria compondo uma estratégia de luta político-ideológica, da qual enxergamos os seguintes sinais:

— Criar condições político-ideológicas para avançar sobre as últimas reservas de riquezas, recursos e de capital, ainda ligadas a interesses nacionais e sociais (muito poucas).

— Forma aparentemente moderna e racional, mas sutil, do FMI, países centrais, e grupos dominantes internos, para conseguir mais transferências de renda, inclusive do Tesouro.

— Rotulagem de "estatização ideológica", aos últimos esforços de defesa das características públicas das instituições públicas, e do patrimônio e riqueza nacional, e mais especificamente, o enfraquecimento e desmoralização do Estado no terceiro mundo, devido ao seu potencial de poder vir a ser poderoso instrumento de descolonização.

— Influir política e ideologicamente nos atuais movimentos democratizantes do mundo socialista, como base de organização de retorno ao capitalismo, preferentemente, ao capitalismo dependente.

Como reflexo desta "onda" no setor saúde, talvez mereça urgente cautela dos estudiosos, dirigentes do setor e lideranças da população, as acentuadas alterações de fluxos financeiros públicos nos últimos anos:

a) Há verdadeira corrida para implantação e implementação de serviços diagnósticos e terapêuticos de alto custo, em alguns hospitais filantrópicos ou beneficentes de grande porte, e em alguns hospitais universitários cujos recursos públicos neles alocados, são geridos por fundações privadas a eles vinculadas. Nos dois casos, o grande ingresso financeiro é do Fundo da Previdência e Assistência Social (para 1990, passa à Seguridade Social), através dos convênios com o INAMPS/SUDS: MEC-MPAS para os hospitais universitários, e convênio especial com os "não lucrativos". Ambos os convênios prevêm, além de tabelas de procedimentos de alto custo com preços compensatórios, também o Índice de Valorização de Desempenho Hospitalar (IVDH) de até 230% acima de fatura normal. Para os hospitais uni-

versitários há ainda o ingresso do orçamento normal (do MEC se for federal e da Secretaria da Educação se for estadual) que, geralmente não é pequeno, e para os "não lucrativos" há o ingresso da clientela particular, de outros convênios, e em regra, o "por fora" de clientes do sistema público. Estes serviços de alto custo (transplantes, estudo hemodinâmico, tomografia, ponte-safena, marcapasso, cateterismo cardíaco, algumas quimioterapias, medicina nuclear, check-ups sofisticados, e outros) vem sendo gerenciados com externalização de alta modernidade, tanto em aquisição, manutenção e otimização de sofisticadíssimos equipamentos, como em alta remuneração médica (não raro, acima dos congêneres europeus e americanos) e institucionalização do "por fora", frequentemente, não muito abaixo dos preços cobrados aos particulares. Estes serviços de alto custo, que não devem passar de 2 a 3% do volume total da prestação de serviços de saúde, seguramente já consomem mais que 30% do financiamento total, porcentagem esta em franco crescimento.

Não que o Brasil não comporte serviços sofisticados de alto nível. Mas que ao serem financiados com recursos públicos, deveriam estar sendo ofertados, rigorosamente, com prioridade aos que não podem pagar o "por fora", e aos que, ao pagar, "estouram" financeiramente uma ou mais famílias de parentes. Nem, também, proporcionar enriquecimentos e fortunas pessoais, ao nível ou acima da média dos empreendimentos privados lucrativos melhor situados no ramo, somente que às custas dos recursos públicos.

Aqui, entra um outro lado: enquanto o ingresso de recursos públicos aos serviços sofisticados sofreram pouco ou nenhum impacto negativo das grandes distorções do financiamento do setor saúde (pesada inflação, retração dos repasses federais, atrasos de pagamento de faturas, por meses, etc.), os demais serviços de complexidade primária e secundária (Centros de Saúde, Ambulatórios de Especialidade, Internações infantis, ginecológicas, clínicas e de cirurgia geral, em hospitais gerais públicos, contratados e conveniados), que são responsáveis por mais de 95% do atendimento à demanda rotineira da população, sofreram a mais brutal retração no seu financiamento de que temos notícia, principalmente no decorrer de

1989, a que correspondeu num primeiro momento à queda de qualidade (resolutividade) e na sequência, também no volume de atendimento. Lembre-se que as quedas de qualidade e quantidade sempre começam pelos estratos inferiores (e majoritários) da população. Já há algum tempo, setores médios da sociedade vem sendo também intensamente atingidos.

Uma consequência: o próprio sistema público pressiona setores crescentes da população a optarem por uma das formas de pré-pagamento, especialmente trabalhadores urbanos e autônomos, e com isto, economiza recursos (deixa de gastar com essa clientela, que passa a pagar mais uma modalidade assistencial, do seu bolso).

Outra consequência: proporcionalmente, na pirâmide de alocação de recursos no sistema, os níveis de complexidade maior absorvem fatia cada vez maior do "bolo" do financiamento, que, além de comprimir o resto, são geridos por entidades privadas, incluindo as fundações privadas.

Outra consequência: o grande crescimento das empresas ligadas ao pré-pagamento (Medicina de Grupo, Bancos, Cias de Seguro, UNIMED, Planos hospitalares, etc.), colocam-nas em vantajoso lugar na disputa de espaços da organização do sistema de saúde; trabalham, por definição, com contenção de custos, deixando as patologias e os grupos sociais do "prejuízo ou menor lucro", para o sistema público (ou para a demanda reprimida). A hipótese é: os grupos de influência crescente (inclusive no lobismo), por lidarem com fatias financeiras do setor saúde cada vez maiores, que são os ligados aos serviços de alto custo (com financiamento público), já estariam se articulando para hegemonizar o que há de "moderno" sobre o resto. O "moderno" seria um fluxo de demanda preferencial do pré-pagamento ao alto custo. Abrangeria, dos trabalhadores urbanos e autônomos melhor qualificados, para cima, na estratificação social. O resto seria o resto. SUS para eles, incluindo no SUS, as centenas de hospitais privados de pequeno ou médio porte, conveniados e contratados.

Se esta hipótese não se confirmar, tanto melhor, e se confirmar, mesmo parcialmente, deverá ter algo que ver com a farsa liberal.

Obstáculos não superados na Implantação do SUDS-BA

Jairnilson Silva Paim*

Os resultados obtidos nos dois primeiros anos de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado da Bahia (SUSD-BA) revelam que a despeito das dificuldades e das deficiências ainda presentes nos serviços públicos, houve avanços significativos, não apenas na concepção e na formulação da política de saúde mas, na democratização do setor, na recuperação e reequipamento de centenas de unidades, na maior oferta de leitos públicos; no planejamento e na administração, nas informações de saúde, na vigilância epidemiológica e sanitária, na produção e distribuição de medicamentos e na área de recursos humanos (4, 7, 8). Por isso o que se torna mais relevante destacar no presente artigo, não é a conclusão de que o saldo foi positivo mas o aprofundamento da discussão sobre impasses e dificuldades na implantação do SUDS pela administração pública brasileira, a partir do caso concreto da experiência baiana, já que eles poderão reaparecer na montagem do Sistema único de Saúde e no desenvolvimento do projeto da Reforma Sanitária.

Excluindo o tema financiamento, cuja complexidade e extensão foge ao escopo do presente texto, cinco questões precisariam ser discutidas para melhor qualificar os obstáculos não superados pelo SUDS-BA., a exigir o desenho de novas alternativas para efetivação de princípios e proposições da Reforma Sanitária na sua dimensão institucional. Entre os obstáculos destacam-se:

- a) deficiências no suprimento de insumos;
- b) descompromisso com os serviços públicos;
- c) clientelismo político, fisiologismo e favoritismo;
- d) formas centralizadas e obsoletas de gestão;
- e) debilidade da base de sustentação política.

DEFICIÊNCIAS NO SUPRIMENTO DE INSUMOS.

Ainda que esta questão não seja o obstáculo mais importante para a Reforma Sanitária é a que mais se repete em qualquer reunião ou seminário para discussão sobre serviços de saúde. Ela se apresenta, frequentemente, com o rótulo do "falta tudo" ou das "péssimas condições de trabalho", por parte dos que prestam diretamente serviços à população e com os títulos de "problemas burocráticos" e "deficiências gerenciais" por parte dos dirigentes. O fundamental é que essa questão, enquanto insuficientemente resolvida, desmoraliza o serviço público perante a população e a imprensa e serve de pretexto para justificar o não trabalho, o mau atendimento ou o mau-trato aos usuários.

Evidentemente que as grandes empresas — dos supermercados aos magazines — que trabalham com milhares de itens de mercadorias, dispõem de modernas centrais de compras, sistema automatizado de reposição de estoques e esquemas ágeis de transporte para os distintos pontos de venda. Tudo isso acoplado a um rígido e hierarquizado sistema de controle para a detecção de desvios e a um sistema de custos para garantir boas margens de lucro. Mesmo assim, o consumidor muitas vezes chega a uma loja, farmácia ou supermercado, não encontra o produto e tem que buscá-lo em outra, geralmente com um preço diverso ou em dia diferente.

* Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Ex-Assessor Especial da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

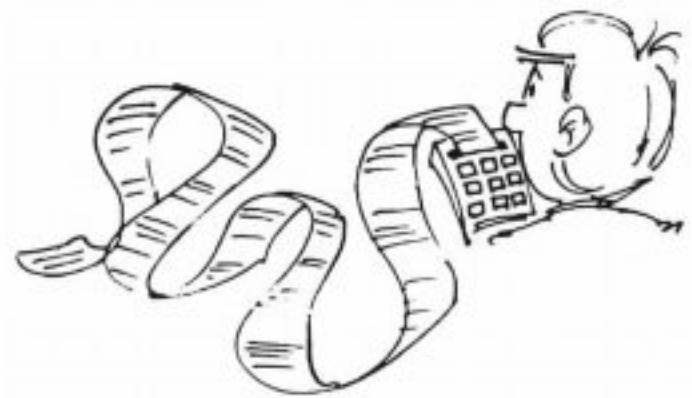
Este sistema centralizado, fundamental para garantir uma economia de escala nas grandes compras e para obtenção de melhores preços e forma de pagamento pelas empresas privadas, é muito complicado no setor público, particularmente na área da saúde. Em primeiro lugar porque a realização de grandes compras, quando não convenientemente programadas, traz embutido um procedimento pernicioso de acumular pedidos das diferentes unidades para proceder a licitação pública. Ocorre que os almoxarifados não dispõem de estoques suficientes e enquanto isso as unidades ficam sem o produto, seja o material de consumo, seja o equipamento. Uma vez cumprido o ritual e os prazos de licitação, a empresa vencedora, na maioria das vezes, não garante a entrega imediata. E em outras vezes a licitação tem de ser anulada ou porque houve "acertos" entre as empresas concorrentes elevando artificialmente os preços em sistema de rodízio (por órgãos públicos ou por cada licitação de um mesmo órgão) ou porque foram incorporados aos valores uma superestimativa da inflação futura, sobretudo considerando os atrasos na liquidação dos empenhos, tão frequentes nos órgãos públicos. O fato é que, em qualquer das situações, o administrador público brasileiro corre o risco de ser responsabilizado por adquirir mercadorias com preços mais elevados que os do mercado ou acusado de ser incompetente por não fazer chegar às unidades o material necessário. Se ficar o bicho pega se correr o bicho come...

Nas grandes licitações de compras centralizadas ocorre ainda o perigo de suborno por parte das empresas, sobretudo considerando as quantias vultosas das operações. Enquanto no setor privado os funcionários responsáveis pela central de compras são muito bem pagos e capacitados para evitar "cair em tentação", no setor público teriam que ser escolhidos de acordo com uma rigidez moral inteiramente posta a prova, diante da sua qualificação deficiente e remuneração irrisória. E numa época em que prevalece a "lei do Gerson", "do vale-tudo" e do "salve-se quem puder", uma administração pública honesta e moralizadora enfrenta dificuldades adicionais já que o funcionário tem que beirar o ascetismo.

Daí que a descentralização administrativa, possibilitando uma aquisição de produtos de forma seletivamente desconcertada, pode propiciar mais agilidade nas compras e reduzir os problemas

de distribuição/reposição. Mesmo havendo redução de custos de transporte em contraposição a perda da economia de escala, muitos administradores públicos continuam insistindo, entretanto, nas compras centralizadas, justificando que a pulverização das mesmas em tantas unidades, dificulta o controle e que em época de "economia de guerra" a descentralização pode levar ao desperdício.

Apesar dessa discussão, a administração da SESAB priorizou em 1988 um processo de descentralização, instituindo 104 "unidades gestoras" (envolvendo 27 DIRES, 51 hospitais, laboratórios



e alguns centros de saúde) com disponibilidade de recursos e delegação para a aquisição de determinados produtos e contratação de serviços (8). Mesmo avançando tal processo, a resistência contra a descentralização ainda é compreensivelmente grande. Por isso, o Sistema Único de Saúde deverá conquistar, na legislação que regulamenta a licitação pública, espaços próprios que reconheçam a especificidade do setor saúde, ampliando o leque de dispensas legais, sobretudo quando for comprovado comportamento aético de firmas concorrentes ou supremo interesse público.

DESCOMPROMISSO COM OS SERVIÇOS PÚBLICOS.

O apoio de entidades de saúde ao projeto da Reforma Sanitária não tem sido suficiente para capitalizar-se entre o conjunto dos servidores. Ainda que os princípios da Reforma não sejam questionados, a transformação dos mesmos em práticas institucionais tem sido bastante limitada, especialmente quando se considera o histórico desprezo com que muitos funcionários públicos brindam os usuários dos serviços, notadamente, quando os mesmos correspondem às camadas mais pobres da nossa população. Aqui reside, portanto, um espaço institucional à requerer uma "revolução cultural" no sentido de mudança de comportamento arraigado na administração pública brasileira. Os estereótipos difundidos sobre o comportamento do funcionalismo público quando se reproduzem, concretamente, no serviço de imunização de um certo centro de saúde ou na recepção de uma unidade de emergência, corroem, em poucos instantes, propostas e discursos tecidos ao longo de décadas e supostamente consensuais em defesa dos serviços públicos. O alto custo do mau-trato pago pelos setores populares ao buscarem o

serviços de saúde vem reduzindo, progressivamente, o potencial de alianças entre os usuários e os militantes da Reforma Sanitária.

Esta, portanto, é a área mais sensível, mais vital, para o apoio à Reforma Sanitária. A omissão nessa área é mais prejudicial que a reação dos empresários de saúde. E a melhoria da remuneração e das condições de trabalho não parece resultar, automaticamente, em mudanças reais do padrão de comportamento do servidor para com o usuário dos serviços públicos. Daí que o plano de carreiras e salários dos servidores públicos de saúde deve ser, necessariamente, diferenciado dos demais funcionários, o que, aliás, não significa nenhuma excepcionalidade absurda, haja visto o tratamento privilegiado concedido pelo Estado da Bahia ao grupo fisco, aos promotores, delegados, ao judiciário, etc. Os processos de capacitação e de educação continuada dos servidores da saúde impõem-se como **estratégicos** para a mudança comportamental e ética, porém seus resultados não aparecem a curto prazo.

Na realidade, trata-se de uma luta constante, político-ideológica, em que se busca a alteração de uma dada visão de mundo acerca da relação do Estado e dos seus aparelhos com as classes subalternas, numa outra, que recomponha os elementos da cidadania plena e assegure a publicização (controle público) dos aparelhos do Estado. Este é o desafio maior, ao lado do financiamento (e talvez superior a este dado a sua complexidade) para a viabilização da Reforma Sanitária Brasileira.

CLIENTELISMO POLÍTICO, FISIOLOGISMO E FAVORITISMO.

A posição intransigente contra essas atrasadas práticas políticas foi uma das lutas mais renhidas travadas pela administração da Secretaria da Saúde de março de 87 a maio de 89. O seu preço foi o isolamento político do Secretário perante a bancada governista na Assembleia Legislativa e a campanha sistemática contra a SESAB desencadeada por emissoras de rádio e TV, envolvidas com esquemas do fisiologismo e do clientelismo e por jornais conservadores da Bahia. Posteriormente, este custo se estendeu junto aos grupos dominantes do próprio "Governo Democrático" pois foi a única Secretaria, que resistiu estoicamente às práticas eleitoreiras que antecederam às eleições municipais de 88.

Evidentemente que esses maus costumes políticos não vão desaparecer rapidamente da vida nacional nem serão suficientes para combatê-los o estoicismo e a firmeza dos eventuais dirigentes da saúde. Portanto, o que se afigura como mais realista é a criação de mecanismos que, progressivamente, dificultem a reprodução de tais práticas enquanto for sedimentando o amadurecimento político-cultural da sociedade. Daí a importância da instalação e desenvolvimento dos mecanismos permanentes de participação democrática sob forma de órgãos colegiados de decisão, preferentemente paritários e deliberativos, entre Estado e sociedade ci-

Algumas medidas, há muito defendidas, poderão ajudar neste processo, tais como:

- a) fim da dupla militância do profissional médico entre os setores público e privado;
- b) priorização de contratos dos servidores em regime de tempo integral e dedicação exclusiva;
- c) capacitação permanente de quadros dirigentes, intermediários, e de base, especialmente os que lidam diretamente com a população;

- d) remuneração diferenciada e planos de carreiras e salários específicos para os servidores de saúde;
- e) controle popular e técnico-administrativo sobre as atividades desenvolvidas nos serviços de saúde;
- f) mudanças na organização do trabalho e respectivas jornadas dos servidores de saúde.

FORMAS CENTRALIZADAS E OBSOLETAS DE GESTÃO.

O Setor saúde no Estado da Bahia durante décadas conviveu com órgãos centralizados e outros descentralizados como fundações. Assim, além da Secretaria da Saúde existia até 1973 a Fundação Hospitalar do Estado da Bahia, que administrava os hospitais, a Fundação Otávio Mangabeira que dirigia os serviços de controle da tuberculose e a Fundação Gonçalo Muniz que desenvolvia atividades de laboratórios e de pesquisa. Essas fundações foram unificadas na Fundação de Saúde do Estado da Bahia (FUSEB) responsável pela administração da rede de serviço de saúde em 1973 e transformada em autarquia (Instituto de Saúde do Estado da Bahia — ISEB) em 1981. A reforma administrativa aprovada pela Lei 4.697 de 15/7/87 (1) extinguiu o ISEB, reduzindo-o, praticamente, a uma superintendência de saúde da Secretaria. Assim, a administração financeira do ISEB, considerada a mais moderna, informatizada e eficiente do Governo do Estado foi limitada a uma Inspeção Setorial de Finanças (ISF), prejudicando, por muito tempo, o seu funcionamento até que a Secretaria da Fazenda organizasse de forma centralizada, toda a máquina contábil e financeira.

Um estado com as características da Bahia e uma Secretaria da Saúde possuindo uma rede com quase 1500 unidades jamais poderia ser

vil tais como os Conselhos Estadual e Municipal de saúde, e os Conselhos Diretores de Unidades de Saúde.

Do mesmo modo, a política de recursos humanos das instituições de saúde deve sair dos gabinetes do Secretário e ser realizada pelos núcleos de recursos humanos dos níveis central, intermediário e local mas sob a fiscalização de entidades de saúde. E no que se refere ao preenchimento de cargos, a legislação deverá especificar, com detalhes, o perfil dos ocupantes de cada cargo dirigentes de saúde e vinculá-lo a carreiras específicas. Assim os cargos temporários, considerados de confiança, devem ser drasticamente reduzidos. Talvez o Secretário da Saúde de um governo deva dispor no máximo de um chefe de gabinete e de um ou outro assessor. Os cargos de dirigentes do nível central, gerentes das regiões de saúde, de distritos sanitários, diretores de hospitais, e demais unidades de saúde deveriam ser preenchidos pelos elementos da carreira, com tempo definido e em sistema de semi-rodízio, como ocorre com a chefia de departamento das universidades federais. Dessa forma não mais ocorreria o quadro anedótico existente na Bahia em que até um diretor de centro de saúde somente é nomeado ou demitido pelo Governador do Estado.

bem gerida a partir do CAB — Centro Administrativo da Bahia, localizado em Salvador. Nenhum dos governos anteriores permitiu que as DIRES e os hospitais se transformassem em unidades orçamentárias. Com muito esforço, e lutando contra corrente, a SESAB criou em 1988 as “unidades gestoras”, porém, enfrentando a carência e preparo insuficiente de pessoal administrativo, além da irregularidade do fluxo de recursos do INAMPS e do tesouro do Estado.

A administração de pessoal, também de forma centralizada, dificulta os remanejamentos necessários ao funcionamento dos serviços e burocratiza os processos de interesse dos servidores como contagem de tempo de serviço, licença-prêmio, aposentadoria, etc. Uma Secretaria de Estado com mais de 20 mil servidores não tinha informatizada a gestão de pessoal, a não ser a folha de pagamento. Os remanejamentos e lotações eram feitos manualmente com sérios problemas de controle.

O mesmo ocorria com o tombamento do material permanente, o controle de estoque do material de consumo e de medicamentos e o protocolo, todos eles sem utilizar sistemas informatizados. A partir de um amplo diagnóstico realizado com o Centro Estadual de Desenvolvimento de Informática Pública, em julho de 1988, alguns desses sistemas foram gradualmente implantados. No caso dos medicamentos e vacinas, considerados área crítica, mereceu uma atenção prioritária, transferindo-se, mediante convênio, a sua aquisição e distribuição para a Empresa Bahiana de Produtos Farmacêuticos Ltda — BAHIAFARMA, empresa pública vinculada a Secretaria da Saúde, melhorando o suprimento para as unidades. Autorizou-se, ainda, que os grandes hospitais com serviços de emergência — Hospital Getúlio Vargas e Hospital Central Roberto Santos — comprassem diretamente os medicamentos que precisassem para não comprometer o atendimento.

Essas iniciativas descentralizantes apontaram dificuldades gerenciais graves nos níveis regionais e locais a exigir uma capacitação permanente dos quadros dirigentes e

auxiliares além da modernização administrativa fundamentada na informatização, na institucionalização do planejamento e nos métodos modernos de organização e gestão. Há décadas de atraso do setor público de saúde quando comparado com a tecnologia já incorporada pelas empresas públicas ou por setores tidos como prioritários pelo Estado capitalista como a fazenda, o planejamento ou no caso da saúde, os hospitais das Forças Armadas.



DEBILIDADE DA BASE DE SUSTENTAÇÃO POLÍTICA.

O movimento pela democratização da saúde no Brasil que teve como marco a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, caracterizou-se como espaço de mobilização ideológica e política em defesa da questão saúde, (na sua concepção mais ampla), vinculada às condições de vida e de trabalho, incorporou o conceito de determinação social das doenças, e defendeu mudanças na organização dos serviços de saúde, visando, fundamentalmente, a democracia e a equidade. O **fazer política** materializou-se, na maioria das vezes, através da direção de entidades de saúde ou nas articulações com parlamentares e movimentos populares e sindicais. Ainda que diversos militantes da democratização da saúde tivessem inserção partidária, tal movimento teve um caráter supra-partidário. O fato concreto é que o movimento, durante o autoritarismo e mesmo no período de transição política não consolidou os espaços de atuação política através do uso do instrumento **partido político**. Tal

Ainda que o Sistema Único de Saúde traga a vantagem de reforçar o processo de descentralização, via municipalização e distritalização, isto não basta para garantir uma eficiência gerencial. A experiência do SUDS aponta para a necessidade de investir pesadamente na modernização administrativa, incluindo a montagem de sistemas de controle de custos, capacitação gerencial, informações de saúde e ampliação da informatização.

fato deveu-se menos a vocação pluralista desse movimento e mais, provavelmente, a pouca tradição partidária na experiência política brasileira. Consequentemente, tanto na construção da “Nova República”, como no caso da Bahia, na coligação partidária que elegeu Waldir Pires em 1986, não havia claramente, no PMDB e nos partidos associados, um projeto político para a saúde. Isto não quer dizer que não houvesse propostas de políticas de saúde circulando entre os partidos. O que se quer afirmar, na realidade, é a **inexistência de projetos políticos de saúde orgânicos as diferentes siglas partidárias**, que poderiam facilitar a militância e balizar a prática parlamentar. O próprio caráter frentista de muitos dos partidos, eleitoralmente dominantes, tem dificultado a organização desse projeto político de saúde. Atualmente, porém, as eleições diretas em dois turnos pode modificar tal situação pela necessidade de os partidos apresentarem suas próprias propostas (9).

As mudanças na saúde defendidas pelo movimento da democratização da saúde, e mais concretamente, o projeto da Reforma Sanitária a partir da 8ª. CNS, não dispuseram, até o presente do necessário respaldo político-partidário. Tal situação parece diferir do quadro da Reforma Sanitária Italiana, por exemplo, sustentada politicamente por uma coligação de partidos de esquerda e democráticos, como a hegemonia do PCI (2). No Brasil, apesar da influência significativa do PCB na área da saúde, sobretudo apoiando propostas progressistas de reformulação do Setor (6), não se verificou uma direção mais nítida desse partido na composição de forças políticas que sustentaram a Nova República ou o "Governo Democrático" da Bahia. As articulações e costuras políticas entre partidos progressistas (PT, PC do B, PCB e setores do PMDB e PDT) efetivadas no processo constituinte que garantiram os avanços do capítulo saúde no texto constitucional não se reproduziram na prática política cotidiana em defesa da Reforma Sanitária no Brasil ou no desenvolvimento do SUDS na Bahia. Partidos que lutam pelo fortalecimento de serviços públicos de saúde como o PCB, o PC do B e o PT (este último pleiteia a estatização imediata desde 1986) têm tido pouco envolvimento na defesa das conquistas proporcionadas pelo SUDS ou no confronto com as forças político-ideológicas contrárias à Reforma Sanitária que têm ampliado a ocupação de espaços políticos no país desde o final de 1987.

A conclusão que se apresenta é que a Reforma Sanitária e o SUDS, (enquanto um projeto de construção de viabilidade da mesma), ainda dispõem de uma frágil base de sustentação política.

O caso da Bahia parece bem ilustrativo. Havia um Governador eleito por uma coligação de forças políticas com uma margem expressiva de votos, um deputado consagrado pelo segundo mandato popular e indicado para Secretário da Saúde com o apoio de personalidades e entidades de saúde, e uma equipe técnica de reconhecida qualificação, com militância acumulada e trânsito nos movimentos sociais da

saúde. Existia como cenário político um quadro nacional favorável com um Ministro da Previdência e Assistência Social comprometido com o aperfeiçoamento das AIS e com o salto para o SUDS, um presidente do INAMPS militante da Reforma Sanitária, um Ministro da Saúde baiano e sem compromissos evidentes com os empresários da saúde.

Tudo isso pareceu muito pouco na construção da base de sustentação política para a organização do SUDS e implantação da Reforma Sanitária. Assim que o quadro nacional foi se alterando no final de 1987 e com as posteriores demissões do Ministro Raphael de Almeida Magalhães, do Presidente do INAMPS, e do Ministro Renato Archer, ambos da área da Previdência Social, e a campanha do PFL e dos empresários de saúde contra o SUDS foi se fortalecendo, tornava-se evidente a debilidade da base de sustentação política do projeto da Reforma Sanitária.

Na Bahia, o Secretário da Saúde desde o início da gestão buscou uma aliança com as entidades de saúde, a Igreja, o movimento popular e sindical (CGT, CUT, Federações e Associações de Bairros, etc.), através da constituição dos mecanismos permanentes de participação democrática, referidos anteriormente. Enquanto as entidades de saúde voltaram-se para lutas estritamente corporativas, os demais aliados exercitaram um "apoio crítico", mais no plano da retórica do que da prática política. Esse apoio, ainda que importante a médio e longo prazo na construção

da Reforma Sanitária, (posto que são e serão os aliados estruturais da mesma), não foi suficiente para sustentar politicamente o projeto, retirá-lo da defensiva e jogá-lo no ataque aos adversários (empresários da saúde, indústrias de equipamentos e medicamentos, grande imprensa e políticos fisiológicos e reacionários).

De certo modo era compreensível a postura claudicante das forças políticas democráticas e populares diante de um governo que não se afirmava pelos compromissos mudancistas da campanha mas pela reedição do discurso neo-liberal de contenção de gastos públicos e de enxugamento da máquina estatal e pela reprodução de uma política de direita do não pagamento das URPs, do arrocho salarial e das demissões em massa (5).

Na realidade, o projeto de mudança da saúde na Bahia sustentou-se por 26 meses, graças ao dinamismo político do Secretário (articulando inclusive a luta da Reforma Sanitária no plano nacional enquanto Presidente do CONASS e liderança do movimento sanitário), a solidez de propósitos e de compromissos técnico-políticos de boa parte da equipe dirigente, além de contar com a fiança política (e talvez confiança pessoal) do Governador Waldir Pires que defendia pública e nacionalmente o Projeto da Reforma Sanitária. Esses elementos, se bem que conjuntamente importantes, foram extremamente insuficientes para garantir viabilidade à dimensão institucional da Reforma Sanitária em dois anos de governo.



COMENTÁRIOS FINAIS.

A experiência baiana na luta pela democratização da saúde e na organização do SUDS reforçam a tese de que a Reforma Sanitária é um processo de mudança político-cultural, facilitado pelo restabelecimento da democracia, que, levado as últimas consequências, requer a redefinição do Estado, mediante a reorientação de políticas de saúde e da **publicização** dos seus aparelhos (3). Nessa perspectiva, a proposta da Reforma Sanitária, dentro do marco doutrinário da 8ª. CNS, tende a se enfrentar com a lógica da organização da estrutura social capitalista. Mesmo na sua dimensão institucional, quando busca a reorganização dos serviços de saúde com prioridade para o setor público, o projeto da Reforma Sanitária enfrenta-se com obstáculos vinculados ao caráter patrimonial e privatizado do Estado brasileiro, a expansão da ideologia neo-liberal na administração pública e a resistência de funcionários. A viabilização desse projeto não ocorre em 26 meses, nem em quatro anos de governo, mesmo que passos fundamentais sejam dados.

Mas a Reforma Sanitária enquanto processo vai tendo as suas bases fincadas. O reconhecimento das dificuldades na experiência do SUDS e a necessidade de sua superação na passagem para o Sistema Único de Saúde deve implicar na elevação da consciência social sobre os problemas de saúde, seus determinantes e na elaboração de alternativas de organização de serviços e de reestruturação das práticas de saúde.

A mobilização da sociedade brasileira numa época de crise sem precedentes na história da República não é uma missão fácil. Mas a história se constrói a cada dia em cima das dificuldades, das contradições e das crises. A Reforma Sanitária, como a Reforma Agrária é parte dessas crises mas também parte da sua superação.

Enquanto etapa do processo de democratização da saúde, (3) a Reforma Sanitária tende a acumular fatos que, orgânicos à direcionalidade do projeto, contribuem para a reorganização dos serviços de saúde e para a elevação da consciência sanitária do povo brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. — BAHIA. Governo do Estado. Lei 4 697 de 15 de julho de 1987. Dispõe sobre modificações na estrutura da Administração Pública do Estado, dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**: 5-13, 16/7/87.

02. BERLINGUES, G.; TEIXEIRA, S.F.; CAMPOS, G.W. do S. **Reforma Sanitária — Itália e Brasil**. CEBES/HUCITEC. São Paulo, 1988, 207p.

03. PAIM, J.S. A Democratização da Saúde e o SUDS: o caso da Bahia. **Saúde em Debate**, 21: 29-44, jun 1988.

04. — **A gestão do SUDS no Estado da Bahia**. Trabalho apresentado na Sessão de Comunicações Coordenadas do tema "Administração e gerenciamento no SUS". 2º. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva — 3º. Congresso Paulista de Saúde Coletivas. São Paulo, 3-7 de julho de 1989, 14 p. (mimeo).

05. Nascimento e paixão de uma política de saúde. **Saúde em Debate**. (no prelo).

06. — PCB. A Reforma Sanitária na perspectiva do socialismo: a proposta política do PCB. **Saúde em Debate**, 20: 75-78, abr (1988).

07. — PINHEIRO, L.U.F. 1987: **um ano de mudanças na Saúde**. Governo Democrático da Bahia. Secretaria da Saúde. Salvador-Ba., 20p.

08. — 1988: **o avanço das mudanças na saúde**. Governo Democrático da Bahia. Secretaria da Saúde. Salvador-Ba., 1988, 65 p.

09. — PLATAFORMAS DE SAÚDE. confira seus candidatos. **Saúde em Debate**. 26: 7-26, set. 1989.

RESUMO

Reconhecendo o saldo positivo referente a implantação do SUDS-Ba, o Autor destaca 5 obstáculos não superados pela experiência baiana: deficiências no suprimento de insumos, descompromisso com os serviços públicos, clientelismo político/fisiologismo/favoritismo, formas centralizadas e obsoletas de gestão de debilidade da base de sustentação política. Após a discussão dessas dificuldades a serem enfrentadas pela construção do Sistema Único de Saúde, conclui que a proposta da Reforma Sanitária, tal como fora concebida pela 8ª. Conferência Nacional de Saúde, tende a se enfrentar com a lógica da estrutura social capitalista. Todavia, a acumulação de fatos orgânicos à direcionalidade do projeto — como a experiência de implantação do SUDS, podem contribuir para a elevação da consciência sanitária e para a reorganização dos serviços de saúde.

As Antinomias do SUDS

Edmundo Gallo *

O final de 1989 trouxe para o Movimento Sanitário mais motivos para preocupações que para esperanças. Em que pese o aedamento de muitos em comemorar as "vitórias" obtidas no substitutivo aprovado pela Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social da Câmara dos Deputados — a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde — há que ser feito um balanço mais cuidadoso, que leve em conta não só as antinomias presentes no próprio corpo do anteprojeto, mas principalmente a conjuntura governamental na qual deverá ser implementado, assim como as possibilidades de organização de um movimento em defesa da saúde que consiga se contrapor a eventuais decisões desfavoráveis aos interesses dos setores dominados da sociedade.

A PLENÁRIA NACIONAL DE SAÚDE: UM PASSO À FRENTE, DOIS ATRÁS.

O ano passado decididamente não foi bom ano para a Plenária Nacional de Saúde. A exceção do VI Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado em maio, que pelas suas características nacionais levou um número significativo de entidades à Brasília, a história da plenária foi de esvaziamento, corporativismo, muita confusão e pouca eficácia.

É claro que estes problemas foram agravados pela necessidade — imposta pelos adiamentos sequenciais das votações provocados pelos representantes do setor privado — de contínuas convocações da plenária, por vezes dois ou três dias após a reunião anterior. Não há entidade que disponha de tanto dinheiro ou tempo para deslocar-se ininterruptamente.

Apesar deste atenuante, urge repensar o papel da plenária em pelo menos três pontos:

* ORGANIZAÇÃO:

É necessária uma convocação mais ampla e ágil, que consiga atingir a entidades não especialmente ligadas à saúde. Também é importante superar a atuação meramente conjuntural traçando um cronograma fixo que permita pensar a médio prazo, evitando a confusão reinante e discussões desnecessárias quando se necessita agir de forma eficaz. Isso implica avaliar se a plenária tem conseguido exercer seu papel de "lobby" do Movimento Sanitário;

* PARTICIPAÇÃO:

Este é um dos pontos fundamentais para se conseguir um salto de qualidade. O resgate da participação de sindi-

catos de fora do setor, bem como do movimento popular significa ampliar o peso político da plenária e a discussão da questão saúde na sociedade organizada, além de ser chave para os problemas do tópico a seguir;

* CORPORATIVISMO:

Continua sendo um entrave ao amadurecimento político do Movimento Sanitário. As consequências, como será visto a seguir, refletem-se no texto da Lei Orgânica. Todos que participaram mais assiduamente da plenária recordam as horas perdidas em torno de questões menores, bem como a intransigência corporativa em tópicos importantes — como foi a postura contrária das entidades médicas ao piso salarial por nível de escolaridade, defendendo-o por categoria — que dificultam a luta unificada.

Em síntese, ainda que a plenária tenha conseguido ser o interlocutor pro-

gressista da Comissão de Saúde, sua atuação se deu mais em face do peso individual de algumas lideranças que pela ação coordenada e conjunta de um bloco de entidades, resultando num voluntarismo, que, se logrou incluir ou manter no texto reivindicações históricas dos setores subalternos, foi incapaz de ampliar sua base de entidades e aprofundar as discussões com setores vinculados à saúde — incluindo os próprios profissionais da área.

Coloca-se, portanto, um desafio; ou se consegue atrair para a Plenária um maior contingente da sociedade civil dentro de um cronograma que permita inclusive discussões prévias nas entidades nela representadas, ou corre-se o risco de um esvaziamento que aumente cada vez mais o fosso com os movimentos sociais. Trata-se de ampliar, através da ação, a consciência sanitária, de que muito se fala e muito se esquece.

A SAÚDE DESTA GOVERNO:

Se as perspectivas mais gerais oscilam entre a perplexidade das resoluções não tomadas e a certeza de tempos sombrios, a saúde certamente se inclui nesta última. Decididamente — apenas com variações de matizes — se terá no comando institucional o que de pior há em nosso setor. Lá estarão os representantes do "lobby" privado, além de grupos cujo passado envolve corrupção e clientelismo.

Ironicamente, os mesmos que ao longo da Constituinte e da regulamentação da Lei Orgânica do SUS bloquearam passo a passo as iniciativas no sentido de um sistema de saúde público, gratuito, universal e democratizado, são aqueles que hoje utilizam as bandeiras

históricas que os setores populares conquistaram contra seus interesses mesquinhos e privatistas. Em recente entrevista (1), o Sr. Reinhold Sthephanes, da equipe de transição do governo Collor — e cotado para Ministro da Saúde — anuncia o programa de saúde do futuro presidente. "...a modernização de entidades que tratam de ações básicas e saneamentos públicos; a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde; a criação de novas fontes de financiamento; e a formação de um comando unificado, através do Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Constituição, que substituirá o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)".

O leitor mai desavisado poderia des-

*Pesquisador do Núcleo de Estudos Políticos — Sociais e Saúde — NUPES/ENSP/FIOCRUZ. Vice-Presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde — CEBES.

fraldar a bandeira da Reforma Sanitária e comemorar a implantação do SUS. Estaria cantando vitória antes do tempo!

O fato é que, apesar da apropriação indébita e meramente oportunista do discurso sanitário progressista, a prática destes indivíduos e grupos tem mostrado suas intenções. Certamente tere-

mos uma reedição da "Nova República", onde a distância entre o discurso e a ação será tão gritante quanto suficiente para desmascarar os verdadeiros objetivos, com a diferença de que aqui não teremos "diques institucionais" progressistas e provavelmente será mais escabroso e oneroso o festim que se ensaia.

NOTAS PRELIMINARES SOBRE O ANTEPROJETO DO SUS:

Antes de uma avaliação mais global, cabe destacar alguns "princípios" ou aspectos que sempre foram objeto de luta do Movimento Sanitário e verificar o tratamento que lhes foi dado:

* UNIFICAÇÃO — ainda que o princípio "em si" tenha sido consagrado, o adiamento da reestruturação administrativa compromete sua realização, na medida em que mantém estruturas paralelas, como a FSESP, SUCA, LBA, Pioneiras Sociais e o próprio INAMPS, cuja simples transferência para o MS é insuficiente para garantir sua extinção. Isso para não falar na situação no mínimo ambígua dos hospitais universitários e na completa desvinculação dos hospitais das Forças Armadas;

* DESCENTRALIZAÇÃO — aqui provavelmente o ponto onde menos se avançou. A manutenção das instituições acima citadas, assegurando a prestação direta de serviços pela União, a não extinção dos escritórios regionais do INAMPS e a minimização do papel normativo dos municípios são verdadeiros torpedos contra a descentralização e o comando único em cada nível de governo;

* EQUIDADE — tremendamente prejudicado pela manutenção — com financiamento público — de órgãos de previdência privada para algumas categorias da administração pública (p.e. a Patronal, do MPAS). Também a possibilidade de cobrança adicional por serviços "especiais" não foi descartada;

NOTAS

1 — JORNAL DO BRASIL, Rio de Janeiro, 29 de janeiro de 1990.

2 — Gallo, Edmundo e Nascimento, Paulo C. — HEGEMONIA, BLOCO HISTÓRICO E MOVIMENTO SANITÁRIO, In Fleury, S. (org.) — REFORMA SANITÁRIA: EM BUSCA DE UMA TEORIA, São Paulo, Cortês, 1989.

* CONTROLE SOCIAL — talvez o ponto de maior avanço. A criação das conferências e Conselho de Saúde quadripartites (Governo, prestadores de serviço, trabalhadores de saúde e usuários) com maioria de usuários e caráter deliberativo poderá finalmente assegurar o controle e a participação popular. Não se deve esquecer, entretanto, que até regulamentação em Lei Ordinária, a sua composição será definida em cada local, o que implica estar atentos para evitar "pseudo-conselhos";

* MUNICIPALIZAÇÃO — houve ganho efetivo no repasse financeiro, que não só garantiu um mínimo de 45% do Fundo Nacional de Saúde para os municípios, com a sua automaticidade e regularidade baseados em critérios técnicos (50%) e demográficos (50%). O retrocesso fica por conta da centralização excessiva de serviços e do reduzido poder normativo;

* ISONOMIA — comprometida não só pela pluralidade de regimes conservada no texto, como também pela criação de um piso salarial por categoria profissional e não por nível de escolaridade;

* RELAÇÃO PÚBLICO/PRIVADO — houve significativo recuo até mesmo comparativamente ao texto constitucional. O poder de fiscalização e normatização sobre o setor privado foi drasticamente reduzido; eliminou-se a possibilidade de intervenção; foram mantidos os serviços das empresas sem maiores garantias de controle pelo SUS e pelos próprios trabalhadores; ficou em aberto a possibilidade de cobrança adicional;

* OUTROS — reduziu-se o papel do SUS na Saúde do Trabalhador e Vigilância Nutricional, desligando esta do problema da fome; eliminou-se o "habeas-data" que assegurava imediata e livre informação ao usuário, e, finalmente, foi retirada a possibilidade efetiva de qualquer controle sobre a propaganda de medicamentos.

E AGORA, SAÚDE?

Como se percebe, têm-se um híbrido nas mãos. Um arcabouço legal que oscila entre o moderno e o arcaico: de um lado, mecanismos de controle social, de outro lado, resquícios autoritários que mantêm um sistema de saúde completamente paralelo, os intocáveis hospitais militares. Entre os pólos, pitadas de corporativismo e clientelismo decorados com medidas otimizadoras. Nem Mendel imaginaria tanto!

O que parece ter acontecido é que de ambos os lados — publicista e privatizante — houve uma tendência "inconsciente" à ambiguidade. Deixou-se para o — na época desconhecido — futuro governante grande espaço para ação em sentidos que podem ser inversos. Tanto pode haver descentralização profunda como centralização, tanto extinção real do INAMPS como sua simples maquiagem, tanto autonomia municipal como seu cerceamento, entre outras coisas. O executivo terá amplos poderes. Pior para nós.

Não resta dúvida que se estará enfrentando no setor um projeto neoliberal extremamente fortalecido, numa conjuntura bastante adversa. Em outro trabalho (2), anterior à eleição, se chama atenção para os problemas que a vitória se um projeto nestes moldes traria à luta pela cidadania universal, e, no limite, pelo socialismo.

Sem dúvida o neo-liberalismo venceu uma batalha, mas nunca os setores oprimidos da população atingiram tão alto grau de organização e solidariedade. Organização e solidariedade **ativas**, capazes de serem canalizadas em uma onda contra-hegemônica que pode vir a se contrapor à hegemonia **passiva** de grêmios e de uma pequeno-burguesia assustada e encurralada dentro de seus Escoteiros e apartamentos de dois quartos, com medo da "invasão redistributiva". Mas nem tudo está perdido. Se a Lei do SUS é ambígua, pode eventualmente ser utilizada no sentido de ampliação das conquistas sociais, e isso é urgente no que tange à saúde.

Ao Movimento Sanitário cabe avaliar os instrumentos de que dispõe a partir da Constituição, da Lei Orgânica, da atuação de seus militantes, parlamentares, secretários de saúde e principalmente de sua muitas vezes esquecida base social, que necessita ser rearticulada e ampliada, sob pena de mais uma derrota, esta talvez decisiva.

Um Balanço do Processo de Municipalização dos Serviços de Saúde no Brasil

Gastão Wagner de Souza Campos *

Como primeira consideração gostaria de esclarecer e de prevenir qualquer eventual leitor de que não sou municipalista; pretendo, sim, ser socialista. Faço esta afirmativa porque o "municipalismo" tem sido considerado como se fosse uma nova corrente política, uma nova teoria política e apresentado como uma verdadeira panacéia supostamente capaz de remediar os males sociais deste Brasil de fim de século. Pois bem, os adeptos desta corrente têm abordado a questão da municipalização dos serviços de saúde de forma muito ufanista e, portanto, acrítica.

Por outro lado, tem sido também frequente um estilo "pessimista" de análise do processo de municipalização, enfocando-se este problema de forma restrita e parcial, a partir de uma ótica muito particular e em geral condicionada a interesses corporativos de setores do funcionalismo público, estadual e federal.

O entendimento dos limites e do alcance deste tipo de proposta exige um afastamento destas duas perspectivas e um maior apego realista à questão sanitária nacional.

Neste sentido, considero que a questão central a qualquer projeto sério de política de saúde é a da REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE brasileiro. O importante é efetivamente transformar o sistema de saúde num instrumento de defesa da vida das pessoas. Para isso se fazem necessárias radicais reformas técnicas e administrativas, bem como uma profunda alteração do atual equilíbrio de forças sociais através do fortalecimento daquelas adeptas de uma política de mudanças. Parecendo, portanto, óbvio que nem o corporativismo despolitizado de setores dos trabalhadores e empresários da saúde e nem o ufanismo simplista dos municipalistas bastarão para viabilizar uma reforma sanitária capaz de influir sobre a qualidade de vida dos brasileiros.

Inegavelmente, a municipalização, onde tem de fato ocorrido, vem trazendo algumas vantagens para o sistema de saúde; constituindo-se, sem dúvida, em um dos pontos programáticos do projeto popular de reforma sanitária. Contudo, estas vantagens tem sido apresentadas como sendo capazes de, por si só, esgotar o processo de transformações do setor. Procedimento este que acaba por converter uma consigna potencialmente renovadora em um freio conservador e mesmo até em empecilho à identificação de bloqueios e dificuldades realmente existentes.

No estado de São Paulo, por exemplo, durante estes três últimos anos houve, de fato, um aprofundamento do processo de municipalização e quase todos os municípios assumiram serviços antes sob responsabilidade do estado ou da união, ficando a exceção por conta da capital, São Paulo, onde vivem quase que 50% dos paulistas, e onde,

por razões exclusivamente de discriminação político-partidária, não ocorreu o processo de municipalização. Neste período, houve uma expansão da rede pública e uma correspondente ampliação da oferta de serviços de saúde, particularmente na área do atendimento básico (estima-se em 638 o número de Centros de Saúde construídos nestes anos).

* Secretário de Saúde de Campinas-SP, Presidente da Associação de Secretários e Diretores de Saúde de São Paulo, Professor de Medicina Preventiva da Unicamp



E, inegavelmente, iniciou-se um movimento de descentralização administrativa, financeira, técnica, de responsabilidades e mesmo de poder dos governos dos estados e da união para os municípios. Assim, pela primeira vez na história do Brasil iniciou-se um repasse regular e sistemático de recursos federais e da seguridade social para os municípios, permitindo-se, ao mesmo tempo, uma ampliação do espectro de ações de saúde por eles diretamente executadas.

É a partir destes aspectos — fundamentalmente positivos — que vem se construindo uma interpretação ufanista e acrítica deste processo, numa tentativa não necessariamente consciente ou explícita de negar ou de obscurecer uma série de evidências indicativas de problemas e dificuldades na implantação do SUDS e dos limites da tão propalada descentralização.

Na verdade, a proposta de municipalização deveria corresponder a um dos itens de um vasto projeto de reforma do setor saúde e o que vem ocorrendo é que não se avançou nos demais sentidos da reforma, ficando as mudanças do último período centradas quase que apenas no campo da descentralização. Em alguma medida, este resultado é fruto de uma política premeditada pela esquerda que procurou fazer da municipalização uma espécie de “fuga para a frente”, uma vez que a reforma global do sistema de saúde no Brasil vinha encontrando grandes empecilhos e era necessário — ainda que para efeito de demonstração — transformar parcelas do modelo privatista gestado nos últimos vinte anos.

Considero que o municipalismo enfático de segmentos significativos do movimento sanitário é uma compensação a impotência do mesmo frente a tarefas de maior envergadura e geradoras de maior resistência, como a da unificação e democratização das instituições públicas de saúde, a de realizar negação/superação do modelo médico-assistencial

ao mesmo tempo que assegurar o direito à saúde a todos os cidadãos e, particularmente, a de derrotar a hegemonia dos padrões neoliberais na organização da prática médico-sanitária no Brasil. Enfim, em algum instante de nossa história recente imaginou-se algo mais ou menos do seguinte teor: — Bem já que não se consegue, no Brasil, um movimento social capaz de alterar radicalmente as estruturas de poder do INAMPS, Secretarias de Estado, hospitais públicos, que tal se começassem tudo de novo, a partir da atenção primária, nos municípios. Mais perto do povo, criando um novo modelo, longe dos interesses do bloco privatista. Um lugar, enfim, onde se pudesse praticar a organização racional dos serviços de saúde. O paraíso possível! Uma fuga pra frente, a partir do horizonte dos técnicos que elaboraram e difundiram este tipo de perspectiva.

Ou seja, há uma perigosa tendência entre técnicos da saúde que é a de imaginar que a reforma entre sanitária pode avançar principalmente enquanto municipalização, enquanto um processo de descentralização, ainda que não se apoiando na superação de uma série de contradições mais globais do modo de organização do sistema de saúde brasileiro. Senão vejamos alguns de nós que na prática têm impedido o desenvolvimento das experiências locais ou, no limite, têm imposto retrocessos a conquistas consideradas modelares.

Os serviços estatais de saúde não estão emperrados apenas por sua burocratização. Na verdade, a maior parte das distorções das empresas públicas decorre da lógica privada que as domina. O INAMPS, apesar de pertencer ao Estado brasileiro e utilizar em sua operação tributos recolhidos do conjunto dos trabalhadores, é um exemplo típico da privatização do Estado, de utilização privada da coisa pública. O INAMPS através da expansão da assistência

médico-hospitalar comandou a sustentação da medicina de mercado, garantindo a contingentes cada vez maiores de brasileiros o acesso a rede privada ou filantrópica de serviços de saúde ao mesmo tempo que servia como um instrumento do Estado para sustentar o desenvolvimento do mercado de saúde que, naquela conjuntura, encontrava-se bloqueado. Pois bem, foi exatamente o casamento desta lógica privada com interesses menores — como o corporativismo dos médicos, de funcionários — que criou as bases deste conservadorismo institucional que ainda hoje tem impedido qualquer transformação significativa neste órgão nuclear a qualquer novo sistema de saúde. Pelo INAMPS não passou ainda os ventos de qualquer reforma e nem se conseguiu, como pensavam os idealizadores do SUDS, se caminhar gradualmente para sua extinção. Como resultado, o INAMPS continua sendo um exemplo da incapacidade do Estado de prestar diretamente serviços de saúde. De fato, em seus serviços próprios, a produtividade é baixa, a qualidade da assistência deixa a desejar e o desrespeito aos direitos dos pacientes ali perpetrados poderiam constituir uma antologia de horrores.

As Secretarias de Saúde dos Estados não fogem a esta regra, a lógica prevalente é a mesma. Só que neste caso o casamento de interesses particulares é entre aquele da medicina de mercado e o jogo clientelista utilizado para reprodução do poder político ou para o enriquecimento ilícito. Mas os resultados são os mesmos: ociosidade e inoperância das ações e dos serviços públicos, degradação de equipamentos, instalações e salários. Neste quadro, o município apareceu como uma válvula de escape, como um espaço institucional onde a dinâmica de implantação de um sistema público poderia ser maior uma vez os emperramentos decorrentes de interesses privados seriam menores.

O que se identifica é que se esta fuga pra frente teve uma certa viabilidade hoje o seu desenvolvimento está barrado por contradições gerais não resolvidas, como a do financiamento do sistema, a decorrente do choque entre o mercado e a medicina estatal, a da ausência de planejamento de áreas que não se resolvem a nível do município: como a de medicamentos, tecnologia e equipamentos, recursos humanos, entre outras. E mesmo pelas resistências e bloqueios levantados à continuidade do processo de descentralização por um conjunto de forças que, direta ou indiretamente, tem se beneficiado das distorções do atual modelo.

O que nós dirigentes da saúde pública ao nível dos municípios temos identificados é que se a reforma sanitária não avançar, se o país não for capaz de enfrentar e de resolver os reais desafios da reforma sanitária estará interrompido o avanço da municipalização. Para esclarecer este tipo de vínculo entre o local e o nacional talvez seja conveniente descrever algumas destas dificuldades locais cujas soluções dependem também do que é realizado no município mas muito mais do que se passa na nação como um todo.

Uma das dificuldades que temos enfrentado é a resistência apresentada contra a recuperação do caráter público dos serviços públicos. Muito se escreveu sobre a descentralização como criadora da democracia, na verdade trata-se de uma simplificação — não há como igualar municipalização de serviços ou de responsabilidades como democratização do sistema. O movimento de descentralização nem sempre tem significado a recuperação do caráter público da empresa pública. Os municípios brasileiros são uma parte do Estado e, portanto, desempenham papéis e apresentam características comuns aos demais segmentos controlados pela união ou pelos governos estaduais. Assim, também ao nível municipal tem predominado a lógica do interesse privado sobre o público, através de mecanismos de clientelismo, paternalismo e fisiologismo tem prevalecido a conciliação com os interesses de minorias privilegiadas, como empresários, médicos, grupos políticos de elite, entre outros. Na verdade, o que tem se verificado é que o setor privado, o bloco político que defende a consolidação de um modelo neoliberal de assistência médica-hospitalar, vem deslocando parte de seu esforço de luta pelo poder, pelo controle da gestão dos

serviços de saúde para o município. O que em princípio é até salutar, mas indica ao mesmo tempo um esforço para adaptar o processo de municipalização ao mesmo modelo de mercado já existente, anulando com isso todo o potencial transformador que este tipo de descentralização poderia desencadear. Caso este tipo de tendência venha a predominar estaria anulada ou bastante atenuada a vertente de democratização deste movimento, uma vez que a se predominar as atuais características do modelo dificilmente estariam assegurados o acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços.

Não existe uma concomitância automática entre estes dois processos, ou seja descentralização é um componente essencial do processo de democratização mas absolutamente a implementação do primeiro estaria assegurando automaticamente o sucesso do segundo. Os municípios por si só, por exemplo, não tem conseguido resolver a questão de recursos humanos, quer numa perspectiva de quantidade e muito menos da qualidade. Vários municípios não têm conseguido preencher seus quadros de médicos, auxiliares de enfermagem, técnicos; é quando o conseguem não tem tido sucesso em ampliar a capacidade dos serviços de resolverem problemas de saúde. Isto porque tanto o mercado neoliberal quanto o INAMPS criaram determinados paradigmas salariais e até mesmo de atitude frente ao paciente que tendem a se repetir nos "novos" serviços de saúde criados. Refiro-me ao não cumprimento de horário, ao não envolvimento com o serviço, com a equipe e mesmo com o paciente, ao costume de transformar as ações de saúde em tarefas parceladas que nunca dão conta do problema do indivíduo e muito menos da coletividade e sempre terminam com um novo encaminhamento. Apenas a administração local deste tipo de problema dificilmente conseguirá superá-lo, a menos que se criem condições nacionais favoráveis a sua resolução. É óbvio que este tipo de raciocínio não nega a maior agilidade do governo municipal em contratar, em prover adequadamente as unidades de saúde, e até mesmo em diminuir a ociosidade e a ineficácia dos serviços públicos de saúde. Chama, sim, a atenção para o fato de que sem uma política nacional de ciência e tecnologia, de produção e distribuição de fármacos, de equipamentos, os municípios assistirão ao fracasso de sucessivas equipes de

técnicos e de políticos bem-intencionados.

Por outro lado, não é sempre verdade que os municípios permitirão sempre um controle maior da população. Isto dependerá sempre do governo local, da organização e força da sociedade civil para implementar tal tipo de proposta e, naturalmente, da correlação de forças a nível nacional. Tem ocorrido que a municipalização às vezes é usada como uma forma de diminuir a visibilidade de determinado problema que o Estado não tem ou vontade política ou capacidade de resolver. Frequentemente, consegue-se maior transparência no trato de questões nacionais de que quando são localizadas no Município. E por outro lado, cabe considerar que a participação na gestão do sistema não tem necessariamente se incrementado em concomitância com a municipalização. A luta pela democracia direta, pela democratização do Estado brasileiro é uma questão nacional e como tal deve ser tratada. A descentralização administrativa apenas multiplica as instâncias a serem controladas mais não garante por si só uma mudança qualitativa no tipo de gestão: de burocrática-privatista para democrática-descentralizada. O que a municipalização permite é que naqueles Municípios onde o governo seja democrático, ou socialista e exista uma correlação de forças favorável a maioria do povo, ocorra a ampliação dos mecanismos de democracia direta antes que tal processo se consolide a nível nacional. No entanto, o que se tem observado são frequentes retrocessos mesmo naqueles municípios onde se avançou neste sentido porque não há respaldo a nível nacional e há uma rotatividade no poder, elemento essencial a um sistema pluralista.

**REFORMA
SANITÁRIA**

Ou seja, pode-se concluir que se as conquistas parciais e localizadas até aqui experimentadas não forem estabilizadas através de sua incorporação a Lei Orgânica que regulamente o Sistema Único de Saúde e, portanto, incorporadas ao cotidiano do sistema de saúde como um todo, a tendência será a de retroagirem a curto ou médio prazo sem que contribuam de alguma forma para a reforma do atual modelo privatista e regressivo.

Além destas questões de ordem mais estruturais alguns problemas práticos na implantação do processo de municipalização tem comprometido o sucesso da experiência e até mesmo o sentido mais geral da própria descentralização. Refiro-me a questão do financiamento do sistema. Não há real descentralização de poder, não há autonomia de gestão sem o repasse automático de recursos necessários ao cumprimento das novas responsabilidades delegadas ao município. Os atuais convênios de municipalização do estado de São Paulo, bem como de outros da federação, submetem os municípios a um relacionamento absolutamente arbitrário com os governos estaduais e da união. Ficamos de pires na mão, obrigados a negociar sob constrangimento. O volume de recursos repassado à cada Município depende da vontade política dos Governadores, dos Secretários de Estado da Saúde e, em certa medida, da capacidade de cada cidade de lutar, de brigar por aquilo que se julga justo. É uma situação instável, de planejamento impossível. Em Campinas/SP, por exemplo, nunca sabemos se vamos ou não receber as verbas do SUDS, desconhece-se o montante do mês seguinte — nesta circunstância não há planejamento, quando muito consegue-se programar gastos.

A este tipo de relação estão submetidos todos os governos municipais e não

só aqueles de oposição ao governo estadual, como é o caso de Campinas ou da Capital do estado. Na verdade, o processo de descentralização efetivado com o SUDS transformou o clientelismo que antes era federal em um novo velho clientelismo estadual. O antigo clientelismo do INAMPS agora é também dos governadores. Qualquer discussão séria sobre descentralização fica comprometida sem que ocorra a definição de repasses financeiros automáticos segundo base populacional, a partir da delegação a cada município de uma série de obrigações e de responsabilidades na área da saúde.

Por último caberia levantar ainda a idéia de que a descentralização não avança mais no Brasil enquanto não avançar também a diretriz da unificação do sistema público. Ou seja, a experiência concreta de vários municípios tem demonstrado que a municipalização só se efetiva de fato se ocorrer concomitante a implementação de uma outra transformação no campo técnico e gerencial, a saber: a consolidação da diretriz de que o sistema de saúde deve ter um comando único em cada nível de governo. Não tem mais cabimento, por inviabilizar qualquer tentativa séria de reforma, a existência em um mesmo município de hospitais, de programas ou de campanhas de saúde pública, de unidades de saúde, gerenciadas ou pela Fundação Tal, ou pelo INAMPS, ou pelo estado e outras ainda pelo poder local. Há que se caminhar para a unificação de comando por nível de governo.

Na verdade, o que se delegou ao Município até agora foi principalmente o atendimento básico e de urgência, rede de postos ou de centros de saúde. Esta é uma outra faceta da referida fuga pra frente, uma vez que no Brasil não se equacionou até hoje a questão do atendimento hospitalar, mesmo porque a produção de serviços médico-hospitalares continua a funcionar com a mesma lógica de quinze ou até vinte anos atrás. Embora 70 a 80% dos recursos utilizados na área da saúde continuem sendo aplicados no atendimento hospitalar, amplos setores do movimento sanitário teimam em não priorizar as transformações neste setor, ou o que é pior tendem a conciliar com a mercantilização selvagem predominante nos hospitais privados e filantrópicos. Neste sentido, a aliança que os dirigentes do SUDS procuraram tecer com os hospitais filantrópicos, e a série de privilégios que passaram a desfrutar dentro do sis-

tema, não impediu a destruição do seu caráter de benemerência e da sua função pública e nem a sua privatização. A lógica que predomina no setor hospitalar ainda é a de mercado, impedindo qualquer relação mais produtiva entre o poder público e estas instituições, a não ser a pura e simples doação de dinheiro público, que termina dirigido para os grupos mais privilegiados da sociedade. Hoje, com a crise financeira do SUDS, estas instituições afastaram-se de qualquer compromisso com a comunidade, reestruturando-se para sobreviver apenas do atendimento a particulares e a convênios privados. Neste sentido há que se delegar ao Município a gestão do sistema local de saúde, inclusive a relação com hospitais e demais ações de saúde de abrangência individual ou coletiva.

Enfim, a predominância de transformações no campo administrativo, ainda que necessárias a um racional funcionamento do sistema, não tem assegurado a elevação dos padrões de assistência, em consequência não tem granjeado apoio e legitimidade junto à sociedade, tornado débil o arco de forças empenhado na defesa do SUS. E isto porque pouco ou quase nada deste movimento vem se traduzindo em benefícios reais para o cidadão brasileiro, pouco ou nada foi modificado das vias e das proporções como são distribuídas as verbas públicas para o setor, ou seja apesar da grandiloquência do discurso reformista, na prática tem predominado a conservação de privilégios e os interesses de minorias sobre o bem-estar da maioria.

Concluindo, poder-se-ia resumir que a lógica do modelo neoliberal é largamente hegemônica na prestação de assistência médico-sanitária e que estamos nos recusando a enfrentá-la. Esta lógica da exclusão, do desrespeito ao paciente, da fragmentação das ações de saúde, predomina nos serviços privados, filantrópicos, federais e também nos municipais. A municipalização por si só não vai alterar esta ordem, mesmo sendo ela perversa para a maioria. No Brasil, este movimento de descentralização tem representado uma fuga pra frente e uma forma de acúmulo de forças para se viabilizar uma reforma mais radical. Mas, já estamos num impasse. Se não derrotarmos a hegemonia da medicina privada, que se revela inclusive na privatização da coisa pública, a municipalização, bem como o SUDS ou SUS vão se desmoralizar.



Índice Adicional de Valorização da Capacitação Extra-Mural (IAV-CEM)

Instrumento estratégico da integração Universidade/Sistema de Saúde

Marco Antonio Porto*
Anna Alice Schoeder**
Eduardo Almeida***

Os autores defendem a ampliação do campo de ação das ciências da saúde, com a integração da Universidade à rede de serviços, como forma de contribuição efetiva para a reestruturação necessária à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Mais especificamente, acreditam que a formação de recursos humanos próprios à Atenção Primária — principal desafio dos municípios — tem seu leito natural nas atividades de extensão extra-muros.

Em maio de 1987, uma portaria MEC/MPAS instituiu um índice adicional de valorização e capacitação extra-mural (IAV-CEM), atribuído a Hospitais Universitários, segundo a existência de atividades em áreas rurais e peri-urbanas. A Universidade Federal Fluminense (através do Hospital Antonio Pedro), por desenvolver diversos programas com tais características, foi contemplada com estes recursos.

No presente artigo, os autores buscam resgatar os princípios político-filosóficos presentes na legislação que instituiu o referido índice, e resenham seus descaminhos posteriores, ilustrados por sua experiência pessoal.

* Professor Adjunto da Disciplina de Cardiologia e do Programa de Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal Fluminense.

Mestre em Cardiologia (UFF). Especialista em Recursos Humanos em Saúde (ENSP/FIOCRUZ).

** Professor Adjunto do Programa de Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal Fluminense. Mestre em Medicina Social (IMS/UERJ).

*** Professor Adjunto do Programa de Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal Fluminense. Mestre em Medicina Social (IMS/UERJ). Diretor do Posto de Saúde do Caramujo (Unidade docente-assistencial co-gerida pela UFF e Secretaria Municipal de Saúde de Niterói-RJ).

Há longa data a educação médica tem sido tratada, em nosso país, como questão necessitada de urgentes reparos. O simples fato do tema permanecer ainda à tona, sugere o grau de ineficácia das inúmeras teorias e das raras iniciativas. Vale observar, entretanto, que, enquanto as críticas à medicina exercida e ensinada no hospital — espaço tradicional da formação médica — referem-se, em geral, aos custos elevados e ao caráter socialmente excludente, a prática extra-hospitalar recebe restrições (baixa resolutividade, absoluta desconfiança por parte da população) que sugerem a participação de profissionais menos qualificados. Estes quadro confronta, de um

lado, o especialista, o hospital, um saber plenamente legitimado; de outro, o generalista, a unidade primária, uma medicina "incompleta" ou de "2ª. classe".

Este descompasso relaciona-se, em grande parte, com o fato de que a maior parte do contingente médico é formado nas enfermarias hospitalares mas, não obstante, exerce sua profissão no meio extra-hospitalar não dispondo, assim, de instrumentos adequados às peculiaridades de sua atividade. Isto é, o domínio de um saber altamente sofisticado e tecnologicado não logra operacionalizar sua prática cotidiana.

FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA: VOCAÇÃO DA EXTENSÃO EXTRA-MUROS

No momento em que se processam os embates pela reorganização dos serviços de saúde, com vistas à implantação do Sistema Único, ganham relevo especial os aspectos ligados à Atenção Primária — base da pirâmide de uma rede hierarquizada, tarefa prioritária dos municípios. Entretanto, é preocupante reconhecer que este nível da prestação de serviços não dispõe, em nosso meio, de um corpo sistemático de conhecimentos. Assim, a Atenção Primária impõe-se como um desafio às instituições geradoras de saber, para que desenvolvam conteúdo e método capazes de instrumentalizar procedimentos de qualidade. Não se trata porém, de acoplar a Universidade, de forma passiva e acrítica, ao processo em curso. Para Médici (1), "as escolas médicas não deveriam redefinir seus currículos 'a reboque' do processo de reforma sanitária, mas, ao contrário, conduzindo este processo, conjuntamente com outras instituições do aparelho de saúde... Ao invés de abandonar a medicina especializada, isto significa redefinir seu escopo a partir das necessidades da rede hierarquizada existente em cada região".

Neste ponto, cabe reproduzir a interrogação de Soares e cols. (2): "do ponto de vista do aparelho formador, como deve a Universidade se estender ao sistema prestador de serviços, como possibilidade de formação de recursos humanos de novo tipo, e recuperação dos já existentes (reciclagem e educação continuada)...?". Não existe, obviamente, um modelo pronto e acabado, capaz de dar conta adequadamente destas questões. Contudo, a observação de diversas experiências até aqui desenvolvidas ressaltam os efeitos positivos do processo de aprender/fazendo, concepção pedagógica baseada na relação dialética teoria/prática. Portanto, a urgência da integração do sistema de saúde com a Universidade ressalta a importância da ampliação e adensamento das práticas docente-assistenciais para além dos limites hospitalares, mediante projetos de extensão extra-mural permanentes,

com dinâmica, conteúdo acadêmico e financiamento próprios. Tais são os requisitos mínimos indispensáveis para a construção de um projeto educacional consequente, que não configure apenas um conjunto de atividades marginais e apêndices da formação hospitalar hegemônica.

Entretanto, o histórico imobilismo da escola médica antepõe-se à consolidação de novas práticas pedagógicas. Neste sentido, é bastante elucidativo o estudo realizado por Oliveira e cols. (3) entre os alunos da FCM-UERJ, com o objetivo de dimensionar seu envolvimento em atividades extracurriculares. Os resultados obtidos neste inquérito conduziram os autores a conclusão de que "a rede de prestação de serviços e os alunos já estão integrados". A escola médica, entretanto, mostra-se omissa, ensejando distorções que resultam em mau aprendizado por parte dos alunos e uma assistência de baixa qualidade ao paciente. Por isso, Campos e cols. (4) afirmam que "todo o discurso da integração docente-assistencial, patrocinado geralmente pelas instituições de ensino, há muitos anos tem produzido pouco impacto...". "E concluem: "O setor acadêmico possui uma inércia própria, ainda maior que o setor de serviços".

IAV-CEM: O DIREITO

Com a criação do INPS, surgiu a necessidade de expansão da cobertura médico-hospitalar, o que levou a Previdência a realizar novos contratos de adesão com as instituições de saúde. Data desta época seu relacionamento com os hospitais de ensino. Em 1982, a CIPLAN, por intermédio da Resolução 04/82, introduz várias inovações que passam a regulamentar esta relação, criando o Convênio MEC/MPAS.

Posteriormente, a Portaria Interministerial MEC/MPAS/015, de 22.5.89 e a Resolução CIPLAN 004, de 09/06/87, representaram avanço significativo na área de ensino-prestação de serviços.

Além de um Índice de Valorização Hospitalar (IVH), que visava remunerar de forma diferenciada os hospitais universitários, foram criados 3 Índices Adicionais de Valorização (IAV) para características específicas, a saber: IAV-RA — correspondente à regionalização assistencial e integração à rede de serviços; IAV/SIAS — quando o hospital participasse de um ou mais sistemas integrados de alto custo (transplante renal, tratamento e reabilitação cardio-vascular, etc.); IAV-CEM — conforme a existência de programas intensivos de capacitação extra-mural (áreas rurais ou periurbanas), e formação de médicos generalistas. O IVH foi desdobrado em 5 níveis (com acréscimos de 20, 40, 60, 80 e 100%) e os IAVS correspondiam a acréscimos de 10% sobre a fatura das altas hospitalares. Além disso, era prevista a alocação dos recursos na expansão e aperfeiçoamento das próprias atividades que caracterizaram a atribuição do IAV (item 1.4 da Portaria 015).

Com relação ao IAV-CEM, objeto principal destas considerações, os propósitos não poderiam ser mais explícitos. Buscava-se claramente contornar a estrutura universitária — burocraticamente emperrada e academicamente anacrônica — para investir de maneira ágil e direta nas experiências já em desenvolvimento, de forma a consolidar as atividades extra-muros e, sobretudo, os projetos de formação do médico geral. Para garantir tais propósitos a Resolução CIPLAN 012 de 22-12-88, determina que o projeto de capacitação extra-mural terá um Plano de Aplicação específico para utilização dos recursos gerados pelo IAV-CEM, elaborado e gerido por um Colegiado com a seguinte representação mínima: Diretor do Centro/Faculdade (presidente); Diretor do Hospital Universitário ou de Ensino; Departamentos participantes do projeto; Gestor local da rede de serviços e um Coordenador-Executivo do Projeto, a ser designado por este Colegiado. Determina ainda que serão apresentados, trimestralmente, relatórios de atividades e prestação de contas à CIMS e/ou CIS. Esta Resolução trata ainda de outros itens ligados ao IAV-CEM, estipulando o prazo de um ano para que as instituições já beneficiadas com os recursos adequem-se completamente aos critérios divulgados. Ressalva, entretanto, que as determinações acerca do Plano de Aplicação específico e da formação do Colegiado gestor vigoram a partir da data de sua publicação.

IAV-CEM: O AVESSO

De um total de 82 hospitais considerados, apenas 13 fizeram jus ao IAV-CEM entre eles, o Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP-UFF). Com a experiência desenvolvida nos projetos extra-muros da UFF, os diagnósticos essenciais estavam delineados e diversas propostas de ação formuladas. Com a incorporação de um mecanismo ágil de financiamento restava, simplesmente, a decisão política de implementar as ações fundamentais neste setor estratégico. Entretanto, um balanço inicial entre os princípios político-filosóficos presentes na criação do IAV-CEM — aparentemente bem definidos na legislação que o regula — e nossa realidade atual, demonstra que, o que era uma promissora perspectiva de mudança na área de extensão, incorporou-se ao rol das boas iniciativas, que não se concretizaram. Se não, vejamos:

1 — Não se tem conhecimento da existência de um **Plano de Aplicação**, específico para utilização dos recursos nos projetos de extensão da área de saúde da UFF;

2 — O **Colegiado gestor** não foi sequer convocado, embora a Resolução CIPLAN previsse que esta determinação vigorava com sua publicação (22.12.88). Aliás, inexplicavelmente, o gestor local da rede de e serviços, aparente interessado no processo, não fez qualquer manifestação pública a respeito;

3 — A Direção do Centro de Ciências da Saúde (5) informou, recentemente, que desde a criação do Índice (22/05/87) até maio de 1989 — portanto, após 2 anos de arrecadação de 10% sobre a fatura das altas do Hospital Universitário Antonio Pedro — só lhe havia sido repassada a quantia de NCz\$210.283,75, da qual, entretanto, **ainda não havia feito qualquer uso** (vide item 1), valendo-se de recursos próprios para investimento nos programas de extensão;

4 — Nesta conjuntura, os **relatórios de atividades e prestação de contas**, que a legislação previu trimestrais, obviamente, jamais foram encaminhados. A CIMS, CIPLAN, e outras esferas administrativas, não parecem ter conferido maior importância ao fato. A esta

altura do processo, não seria ocioso que a CIPLAN, por exemplo, realizasse uma espécie de auditoria amostral da utilização destes recursos pelas diversas instituições contempladas.

CONCLUSÃO:

Como consequência destes fatos, não a única ou a última mas, provavelmente, a mais grave, inibiu-se o desenvolvimento de modificações substanciais na dinâmica das atividades de extensão extra-muros, veículos privilegiados da integração da Universidade com o sistema de saúde. Este episódio é emblemático da situação de absoluto descompasso existente entre o "poder burocrático", como o denomina Giannotti (6) — incapaz de desenvolver projetos densos e articulados, voltado não para o fazer, mas para o "fazer-de-conta" — e o esvaziado "poder acadêmico", representado pelos docentes com efetivo envolvimento nas atividades de ensino e pesquisa. A questão do IAV-CEM revela, claramente, o flagelo de um burocracia que opera com lógica própria, impermeável às formulações da comunidade acadêmica e às demandas da Sociedade a quem deveria servir.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Médici, AC — "A formação do médico e o social no Brasil: questões da pós-modernidade". **Saúde em Debate**, n.º. 22, out./1988, 69-71.
- (2) Soares, DA; Lima GZ; Almeida, MJ; Turini, TL — "Sistemas universitários de saúde: a proposta de Londrina". **Saúde em Debate**, n.º. 24, mar./89, 12-14.
- (3) Oliveira, JA; Sarmiento, A; Domingues, SV; D'Orsi, E; Fernandes, MT — "Ensino médico e papel das atividades extra-curriculares"; **Saúde em Debate**, n.º. 25, jun./1989, 35-40.
- (4) Campos, FE; Leite, MTT; Fekete, MC; Girardi, SN — "A questão dos recursos humanos e a Reforma Sanitária". **Educ. Med. Salud**, vol. 21, n.º. 4, — 1987, 374-385.
- (5) Documento divulgado pela direção do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFF), em setembro de 1989.
- (6) Giannotti, JA — A Universidade em ritmo de barbárie, 3ª. edição, São Paulo, Editora Brasiliense, 1987.

FIQUE EM DIA COM A SAÚDE



Assine

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

O Problema da Confiabilidade da Transfusão de Sangue no Brasil

Luiz Gonzaga dos Santos *

Para a segurança do paciente, a credibilidade dos Serviços de Hemoterapia e o desempenho do médico ao conduzir a terapêutica, é fundamental o **controle sistemático de qualidade** dos testes laboratoriais, dos reagentes, dos produtos plasmáticos industrializados para uso terapêutico e dos correlatos utilizados para coleta e conservação do sangue.

A Transfusão Sanguínea, em todas as suas formas, ou seja, de sangue total, concentrados celulares e derivados plasmáticos, constitui na atualidade uma das maiores, senão a maior arma terapêutica que o médico dispõe para indicações tanto na clínica quanto na cirurgia. Os avanços técnicos ocorridos fizeram desta atividade médica uma especialidade de grande expressão, graças aos conhecimentos adquiridos na imunologia — desde a descoberta do sistema de grupos sanguíneos ABO até os testes imunodiagnósticos dos nossos dias — na química — desde a descoberta das propriedades anticoagulantes do citrato até o uso das bolsas plásticas com soluções que permitem a conservação do sangue até 45 dias —; na física com o uso do frio, desde temperaturas entre 4° e 6° C, de utilização rotineira até o nirogênio líquido que possibilita a conservação de suspensões de hemácias até três anos sem perda de suas propriedades biológicas; na físico-química que permite o fracionamento plasmático; na farmaco-química que permite o fracionamento plasmático; na

farmaco-química, através da qual, tanto progresso tem havido na preparação de soluções conservadoras do sangue ou de seus componentes isoladamente.

Ao lado destas conquistas da Tecnologia Laboratorial, se fez necessário também o evoluir das estruturas físicas e administrativas desde os simples bancos de sangue até os grandes Centros de Transfusão Sanguínea, de estrutura complexa, abrangendo aspectos técnicos, filosóficos, éticos, sociais, econômico-financeiros, administrativos, arquitetônicos, jurídicos etc.

Diante de tantas variáveis que envolvem a complexa atividade hemoterápica, acrescidas do risco sempre presente da transmissão de doenças através da transfusão sanguínea, surgiu a necessidade do controle de qualidade ao nível dos testes realizados na rotina laboratorial dos serviços executores da atividade transfusional; dos reagentes utilizados para a realização dos testes; dos produtos plasmáticos industrializados para uso terapêutico e dos recipientes para coleta e conservação do sangue, componentes e derivados. Este controle sistemático é fundamental para a segurança do paciente, a credibilidade dos serviços de Hemoterapia e o desempenho do médico ao conduzir a terapêutica. É necessário que as instituições que têm a responsabilidade de manipular o sangue para uso terapêutico o façam utilizando os mais rígidos critérios quanto aos testes laboratoriais, para que a confiabilidade na transfusão sanguínea seja a norma. Mas, não estaria tudo resolvido, somente com as instituições execu-

toras da atividade transfusional, públicas ou privadas, respeitando simplesmente os padrões técnicos e éticos. Impõe-se uma conduta vigilante no tocante à qualidade dos reagentes, dos produtos injetáveis e dos correlatos, oriundos da área produtora industrial.

Desta constatação, resulta a necessidade fundamental de ser organizada uma estrutura capaz de garantir a qualidade de forma continuada e competente, de maneira que os usuários da terapêutica transfusional não estejam expostos aos riscos provenientes das falhas do sistema, refletidos através de inúmeras formas, desde a incompetência ou negligência de um profissional da área até o uso de material de má qualidade, utilizado nas diversas etapas de preparação do sangue, ou seja, desde a coleta até a infusão no paciente.

Basicamente o país precisa de dois sub-sistemas. Um, caracterizado pelas ações disciplinadoras e obedientes a determinados padrões técnicos e éticos, visando a obtenção, manipulação, distribuição e utilização do sangue, seus componentes e derivados, vem sendo desenvolvido desde o início da década de 80, com a criação em 1980 do Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados — PRO-SANGUE. É o SUB-SISTEMA NACIONAL EXECUTOR DE HEMOTERAPIA que tem no Hemocentro a base operacional da atividade transfusional, dentro de princípios filosóficos e estratégia de atuação definidos. Entretanto, decorridos quase dez anos, a evolução tem sido lenta, faltando muito ainda para sua consolidação.

* Professor da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco - Pesquisador Visitante da Fundação Oswaldo Cruz - Consultor da OPAS - Conselheiro da International Society of Blood Transfusion (ISBT) para América do Sul - Presidente do Congresso Internacional da ISBT em 1992.

O outro, o de Controle de Qualidade, ainda inexistente, salvo alguma atividade muito tímida no INCQS, que não pode ser admitida como ensaio de um sistema organizado. É preciso que haja o propósito do Governo em atingir esta meta, acelerando, de um lado, as ações para a conclusão do primeiro subsistema e, por outro lado, elaborando, de maneira decidida, um PROGRAMA abrangente na concepção filosófica, nos objetivos sociais, nas ações catalizadas de articulação inter-setorial e interinstitucional e gerador de perspectivas alimentadoras do processo através da pesquisa científica e da qualidade técnica dos ensaios a serem executados por

laboratórios de referência regionais nas macro-regiões do país, articulados ao laboratório de referência nacional, formando-se assim o SUB-SISTEMA NACIONAL DE CONTROLE DE QUALIDADE DO SANGUE. Os dois subsistemas, integrados e bem estruturados técnica e administrativamente, constituirão o alicerce do SISTEMA NACIONAL DO SANGUE E HEMODERIVADOS, permitindo a operacionalização da atividade hemoterápica de forma confiável, o que, lamentavelmente, ainda hoje não acontece de maneira geral. Cada um de nós, membro da sociedade brasileira, receptor em potencial de transfusão de sangue, corre sério risco

de ser vitimado pelos efeitos indesejáveis da transfusão sanguínea, resultantes de incompatibilidades celulares e protéicas; de transmissão de doenças hemotransmissíveis, tais como hepatite, AIDS, Chagas, sífilis, malária etc.; de incompatibilidades farmacêuticas; de distúrbios metabólicos e até mesmo de iatrogenia.

É preciso que as ações sejam urgentes, decididas, com o propósito de conquistar o tempo perdido, para que na década que se inicia, o Brasil consiga se posicionar entre os países onde o sangue é objeto de toda a atenção por parte das autoridades competentes e, como tal, ocupante de espaço prioritário nos programas de saúde pública.

Vigilância Sanitária

Constituição e Lei Orgânica da Saúde

Ana Virgínia de Almeida Figueiredo *

O conteúdo — vigilância sanitária — apresentado nos textos da Constituição e do Projeto de Lei Orgânica da Saúde nº. 3.100 encaminhado, ao Congresso Nacional, pelo Deputado Raimundo Bezerra contemplaram algumas propostas sugeridas pelos setores da sociedade civil organizada, que se empenharam em elaborar documentos, frutos de inúmeros debates, para subsidiar este processo de reformulação dos instrumentos legais que regem o Estado brasileiro.

Sem dúvida, os artigos destes textos referentes à vigilância sanitária respeitaram o princípio da descentralização proposto pelo movimento político da Reforma Sanitária, tornando as instâncias estadual e municipal fortalecidas e com autonomia para exercer o controle adequado dos bens, produtos e serviços fornecidos à população.

A esfera administrativa municipal perde o seu caráter exclusivo, de executor das ações de vigilância sanitária e incorpora no conjunto de suas atribuições, à normatização, gestão e coordenação de algumas áreas, em articulação com o estado, além de prestar colaboração à União como no caso do exercício da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras.

Estas alterações legais poderão contribuir significativamente, na melhoria da qualidade das ações de controle sobre os objetos da saúde desde que a sociedade organizada através de entidades de classes, associações, partidos políticos, etc., permaneça atenta e participante. Desta forma, as possibilidades de ocorrer retrocessos no Projeto de Lei Orgânica da Saúde que será submetido em breve, à votação pelo Congresso Nacional e em outros dispositivos legais decorrentes serão dificultados.

Enfim, a sociedade atenta e vigilante impede que os seus direitos sejam infringidos e pressiona o Estado a cumprir com o seu dever de garantir os direitos do cidadão.

* Prof.^a. Dept.^o. Med.
Social/PUCCAMP
Dr.^a em S. Coletiva pela
UNICAMP.

Avanços significativos foram obtidos com a aprovação do capítulo da Seguridade Social, com destaque para a Saúde, da Nova Constituição Brasileira, se considerarmos que, no Congresso Nacional, a tendência majoritária não favorecia a bandeiras políticas como o fortalecimento do setor público e a criação do Sistema Único de Saúde. Foi primordialmente, graças à mobilização de setores da sociedade civil e às negociações feitas internamente que estas propostas foram acatadas.

As estratégias adotadas pelo bloco progressista da saúde, durante o processo de elaboração da Constituição — através de assessoria aos parlamentares, promoção de debates e divulgação de informes à sociedade civil — resultaram num instrumento de grande pressão, no âmbito da Assembléia Nacional Constituinte, que garantiu a incorporação das idéias centrais contempladas no Projeto da Reforma Sanitária. Nas discussões travadas em torno da temática "Saúde e Constituição", veio à tona um elemento que permaneceu por muito tempo sem expressividade no contexto da política de saúde — a Vigilância Sanitária.

Esse momento foi decisivo no reconhecimento de sua importância como parte integrante e fundamental no conjunto das ações de saúde. Sem dúvida, este resgate se deu, em parte, devido ao conjunto de problemas apresentados à sociedade brasileira, através dos meios de comunicação de massa, nos últimos anos, envolvendo a contaminação de alimentos, sangue, fraudes em medicamentos, etc., demonstrando a incompetência dos órgãos públicos em promover um controle adequado dos produtos e bens postos à disposição da população. Tal situação repercutiu na elaboração do texto constitucional, onde, em diversos itens, a vigilância sanitária e o controle dos produtos e bens foram citados e reafirmados como de competência do Sistema Único de Saúde — SUS.

Desta forma, estando o serviço público de saúde fortalecido por lei e a execução das ações de vigilância sanitária sob a responsabilidade do SUS, podemos inferir que os problemas resultantes da multiplicidade de instituições envolvidas no controle dos produtos e serviços serão minimizados. Um exemplo concreto é o controle de alimentos. Ao se tomar como referência o Artigo 200, Inciso VI, Capítulo II da Constituição, que define como competência do SUS "fiscalizar e inspecionar alimentos com-

preendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano", concluímos que instituições externas ao setor saúde não participarão deste tipo de atividade, embora se reconheça que outras interpretações poderão advir desta leitura devido à ambiguidade do texto.

As transferências das ações de controle de qualidade dos produtos de origem vegetal e animal dos órgãos da agricultura para o SUS foi uma decisão bastante coerente. A dicotomia das ações de controle dos alimentos sempre constituiu um obstáculo para a adoção de medidas. A dificuldade principal manifestou-se na divisão por grupos de produtos e o controle destes, em diferentes pontos da cadeia de abastecimento alimentar sob a responsabilidade de órgãos distintos. O tratamento dado ao produto obedecerá aos mesmos princípios durante todas as fases que percorre, da produção ao consumo.



Neste sentido, por dispor de um corpo de conhecimento técnico-científico específico, cabe à instância da saúde a função de proceder um julgamento mais apropriado quanto ao estado sanitário destes produtos e seus derivados. Tal afirmação não descarta, portanto, a necessidade de uma revisão urgente quanto à condução do atual processo de controle. Em contrapartida, a área da agricultura teve, tradicionalmente, sua função voltada à formulação de políticas para fomento da produção agropecuária e, circunstancialmente, passou a desenvolver essas atividades de controle. Com a promulgação da Constituição, o setor agrícola tem, finalmente, a oportunidade de se dedicar, com mais veemência à sua função original.

Outras atividades de controle são complementadas através de instituições que estão além da esfera do SUS, de acordo com o Inciso VIII, Artigo 200, capítulo II da Constituição, quando se

refere à participação do SUS no controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos. O alvo a ser atingido no próximo passo (Leis Ordinárias) é a garantia de que, nos casos de processos solicitando aprovação de determinadas substâncias ou produtos, encaminhados por outras instituições para serem submetidas à apreciação do SUS, e que forem caracterizados por este, como capazes de apresentar riscos iminentes, ou em que sua relação fisco/benefício não seja favorável, ou ainda, em outras semelhantes, que não justifiquem sua aprovação, portanto, considerados impróprios ao consumo e/ou uso; a decisão tomada pelo setor saúde, com bases nestes argumentos, deva ser preponderante sobre outros interesses. O Estado tem o direito de preservar o bem-estar da população, embora que, para o cumprimento implique, sob determinadas situações, em entraves econômicos como a proibição ou suspensão do uso/consumo de certos produtos ou substâncias.

A Universidade de Brasília, através do NESP — Núcleo de Estudos em Saúde Pública, tem prestado grande colaboração na produção de material e assessoria técnica aos parlamentares nas questões pertinentes à Saúde, a partir da instalação da Assembléia Nacional Constituinte. Nesta segunda fase, de elaboração das leis ordinárias, o NESP organizou diversos grupos de trabalho para desenvolver propostas para os temas específicos que compreendem o objeto global da saúde. Tal estratégia permitiu que as discussões fossem ampliadas mediante envolvimento de um maior número de profissionais e especialistas que lidam nas diferentes áreas de saúde, com o intuito de obter um documento final mais representativo e legítimo.

O que permeou as discussões do grupo de Vigilância Sanitária foi a necessidade imediata de o Estado criar condições estruturais que garantam a proteção da saúde do consumidor. A população não pode continuar expondo sua vida a riscos devido ao consumo e/ou utilização de determinados produtos ou serviços que não ofereçam a devida segurança. Os interesses sociais devem se sobrepor aos interesses do setor produtivo, quando se tratar de ameaça à saúde coletiva, competindo ao Estado intervir e utilizar o seu poder ao se deparar com essas situações. Destacamos a importância da sociedade civil informa-

da e organizada — como força de pressão — para exigir do Estado a adoção de controle e a reorientação destas, quando as mesmas não forem devidamente tomadas.

O Projeto de Lei Orgânica da Saúde (nº. 3.100), recentemente encaminhado ao Congresso Nacional pelo Deputado Raimundo Bezerra não apresentou modificações tão significativas ao ser comparado com o documento consolidado pelo NESP/FS/UnB. A análise deste artigo limita-se, apenas, ao componente — vigilância sanitária — do texto do Projeto.

Devido a abrangência do objeto de intervenção da Vigilância Sanitária tornou-se necessária a incorporação no Projeto de Lei Orgânica da Saúde, sua definição como “um conjunto de ações capaz de diminuir, eliminar ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços” (parágrafo 1º., artigo 5º.).

Será oportuno comentar, sucintamente, a proposta anterior a esta formulação, que consistiu na preocupação da vigilância sanitária com o trabalhador, buscando através de suas ações identificar os riscos presentes no processo produtivo. A prática tradicional da vigilância sanitária limitava-se a perceber o trabalhador apenas como um instrumento da produção e enquanto tal, passível de acarretar riscos à mesma, daí, a necessidade de se estabelecer o seu controle de forma efetiva. Como consequência das discussões realizadas no grupo de trabalho, que proporcionou mudanças na concepção da Vigilância Sanitária em relação ao trabalhador, este passa a ser visto sob outra perspectiva.

Em síntese, a interação do meio-ambiente, processo de trabalho e saúde do trabalhador foram inseridos no elenco de preocupações da Vigilância Sanitária, constituindo-se o marco fundamental para a reformulação do seu conceito, nessa primeira fase de elaboração da proposta.

Desta forma, estando a Vigilância Sanitária e a Saúde do Trabalhador em campos de atuação próprios, torna-se necessário que haja uma integração de suas ações a fim de que o processo de produção de bens, produtos e serviços utilizados pela população não se converta também em agravos à saúde daqueles que os produzem.

Neste sentido, o Projeto de Lei introduziu em seu texto, nas atribuições do

Estado, Inciso III, Artigo 15 do Capítulo VI, a “normatização supletiva, coordenação e execução em articulação com os municípios, de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador que exijam unicidade de atuação regional” e nas do município, “a normatização supletiva, gestão e execução...” (Inciso III, Artigo 16 do capítulo VI). Estas foram as alternativas criadas com vistas à integração das áreas de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador.

A abrangência do conceito levou, por sua vez, à necessidade de delimitação do campo de atuação da Vigilância Sanitária, subdividida em duas grandes áreas, subsídio também incorporado ao Projeto de Lei Orgânica da Saúde:

- I — controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionam com a saúde, envolvendo todas as etapas e processos — da produção ao consumo;
- II — controle de prestação de serviços que se relacionam, direta ou indiretamente, com a saúde (Incisos I e II do Parágrafo 1º., Artigo 5º.).

O princípio da descentralização norteou o campo de prática da vigilância sanitária conferindo aos Estados e Municípios uma maior autonomia na condução das ações, o que, provalmente, contribuirá para um controle mais intensivo dos bens e serviços produzidos em sua esfera administrativa. O fortalecimento das instâncias — estadual e municipal — modificou o caráter, quase que exclusivo, de execução registrado até o momento.

Com a ampliação de suas funções, o estado tornar-se-á apto, legalmente, a exercer a “normatização e estabelecimento de padrões e procedimentos de controle de qualidade em saúde para produtos, substâncias e processos de consumo humano, bem como para o controle da propaganda comercial em caráter supletivo” (Inciso IV, Artigo 15, Capítulo VI). Desta forma, os estados poderão adotar padrões de qualidade sanitária compatíveis com a sua realidade social e tecnológica. Entretanto, tal mudança não implica numa flexibilidade de padrões que resulte na liberação de produtos, substâncias ou serviços que não forneçam a devida segurança para uso/consumo por parte da população. Estes padrões terão como referência os critérios, parâmetros e métodos para controle de qualidade sanitária, anteriormente, estabelecidos pela União (Artigo 14, Inciso VI, Capítulo VI).

Outro dado relevante refere-se à colaboração mútua entre as três instâncias de poder, manifestado através da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras (Artigo 14, Inciso XIII; Artigo 15, Inciso VI e Artigo 16, Inciso VI do Capítulo VI), assim, como em relação ao controle dos insumos, produtos e equipamentos para saúde relativos aos setores público e privado; cabendo à União, a normatização e ao Estado e Município, o caráter supletivo da normatização, coordenação e execução do controle sobre os mesmos.

As atribuições delegadas ao município (Artigo 16, Capítulo VI) contribuíram para o reforço do “processo de municipalização” das ações de vigilância sanitária. Diferentes funções foram transferidas aos municípios, como “a normatização supletiva, coordenação, execução da política de insumos e equipamentos para a saúde” (Inciso IV, Artigo 16, Capítulo VI), “normatização supletiva, gestão, execução, em articulação com o Estado, das ações de vigilância sanitária...” (Inciso III, Artigo 16, Capítulo VI). Sem dúvida, houve o reconhecimento de que a instância municipal por estar mais próxima da população, é a que possui a condição concreta de detectar suas necessidades e as do serviço local; revertendo a prática autoritária e centralizadora que dominou a estrutura da vigilância sanitária, no decorrer dos anos, onde se desconsiderava as especificidades locais e o conjunto de medidas era, inadequadamente, imposta aos demais níveis pelo órgão central.

A transferência das ações de inspeção sanitária de produtos de origem animal ou vegetal, de responsabilidade do Ministério da Agricultura e das ações de inspeção sanitária de fontes de água mineral, de responsabilidade do Ministério das Minas e Energias, descritas nos Incisos I e II, Artigo 44 — Das Disposições Transitórias, concorreu para ampliar o controle do SUS sobre outros objetos da saúde.

Para finalizar, ressaltamos que um instrumento legal no qual a sociedade sintasse identificada por si só não garante sua aplicação. Para consolidar os avanços até aqui conquistados, a sociedade civil organizada deve permanecer em constante vigilância a fim de que os seus direitos não sejam infringidos e o Estado cumpra com o seu dever de — GARANTIR OS DIREITOS DO CIDADÃO.

Contribuições do método CENDES/OPAS ao planejamento em saúde

* Rosana C. Kuschnir

“A maior inteligência da participação está em mostrar-se tão necessária quanto viável” (1)

Para os que trabalham na área de gerência de serviços de saúde, o desenvolvimento de uma metodologia que instrumentalize os enfoques estratégico e situacional do planejamento é um problema crucial. Pelo lado do ensino e portanto da própria formação de recursos humanos para os serviços, observa-se uma enorme dificuldade em estabelecer os elos entre a formulação conceitual e a prática cotidiana. Este trabalho toma como hipótese que a raiz desta dificuldade não está nas limitações conceituais e metodológicas existentes, mas sim na profunda contraposição entre “pensar” e “fazer”, que permeia tanto o ensino como as relações entre as instituições acadêmicas e as prestadoras de serviços. Na realidade, esta contraposição alimenta as dificuldades ao desenvolvimento do instrumental, tanto através da tendência a opor de forma absoluta e artificial o normativo ao estratégico/situacional e o planejamento à programação, como na desqualificação da metodologia existente, incluído aí o método Cendes/Opas, muito criticado mas pouco conhecido e aplicado.

Ao iniciar este trabalho, não pudemos resistir a contar um caso:

Estava um pobre professor de programação fazendo uma discussão com alunos de um curso de especialização em saúde pública de uma das mais afamadas instituições de ensino da área no país. A discussão fazia parte do módulo de programação que se seguia ao de planejamento em saúde. Tratava-se da apresentação de um exercício de formulação de proposta de organização de uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada para uma região. Em meio à discussão, que analisava os conceitos de eficiência e eficácia dos instrumentos; os alunos visivelmente interessados na novidade; a melhor aluna da turma, expressando grande satisfação frente às possibilidades do instrumental, vira-se com ar desconfiado e pergunta:

— Mas o Carlos Matus quando programava usava este método?

Passado o espanto inicial, ocorreu ao pobre professor perguntar à turma:

— Vocês discutiram o método Cendes no módulo anterior, como constava do programa?

Todos os alunos balançaram a cabeça afirmativamente.

— E o que acharam? insistiu.

— Inadequado, disse um.

— Economicista, disse o outro.

— Tecnocrático, disseram vários.

Ainda espantado, o pobre professor teve um vislumbre e perguntou:

— Quantos de vocês leram a publicação 111?

— Quem? perguntaram vários.

— O próprio método Cendes/Opas?

Apenas um aluno levantou a mão, acrescentando:

— Mas eu parei no diagnóstico.

* Médica Sanitarista. Coordenadora de Programação da SES/RJ

Embora aparentemente anedótico, o episódio é absolutamente real, e pode ser perfeitamente reconhecido por quem trabalhe na área.

Parece-nos interessante analisar os vários aspectos que concorrem para criar este verdadeiro "samba do crioulo doido" na cabeça dos futuros sanitários do país.

O primeiro é o "gap" observado no ensino de planejamento e programação em saúde, onde a estruturação em módulos distintos (bastante comum), é apenas um aspecto formal da questão. O problema substantivo é que a discussão do planejamento em saúde, tal como é feita, deixa de tentar estabelecer os elos entre a discussão conceitual e metodológica do planejamento enquanto explicação da realidade e formulação de propostas e o instrumental necessário à ação propriamente dita.

Nossa avaliação é de que este "gap" não tem origem na formulação teórico-conceitual nem do planejamento situacional nem do estratégico, que a nosso ver jamais deixaram de incorporar a preocupação com a ação concreta e com a necessidade de desenvolver o instrumental para tanto, como discutiremos adiante. Também não nos parece que se origine na reconhecida dificuldade para elaboração de um método programático que instrumentalize o enfoque estratégico. Ao contrário, esta dificuldade poderia se constituir num motivo a mais para tentar estreitar as relações entre formulação e ação.

Acreditamos que esta dissociação responde a uma postura fundamentalmente ideológica, em que o "pensar" se contrapõe ao "fazer". O primeiro, enquanto uma atividade nobre e geradora de conhecimento, seria apanágio da academia, onde a formulação do "saber estratégico" tem o seu lugar. Já o "fazer" é considerado atividade menos nobre, restrito em sua possibilidade de criação por pressões e limitações de vários níveis. Seu lugar é o dos serviços de saúde onde a necessidade cotidiana "de apagar incêndios" não permitiria a elaboração do pensamento crítico, e onde "fugir ao normativo infelizmente é impossível". Ao fim e ao cabo, trabalha-se com a idéia de que "nossa tarefa é explicar a realidade, modificá-la não é nosso problema".



Esta contraposição não está presente apenas no ensino, mas permeia também a produção teórica, a escolha das linhas de investigação e a relação entre instituições acadêmicas e serviços. Avaliamos, no entanto, que é na atividade didática que ela se expressa em toda a sua clareza, partindo de alguns pressupostos. O primeiro de que o que se ensina numa instituição é reflexo e resultado das concepções, formulações teóricas e investigações realizadas por seu corpo docente. O segundo leva em conta o peso da atividade de ensino em nossas instituições, onde em geral se dá muito mais aulas do que se escreve ou pesquisa. E finalmente, a importância que a formação de recursos humanos tem na reprodução de um dado enfoque conceitual e metodológico.

Caberia ainda ressaltar que eventualmente esta análise não se aplique a todas as instituições que ensinam planejamento em saúde no país nem que tal concepção seja monolítica em seu interior. Sua pertinência, no entanto, é dada por se referir ao pensamento hegemônico de algumas das mais importantes destas instituições, cujo peso é inegável na construção do pensamento da área e na formação de recursos humanos para os serviços.

Feitas estas ressalvas, continuemos o raciocínio. Acreditamos que a contraposição ideológica identificada acima é a raiz de um certo viés na interpretação do conhecimento produzido na área de planejamento em saúde.

Uma das consequências desse viés é a tendência a estabelecer uma polaridade absoluta entre o planejamento estratégico e o normativo, que como dissemos anteriormente não está presente na obra de pelo menos dois dos teóricos principais da área: Mário Testa e Carlos Matus. Ainda que se considere que a

formulação estratégica em alguns momentos vá expressar um certo desencanto com as possibilidades instrumentais do planejamento, especialmente em Testa, tal não tem sido a linha seguida no desenvolvimento do pensamento desses autores. A título de ilustração, e sem maiores considerações devido às limitações dos objetivos deste trabalho, poderíamos citar a versão preliminar do documento de Testa, "Estratégia e Programação", de 1986, onde o objetivo é exatamente o de articular pensamento estratégico e lógica da programação. Na mesma linha, tanto a formulação dos momentos da planificação no pensamento de Matus como suas considerações de que o planejamento é indissociável da gerência e portanto, da ação, desmentem essa polarização artificialmente colocada.

Na mesma linha, situa-se a polêmica a respeito das relações entre planejamento e programação. Aqui, a questão de forma tem sido sobreposta às de conteúdo. Na medida em que se compreende que planejamento é indissociável da ação e portanto compreende-se a existência de um momento do normatizar e do fazer, é irrelevante que se chame a esse momento programação, planejamento operativo, momento tático operacional, diagnóstico administrativo, etc. Evidentemente do ponto de vista didático pode ser mais interessante optar por uma ou outra denominação, com o objetivo de expressar melhor o conteúdo. Mas se este fica claro, a denominação é uma questão secundária.

Uma outra consequência deste "envieçamento" vai aparecer na desqualificação que é feita do método Cendes/Opas. Toda uma geração de sanitários foi formada nesta linha. Chega-se inclusive a proporcionar ao aluno o "conforto" de poder criticá-lo sem nunca tê-lo lido (o que dirá aplicado), como se viu no ilustrativo caso que abre este trabalho.

Não se trata aqui de discordar das críticas acerca das concepções do planejamento normativo em geral e de sua aplicação ao setor saúde em particular. A concepção do planejador colocado fora da realidade, capaz de responder através de técnicas cientificamente embasadas, e portanto neutras, aos problemas colocados por uma realidade controlável e onde o conflito político não se coloca, tem sido brilhantemente dissecada e rechaçada pelos autores citados.

Trata-se sim de afirmar que muito foi dito acerca da concepção que informou o Cendes, mas pouco se utilizou o método em si quer no ensino, quer nos serviços. Usualmente, incorpora-se do Cendes apenas alguns aspectos do diagnóstico, como a utilização de indicadores sócio econômicos e de morbimortalidade (exatamente os aspectos que a publicação 111 já reputava como sobejamente conhecidos) e a necessidade de normatizar o rendimento do instrumento. A definição qualitativa do instrumento, sua normatização com vistas ao impacto sobre a doença, a apropriação dos custos como elemento básico do método programático são características essenciais que não foram sistematicamente incorporadas.

A nosso ver muitas foram e são as contribuições do método Cendes. A afirmação da necessidade de planejar e de fazê-lo de forma global, expressa tanto numa proposta de construção de redes de serviços quanto na de um sistema nacional de planificação e a ênfase na formação de recursos humanos e de quadros técnicos são algumas delas.

Parece-nos no entanto que sua contribuição básica foi a de tentar relacionar recursos utilizados e impacto das ações de saúde sobre o nível de saúde da população, tentando o desenvolvimento de técnicas específicas para esse fim.

Concordamos aqui com Ruben de Mattos, quando em sua dissertação de mestrado considera este um ponto fundamental ao mesmo tempo que aponta os equívocos do método com relação à interpretação limitada dos objetivos das ações de saúde e do dissenso quanto à formulação de normas técnicas.

Parece-nos também que esta questão deve ser analisada dentro de uma nova abordagem, que pressupõe que o planejador é também um ator cuja explicação da realidade e proposta de intervenção está historicamente determinada e atende a concepções e interesses definidos. Nesta medida, trata-se de identificar quem planeja e com que projeto.

Se considerarmos, como efetivamente consideramos, que o direito à saúde passa também pelo direito ao consumo de bens e serviços de saúde, a questão da relação entre recursos e eficácia é crucial.

Para seu equacionamento, é necessário o resgate das técnicas de definição da composição qualitativa e quantitativa do instrumento para cada doença ou grupo de doenças que se considere prioritário. No entanto, na medida em que não há uma única concepção a respeito de como lidar com o indivíduo e com a doença, assim como os juízos acerca das técnicas a serem empregadas não são consensuais, o resultado a que se pode chegar é o de uma alternativa de aproximação ao problema, dentre inúmeras outras possíveis. Admitir esta formulação é também admitir uma permanente disposição de reavaliar as normas propostas, num processo contínuo de experimentação.

Como se observa, a proposta acima nada mais é que a aplicação da formulação conceitual e metodológica do planejamento estratégico e situacional à face operacional do planejamento. Utilizam-se os instrumentos disponíveis, inclusive com o objetivo de analisar sua adequação.

Nesta liha de investigação, consideramos que o enfoque metodológico do trabalho "SPT/2000 — Implicaciones para la planificación y administracion de los sistemas de salud" significou um fundamental avanço no caminho da construção instrumental, que também não tem sido explorado em toda a sua potencialidade.

Parece-nos, portanto, que os caminhos para a construção de um enfoque estratégico da programação estão abertos e alguns já começam a percorrê-los. A nosso ver seu desenvolvimento pleno dependerá muito menos do desenvolvimento do instrumental técnico do que da identificação e superação da contraposição ideológica entre "pensar" e "fazer".

A partir daí se abrirão as possibilidades de integração entre as instituições acadêmicas e os serviços de saúde, numa relação mais profunda e produtiva, que certamente se refletirá na produção de conhecimento e no ensino. Nesse caminho também, há que se pensar na incorporação de novas metodologias de ensino, mais eficazes e adequadas aos conteúdos propostos, tentando superar a contradição hoje observada de discutir uma concepção profundamente antidogmática da forma mais dogmática possível.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - BRAGA, José Carlos de & PAULA, Sérgio G. de. *Saúde e previdência*. São Paulo, CEBES — HUCITEC, 1981.
- 2 - MATOS, Carlos. *Fundamentos da Planificação Situacional* in RIVERA, F. J. Uribe. *Planejamento e programação em saúde — um enfoque estratégico*. São Paulo, CORTEZ Editora/ABRASCO, 1989.
- 3 - MATTOS, Ruben A. de. *A teoria da programação de saúde no método CENDES/OPAS*. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social — UERJ, 1982, mimeo.
- 4 - OPAS/OMS. *Problemas conceptuales y metodologicos de la programacion de la salud*. Washington, publicação científica 111. 1965.
- 5 - RIVERA, F. J. Uribe. *Planejamento e programação em saúde — um enfoque estratégico*. São Paulo, CORTEZ Editora/ABRASCO, 1989.
- 6 - SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO/SES — RJ. Coordenadoria de Programação. *Um modelo para o Estado do Rio de Janeiro — Proposta para unidades ambulatoriais*. Rio de Janeiro, 1989.
- 7 - TESTA, Mario. *Estrategia y Programación*. Buenos Aires, 1986, mimeo.
- 8 - TESTA, Mario. *Tendências em Planificação* in RIVERA, F. J. Uribe. *Planejamento e programação em saúde — um enfoque estratégico*. São Paulo, CORTEZ Editora/ABRASCO, 1989.
- 9 - URIBE, Emiro Trujillo & BARRENECHEA, Juan José. *Salud para todos en el año 2000 — implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Universidad de Antioquia, 1987.

A Porta de Entrada do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS

Oswaldo Yoshimi Tanaka *

A implantação e a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS, a partir de 1987, tem apresentado configurações político-assistenciais distintas, de acordo com as características de cada Estado ou Município.

Para que esta se torne uma estratégia concreta para a Reforma Sanitária é necessário definir o modelo assistencial de transição que contemple os princípios propostos.

Considerando a importância da porta de entrada no modelo assistencial, para uma reorganização do Sistema de Saúde, é apresentado um estudo analítico e comparativo da lógica preconizada pela saúde pública, voltada às atividades de alcance coletivo, daquela da medicina previdenciária, voltada às atividades individuais de caráter curativo.

A análise das características operacionais dessas lógicas, permite a elaboração de uma proposta de porta de entrada, que contemple efetivamente os princípios da Reforma Sanitária e possibilite a implantação de um novo modelo assistencial.

Um dos principais problemas a ser enfrentado, para a implementação do SUDS² é a construção do novo modelo assistencial que contemple os princípios básicos da Reforma Sanitária¹.

O SUDS, que vem sendo implantado em todos os Estados brasileiros desde 1987, tem apresentado distintas configurações político-organizacionais, principalmente decorrente dos diferentes interesses políticos envolvidos e das características organizacionais nos serviços de saúde de cada Estado.

Neste contexto, torna-se imprescindível, para o novo modelo assistencial⁵, uma clara e explícita definição de porta de entrada do Sistema que contemple a almejada integração das ações de saúde pública com as ações de assistência médica individual de caráter curativo de tal modo que, propicie o efeito controlador ("gate-keeping effect"), tão necessário a um reordenamento do atual sistema de saúde⁸.

A maioria dos sistemas de saúde, propostos nos últimos anos, preconizam um modelo assistencial de alcance coletivo enfatizando as ações de assistência médico-sanitária de caráter preventivo, relegando a um segundo plano, as ações individuais de caráter curativo.

Estes se baseiam em um conceito amplo de saúde-doença englobando uma compreensão maior dos fatores sócio-econômicos, ampliando a concepção biológica existente⁹.

Baseado neste conceito, a rede básica, se localizaria geograficamente próximo da residência da clientela e disporia de tecnologia apropriada para funcionar como porta de entrada do sistema¹¹. A rede disporia de profissionais de diferentes categorias profissionais, cujas ações seriam complementadas por pessoal auxiliar que poderia, em determinadas situações ou regiões, realizar funções delegadas. Tendo em vista que, a grande ênfase seria dada às ações pre-

* Prof. Dr. da Faculdade de Saúde Pública — USP

ventiyas, a tecnologia prevista para diagnóstico e tratamento, seriam bastante simplicidades.

A rede básica, assim proposta, garantiria uma maior acessibilidade da clientela à porta de entrada e teria condições de resolver os problemas mais simples de saúde, sem que houvesse necessidade dos níveis assistenciais de maior complexidade. Uma concepção mais detalhada e finalizada desse modelo assistencial já havia sido preconizada no PREV-SAÚDE⁶.

Esse conceito de rede básica, concebida pelo setor público, convive nos últimos anos com a realidade concreta da assistência médica individual de caráter curativo implementado pelo sistema previdenciário.

Em contrapartida à visão médica-sanitária, a lógica da assistência médica individual esteve sempre baseada na utilização da tecnologia de base hospitalar, onde há uma alta concentração de recursos em um único local, seja humana ou de equipamentos, para onde é atraída a clientela.

Com a implantação do Plano de Pronta Ação⁷ (PPA), a partir de 1974, o qual propiciou a universalização do atendimento médico ambulatorial, considerado de urgência, houve um aumento de demanda para o "consumo" da tecnologia médica individual de caráter curativo.

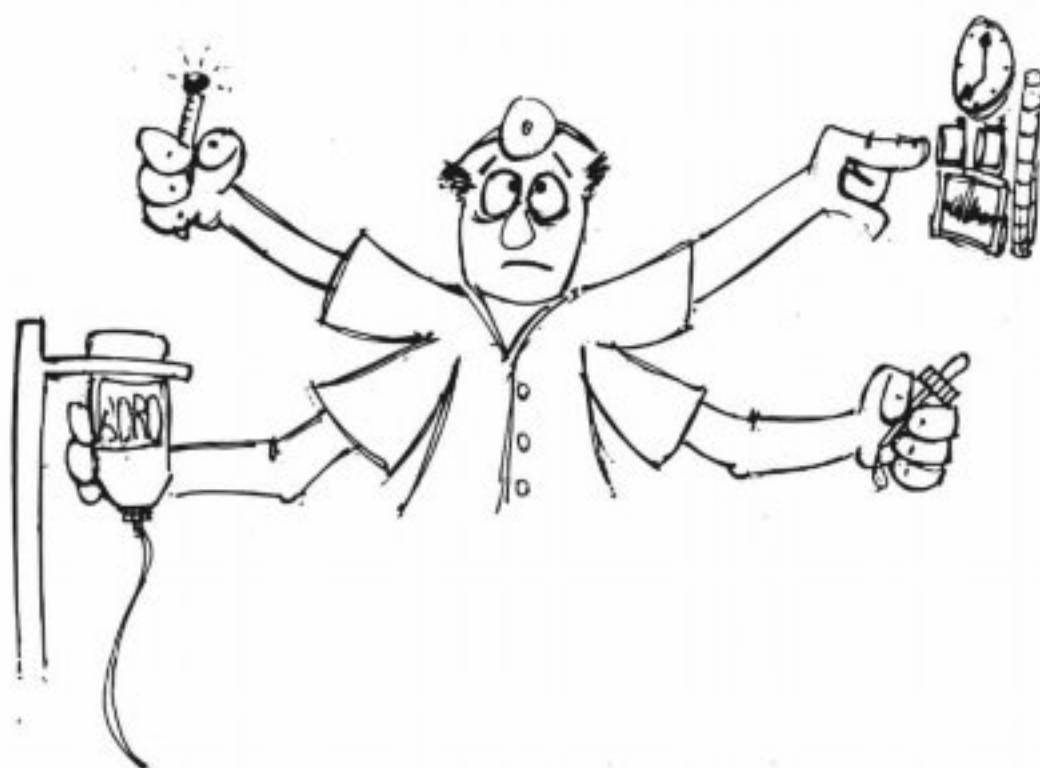
Para fazer frente a essa demanda crescente, cada hospital criou uma rede ambulatorial própria para possibilitar maior acessibilidade da população ao atendimento médico. Assim, cada complexo tecnológico hospitalar se transformou em um micro sistema independente de saúde, atendendo a uma clientela determinada, cuja demanda se caracterizava pelo consumo da tecnologia existente na rede e concentrada no hospital¹¹.

Neste contexto, a rede ambulatorial funcionaria como um mecanismo de capacitação de clientela, ao mesmo tempo que, realizaria a triagem para a seleção desta visando uma utilização mais eficiente da tecnologia disponível, que se encontra localizada, geograficamente em outro local.

Essa independentização dos hospitais, constituindo vários sub-sistemas de saúde específicos, em realidade, resul-

tou em múltiplas portas de entrada, cada qual atendendo uma parcela da demanda, cuja utilização é primordialmente definida unilateralmente pelo prestador de serviços de saúde ao invés das necessidades reais da população⁴.

Essa lógica do sistema previdenciário consolidou uma prática hegemônica no setor qual seja, o consumo maciço de tecnologia médica e de equipamentos, que consiste na disponibilidade quase ininterrupta de atendimento médico, bem como de fácil acessibilidade a exames complementares, de solicitações mais comuns, o que resultou na consolidação de um padrão de utilização de recursos cada vez mais crescentes sem que se possa aferir a real efetividade ou mesmo impacto dessa utilização e/ou consumo^{3,12}.



O sistema previdenciário hegemônico não só responde às necessidades sentidas episódicas da população bem como, estabeleceu um tipo de oferta, cujo padrão de utilização, mostra que é valorizado e aceito socialmente como o mais condizente com as necessidades de saúde sentidas pela população do que aquela oferecida pelo setor público de saúde¹⁰. Esta oferta se caracteriza por dispor de recurso médico durante a maior parte do dia, sem rechaço de demandas, além disso, é garantido ao cliente um acesso rápido, e em alguns casos imediato, ao médico, a exames complementares, a algumas medidas terapêuticas curativas e as especialidades médicas mais frequentes sem que, a qualidade do atendimento recebido, tanto do ponto de vista de resolubilidade como de satisfação da clientela, seja levado em conta.

Esse esquema obedece à lógica do consumo ditado pela oferta e utilização de recursos tecnológicos, de acordo com os interesses do prestador de serviços, e menos pelos interesses do consumidor que, em realidade, conhece pouco e não tem condições de fazer uma análise crítica do consumo a que está submetido.

Levando em conta essas características aqui descritas que respondem a duas lógicas distintas defendemos a proposta de que a porta de entrada do SUDS deverá responder a ambas lógicas e não deverá se basear apenas em parâmetros de planejamento clássicas como territorialidade e por população adstrita, os quais propiciam a realização de ações de fomento, prevenção e con-

trole das condições de saúde, mas deverá levar em conta também a característica de consumo de serviços de saúde apresentado e exigido pela clientela. Portanto, a porta de entrada deverá ter uma disponibilidade de hora/médico o suficiente para atender toda a demanda espontânea por atendimento médico da população, seja adstrita ou não. Além disso será necessário garantir o mínimo de exames complementares que já estão incorporados na "cesta de serviços" da clientela de maneira que esta se sinta atendida em suas necessidades primordiais, do ponto de vista do consumo de assistência médica individual, e que propicie a plena capacidade resolutive da tecnologia disponível.

* Se utilizará o termo consumo no contexto de mercado no qual assistência médica entra como um produto ofertado para ser consumido pela população.

Cabe realçar que, no momento, a tecnologia médica e de exames complementares consumida pela clientela está centrada em um equipamento hospitalar no qual a população se encontra ligada não por proximidades geográficas mas sim por outras variáveis tais como: acesso de transporte coletivo, facilidade de utilização, reconhecimento de utilidade ou outros fatores. Esse equipamento está localizado em áreas de grande fluxo de pessoas e acompanha a dinâmica do comércio dos centros urbanos.

Para que se vença esse desafio será necessário definir mecanismos mais eficientes e efetivos do que os atuais sistemas de referência-contrareferência ou as propostas de integração funcional. Será necessário que se estabeleça uma gestão única desses dois níveis de maneira que, a rede básica e os recursos hospitalares, de modo geral, sejam colocados sob a mesma direção e mando, visando uma administração única de recursos e com isso se garanta uma lógica única que leve em conta não só, as necessidades sentidas da população, bem como os recursos disponíveis para o atendimento desses. Só dessa maneira, será possível a existência de serviços que respondam à lógica do consumidor e a lógica de quem oferece os serviços sem a perda do valor social do "produto" à disposição.

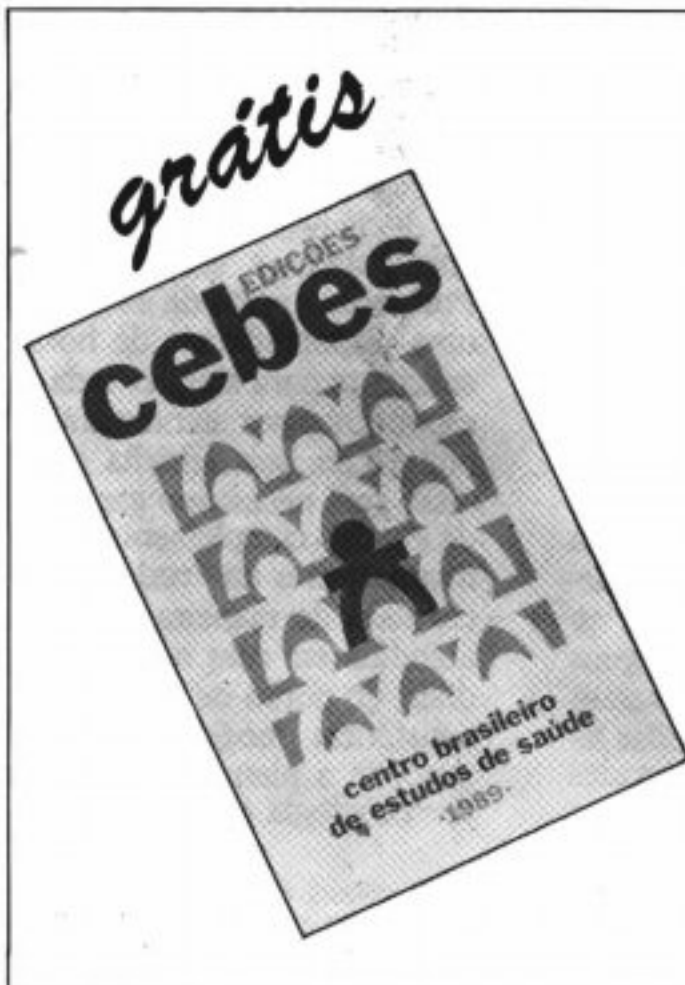
Considerando as diretrizes de descentralização e de integração dos serviços de saúde, propomos que a gestão da rede básica e a gestão dos equipamentos hospitalares, de menor complexidade (abrangendo as quatro especialidades básicas), seja pública ou convencional/controlada, deveria ser gerido por um mesmo nível de poder, seja o poder municipal ou o nível de Distrito Sanitário.

Os outros níveis dos poderes, estadual e federal, apenas fariam a gestão dos equipamentos mais complexos que fujam totalmente da abrangência local ou que utilizam tecnologias mais sofisticadas, que extrapolam a capacidade de gerenciamento desses. Portanto, não assumiriam em princípio, a gestão da porta de entrada do SUDS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª., Brasileira, 1986. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1986.
2. DECRETO Nº. 94.657 — de 20/07/87. In.: MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. SUDS — Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados. Brasília, 1987.
3. DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. In Exploration in quality assessment and monitoring. Michigan, Health Adm. Pres., 1980.

4. GONÇALVES, R.B.M. — Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo, 1986. (Tese de Doutorado — FMUSP).
5. MENDES, E.V. Sistemas Sociais de Saúde. Brasília, OPS, 1988.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL/MINISTÉRIO DO INTERIOR/SECRETARIA DE PLANEJAMENTO DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde PREV-SAÚDE. Brasília, 1980.
7. PORTARIA MPAS Nº. 39 de 05/09/1974 apud OLIVEIRA, J.A. TEIXEIRA, S.M.F. (IM) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis, Ed. Vozes, 1985.
8. ROBAYO, J.C. — Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. Bol. Of. San. Pan., 82 (6): 478-491, 1977.
9. TANAKA, O.Y. — Avaliação do programa de assistência a criança da Secretaria de Saúde de São Paulo. São Paulo, 1983. (Dissertação de Mestrado — FSP/USP).
10. TANAKA, O.Y. — Análise da utilização dos serviços do PAM-PA Jardim São Jorge no Município de São Paulo, por meio do estudo da clientela usuária, São Paulo, 1988. (Tese de Doutorado — FSP/USP).
11. TESTA, M. Atención Primaria o Primitiva? de salud. Cuad. Med. Soc. (34): 3-13, 1985.
12. WILLIAMSON, J.W. — Assessing and improving health care outcomes the health accounting approach to quality assurance. Boston, Mass., Ballinger Publishing, 1978.



MANUAL DE EDIÇÕES CEBES

O CEBES compilou num pequeno manual todas as revistas e livros editados até agora. Para facilitar sua consulta, caso deseje fazer pedido destas publicações, você vai encontrar no manual um pequeno resumo de cada livro e a transcrição do índice de cada revista editada pelo CEBES.

Escreva para:

CEBES — CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
 Rua Souza Naves, nº 9 - sala 109 - Centro - Londrina - PR.
 CEP 86.020 - Tel. (0432) 24-6173
 CGC 48.113.732/0001-14

Administração de Recursos Humanos

UM OBSTÁCULO À MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE?

Mozart de Oliveira Júnior *

Este texto tem como objetivo debater um dos pontos que tem sido considerado como um dos principais obstáculos para uma efetiva Reforma Sanitária no Brasil, se não solucionado: a Administração de Recursos Humanos. São levantados os principais problemas existentes nesta área, o agravamento deles após a unificação do sistema de saúde e algumas alternativas existentes dentro do novo modelo assistencial proposto. Finalmente, são feitas considerações sobre a especificidade desta área, partindo-se do princípio que os recursos humanos devem ser observados sob uma nova ótica, deixando de ser objeto-insumo para transformar-se em sujeito do processo de reorganização do sistema de saúde.

Os recursos humanos sempre ocuparam um papel de destaque nas discussões sobre as políticas de saúde, no aspecto referente à formação e reciclagem de pessoal. No outro extremo, a política de administração de RH quase sempre ficava em segundo plano, quando existia qualquer tipo de preocupação a este respeito.

Pode-se dizer que a administração de recursos humanos sempre ocupou um papel marginal no planejamento em saúde, particularmente na esfera municipal. Exemplo claro disso é a escassa bibliografia a este respeito e, quando existente, esta quase sempre se refere a aspectos "técnicos" da administração de RH via de regra relacionada com algum aspecto particular dos Planos de

* Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV).

Contudo, no período recente esta realidade tem sofrido rápidas e profundas alterações. De uma posição secundária o debate sobre administração de RH passa a ter um papel central em todo os fóruns onde estão sendo abordadas questões que envolvem a reorganização dos serviços de saúde.

Isto não irá correr por acaso. Na verdade, com as Ações Integradas de Saúde, com o SUDS e na perspectiva do SUS, a política de administração de recursos humanos tem sido apontada como o problema que se não resolvido imediatamente poderá se transformar no principal fator inviabilizador do novo sistema de saúde.

* Médico sanitário, 2º. Secretário do CEBES e Coordenador da Área de Atenção à Saúde da Prefeitura de Ipatinga-MG.

ADMINISTRAÇÃO DE RH — UM PROBLEMA ANTIGO...

É importante ressaltar que os problemas vividos nesta área não são recentes. Ao contrário, as distorções que hoje agora parecem tão gritantes já são bastante antigas. A heteronomia salarial entre diferentes instituições, e muitas vezes na mesma, para trabalhadores que exercem a mesma atividade; jornada de trabalho de 12, 20, 24, 30, 40, 44 e 48 horas convivendo de maneira anárquica em inúmeros serviços de saúde; critérios arbitrários para ascensão funcional; desvio de função; ausência de política para preenchimento do quadro de lotação e remanejamento de pessoal, avaliação de desempenho sem qualquer critério explícito, recrutamento e seleção de pessoal sem avaliação técnica de necessidade e contratação por clientelismo, baixos salários, etc.; são apenas alguns exemplos gerais do que, longe de serem exceções, fazem parte da rotina dos serviços de saúde.

Com o processo de unificação destes serviços, ainda que tenha sido até o momento parcial, o problema ficou mais visível e as contradições mais agudas, desencadeando manifestações de protestos generalizadas por parte dos trabalhadores da área.

Soma-se a tudo isso a situação caótica em que se encontram os municípios em relação à disponibilidade de recursos para investimento em saúde. Hoje, compromete-se de 60 a mais de 100% dos orçamentos com pagamento de pessoal.

Isso irá ocorrer por vários motivos mas, principalmente, porque não houve um aumento dos investimentos em saúde compatível com o aumento dos postos de trabalho nos serviços públicos

municipais de saúde. Para citar um exemplo, basta dizer que em apenas 6 anos (de 1978 a 1984) houve um crescimento de 64% dos empregos públicos municipais em saúde, sendo que 38% ocorreu em estabelecimentos com internação e de 92% nos sem internação (1).

Por outro lado, as evidências existentes, embora contestadas por muitos e carente de comprovação empírica, apontam para o fato de que houve uma retração/estabilização dos investimentos dos municípios em saúde após o início do repasse financeiro das AIS/SUDS, feitas pelo INAMPS/Estados (2).

Associa-se a isto, em vários locais, um crescimento artificial do quadro de pessoal, sem critérios técnicos que justificassem estas contratações, que irão comprometer ainda mais os gastos com o sistema, sem que isso tenha sido revertido em melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde oferecidas à população.

Como uma das consequências de tudo isso, associado ao agravamento da crise econômica da década de 80, irá ocorrer um enorme achatamento dos salários (estudo de 87/88 mostra que, na média, são os municípios quem menos remuneram a força de trabalho em saúde). (2)

A baixa remuneração, aliada a outros fatores, que serão discutidos adiante, tem como consequência, entre outros:

- o descompromisso e o desinteresse pelo serviço público;
- o múltiplo vínculo;
- o descumprimento da carga horária;
- o abandono do emprego por parte dos profissionais mais qualificados;

Tudo isso vem contribuir para a queda da qualidade dos serviços oferecidos.

Associada a esta questão está a completa inadequação da força de trabalho(*) empregada no setor saúde em relação às demandas concretas das instituições. Há um predomínio absoluto de médicos e auxiliares de enfermagem e atendente nos serviços municipais (representam 78% dos postos de trabalho nos setores públicos municipais).

Por outro lado, não é incomum encontrarmos excesso de pessoal no quadro global e ausência em alguns setores essenciais, o que leva a novas distorções, com sub-utilização de alguns profissionais e sobrecarga de trabalho para outros.

Mas os problemas não param aí. A capacidade diferenciada das categorias em levar adiante lutas por reivindicações específicas, logrando êxitos diferenciados em relação à remuneração, jornada de trabalho, ascensão funcional, etc., criam distorções intra e inter-institucionais de difícil solução, particularmente quando se pretende unificar o sistema de saúde. Estes problemas vão desde remunerações absolutamente díspares entre os municípios, entre estes e os Estados e todos com o nível Federal, até questões como carga horária e PCCV distintos, além de regimes jurídicos diferentes (convivem estatutários e celetistas dos níveis Federal, Estadual e Municipal). O caos é tão grande que não é raro encontrarmos heteronomia salarial na mesma instituição, para cargos ou funções semelhantes.

Neste contexto, as lutas sindicais assumem uma força jamais vista no setor, sendo não raras vezes o carro-chefe das mobilizações. A isonomia salarial vira uma bandeira nacional de luta.

(*) Segundo André Médici os repasses do nível federal para os municípios que representavam em 1984 apenas 5% do montante de recursos destinados à saúde nos municípios, passam a representar mais de 50% deste total em 1987/88.

(2) O termo força de trabalho, utilizado inicialmente na economia política Inglesa do século XIX, tem sido empregado, segundo Nogueira e Cols (3) e Girardi (4), "principalmente no processo de conhecimento de fenômenos demográficos e macro-econômicos". Enquanto recursos humanos "é uma expressão advinda da ciência da administração e se subordina à ótica de quem exerce algum tipo de função gerencial ou de planejamento, já no âmbito micro-institucional".



A INADEQUAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES MUNICIPAIS PARA RESPONDER DEMANDAS ELEMENTARES DE ADMINISTRAÇÃO DE RH

Nada mais lógico que imaginar que algo que é feito repetidamente, durante anos a fio, seja bem feito. Mas esta não é a realidade. Para não exagerar na dose, pode-se dizer que grande parte dos municípios não estão aparelhados para elaborar corretamente a folha de pagamento mensal. Os atropelos de última hora e as correções posteriores são rotina nesta área.

Em um país onde as leis trabalhistas e salariais mudam a cada mês, é imprescindível contar com um setor jurídico aparelhado minimamente para acompanhar estas constantes alterações. Contudo, esta também não é a realidade.

Agrega-se a isso a ausência de um PCCV coerente e organizado. Na maioria das vezes ele nem existe, sendo simplesmente uma "colcha de retalhos", resultado de um amontoado de leis e decretos que vão se somando ao longo de várias gestões nas prefeituras. Também não é incomum encontrarmos PCCVs diferentes na mesma instituição.

O resultado disso é que se perpetuam distorções anteriores e são criadas novas a cada mudança feita. Muitas vezes a administração que sai cria privilégios absurdos para proteger seus aliados. A que entra idem. O resultado é o agravamento dos problemas, perpetuando situações de heteronomia de remuneração e de direitos.

O desvio de função passa a ser um problema crônico. Quando não existe vaga para datilógrafo contrata-se um braçal e este assume a função.

A ausência de uma política de lotação e remanejamento de pessoal, permite que ocorra realocação permanente de funcionários por solicitações "políticas". O vereador em geral tem mais influência na definição do quadro de lotação de pessoal que os responsáveis pela área de RH das secretarias.

A avaliação de desempenho é feita por critérios viciados, ainda calcada no binômio prêmio-punição individual, segundo critérios da chefia.

tais e verticais na carreira, etc. Que sejam definidos claramente critérios para recrutamento e seleção de pessoal. Que seja definido o quadro de lotação e remanejamento de pessoal, bem como transparência na avaliação de desempenho, etc.

Por parte dos responsáveis pela gestão das instituições há muitas vezes esta mesma compreensão ou, o que ocorre em geral, aproveita-se desta reivindicação dos trabalhadores do setor para ganhar tempo no sentido de poder atender às principais reivindicações.

Tomada a decisão de fazer um PCCV, a regra é comprar um "pacote", encomendado a institutos e fundações "especializadas". Após um período de tempo, chega aos trabalhadores uma proposta, elaborada em gabinetes, cujo destino mais provável é sempre o setor de arquivo morto. Via de regra o plano é tão artificial e fora da realidade que logo chega-se a um consenso de que ele é inexecutável. Que ao contrário de trazer soluções, agravará os problemas.

Criar o novo em administração de recursos humanos no Brasil hoje significa repensar esta área na sua totalidade. É necessário reorganizar tudo: do recrutamento ao PCCV. Mas não apenas isso. Este repensar deve necessariamente estar articulado com a discussão sobre a mudança do modelo assistencial. A anarquia do modelo privatista-liberal de atenção à saúde corresponde uma política de administração de RH coerente, que é a que acabamos de descrever.

À nova política de saúde, com um sistema único e integrado, que possibilite oferecer uma atenção integral à população, de forma organizada e planejada, deve correr uma outra política de administração de recursos humanos, pautada por outra abordagem, que deve repensar o papel da força de trabalho em saúde.

Não é possível, nesta perspectiva, continuarmos a tratar os recursos humanos como mais um entre os vários insumos necessários ao funcionamento dos serviços de saúde. Romper com esta visão instrumental que, repito, atende perfeitamente ao modelo assistencial anterior, e repensar os recursos humanos como agentes ativo de um processo social deve ser o caminho buscado. Nas palavras de Gastão (5), ao criticar a abordagem de insumo-objeto com que são tratados os recursos humanos.

A BUSCA DE SOLUÇÃO — ROMPER MITOS E CRIAR O NOVO

Diante de um quadro de tamanha gravidade, algo tem que ser feito imediatamente. Com a municipalização este conjunto de problemas tende a se agravar, uma vez que as reivindicações não irão se restringir ao campo salarial, exigindo a incorporação dos maiores benefícios conquistados pelos trabalhadores de cada uma das instituições componentes do SUS, até que se complete a total uniformização no tratamento dispensado à força de trabalho em saúde, pelo menos nas instituições públicas e conveniadas.

Ao mesmo tempo, devemos passar por um longo período onde iremos re-discutir o modelo assistencial que queremos ver implementado com o SUS. Caso à proposta defendida pela "esquerda sanitária" obtenha êxito, estaremos diante de um novo desafio, que é organizar um serviço de saúde através

de ações coordenadas e planejadas, integrando ações coletivas com outras de atenção individual no nível primário, na rede básica. Esta nova situação exigirá uma política de administração de pessoal coerente, que dê conta da complexidade que representará este período de transição.

Vencer este desafio não será uma tarefa simples. Inicialmente temos que acabar com os mitos. O principal deles é o que denomino "panacéia dos PCCVs". Frente ao que foi exposto anteriormente, é fácil entender a luta dos trabalhadores do setor saúde para que seja elaborado um PCCV que normatize minimamente algumas questões fundamentais, como a remuneração (há quase sempre a ilusão de que é o PCCV que garantirá não só uma regulamentação da carreira mas também trará ganhos salariais reais), as progressões horizon-

"Quase nunca há referência a uma característica especial deste objeto que o distingue de todos os outros insumos: a capacidade que tem de proceder como sujeito social em diferentes e várias ocasiões. Ou seja, a adaptabilidade desse insumo às circunstâncias e a sua plasticidade fazem com que a efetiva gerência desse tipo de recurso não obedeça à mesma lógica da dos outros fatores da

produção. Aqui interferem a ação ou a reação, individual ou coletiva, de sujeitos dotados de uma determinada ideologia, de interesses próprios, de capacidade de ação sindical e, eventualmente, até mesmo de adesão e defesa de determinadas políticas de saúde."

Ao dizer que devemos deixar de considerar os recursos humanos como um entre vários fatores de produção e pas-

sarmos a considerá-lo como agente de um processo social — a organização da atenção à saúde de um determinado grupo humano — estamos propondo uma abordagem que os coloque como atores de uma realidade histórica, que terá ou não êxito, dependendo do resultado das ações empreendidas.

REGRA NÚMERO UM PARA UMA NOVA POLÍTICA DE ADMINISTRAÇÃO DE RH — NÃO HÁ REGRAS

Frente à diversidade de situação como a que existe no setor saúde no Brasil, a elaboração de manuais de procedimentos e regras rígidas para a administração de RH não traz nenhum tipo de avanço. O caminho a ser seguido deve, necessariamente, cumprir alguns passos imprescindíveis para o êxito de qualquer política nesta área:

1) A DEMOCRATIZAÇÃO DOS DEBATES — o que temos assistido cotidianamente é a abertura do diálogo entre os trabalhadores do setor saúde e os dirigentes das instituições apenas nos momentos de greve. Passado este período, interrompe-se o diálogo, que volta à mesa na greve seguinte. É preciso romper com este ciclo. O primeiro passo neste sentido é a transparência administrativa: o orçamento deve ser discutido com o funcionalismo e a população; as prioridades de investimento definidas conjuntamente. Por outro lado, o modelo assistencial deve ser exaustivamente discutido, ficando claro o papel de cada funcionário, suas tarefas e responsabilidades.

2) A TROCA DE EXPERIÊNCIA ENTRE AS INSTITUIÇÕES — exatamente por ser uma área onde não é possível aplicar fórmulas rígidas, definidas a priori, e onde o acúmulo de conhecimento é muito limitado, a troca de experiências assume um papel de destaque. As soluções encontradas em um lugar podem servir para outro e vice-versa. O fundamental é socializar o conhecimento, seja através de articulações inter-municipais ou de estruturas acadêmicas de apoio.

3) O PROBLEMA DE FUNDO: QUAIS AS DEFINIÇÕES PRÉVIAS, NECESSÁRIAS À FORMULAÇÃO DE UMA NOVA POLÍTICA DE ADMINISTRAÇÃO DE RH?

Penso que sem estas definições prévias estaremos caminhando em ciclo, de mãos atadas, incapazes de avançar. Portanto, é preciso saber:

a) Qual o papel do Estado na área de saúde? Dentro deste, e como parte integrante, qual o papel do município? O que cabe às diferentes esferas de governo?

b) Qual é o modelo assistencial que iremos adotar?

c) São conhecidos os problemas de RH em toda sua dimensão?

c.1) Como é o sistema de recrutamento, seleção, treinamento e reciclagem profissional?

c.2) Qual o grau de descentralização e democratização das informações e decisões?

c.3) A definição das tarefas e a perspectiva de ascensão funcional, obedecem a critérios explícitos? É possível enriquecer as tarefas? Esta definição atende às demandas do funcionalismo?

c.4) Quais os mecanismos a serem utilizados para corrigir o desvio de função?

c.5) O trabalho em tempo parcial para alguns profissionais é adequado às demandas da instituição, segundo o modelo assistencial proposto? Se não, quais os mecanismos de incentivo ao tempo integral e a dedicação exclusiva?

c.6) A instituição está aparelhada para responder a demandas mínimas tais

como: fazer corretamente a folha de pagamento, acompanhar as mudanças na legislação trabalhista e a política salarial, etc.?

c.7) A política salarial adotada pela instituição atende às principais demandas dos profissionais do setor? O que pode ser feito a este respeito?

Respondidas estas questões iniciais, aí sim, pode-se passar para a etapa posterior. Caso tenhamos definido o que queremos, a política de administração de RH passa a ter contorno mais claros.

A partir deste ponto propõe-se, como sugestão, que seja adotada a seguinte metodologia de trabalho.

Passo 01 — Constituição de uma comissão de representantes da instituição e dos funcionários, que incorpore as representações sindicais do funcionalismo e das categorias que tenha por objetivo definir a nova política de administração de RH da instituição.

Passo 02 — Esta comissão deve proceder um diagnóstico da situação dos RH na instituição, abordando os pontos discutidos acima.

Passo 03 — Paralelamente ao trabalho deste grupo, deve estar sendo feita uma discussão profunda do modelo assistencial a ser implementado, conforme discussão feita anteriormente.

Passo 04 — Feitas estas discussões deve ser então cotejadas as relações entre o modelo assistencial anterior e a política administração de RH vigente. Seus pontos positivos e suas contradições.

Passo 05 — No novo modelo assistencial a ser implementado, qual o papel dos recursos humanos?

Passo 06 — Adotar definições básicas a respeito dos aspectos principais da administração de pessoal como por exemplo:

a) Definição de um sistema democrático e transparente para o recrutamento e seleção de pessoal, segundo os critérios técnicos já então definidos. Em princípio, deve-se dar preferência ao recrutamento interno, cujo propósito é valorizar os profissionais que já atuam na instituição. Também já deve ser prevista uma etapa de treinamento dos admitidos e acompanhamento inicial, visando a adaptação destes à proposta do serviço.

A comissão encarregada de acompanhar o processo de seleção dos candidatos deve definir a priori os critérios do concurso, em consonância com as demandas da instituição, definidas de acordo com o modelo assistencial proposto.

b) Também em função da proposta de organização da atenção à saúde definida, deve ser organizado o quadro de lotação, bem como já serem definidos os critérios e prioridades para o remanejamento de pessoal. É nesta etapa que deve ser corrigido o desvio de função, que poderá ser operacionalizado antes ou durante a implantação do PCCV.

c) Deverá haver avaliação de desempenho dos profissionais? Em caso afirmativo, quem faz? A chefia, o grupo, a população? Como deve ser feito? Individual ou em grupo? Quem deve ser avaliado? O indivíduo ou a equipe? Qual o objetivo da avaliação de desempenho? Premiar/punir o funcionário ou procurar desenvolvê-lo através de uma discussão crítica? Deve haver compensação salarial para o bom desempenho, segundo as regras definidas?

d) É fundamental debater abertamente e em profundidade o enriquecimento das tarefas dos profissionais de saúde. Como parte do setor de serviços na sociedade capitalista, a saúde não escapou do processo de fragmentação e alienação do Trabalho. Na perspectiva de uma nova política para o setor este aspecto não pode ser secundarizado, ficando a espera de um processo "natural" de redefinição das ações dos profissionais da área.

e) É imprescindível que se defina a jornada de trabalho a ser desenvolvida por todos os profissionais, apontando sempre para o princípio do tempo inte-

gral e da dedicação exclusiva aos serviços públicos de saúde.

Passo 07 — elaborar um PCCV. Para que tenha êxito um PCCV deve atender a dois quesitos básicos: contar com uma equipe tecnicamente qualificada para sua elaboração e ser democraticamente debatido e consensualmente aprovado, envolvendo os trabalhadores da saúde e os representantes das instituições.

Os debates em curso nesta área tem apontado para a elaboração de um PCCV nacional, único para o setor saúde. O objetivo é que sejam fixados parâmetros gerais, de tal forma que possa haver adaptações de acordo com cada instituição, segundo critérios definidos nestes locais mantendo-se, contudo, os pisos salariais e outras vantagens gerais que ainda carecem de maior debate para sua definição.

De qualquer modo, o PCCV, seja geral ou para cada instituição, deve atender a alguns objetivos básicos, tais como: buscar compatibilizar a política de RH com as definições básicas da política de saúde a ser implementada; corrigir distorções na remuneração dos profissionais, concretizando o princípio da isonomia; organizar as carreiras, definindo critérios explícitos para a ascensão funcional, de modo a incentivar a formação profissional e ser um instrumento de valorização do trabalhador; explicitar a organização técnica do trabalho através da descrição dos cargos; etc.

Concluindo, pode-se dizer que aqui estão listados alguns dos principais problemas da área de administração de recursos humanos e são apontadas algumas perspectivas que visam superar parte deles. De qualquer modo, e coerente com o que foi apresentado, o objetivo deste texto é iniciar o debate, apontando algumas diretrizes gerais para a superação destes problemas que, tenho certeza, só irá ocorrer se democratizarmos este debate e pensarmos recursos humanos segundo uma nova ótica, deixando de encará-los como objeto para tratá-los como sujeitos do processo de reorganização do sistema de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Girardi, S. N. Elementos da Dinâmica e da Estrutura de Saúde no Brasil nos Anos 76-84: Compreender para Explicar. CADERNOS DO NESCON. Anexos Estatísticos.
- (2) Oliveira Jr., M. Custos da Equiparação Salarial no Âmbito do SUS. Mimeo.
- (3) Girardi, S. N. A Força de Trabalho no Setor Saúde. Trabalho apresentado no I Encontro Italo-Brasileiro de Saúde. Mimeo.
- (4) Nogueira, R. P., Médici, A. C., Machado, M. H., Girardi, S. N. A Força de Trabalho em Saúde: Aspectos Teóricos, Conceituais e Metodológicos. Texto elaborado para o Módulo IV do CDRHU. Mimeo.
- (5) Souza Campos, G. W., Merhy, E. E., Nunes, E. D. Planejamento Sem Normas. Ed. Hucitec. São Paulo. 1989. p. 47, 48.

Este Aparelho de Estado Pode não ser um Aparelho qualquer

Darcy Oliveira Ferreira *
Sonia Eliane Lafoz **
Luiz Cordoni Junior ***

O que procuraremos abordar neste artigo, refere-se a uma questão que tem sido alvo de vários debates na área da saúde coletiva e que hoje, após algumas conquistas do setor, vem desafiando os planejadores e administradores dos serviços de saúde. Trata-se da participação social ou participação popular ou mesmo controle social que perpassa todo o ideário das posições progressistas da saúde, desde que o movimento sanitário buscou situar-se além das propostas racionalizadoras, que apenas tentavam "resolver" a crise político-financeira do setor.

Sem dúvida, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), marco de referência para a elaboração do projeto da Reforma Sanitária, a diretriz de participação social, contém um dos mais importantes aspectos inovadores da proposta. A incorporação de uma diretriz desta natureza aponta para a necessidade de incorporação de uma base social no processo, como condição para dar o salto qualitativo e promover mudanças mais profundas.

A questão da participação popular esteve presente não só nos textos teóricos produzidos ao longo do tempo como também fizeram parte dos projetos institucionais colocados em prática entre 1983-1985, no período em que o movimento sanitário ocupa os espaços institucionais na tentativa de mudar o direcionamento das políticas de saúde. Entretanto, é na atuação institucional que o movimento sanitário defronta-se com um desafio: buscando, através das instituições, criar um movimento contra hegemônico, em geral privilegiou o locus institucional desencontrando-se das classes populares às quais o projeto da Reforma Sanitária dirige suas propostas. (2).

Fica portanto a questão: como trazer o "objeto ausente" — as classes populares — para "dentro" do processo? Como, através da ocupação dos espaços no aparelho de Estado, estabelecer uma consolidação de alianças com o movimento sindical e popular? (2^a.).

A nosso ver, a atuação institucional não basta, mas ela é imprescindível nos momentos conjunturais quando a correlação de forças é favorável à corrente progressista.

Neste sentido, valeria a pena neste artigo relacionar de forma didática os pontos mais questionáveis a respeito do tema e, a partir de um marco que equacione as concepções de Estado Capitalista, e suas implicações ao nível da participação social, refletir sobre a experiência do Estado do Paraná, durante a gestão democrática, (1983/1987) na tentativa de contribuir para a teoria de uma Reforma Sanitária Brasileira.

As primeiras perguntas surgidas quando da reflexão sobre a experiência paranaense podem assim ser resumidas:

- 1) É possível que as práticas participativas no interior do aparelho do Estado capitalista influenciem o processo decisório?
- 2) O estímulo e patrocínio das práticas participativas, por parte dos centros decisórios do aparelho de Estado, nas sociedades capitalistas, não tenderiam à negação do próprio Estado capitalista quando exercitadas ao seu limite?
- 3) Tais práticas não seriam identificadas como demagógicas e populistas pelos setores sociais mais interessados nas mudanças, pelo fato de participarem de um Estado que traz em si a contradição do sistema?

As respostas às questões acima levantadas não são receitas de Tia Benta e, sem uma análise do Estado capitalista, sem uma visão teórica do lugar da participação popular nas políticas sociais implementadas por este Estado, caracterizando as contradições aí existentes e as que estão por vir, dificilmente se construirá uma teoria da Reforma Sanitária exequível de colocá-la em prática. A capacidade de respondê-las está em olhar para trás e refletir teórica, ideológica e praticamente sobre os percursos do movimento sanitário neste último período.

* Assistente Social (NESCO) — PR
** Socióloga (NESCO) — PR
*** Coordenador Geral (NESCO) — PR

ESTADO CAPITALISTA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Para tentarmos avançar na compreensão do Estado capitalista é indispensável nos referirmos a alguns pressupostos básicos do marxismo clássico. Para Marx e Engels, o Estado capitalista é um órgão de dominação e opressão da classe burguesa sobre as classes subalternas e, principalmente, materialização da dominação econômica que ocorre nas sociedades capitalistas. Portanto o Estado, contrariamente às idéias do liberalismo, é para Marx um "poder separado" da sociedade, com leis e burocracias próprias que serve ao capital e lhe permite exercer domínio econômico e político sobre esta mesma sociedade.

Lenin, reafirmando o caráter de classe do Estado capitalista, postula que a única maneira de libertação das classes oprimidas passa pela destruição violenta do aparelho estatal, já que este seria composto basicamente da burocracia, do exército e da polícia. O Estado capitalista para Lenin é um aparelho de coerção (3). A consequência da interpretação clássica, leva-nos a questionar o papel e poder do Estado capitalista. É possível pensar, interpretando Lenin, que haveria primazia da dominação econômica sobre a política. Ou seja, simplificada, a classe que detém o poder econômico seria a classe politicamente dominante. Isto não deixa de ser verdadeiro, mas não pode nos levar a um reducionismo onde a estrutura econômica teria um papel essencial onde "ela desempenharia o verdadeiro centro, o verdadeiro palco de toda a história, enquanto que a superestrutura política e ideológica lhe seriam subordinadas" (4).

Como então explicar as contradições internas ao aparelho estatal? Como ignorar as lutas políticas no interior deste aparato das diferentes frações de classe e dos inúmeros exemplos de alianças de setores da burguesia para consolidação do poder e do papel na direção que uma fração de classe detém sobre as outras?

É somente a partir dos anos 20, na esteira da ruptura dos sociais democra-

tas com a II Internacional que Gramsci, marxista italiano, debruça-se sobre as questões do Estado reativando a produção teórica a partir dos conceitos clássi-

cos. A originalidade das noções gramscianas de "bloco histórico" e "hegemonia" podem nos subsidiar nas análises das características assumidas pelo Estado capitalista, principalmente as que correspondem as do capitalismo monopolista, estágio mais avançado que o estágio concorrencial.

A leitura que Gramsci tem de Marx fundamenta-se na perspectiva dialética da totalidade social que o próprio Marx definia como: "O modo de produção da vida material condiciona o processo em geral da vida social, política e espiritual" (5). E Engels: "Não se pode dizer, pois, que a situação econômica exerce um efeito automático, como as vezes se é levado a crer, por uma simples questão de comodidade" (6).

Para Gramsci a relação infraestrutura (modo de produção da vida material) e superestrutura (o político, jurídico, filosófico, religioso, artístico, ideológico, etc.) é a base teórica para a compreensão das mudanças para as alternativas revolucionárias. Para ele, a infra-estrutura e a superestrutura formam um "bloco histórico", ou seja, um conjunto complexo e contraditório, da superestrutura como reflexo do conjunto de relações sociais de produção, ou, "as forças materiais são o conteúdo e as ideologias a forma: a distinção entre a forma e conteúdo aqui é puramente dialética, pois as forças materiais não poderiam ser concebidas historicamente sem forma e as ideologias seriam puras fantasias individuais sem as forças materiais" (7). Afirma ainda que "apresentar e expor qualquer flutuação da política e da ideologia como expressão imediata da infra-estrutura deve ser combatida teoricamente como infantilismo primitivo" (8).

Em síntese, o conceito de bloco histórico permite reconhecer a relativa autonomia do ideológico e do político em relação ao econômico (em história, nem

sempre as crises econômicas se refletem imediatamente em crises políticas e, muitas ações políticas são o resultado de rearranjos puramente políticos). Portanto, apesar da relativa autonomia do político e do ideológico, o ponto essencial da relação dialética infraestrutura/superestrutura, reside na análise da natureza do vínculo que realiza

esta unidade. É o que Gramsci qualifica de vínculo orgânico, que corresponde a uma organização social concreta.

Se considerarmos um bloco histórico, isto é, uma situação histórica global, distinguiremos aí, por um lado uma estrutura social — as classes que dependem diretamente da sua inserção na estrutura produtiva — e, por outro lado, uma superestrutura ideológica e política. O vínculo orgânico entre estes dois elementos é realizado por certos grupos sociais cuja função é operar não ao nível econômico mais superestrutural: os intelectuais. Essa camada social diferenciada é, segundo Gramsci, a dos "funcionários da superestrutura". Seu caráter orgânico aparece na solidariedade estreita que vincula estes "funcionários" às classes que representam e, em primeiro lugar, à classe fundamental no plano econômico. Tomando como exemplo a burguesia, Gramsci mostra que, a medida que se desenvolviam as funções econômicas e sociais desta classe foi-lhe necessário confiar a grupos especializados, estreitamente solidários, muitas vezes burgueses ou pelo menos saídos de classes aliadas à burguesia, a gestão das funções de organização da superestrutura ideológica, jurídica e política (10). Gramsci aprofunda sua análise ao nível da superestrutura e do papel dos intelectuais orgânicos para o estudo de uma situação política e, a análise do econômico viria a posteriori. Portanto, o ponto de partida seria a ideologia, o conjunto de valores culturais que penetra profundamente um sistema social.

Na concepção gramsciana o domínio da ideologia seria a "sociedade civil", o campo onde se elabora e se difunde a ideologia mesma através dos "aliados": os intelectuais orgânicos. A sociedade

civil, o complexo da superestrutura ideológica, reúne o conjunto de organismos que Gramsci chama de "privados", lugar de transmissão da ideologia. "Esse sistema ideológico envolve o cidadão por todos os lados, integra-o desde a infância no universo escolar e mais tarde no da igreja, no exército, da justiça, da cultura, das diversões, e, inclusive o sindicato, e assim, até a morte, sem a menor trégua. Essa prisão de mil janelas simboliza o reino de uma hegemonia, cuja força reside menos na coerção que no fato de que suas grades são tanto mais eficazes, quanto menos visíveis se tornam" (11). Assim, a concepção de mundo das classes dominantes são criadas e difundidas via instrumentos técnicos de difusão tais como o sistema escolar, a Igreja, os partidos, os sindicatos, que são partes do conjunto de organismos que não integram o aparelho estatal propriamente dito (portanto, sem o aspecto coercitivo imediato) mas com um papel decisivo na reprodução do domínio de uma classe sobre outra.

Tais organismos não são públicos e tem, no mais das vezes à sua direção os intelectuais com conhecimentos técnicos, organizativos e políticos, encarregados de difundir a ideologia dominante. Uma das instituições que Gramsci dá grande atenção e considera das mais dinâmicas dentro da sociedade civil é a imprensa, ordenadora da "opinião pública", possuindo hoje, com os avanços tecnológicos (TV principalmente), extrema rapidez e eficiência. E, tal eficiência se dá pela capacidade de convencer as pessoas de neutralidade das notícias, de que a imprensa é instrumento neutro, ou seja, a medição ideológica é bem realizada quando as pessoas não a percebem (12).

Outro conceito de fundamental importância na teoria gramsciana é o de "sociedade política". Ele corresponde a dominação direta ou comando que se exprime através do Estado ou governo jurídico. O Estado representaria a coerção enquanto a sociedade civil seria a rede complexa de funções educativas e ideológicas. A sociedade política se apóia portanto no aparelho de Estado. Entretanto, para Gramsci, a distinção entre sociedade civil e sociedade política é apenas de ordem metodológica e as duas se confundem em uma análise dialética em constante relação. É aqui que Gramsci trabalha o conceito de Estado ampliado a partir das formas como a classe dominante exerce seu domínio



sobre a sociedade como um todo através da coerção e do consenso. É inegável que um Estado não pode manter de forma duradoura o seu domínio apenas pela coerção, baseado única e exclusivamente na força militar e da burocracia executiva alocadas no aparelho de Estado. Para manter seus interesses de classe o grupo no poder lança mão de todos os organismos privados da sociedade civil para através da medição ideológica exercer sua hegemonia. Por outro lado, um Estado apenas baseado no consenso eludiria as contradições de classe e sucumbiria às pressões das classes subalternas na exigência da realização de suas reivindicações. Assim, para o exercício da sua hegemonia a classe fundamental usa alternadamente a coerção e o consenso, lançando mão do possível equilíbrio de forças numa das sociedades, via aparelho de Estado e organismos privados da sociedade civil. "O Estado trabalha pela formação de uma "vontade coletiva", de uma "unidade intelectual e moral" e pela edificação e estruturação de um corpo social completo, afim de que os objetivos e as idéias das classes dominantes possam ser tomados como valores universais" (13). Pode-se dizer que o Estado é a sociedade política e a sociedade civil.

É assim que na concepção gramsciana a ideologia tem um papel preponderante e eficaz. Eficácia que se manifesta na capacidade de uma classe em se aglutinar, se articular, estabelecer pactos e alianças, mobilizar-se politicamente, ganhar aliados e consolidar-se com uma ação ideológica que impede que as

classes fora da esfera do poder se organizem, posto que, lhes é inculcada uma "maneira de ver o mundo" que obscurece as contradições de classe, que não lhes permite ter consciência das contradições na esfera econômica como ponto de partida da luta de classes. Gramsci considera a ideologia como o cimento de todo o bloco histórico. "Assim, a conquista da hegemonia, processo pelo qual uma classe supera seus interesses puramente econômicos e corporativos e se eleva a uma dimensão universal, se por um lado, decorre da função desta no processo produtivo, é, por outro lado, o momento em que a classe deixa de ser um fenômeno exclusivamente econômico para alcançar uma direção sobre a sociedade que se exerce num contexto de política de alianças e se ganha no campo da luta política" (14).

A concepção gramsciana abre a possibilidade de se pensar a hegemonia também para as classes subalternas. É o que se pode chamar de contra-hegemonia numa sociedade de classes, onde as classes subalternas podem no processo da luta política, engendrar e consolidar um projeto contra hegemônico. Gramsci reconhece a possibilidade de transformações ideológicas antes da tomada do poder pelas classes subalternas, o que confere à ideologia o poder de ser um instrumento de dominação e também de libertação. "Pode e deve haver uma atividade hegemônica mesmo antes de se chegar ao poder, e não é preciso contar apenas com a força material que o poder proporciona para exercer uma direção eficaz" (15).

Isto significa que as classes dominadas podem afastar-se da ideologia dominante construindo a sua própria visão de mundo através da prática política difundida e consolidando na sociedade a sua ideologia.

Partindo deste referencial teórico poderíamos retomar as questões referentes às práticas participativas a partir do aparelho de Estado.

Em primeiro lugar, a concepção de Estado ampliado permite pensá-lo como palco de conflitos entre diversas facções de classe para atingir a dominação de uma sobre as outras e não apenas como porta-voz da classe que tem a primazia econômica. A visão gramsciana permite supor que em momentos de crise de hegemonia da direção do bloco histórico, abrem-se "espaços" no aparelho de Estado para a atuação de forças contra-hegemônicas que possam exercer pressões no interior do próprio aparelho de Estado. Ou seja, em determinadas conjunturas a classe dominante na tentativa de ampliar seu arco de alianças e consolidar sua hegemonia coopta um grupo de pessoas (intelectuais na concepção gramsciana do termo) que passam a ocupar lugar de destaque no aparelho de Estado. Aqui a questão do papel do intelectual na sociedade merece destaque. No interior do pensamento de Gramsci a categoria dos intelectuais constitui um grupo social autônomo e independente sendo que cada grupo social possui sua própria categoria de intelectuais. No interior da burguesia destacam-se os que atuam nas burocracias estatais e os que em todos os campos da vida social exercem seu papel de organizadores da vida econômica, política e cultural (dirigentes de empresas, de partidos políticos, organizadores da cultura, produtores de conhecimento, etc.). Desse modo, o intelectual vinculado às classes dominantes não é um indivíduo apenas originário de uma elite podendo até ter origem em outras classes (pequena burguesia e até proletariado). O que lhe confere o papel de intelectual orgânico não é sua origem de classes mas sua participação na consolidação da hegemonia da fração de classe dominante.

Gramsci ainda considera que às classes subalternas vinculam-se intelectuais que defendem, articulam e consolidam o projeto político destas mesmas classes. Este grupo social identificado com a contra hegemonia propugna mudanças básicas na sociedade, tem um trabalho de natureza ideológica nos mais di-

versos setores da vida social. Assim, em função do projeto político assumido pelas classes subalternas, o trabalho do intelectual pode operacionalizar-se tanto nas políticas estatais como em outros setores até por meio de práticas alternativas, sendo sua função fundamental impregnar a sociedade de uma concepção de mundo transformadora e colocar a

nu as contradições da sociedade capitalista. Portanto, o intelectual orgânico vinculada às classes subalternas tem um papel crucial no momento inicial da construção da hegemonia destas classes como criador, organizador e divulgador dos projetos políticos que beneficiem o processo de conscientização das classes menos favorecidas (16).

POLÍTICAS SOCIAIS E PARTICIPAÇÃO

As políticas sociais nas sociedades capitalistas modernas são fruto da conquista histórica da cidadania. Se hoje, consideramos atribuição do Estado, proporcionar saúde e educação à toda a sociedade, não podemos eludir o fato de que a conquista destes direitos pelas classes subalternas passou por enorme esforço de luta para que estas atribuições se materializassem. atrás do Estado do Bem-Estar está uma população consciente de sua cidadania, que o entende como delegação sua e que o controla como dever de cidadania (17). Esta afirmação leva-nos a questionar a existência no Brasil de um Estado de Bem-Estar, apesar das propaladas campanhas da "Nova República" do "Tudo pelo Social". É marcante a característica centralizadora dos Estados em países de economia retardatária, e o Brasil não foge a regra. No setor Saúde o modelo implantado pós-64 caracteriza-se por ser burocrático-autoritário, sem a participação dos profissionais e da sociedade em geral, e fundamentalmente de caráter privatizante, atendendo à lógica do lucro em detrimento da saúde da população. E é evidente que durante o período ditatorial todas as formas de reivindicação e de organização da sociedade brasileira foram praticamente destruídas, desarticulando a quase totalidade dos avanços e conceitos adquiridos em períodos anteriores.

Com o processo de redemocratização do país, a partir do início da década de 80, vislumbra-se um novo movimento de atuação da sociedade brasileira que "re-inicia" um processo de mobilização em direção à conquista de uma cidadania plena. E este processo não se dá de forma linear, principalmente se entendemos a cidadania não apenas como igualdade formal dos indivíduos perante

o Estado, mas sim levando-se em conta a existência de relações antagônicas entre as classes sociais, as relações de exploração dos atores sociais envolvidos. Assim, o Estado capitalista intervém nas políticas sociais e particularmente em saúde, respondendo a duas ordens de necessidades: o processo de acumulação capitalista, (reprodução da força de trabalho) e a manutenção de sua hegemonia (legitimando-se a partir de respostas às reivindicações pela exigência da classe dos serviços de saúde). Por outro lado, as classes subalternas ao pressionar o Estado para ampliação e melhoria de serviços públicos de saúde estariam questionando a essência do sistema: a contradição capital x trabalho e a manutenção da hegemonia burguesa. Portanto, é na arena das políticas sociais que se desvenda de forma mais clara a contradição do sistema capitalista, e conseqüentemente a conquista pela plena cidadania entra em choque com a dominação capitalista (18).

A partir destas colocações é possível pensar na Reforma Sanitária como uma estratégia que englobaria um processo de transformação profunda da realidade brasileira — sem no entanto atribuir-lhe um caráter messiânico — e como terreno fértil para a efetiva democratização e aquisição da cidadania por parte das camadas populares.

O elemento importante deste processo passa a ser a ampliação da consciência sanitária a partir da "socialização" do conhecimento da determinação social do processo saúde-doença. Socialização que compreenderá não só os profissionais de saúde mais a sociedade como um todo. Aos primeiros com novas práticas e nova ética profissional; aos segundos com subsídios para suas lutas (19).

OCUPAÇÃO DO ESPAÇO INSTITUCIONAL NO PARANÁ E AS PRÁTICAS PARTICIPATIVAS

Após a eleição de 1982, a conjuntura política nacional passa a ser favorável à ocupação de espaços institucionais por parte de vários "militantes" do chamado Movimento Sanitário. No Paraná, este processo permitiu conduzir à frente da S.E.S., um grupo de pessoas que, desde as experiências anteriores de Londrina, defendiam as teses de uma profunda mudança no Sistema Nacional de Saúde. Abria-se assim o desafio de incorporar à prática de uma instituição governamental uma das diretrizes fundamentais da Reforma Sanitária, qual seja, a do controle e participação social.

O instrumento eleito para iniciar esse processo de diálogo entre a sociedade civil e o Estado foram os Encontros Populares.

Durante os anos de 1984 e 1985, tiveram lugar em distintas regiões do Estado, onze Encontros Populares de Saúde que mobilizaram as entidades representativas das respectivas regiões tais como: sindicatos urbanos e rurais, associações de bairro, associações profissionais, clube de mães, APAE(s), comissões de saúde já existentes, etc. Também participaram as instituições governamentais e regionais como as Prefeituras, representações regionais das Secretarias Estaduais de Saúde, Educação, Trabalho e Agricultura, etc., além de representações religiosas. Calcula-se que aproximadamente 15.000 tenham participado deste processo.

Estes Encontros eram precedidos de várias reuniões e pequenos encontros municipais onde a população discutia com funcionários do setor, acerca de seus problemas com o intuito de eleger temas para debates nos Encontros Regionais tais como: Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador, Política de Medicamentos, Saúde Bucal, Saúde e Constituinte e Saneamento, etc.

Durante os Encontros Regionais, os temas previamente escolhidos pela população eram discutidos em grupos, dividindo-se os participantes conforme temas de seu maior interesse e, as conclusões obtidas para cada tema, discutidas em plenária na presença do Secretário da Saúde, Superintendente da



Fundação de Saúde, do INAMPS e outros representantes das autoridades locais, e classe política da região, (deputados; vereadores, prefeitos). O diálogo entre autoridades políticas, área executiva do aparelho de Estado e representantes da população inicia-se assim sem intermediários.

Como resultados destes Encontros Populares formaram-se grande número de Comissões de Saúde, espalhados por todo o território paranaense que continuaram o processo de discussão pós-encontro levando adiante as reivindicações expressas pela população e tendo um papel de articulação e/ou pressão entre os serviços e comunidade. Durante a implantação das Ações Integradas de Saúde, as comissões tiveram um papel preponderante, divulgando as propostas e assegurando a participação efetiva das entidades representativas locais nas CIMS (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde) instância gestora a nível municipal.

Com os Encontros Populares de Saúde, as equipes de trabalho da Secretaria de Saúde, avaliavam permanentemente, a dinâmica desta prática na perspectiva de alterar os mecanismos organizativos e a prestação de serviços da instituição conforme as necessidades expressas pela população. Realizaram-se várias reuniões internas e com as equipes de saúde das prefeituras para incorporar ao processo os poderes institucionais locais, com o objetivo de valorizar as propostas levantadas pelos participantes dos Encontros. Algumas análises foram se consolidando, tais como:

— a população apresentava interesses imediatos; terra salário emprego.

— tais interesses imediatos eram mais constantes e aparecendo com mais ênfase em estágios menos desenvolvidos de conscientização, ao passo que os interesses relacionados a saúde apareciam ao longo do tempo e com a ampliação do grau de consciência.

— inicialmente, em relação a saúde, a população solicita mais remédios, assistência médica, ambulâncias, etc.

No decorrer do processo e com a continuidade das discussões, via Comissões de Saúde, em pouco tempo, amplia-se a consciência sanitária: a Saúde começa a deixar de ser entendida como questão individual e passa a ser entendida como condições de vida em geral.

— Quanto à participação organizada, a população tomaria conhecimento dos limites do aparelho de Estado para responder as suas reivindicações e da importância de sua participação na elaboração, execução e avaliação das ações de saúde como forma de ampliar o espaço de diálogo e canais de informação entre Estado e sociedade civil organizada. A experiência de discussão em grupo propiciaria o contato com novos atores com disposição de trabalho e conduziria a um pensar e agir coletivo para a resolução dos problemas

Por outro lado, grande parte dos profissionais da S.E.S., que participavam ativamente desta experiência, passam a ter uma mudança de compreensão e

comportamento quando às práticas participativas. Evidencia-se a força dos movimentos populares e a preocupação por parte da equipe de não institucionalizá-los nem burocratizá-los dentro de um padrão de aparelho de Estado.

Uma das mais importantes consequências deste processo foi a mobilização dos profissionais e representantes da população para a discussão no Paraná das teses da VIII Conferência Nacional de Saúde. Houveram no Estado 5 (cinco) pré-conferências regionais que culminaram com a Pré-Conferência Estadual de Saúde que contou com a aproximadamente 48 (quarenta e oito) entidades, de profissionais e representantes da sociedade civil organizada. A delegação do Paraná presente a VIII Conferência era constituída por mais de 400 pessoas, uma das maiores delegações do país. Da forma como foi conduzida pela S.E.S., essa população contemplou todo o território estadual e contribuiu para que se ampliasse o envolvimento e comprometimento com as propostas da VIII Conferência, baseando-se na convicção de que o processo de democratização da saúde seria reforçado com um evento desta natureza e que era de vital importância que o maior número de pessoas do Paraná vivenciassem essa mobilização nacional do setor.

Após a VIII Conferência Nacional, houveram reuniões nas 5 macro-regiões do Estado para avaliação e repasse das conclusões da mesma.

É oportuno que se sintetize aqui a avaliação que se fez da participação do Paraná na VIII Conferência. Sem dúvida, ela pôde proporcionar a extrapolação desse conjunto de idéias de reformulação do Sistema de Saúde e dos preceitos da R.S., do âmbito da academia e intelectualidade do setor.

A discussão ampliou-se para as lideranças políticas locais e regionais (em particular, os prefeitos), para a população organizada e para profissionais de saúde que, ao longo dos anos, não tinham tido oportunidade de ter contato e discutir as propostas progressistas do setor. Portanto, o melhor resultado adquirido da mobilização em torno da VIII Conferência parece ter sido o de conseguir que as idéias de mudança transpusessem os muros da Universidade e das Instituições e germinassem no âmbito da sociedade civil.

CONCLUSÕES

A tendência de refletir sobre a experiência do Paraná à luz do conceitual gramsciano permite-nos constatar que a ocupação do espaço público por setores contra-hegemônicos do setor saúde permitiu iniciar a longa luta de persuasão da sociedade civil para a consolidação das propostas da R.S. Por outro lado, considerando-se que a luta pela R.S., visa atender a necessidade da classe subalterna, e insere-se num contexto maior da luta de classe do país, leva-nos a afirmar que o movimento sanitário para ir adiante com seu projeto contra-hegemônico não pode restringir seu espaço à questões corporativas, e necessita enfatizar o vínculo entre saúde e todo processo social.

Assim, em que medida as práticas participativas no Paraná avançaram neste sentido?

Em primeiro lugar na consciência sanitária de vastos setores da população paranaense, pertencentes a diferentes classes sociais que participaram ativamente dos Encontros Populares. Esta experiência foi parte de um processo amplo de discussão que evidenciou aos participantes pela intensidade, continuidade e forma uma cultura sanitária e o valor da democracia, como valor estratégico para mudanças estruturais. Não se trata de qualquer cultura sanitária, mas sim daquela que procura vincular o estado de saúde da população e os serviços, às determinações sociais dos mesmos, buscando reformas setoriais, por um lado, mas abrindo, por outro, caminhos para a discussão sobre as bases estruturais da sociedade em que as classes estão inseridas. Enfatiza-se o vínculo entre saúde e processo social, e, saúde e luta de classes. Segundo o pensamento de Gramsci o processo de conquista da hegemonia passa pelo campo da ideologia e necessita de mecanismos de transmissão da mesma. Assim a "nova" concepção do processo saúde-doença, do ponto de vista de sua determinação social tem papel preponderante para mobilizar politicamente as classes subalternas para uma mudança efetiva. E mais, se intelectuais vinculados a ideologia destas mesmas classes, ocupam conjuntamente espaços de poder no aparelho de estado, podem e devem utilizá-lo como mecanismos de transmissão das propostas contra-hegemônicas.

BIBLIOGRAFIA

- (1) DEMO P.: Participação e conquista — Noções de política social participativa. EUFC, Un. Federal do Ceará, 1987.
- (2) A este respeito: ver ESCOREL S. — Reviravolta na Saúde; TEMA 11 — Projeto Radis — Fiocruz — R.J. — Nov. 88.
(2ª.) Idem ibidem.
- (3) LENIN: O Estado e a Revolução, 1967, ed. Moscou.
- (4) PORTELLI, H.: Gramsci e o Bloco Histórico, Paz e Terra, R.J. 1977.
- (5) MARX K.: Prefácio a crítica da economia política, 12ª. ed. B. Brasil, 1988.
- (6) ENGELS F.: Carta a Starkenbury, Obras escolhidas R.J. 1963.
- (7) MACCIOCHI, M.A. — A favor de Gramsci, Paz e Terra. R.J.
- (8) idem.
- (10) PORTELLI, K. Gramsci e o Bloco Histórico, Paz e Terra, 1977.
- (11) MACCIOCHI, M.A.: A favor de Gramsci, Paz e Terra. R.J. 1979
- (12) LINS DA SILVA, C.E. — "Muito Além do Jardim" — Folha Ilustrada — Folha SP, 13/06/85.
- (13) MACCIOCHI, M.A.: A Favor de Gramsci — Paz e Terra, 1979.
- (14) FLEURY, S.M.: Estado capitalista e Políticas Sociais — mimeografado.
- (15) GRAMSCI, A.: Quaderni — "Obras Escolhidas". Civ. Brasileira, 1975.
- (16) CARVALHO, A.M.P.: A Questão da Transformação e o Trabalho Social, uma análise gramsciana — Cortez, 1983.
- (17) DEMO, P.: Pobreza Política — Cortez, 1988.
- (18) FLEURY, J.: Estado Capitalista e Políticas Sociais (mimeo)
- (19) GALLO, Edmundo. NASCIMENTO, P.C. Hegemonia, bloco histórico e Movimento Sanitário. In.: REFORMA SANITÁRIA: EM BUSCA DE UMA TEORIA. São Paulo, Cortez, 1989.

Educação, Saúde e Movimento Popular

Elizabeth de Leone M. Smeke *

O tema que relaciona educação, saúde e Movimento Popular, numa perspectiva de integração crítico-informativa de socialização de saberes, constitui o núcleo das origens do que tem sido chamado por Movimento Sanitário (1). Seu discurso organizador é o da Reforma Sanitária, que se propõe a reequacionar a questão saúde no Brasil.

Movimento Sanitário e Modelo Econômico

Tal como o Movimento Popular, sua emergência é considerada como parte dos acontecimentos dos anos 70. Até então, o regime Burocrático-autoritário instaurado, legitimava-se através das promessas de desenvolvimento econômico e garantias de consumo. As políticas sociais perdiam seu papel legitimador do regime, passando a funcionar como instrumento de capitalização do próprio setor. Assim o demonstram exaustivamente os diversos trabalhos que analisam o papel e as práticas da Previdência e do Ministério da Saúde no período do golpe (2).

Testemunhou-se na área, em resumo, um vergonhoso sucateamento da área pública e uma escandalosa expansão da privatização da Assistência médica com fins lucrativos, custeados pelo trabalhador contribuinte previdenciário. Entretanto, embora provedora, esta categoria social não teve assegurado o seu acesso a serviços, muito pelo contrário, uma vez que foi excluída pelo golpe das instâncias decisórias e gerenciadoras do sistema.

É um processo, como se costuma apontar, onde se verifica um aparente caos, evidenciado pela desorganização total das e nas instâncias prestadoras de

serviço, de assistência médica e controle sanitário, cujo impacto junto à população é o pior possível. Isto aparece em várias direções: desde a absurda quantidade de intervenções desnecessárias, à sonegação, corrupção e tráfico de influência em nível do gerenciamento e dotação de verbas relacionadas à área, realizados pelos mais variados grupos de pressão junto aos anéis burocráticos.

Portanto, a Previdência e o Ministério da Saúde enquanto instituições expressivas de uma das Políticas ditas Sociais, não estavam contribuindo para amortecer as tensões e pressões em sociedade, conseqüentes à forma de distribuição das riquezas inerentes à Política Econômica, como seria de se esperar. Na verdade, a Política de Saúde funcionava como mais um elemento deslegitimador do Estado frente à população.

As forças sociais no interior do poder, no entanto, não conseguiram esconder as famosas filas noturnas e da madrugada do INAMPS, com doentes à espera da consulta na manhã seguinte, que não raramente morriam ali, aumentando as tensões, das quais os quebra-quebras em postos de serviço foram alguns sintomas.

* Trab. Apres. no Seminário "200 Anos de República": Fac. Educ./Unicamp/Nov. 89

As condições de saúde

Por outro lado, os indicadores de saúde apontavam para a deterioração das condições de vida, sobretudo nas periferias urbanas, que começavam a "exportar" epidemias.

Isto favorecia a instauração de novos discursos e novas propostas, às quais o Estado, por força das circunstâncias, passou a dar ouvidos, em busca de legitimar-se frente à desestabilização que se instaurava.

As propostas de tecnologia apropriada

em meio a várias medidas e planos de emergência, vinham sendo discutidos no nível internacional, para serem absorvidos pelas universidades, com alterações curriculares nas escolas médicas os projetos de medicina comunitária, enquanto modelo aplicável ao 3º. mundo. Baseava-se na extensão, simplificação e barateamento do cuidado à saúde e incluía alguma forma pouco clara de "participação popular" (3).

Várias experiências desse tipo começaram a se desenvolver no Brasil, a partir de profissionais que se formavam na área da Saúde Pública ou com interesse na questão da Saúde Coletiva/Medicina Social.

A exclusão política do recurso humano

Resultado do caráter excludente da política instaurada pelo regime militar, participantes mais ou menos articulados ao conjunto de idéias que caracterizavam o Movimento Estudantil e as tendências político-ideológicas progressistas, não tinham espaço nem canal de participação. Estes agentes, por outro lado, também estavam submetidos e convencidos do inexorável processo de assalariamento/proletarização do profissional médico, atualmente em revisão (4).

O Movimento Popular

Por sua vez, o Movimento Popular, expressava um momento de privilegiada visibilidade, efervescência, vitalidade e reorganização aglutinadora em cena na sociedade civil. As categorias excluídas fizeram-se então mais claramente presentes para o restante da sociedade —

pressionando o Estado através de concentrações populares em atos públicos; — colocando em evidência as condições de vida de seus integrantes, na qualidade de cidadãos moradores da periferia urbana reivindicando direitos (5).

O Modelo Econômico

Segundo os estudiosos, o modelo de desenvolvimento econômico adotado, baseado nos grandes monopólios internacionais de indústria pesada, exigiam infra-estrutura urbana complexa que era subvencionada pelo próprio Estado. Associava-se a isto uma política agrária mecanizada, de monoculturas para exportação que expulsaram os moradores do campo.

Foi um modelo, portanto, que trouxe repercussões essenciais na distribuição espacial de importantes segmentos das populações excluídas, permitindo a origem material dos movimentos.

A exclusão política

Por outro lado, a exclusão política absoluta do mais amplo contingente das frações subalternas, levada a cabo para viabilizar o projeto econômico, revelava-se nos indicadores das condições de vida e nas tensões e pressões sociais. Não há canais efetivos de participação política dessas categorias.

O agente externo

Tais ingredientes entretanto parecem não ter sido suficientes para a forma de aparecimento do Movimento Popular. Estudiosos do assunto observam a importância da interação dos grupos populares aos chamados e discutidos "agentes externos", onde se incluíam os agentes pastorais, na formação das CEB's; profissionais de diversas áreas e/ou tendências políticas comprometidos com uma prática participativa/educativa (6).

Há coincidência entre o momento de expansão das CEB's e o surgimento de grupos atuando em saúde nos moldes da Medicina Comunitária. Há concomitância entre as condições de emergência do Movimento Sanitário e do Movimento Popular Urbano que não parecem casuais. Mostram-se como produto de um mesmo processo político-econômico. Isto é, se exclusão política dos setores subalternos submetidos a uma superexploração, aos quais

articularam-se discursos e ideologias diversas, levou à manifestação do Mov. Pop.: a exclusão política de outras categorias, como estudantes e técnicos da saúde, no caso, associada a sua proletarização vista como irreversível, favoreceu o redirecionamento nas atitudes e práticas de parte significativa desses profissionais, expressas pelo Movimento Sanitário (7).

Movimento Sanitário Educação Movimento Popular

As formas de relação desses dois novos personagens em suas práticas participativas eram variáveis, mas em fase de questionamento (8). A questão da alienação a que vinham sendo submetidos os setores excluídos, estava posta nos meios progressistas. Aparecem mais claramente propostas e experiências de educação popular, numa perspectiva libertadora/conscientizadora/crítica, em torno das quais se estabelece o debate, a problematização e a experimentação, integrando propostas alternativas que envolviam a "participação".

A partir daí desenrolaram-se um sem número de projetos em que a troca de experiências e informações tinham por objetivo a "desalienação" das categorias subalternas na conquista de novos elementos que dessem suporte ao desenvolvimento de maiores níveis de autonomia. As experiências de relação medicina comunitária/movimento popular incluíam, assim, diferentes formas de participação de indivíduos ou grupos populares, mais ou menos organizados, em que novos projetos de Educação/Conscientização enucleavam e questionavam tais formas de relação (9).

Há experiências descritas em São Paulo, Zona Leste e Zona Sul, Vale do Ribeira, Campinas, Londrina, interior da Bahia, interior de Minas Gerais, Pernambuco e Goiás, em que são feitas pesquisas/demonstração, investigações epidemiológicas, assessorias a movimentos mais organizados, contribuição na formulação de projetos partidários, etc. (10).

Os enfrentamentos que se verificavam evidenciavam claramente a necessidade de uma intervenção cada vez mais incisiva e organizada de eventuais usuários dos serviços, que articulassem outras questões urbanas.

As relações que, em vários lugares, vinham se estabelecendo entre os projetos mais variados inspirados na medicina comunitária e os grupos populares em organização, sustentavam e alimentavam as correntes discursivas e o debate da Reforma Sanitária, politizando a questão saúde de tal forma que a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), pela primeira vez concentrou não só setores técnicos interessados na área, mas também representantes do Mov. Pop. e Sindical (11).

Em meio às discussões acerca das formas e categorias de descentralização de ações e recursos que vinham sendo experimentadas através das ações integradas de saúde, os governadores organizados estadualizam as ações na criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) que timidamente esboça alguma possibilidade de participação de usuários em suas comissões gestoras.

A situação atual

O problema da gestão popular na Saúde já era uma questão que vinha se colocando desde o final da década de 70 para algumas experiências mais desenvolvidas. Em São Paulo, por exemplo, já estavam formados vários conselhos de saúde que se ocupam de fiscalizar o funcionamento e a administração das unidades, bem como propor alterações nos programas de atenção.

Mais recentemente a Constituição de 1988 não garantiu todas nem a maior parte das propostas feitas pela VIII Conferência, mas contempla alguns pontos básicos que ali aparecem pela 1ª vez, tais como a Saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Aparece também a abertura de possibilidade de organização de um Sistema Único de Saúde com participação popular junto aos órgãos gestores.

No momento em que este artigo está sendo redigido (nov/89), observa-se que em algumas prefeituras, vem-se formando Conselhos Municipais de Saúde. Em Campinas já foram realizadas algumas reuniões pró formação desse Conselho que contaram com a participação de representantes do setor privado, beneficente, universitário, estaduais e municipais; representantes de entidades populares organizadas em torno da moradia (Assoc. de Moradores, Soc. Amigos de Bairro, Clubes de Mães, Comissões de Saúde, Comunidades de Base, etc.), ou em torno do trabalho (Sindicatos e Assoc. de categorias).

Os participantes têm definido a importância do caráter deliberativo que deve ter tal Conselho. Nas linhas gerais pró formação do seu regimento, ficou estabelecida a sua gerência através de três grandes grupos de interessados;

1. usuários: entidades populares e sindicais, sindicato patronal, assoc. de doentes.
2. trabalhadores de saúde: seus sindicatos e associações e representante do setor privado e filantrópico.
- 3 — representantes do Estado: Secretaria de Saúde do Estado e do Município, Universidades e Câmara Municipal.

O Conselho deverá ser regulamentado pela lei orgânica do município e suas diretrizes gerais deverão ser dadas pelas plenárias das entidades e pela prevista Conferência Municipal de Saúde a ser realizada anualmente.

Os grupos populares ligados à questão saúde rearticularam-se em Campinas, em função da VIII Conferência e chamam o órgão de Movimento Popular de Saúde — Campinas (MOPS), que mantém comunicação com seus pares a nível estadual e nacional. Com dificuldade, o MOPS tem tentado ampliar e aglutinar maior número de entidades através de seminários, encontros, reuniões periódicas e cursos.

Entraves e dificuldades

Este quadro pode sugerir uma sociedade, sobretudo as frações populares, fortemente organizada e crítica, o que não corresponde à realidade. As instâncias participativas abertas, que se procura garantir no interior da instituição, na verdade buscam dar o respaldo necessário para grupos mais interessados, envolvidos e organizados, para que não se percam os poucos mas importantes avanços de caráter multiplicador.

Atualmente, os Movimentos Populares não se expressam com visibilidade nem são aglutinadores como em seus momentos mais expressivos.

O aparente ou real desinteresse e a dificuldade de ampliação na participação das pessoas supostamente interessadas impõem limites a um debate e a uma intervenção maior e mais incisiva da sociedade nos assuntos diretamente ligados ao seu cotidiano.

Outro entrave na execução desta tarefa tem sido a qualidade da formação do recurso humano realizada através de um conhecimento tecnicamente estandardizado e especializado dentro de um mesmo enfoque teórico-metodológico.



As possibilidades

Com relação à formação de recurso humano de nível médio, vem sendo desenvolvido o "Larga Escala". Já no âmbito da universidade, vem sendo discutido o caráter da formação do estudante de medicina, em que o PUC, por exemplo, define um projeto pedagógico com formação terminal (médico geral formado no 6º ano) em contraposição à especialização precoce. Além disso, vem sendo experimentados também, projetos multiprofissionais, sobretudo nos serviços básicos, onde tem se tentado romper com as práticas autoritárias e hierarquizadas. Por outro lado, a interdisciplinariedade nas práticas e concepções parecem ser mais do que uma possibilidade, uma necessidade, uma vez que facilitaria a explicitação do caráter político das demandas sociais, atualmente setorizadas através de estruturas especializadas: Saúde, Educação, Habitação, Transporte, etc. (12).

Novos enfoques articulados da realidade poderiam contribuir para questionar o conhecimento anatomo/fisiopatológico, que sustenta a atual hegemonia da medicina, enquanto "saber competente", normatizador da área da doença, sinistramente confundida e chamada de Saúde (13).

Nesta medida recoloca-se, também a questão das práticas de articulação/educação entre técnicos e usuários, inclusive ao nível das unidades, no sentido de favorecer o processo de desenvolvimento de uma consciência cada vez mais crítica que possa sustentar um projeto de sociedade onde a saúde se inclua e se refaça, de acordo com os interesses, necessidades e intervenções dos grupos em organização.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário*. Dissertação de mestrado. RJ, ENSP, 1987.
- TEIXEIRA, S.M.F. (org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. SP, Cortez/ABRASCO, 1989.
- 2) MELLO, C.G. *Saúde e Assistência Médica no Brasil*. RJ CEBES/HUCITEC, 77.
- GIOVANNI, G.G. *A Questão dos remédios no Brasil*, SP, Polis, 1980.
- POSSAS, C.A. *Saúde e Trabalho — a crise da Previdência Social*. RJ Graal, 81.
- CORDEIRO, H. *As empresas médicas*. RJ, Graal, 1984.
- OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S.M.F. *A (Im)previdência Social — 60 anos de história da Previdência Social no Brasil*. RJ, Vozes/ABRASCO, 1986.
- 3) CEITLIN, J. "Bases conceptuales y desarrollo histórico del programa de enseñanza de medicina de la comunidad". In: *Medicina de la Comunidad*. Caracas, FEPA-FEM/KELLOGG, 1978.
- OPAS/UNICEF. *Alma-Ata: Atención Primaria de Salud*. Genebra, 1978.
- Participación de la Comunidad en la Salud y el desarrollo en las Americas: analisis de estudios de casos seleccionados*. Publicacion Científica N°. 473, 1984.
- 4) DONNANGELLO, M.C.F. *Medicina e Sociedade*, SP, Pioneira, 1975
- CAMPOS, G.W.S. *Os médicos e a Política de Saúde*. RJ, HUCITEC, 1988.
- 5) BOSCHI, R. *Movimentos Coletivos no Brasil Urbano*. RJ, Zahar, 1982.
- MOISES, J.A. (org.) *Cidade, Povo e Poder*. RJ, Paz e Terra, 1982.
- SORJ, B. & ALMEIDA, M.H.T. *Sociedade e Política no Brasil pós 64*. SP, Brasiliense, 1983.
- 6) PETRINI, J.C. *CEB's: um novo sujeito popular*, RJ, Paz e Terra, 1984.
- SADER, E. *Quando novos personagens entram em cena*. RJ, Paz e Terra, 88.
- JACOBI, P. *Movimentos Sociais e Políticas Públicas*. SP, Cortez, 1989.
- 7) SMEKE, E.L.M. *Saúde e Democracia: experiência de gestão popular: um estudo de caso*. Tese de doutoramento FCM/UNICAMP/Saúde Coletiva/89.
- 8) Questionam-se nesse momento as práticas participativas que apenas cooptavam o usuário pobre para a nova e simplificadora proposta. Cf: MERHY, E. "Democracia e Saúde". In: *Saúde em Debate*. RJ, (4), 1977.
- PELLEGRINI, A.; RAMOS, C & TRAVASSOS, C. "Medicina Comunitária, a questão urbana e a marginalidade". In: GUIMARÃES, R. (org.). *Saúde e Medicina no Brasil*. RJ, Graal, 3ª. ed. 1979.
- NORONHA, J.C. & TRAVASSOS, C. "Participação Comunitária em Programa de Saúde". In: *Saúde em Debate*. RJ, 12.80-20, 1981.
- 9) PONCE, A. SPERATTI. *Educação e Luta de Classes*. Cortez, SP, 1981.
- CARVALHO, A.I. *Saúde e Educação de Base*, mimeo, 1976.
- FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade e Pedagogia do oprimido*.
- 10) DELA TORRE, M.C. "A Participação popular na Assistência Primária à Saúde, Educação em Saúde, Medicina Popular". *Medicina*. Ribeirão Preto, 18:135-164, Jan-Dez/1985.
- STRALEN, C.J.; CHABO, R. & RESENDE, J. "Movimentos Sociais Urbanos e a democratização dos serviços de Saúde". In: *Revista de Administração Pública*. RJ, 17 (3): 38-60, jul/set., 1983.
- JACOBI, P. *Políticas Públicas de Saneamento Básico e Saúde e reivindicações sociais no município de S. Paulo*. Tese de doutor/IFCL-USP, 86.
- CARVALHO, M. *A experiência de Lins*, Arquivos do CEDEC, 1981.
- JACOBI, P. & NUNES, E. "Movimentos por melhores condições de saúde; Zona Leste de São Paulo: a Secretaria de Saúde e o povo". In: *Anais do Encontro Anual da ANPOCS*. Friburgo, 1981.
- EQUIPE DA CEB'S — GOIÁS. "O meu grito". In: BRANDÃO, C.R. *Pesquisa Participante*. SP, Brasiliense, 1981.
- CEAS — equipe urbana. "Condições de vida e trabalho de um bairro de periferia". Arquivos do CEDEC.
- VASCONCELOS, E.M. *A medicina e o pobre*. SP, Paulinas, 1987.
- SMEKE, E.L.M. *Saúde e Democracia...*, op. cit., 1989.
- 11) Na VIII Conferência Nacional de Saúde, o setor privado negou-se a participar, enquanto entidades populares, pela primeira vez, marcam presença importante. Veja os anais da VIII Conf. Nac. de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1986.
- 12) HIRSCH, J. "Observações teóricas sobre o Estado burgues e sua crise". In: POULANTZAS, N. *O Estado em Crise*. RJ, Graal, 1977.
- OFFE, C. *Problemas estruturais do Estado Capitalista*, RJ, Tempo Brasileiro, 1984. Especialmente: — "Dominação de classe e sistema político, sobre a seletividade das instituições políticas". "A democracia partidária competitiva e o Welfare State Keynesiano: fatores de estabilidade e desorganização". — "Teoria do Estado e Política Social".
- 13) POLACK, J.C. *La Médicine du Capital*. Paris, Maspero, 1972
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. RJ, Florence-Universitária, 77

E S P A Ç O P A R A A

Saúde

Estamos divulgando a revista "ESPAÇO PARA A SAÚDE" do núcleo de Estudos em Saúde Coletiva — NESCO/PR, ligado às Universidades Estaduais de Londrina, Maringá e Ponta grossa e que exerce suas atividades na área da saúde coletiva com pesquisa, assessoria, ensino e editoração. A revista "ESPAÇO PARA A SAÚDE" tem por objetivo levar aos municípios material essencialmente prático e atual que possa servir como instrumento concreto para as ações de saúde ao nível municipal: a conjuntura do Setor; Leis

Orgânicas Municipais e Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde; eventos da área que se realizam no País; questões técnicas objetivas de interesse dos municípios; ensaios e trocas de experiências; soluções para problemas da área que podem ser comuns a muitas cidades.

"ESPAÇO PARA A SAÚDE" é um espaço para você e suas lutas cotidianas que, de baixo para cima, vão construindo a Reforma Sanitária Brasileira.

NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA AVENIDA SENADOR SALGADO FILHO, 3846
BAIRRO UBERABA — CEP 81.500 FONES: 276-5007 e 276-2423 — CURITIBA-PR

Construção Local do Modelo Assistencial de Saúde, à Luz do Planejamento Estratégico

Flávio A. de Andrade Goulart

A construção de um modelo assistencial em saúde é uma questão que atende a dois níveis de abordagem, um técnico e outro político. Dentro do primeiro, ou seja, do ponto de vista da produção, distribuição dos diversos tipos de recursos e insumos para a saúde, são obstáculos de natureza eminentemente política que ainda entram a difusão e o acesso aos conhecimentos e produção material respectiva. Portanto, a discussão se remete basicamente ao nível político de análise. E são questões de tal natureza que se pretende discutir no presente trabalho, como por exemplo: como fugir da improvisação na programação da saúde? Como alcançar um novo modelo assistencial a partir da combinação de cálculo técnico e diretrizes políticas? Ou ainda: como viabilizar as mudanças necessárias levando em consideração as relações de poder vigente entre atores sociais internos e externos ao setor saúde?

O autor, a partir da experiência de 6 anos como Secretário Municipal de Saúde em Uberlândia-MG dentro de um contexto de fortes mudanças no plano local e geral na área da saúde, procura refletir sobre tais questões, à luz do "Planejamento Estratégico", proposta política e metodológica desenvolvida por MARIO TESTA e outros autores latinoamericanos, visando a promoção de mudanças reais no setor saúde.

A questão da organização do atendimento à saúde, ou seja, da construção do chamado "Modelo Assistencial" comporta níveis de abordagem de natureza técnica e política. Do ponto de vista técnico, isto é, dentro da lógica da produção, distribuição e utilização de recursos (insumos, bens de capital, financiamento e pessoal), conhecimento suficientes talvez já tenham sido acumulados, ou então dependem de fatores intrinsecamente políticos para serem produzidos e distribuídos. Portanto a discussão se remete necessariamente ao plano político, ou seja, aquele cuja lógica não é mais a da programação de recursos, mas sim a de estratégia e poder, fatores que realmente determinam e condicionam o surgimento de mudanças reais.

Sem embargo de um maior aprofundamento da discussão, alguns balizamentos da questão da construção do modelo assistencial já se encontram em vias de definição não só pelas conquistas técnicas como também pelos avanços políticos recentes, particularmente no âmbito da nova Constituição do país (1). São eles: a unificação e a descentralização do comando das ações de saúde; a integralidade do atendimento; o acesso universal e igualitário da população ao sistema; a hierarquização dos níveis de atenção; o financiamento em novas bases de arrecadação e distribuição e o controle dos serviços de saúde pelos usuários.

A implantação do SUDS, embora limitada por inúmeros obstáculos no país, representou, sem dúvida um avan-

* Mestrando em Saúde Pública no ENSP
Ex-Secretário de Saúde Pública de
Uberlândia-MG

ço em relação à situação de centralismo e diversão historicamente vigentes no setor saúde. Em trabalho anterior (2) sublinha-nos o caráter contraditório do processo de mudanças na saúde, ressaltando contudo o necessário encaminhamento conjunto da consolidação do processo democrático no país e a implantação da Reforma Sanitária. Ainda neste trabalho, afirmamos: "O processo de elaboração e discussão do Modelo Assistencial poderá servir de eixo aglutinador para que haja participação real e democratizada dos diversos interesses em jogo".

Questões chaves que se colocam em relação à organização do setor saúde, em qualquer nível do sistema, são: como fugir da intuição, do assistencialismo e do imediatismo? Como combinar o cálculo técnico com as diretrizes políticas de modo a se alcançar um novo modelo de assistência à saúde, pensando a partir de sua viabilidade e desdobramentos sobre as relações de poder vigentes entre os grupos sociais internos e externos ao setor? Nossa experiência de 6 anos (1983 — 1988) no exercício do cargo de secretário de saúde em Uberlândia-MG, (descrita recentemente em coletânea organizada por ALMEIDA (3) dentro de um contexto de implantação de um modelo de assistência à saúde até então inexistente no município e mais ainda, de fortes mudanças institucionais e políticas no setor saúde do país, nos forneceram elementos para uma reflexão acerca das questões propostas acima. Para tanto, tomamos com referência a nova maneira de pensar a mudança em saúde que é o "Planejamento Estratégico" (4), dentro do qual, tais questões poderiam ser colocadas através da análise de três momentos, não necessariamente sucessivos cronologicamente, quais sejam: a criação da viabilidade (para as mudanças); a execução das mudanças; a consolidação do terreno conquistado.

A CRIAÇÃO DA VIABILIDADE

Trata-se fundamentalmente de detectar e, principalmente promover acontecimentos sociopolíticos que possam afetar a consciência (social ou sanitária) de grupos na comunidade. Tais acontecimentos podem ter caráter concreto (ex. abertura de novos Centros de Saúde, implantação de programas, etc.) ou abstratos (eventos de saúde, discussões sobre lei orgânica e outros). O importante é que tais acontecimentos impressionam ideologicamente os grupos sociais organizados formalmente ou não, dentro da comunidade. Esta "impressão" ideológica pode se dar apenas no sentido de despertar a mobilização dos grupos, por assim dizer, gerar um estado de alerta (ex. face a um repasse de verbas não concretizado pelo SUDS), ou mesmo no sentido de formar opinião em relação a determinado fato, por exemplo, da necessidade de atendimento especializado e emergencial à população. Aqui se coloca a questão de uma ação comunicativa efetiva e permanente, fator que envolve, além dos muitos meios informais conhecidos, a busca de "alianças", nem sempre fáceis e isentas de contradições, com os meios de comunicação, que muitas vezes podem abandonar uma postura partidária e parcial, em função do caráter especialmente "ético" de que se reveste a saúde. Em suma: construir a viabilidade é uma ação essencialmente política cuja expressão maior é a busca de uma base sócio-política permanente de apoio. No contexto presente, isto é, quando os municípios se preparam para discutir suas leis orgânicas, à luz da nova Carta

Constitucional, é fácil se prever a relevância da conquista e da ampliação de tal base de apoio, particularmente na questão da saúde, tema não tratado até agora, nos documentos legais com a importância devida.

A "base sócio-política" referida acima pressupõe a existência e a ação de "atores sociais" diversos, sobre os quais caberiam alguns comentários. Entre tais atores, poder-se-ia citar: as chamadas corporações (tradicionais, como a de médicos, odontólogos, etc., e outras de formação cronologicamente posterior e que combinam à ideologia corporativista tradicional um certo caráter "reativo" ou de busca de espaço profissional; tal é o caso dos psicólogos, assistentes sociais e outras categorias); a tecnoburocracia das instituições do setor saúde (com manifestações ativas ou passivas, mas quase sempre de resistência às mudanças); os políticos profissionais (sejam dotados ou não de mandatos eletivos, mas geralmente portadores de grandes apetites clientelistas); e, por último mas sem importância menor, os usuários (representados um tanto indistintamente nas Associações de Moradores e congêneres, mas também nos Sindicatos de Trabalhadores, Entidades de minorias, etc.). (Uma revisão recente do papel histórico de tais movimentos, particularmente de sua evolução dentro do contexto de transição política brasileira e de sua influência nas políticas sociais do país, foi realizada por COSTA (5). Tais atores se caracterizam pela manifestação de contradições profundas, seja entre si ou mesmo internamente a cada categoria citada. Vícios como imediatismo, corporativismo, resistência a mudanças e outros fazem parte da prática de tais grupos, reprodutores que são dos conflitos e impasses de uma sociedade desigual. Quando a proposta é "criar viabilidade", isto significa que torna-se necessário fortalecer aliados e/ou enfraquecer adversários entre tais grupos. Uma estratégia importante neste sentido é a de colocar frente a frente estes atores em eventos de saúde especialmente programados. Como exemplo, a resistência corporativa em cumprir as normas pode ser quebrada ou atenuada quando a questão deixa de ser discutida entre chefias e funcionários para ser abordada mais entre servidores e comunidade de usuários, o que transforma um fator administrativo em um fato político. Da mesma forma, a elaboração de um plano municipal de saúde ou outra forma de documento direcio-



nado para a construção do "Modelo Assistencial", poderá ter seu conteúdo técnico-administrativo modificado em favor de uma abordagem política, ou seja, na presença e com a participação de atores sociais concretos (Associação de Moradores, Entidades — classes, Sindicatos, etc.). Neste processo, é importante ter em mente a negociação entre as partes como estratégia, intercambiando-se apoio por atendimento de interesses imediatos (ou até amplos), levando-se sempre em conta a necessária alternância entre a oferta de realizações materiais e a promoção de discussões com os usuários. Assim, por exemplo, a decisão de abrir um serviço de emergência em determinado setor da cidade pode desencadear um interessante processo de discussão a respeito de níveis de atendimento do sistema de saúde e respectivas responsabilidades institucionais. Finalizando a questão dos "atores", é conveniente lembrar que a constituição da viabilidade requer também uma análise relativamente profunda e abrangente a respeito do elenco de interesses manifestados pelos mesmos; o tipo de poder e força que cada ator tem para exercê-los; a diferenciação de efeitos quando as forças sociais se manifestam conjuntamente ou isoladamente; as transformações possíveis entre os diferentes atores e respectivas forças. Enfim, trata-se de prever, também, os desdobramentos e consequências das alianças e dos antagonismos explicitados naturalmente ou mediante a estratégia de colocar os atores sociais frente à frente.

PROMOVENDO AS MUDANÇAS

Promover mudanças significativas, antes de mais nada, avançar, ir além, seja em termos quantitativos ou qualitativos em relação a uma dada situação. Um desafio permanente resulta de se questionar as instituições de saúde, sobre quão tímidos tem sido o processo de "mudança" vivenciados até agora em nossa realidade. Trata-se, na verdade de um debate já plenamente instalado e até "super-aquecido", com prováveis desdobramentos para o futuro, o que,

sem dúvida é benéfico para um maior aprofundamento de tal questão. Ver por exemplo, as interessantes contribuições de TEIXEIRA e CAMPOS (6).

A ação de mudar não comporta fórmulas prontas. A especificidade de cada realidade concreta, em termos institucionais, culturais, políticos, históricos, etc., é que permite um adequado dimensionamento de: O que mudar? Como mudar? Quando mudar? O que se pode adiantar, são questões genéricas, inespecíficas. Por exemplo: o que se pretende é uma mudança limitada a componentes tecnoburocráticos e administrativos? Ou se pretende ir além? (Em outras palavras: deslocar realmente as relações de poder, para o que torna-se imprescindível a conquista e a ampliação da base social). Da mesma forma se pode questionar: de que indicadores se deve partir para pensar a mudança, ou seja, desenhar uma "imagem-objetivo"? Este é um aspecto importante a ser considerado, porque os "diagnósticos" disponíveis ou são muito falhos ou apenas falam de números, taxas, relações quantitativas diversas que deixam de lado ou até obscurecem a verdadeira base sobre a qual aparecem e se desenvolvem as doenças, ou seja, a situação de marginalidade social à qual está condenada grande parte da população. A questão da diarreia infantil é bem ilustrativa a este respeito: mais que um número abstrato, a ser corrigido por medidas específicas, as mortes e hospitalizações por gastroenterites representam uma situação complexa que exige intervenção imediata do poder público através de programas de saúde, saneamento, habitação, abastecimento e educação.

A questão das mudanças tem que ser pensada a partir da construção de sua viabilidade, isto é, dentro de uma perspectiva política. Para isso, torna-se fundamental pensar-se no fortalecimento das organizações existentes (grupos de pessoas com objetivos definidos) bem como na busca de uma "nova institucionalidade", isto é, no desenvolvimento de uma base social consciente e organizada, seja no interior das instituições do setor, seja nas instâncias da organização comunitária.

NÃO PERDER TERRENO

Este é o momento de consolidação das mudanças alcançadas. Agora, pactos gerados em contextos porventura já superados devem ser substituídos e aperfeiçoados. Um exemplo concreto destes novos pactos é a transformação das "Comissões colegiadas" (CIMS, CLIS ou similares) que foram a expressão de um momento meramente "integrador" no desenvolvimento do sistema, em Conselhos de Saúde de caráter deliberativo e fiscalizador em relação ao sistema não mais "integrado", mas agora "único". O Conselho deve representar um novo acordo entre parceiros, em que o caráter de concessão e colateralidade das instâncias comunitárias é superado pelo compartilhamento real de poder. Trata-se do fortalecimento organizacional que conduz à "nova institucionalidade" já citada no item anterior, dentro da qual, no dizer de TESTA (1) o "poder cotidiano se transforma em poder societal". Esta, inclusive, é uma estratégia para se contornar e superar o notório descrédito que o poder público brasileiro infelizmente ostenta historicamente, não apenas na área de saúde. A "nova institucionalidade" pressupõe um novo conceito, o de "poder local", dentro do qual, ao lado do legislativo e do executivo da formulação democrática representativa tradicional, está presente também o movimento social, abrindo caminho para a participação efetiva da sociedade como um todo. A operacionalização do "poder local", em relação à saúde tem seu "locus" privilegiado exatamente na formação dos Conselhos (Municipais, Comunitários) de Saúde, desde que sejam resguardadas algumas características, como não-atrelamento, caráter deliberativo, representatividade (o que significa encarar de frente e trabalhar as contradições inerentes) e continuidade operativa. A questão da paridade de representações é bastante controversa e poderia ser explicitada por uma questão simples: é a sociedade civil "paritária" com aparelhos estatais? (Admitir que sim talvez signifique manter efetivamente as rela-

ções de poder que se estabeleceram e persistem historicamente, e que são particularmente expressivas e dominantes em uma sociedade como a nossa...). É aliás com certa preocupação que temos visto este tema ser tratado dentro uma ótica limitadora nos primeiros documentos que têm circulado como contribuições à lei orgânica municipal e seu capítulo de Saúde (7). Talvez a intenção das pessoas e entidades signatárias de tais documentos seja outra, mas, na prática, o caráter de "paridade" dos Conselhos de Saúde irá se constituir em verdadeira "camisa de força" para a representação da sociedade civil.

Toda esta discussão conduz a dois pontos nodais, quais sejam, a democratização interna das instituições públicas e sua abertura à participação da cidadania. É bem conhecida a distância que a sociedade brasileira tem que percorrer para chegar a resolvê-los. É preciso ter em mente que o corporativismo, o clientelismo, o burocratismo e outros mecanismos que tendem a reproduzir pura e simplesmente as relações de poder vigentes na sociedade, constituem

fortes obstáculos à maior democratização interna e à abertura à participação e controle da sociedade sobre as instituições.

Todos aqueles envolvidos com a elaboração e a implantação de "modelos assistenciais" que objetivem reduzir as desigualdades vigentes no campo da saúde e buscar a garantia do direito fundamental à mesma, devem ter presentes a extensão e a complexidade da luta essencialmente política necessária para alcançá-los. Ou, nas palavras de CASTELLS, que transcrevemos a seguir: (tradução nossa)... "assegurar a força política (do movimento de cidadãos) nas instituições representativas do Estado em todos os níveis; enfim, mudar qualitativamente a política e a estrutura deste Estado, articulando-o de maneira cada vez mais estreita às organizações e apoiando-se na força autônoma destas organizações para modificar a correlação de forças sociais e defender as conquistas que se consiga no seio do Estado e na relação entre este e a sociedade." (8)

BIBLIOGRAFIA

- 1 - CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília, 1988.
- 2 - GOULART, F. A. A.: "A organização dos serviços no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde — SUDS: A Visão do Município." Rev. Saúde em Debate, n.º 20, p. 61-64 abr. 1988.
- 3 - ALMEIDA, C. M.: "Os Atalhos da Mudança de Saúde no Brasil". Brasília, OPAS/OMS, 1989.
- 4 - TESTA, M.: "Estratégia, cohepencia y poder en laz propuestas de salud." Cuadernos Médico-Sociales, n.º 39, 1987.
- 5 - COSTA, N. R.: "Transição e movimentos sociais: contribuição ao debate da Reforma Sanitária" in Vv. Aa.: "Demandas populares, políticas públicas e saúde." Petrópolis, Ed. Vozes, 1989.
- 6 - BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W.: "Reforma sanitária — Itália e Brasil." São Paulo, Ed. Hucitec, 1988.
- 7 - Ver entre outras, propostas para Lei Orgânica Municipal em Saúde divulgadas, a partir de julho de 1989 por CREMERJ, Associação das Secretarias e Dept.ºs. Municipais de Saúde de São Paulo, IBAM, ABRASCO e ENSP.
- 8 - CASTELLS, M.: "Ciudad, Democracia y Socialismo." México, 2.ª ed., Ed. Siglo XXI, 1979.

Contra o técnico em higiene dental

Paulo Capel Narvai *
 Marco Antonio Manfredini *
 Carlos Botazzo *
 Neusa Raineri **
 Douglas Schneider *
 Paulo Frazão ***

Os autores analisam, neste artigo, aspectos relativos ao técnico em higiene dental (THD), um tipo de pessoal auxiliar odontológico recentemente reconhecido no Brasil. Identificam e discutem questões relacionadas à formação e utilização do THD nos serviços de saúde, e sua aceitação pela categoria profissional dos cirurgiões-dentistas, com os quais devem trabalhar compondo equipes de saúde bucal, tanto no setor público, quanto no setor privado. Apresentam o resultado de uma pesquisa-participante desenvolvida no Estado de São Paulo durante 26 meses, entre outubro de 1986 e dezembro de 1988. Concluem que o THD é imprescindível à prestação de serviços odontológicos no Brasil; tem situação funcional perfeitamente legalizada; não restringe o mercado de trabalho do cirurgião-dentista; tem sua formação amparada e regulamentada pelo sistema educacional; contribui para elevar a qualidade dos serviços prestados à população; e não deve ser confundido com o falso dentista ("prático").

* Cirurgião-Dentista Sanitarista. Membro do GEPRO de Saúde Bucal, do SUDS-SP.

(**) Cirurgiã-Dentista. Membro da Equipe Técnica de Odontologia Sanitária, do Instituto de Saúde, da SES-SP.

(***) Cirurgião-Dentista. Membro da Coordenação Estadual do Projeto Larga Escala, do SUDS-SP.

INTRODUÇÃO

O técnico em higiene dental (THD) é um tipo de pessoal odontológico, de nível médio, cuja incorporação às práticas de saúde nesta área especializada vem sendo proposta no Brasil, oficialmente, desde a 7ª. Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 1980) (7).

A proposta é polêmica, pelo menos entre os cirurgiões-dentistas, e implica posicionamento, tomada de partido. Qualquer veleidade de isenção no tratamento da questão do THD resulta, hoje, inútil. E os autores deste artigo posicionam-se desde logo: são clara e inequivocadamente favoráveis ao THD. Mais que isso, vêm participando ativamente da formação desse tipo de pessoal auxiliar odontológico em instituições públicas, no Estado de São Paulo. Assim, o título não deve iludir ninguém.

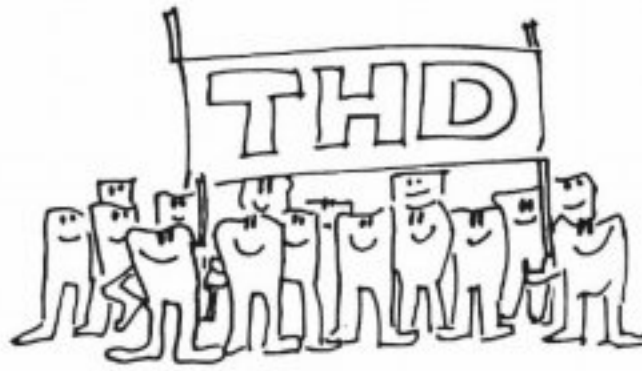
Sua razão é simples: "Contra o THD!" é a frase-síntese da posição daqueles que lutam para perpetuar na odontologia brasileira, neste final de anos 80 do século XX, uma de suas características mais marcantes: sua essência monopolizadora (23), que se manifesta no,

- monopólio do conhecimento técnico-científico pelo conjunto dos trabalhadores da área;
- monopólio das atividades clínicas pelo cirurgião-dentista; e
- monopólio do acesso aos serviços odontológicos pela burguesia e frações da pequena-burguesia.

A incorporação do THD à prática odontológica implica transformar o processo de trabalho (18, 39, 20), alterando-se as relações que nele se estabelecem e transformando também o ambiente físico onde este processo se desenvolve. Tal transformação é estimulada por outras abordagens do processo saúde-doença na boca (6), as quais tendem a buscar marcos teóricos distintos dos utilizados tradicionalmente (em geral baseados no conceito da **rede de causalidade**; mas também com a permanência notável, até hoje, de concepções fundadas — ainda! na noção da **unicausalidade...**).

Mas essa **transformação do processo de trabalho odontológico** não interessa a segmentos significativos da corporação dos cirurgiões-dentistas (2, 3, 4, 36).

Contra o THD vem levantando-se argumentos de todo tipo (3, 22), alguns respeitáveis, outros evidentemente mal intencionados.



MATERIAL E MÉTODOS

Os autores optaram por uma pesquisa-participante. Ou seja: buscaram investigar aspectos da questão do THD, em São Paulo, utilizando uma metodologia qualitativa que viabilizasse sua participação em processos de discussão com cirurgiões-dentistas; discussões essas referentes à formação e utilização de técnicos em higiene dental, por instituições públicas que desenvolvem atividades assistenciais no campo odontológico.

Durante 26 meses, entre os meses de outubro de 1986 e dezembro de 1988, participaram:

- da elaboração de um Plano de Curso para formação de THDs (aprovado em 02/09/1987), pelo Conselho Estadual de Educação (33), através do "Projeto Larga Escala" — Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Níveis Elementar e Médio para os serviços de saúde —, (8) e, da colocação desse Plano de Curso em prática nas Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo (capital) e da Estância de Embu (SP).

Em outubro de 1986 (mais exatamente no dia 12), a Plenária Final da 1ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal (1ª. CNSB) aprovou, em Brasília, proposições relativas à formação e utilização do THD, nos seguintes termos:

"(...) 35. A formação urgente e a incorporação imediata de pessoal de nível elementar e médio — Atendente de Consultório Dentário — ACD, e Técnico em Higiene Dental — THD, como forma de viabilizar a extensão de cobertura e aumento da produtividade, requeridos no atual momento.

"36. O poder público deverá patrocinar e estimular a formação desse pessoal, em instituições próprias ou através de convênios com instituições privadas, reformulando a legislação que regula o exercício profissional do THD, de modo a facilitar sua formação.

"37. Nos Estados e localidades onde já existia a incorporação de ACD e do THD, com qualificação em cursos informais deve o poder público buscar formas adequadas de enquadramento desse pessoal, objetivando a regulamentação de sua situação profissional, sem prejuízo dos programas comunitários odontológicos onde se encontram inseridos.

"38. A formação do Técnico em Prótese Dentária e THD deve se dar a nível de instituição pública ou privada, com currículo definido e treinamento em serviço.

"39. O treinamento em serviço é uma estratégia que deve mostrar a organização dos processos de formação do THD e demais auxiliares em odontologia, nos setores público e privado, levando em consideração as diferenças entre as várias regiões do país". (9)

Em dezembro de 1988 (mais precisamente no dia 13) realizou-se na Estância de Embu, na região metropolitana de São Paulo, a cerimônia de encerramento de curso da primeira turma de técnicos em higiene dental formada no Estado de São Paulo, através do Projeto Larga Escala (PLE).

Vivendo a intimidade desses processos, da 1ª. CNSB à formação da primeira turma de Embu, os autores participaram também de atividades objetivando a implantação de cursos de THD em outros municípios do Estado (Araçatuba, Amparo, Casabranca, Mauá, Campinas, Itu).

Dessas experiências, colheram material relativo às expectativas de órgãos governamentais, de entidades odontológicas, e de cirurgiões-dentistas, frente à questão do THD (2, 3, 22, 34, 12, 28, 35). Esse material diz respeito, entre outros, aos seguintes aspectos, identificados pelos autores como de maior relevância:

- Porque utilizar o THD?
- Quais as atribuições do THD?
- Como se formam os THDs?
- O THD restringe o mercado de trabalho para o CD?
- O THD não vai se transformar num falso dentista, ou "dentista prático"?
- Qual a responsabilidade do CD pelo trabalho do THD?

DISCUSSÃO

Com base em anotações de reuniões, documentos oficiais, manifestações de dirigentes de órgãos públicos, e de lideranças odontológicas, e em revisão não exaustiva da literatura sobre o tema, apresenta-se a seguir a discussão pertinente a cada tópico:

PORQUE UTILIZAR O THD?

Vários estudos relativos à cobertura da assistência odontológica no Brasil como um todo, ou em regiões específicas, têm mostrado sua extrema exiguidade (9, 32, 38). Entidades odontológicas admitem que menos de 5% da população brasileira tem acesso regular aos serviços. Estimativa realizada em 1988 para o Estado de São Paulo, revelou, por outro lado, que apenas 13% da população escolar poderia ser tratada com os recursos disponíveis no setor público, se utilizados em sua plenitude (25).

Em palestra proferida na I Conferência Estadual de Saúde Bucal, realizada em São Paulo em setembro de 1986, VIEGAS (38) apresentou estudo dimensionando recursos humanos odontológicos existentes e necessidades assistenciais, no Estado. Referiu na ocasião que, ainda que o Estado apresentasse uma relação dentista/habitantes próxima de 1:1.000 (muito boa, segundo a Organização Mundial de Saúde) (13), seriam necessários 3 vezes mais dentistas para que se pudesse tratar apenas os "problemas básicos" da população de 6 a 60 anos. Isso implicaria baixar a proporção dentista/habitantes para níveis socialmente insuportáveis (algo em torno de 1:250).

Em conclusão afirmava que os esforços para melhorar os níveis de saúde bucal deveriam perseguir dois objetivos estratégicos: incrementar, de um lado, as medidas preventivas, sobretudo as de amplo alcance social, e, de outro lado, incorporar pessoal auxiliar odontológico (especialmente o THD) na equipes de trabalho, de modo a utilizar com racionalidade os profissionais de nível universitário, atribuindo-lhes funções compatíveis com a sua qualificação. Somente o trabalho tecnicamente dividido poderia, segundo VIEGAS, viabilizar o potencial de cobertura de cada profissional; dos atuais 250 tratamentos completos (TC), em média por ano (jornada

de 4 horas diárias), para 1.000 a 2.000 TCs, segundo o tipo de serviço requerido.

De fato, estudos sobre produtividade e custos em programas de saúde bucal no Brasil (18, 32, 37, 31, 26), coincidem com essas afirmações. PEREIRA (1983), refere que, em 1982 um tratamento odontológico concluído custou, no Programa Integrado de Saúde Escolar (PISE) de Brasília 94,8% menos que tratamentos semelhantes realizados em programas tradicionais. E a produção de unidades de trabalho por hora clínica, por CD aumentou de 2,6 (trabalho a 4 mãos sem THD) para 5,8 (trabalho a 8 mãos, com THD). Em Minas Gerais, estudo realizado para desenvolver modelo de assistência escolar (MEIRA, A.J. et alii, 1985) revelou que a utilização de THD proporcionou aumento na produção de unidades de trabalho por hora clínica de 1,9 (CD em trabalho isolado, sem qualquer auxiliar) para 11,3 (trabalho a 8 mãos, com CD, THD e ACD). Neste modelo houve redução de 49,1% no custo unitário dos serviços produzidos.

Assim, por razões epidemiológicas e de racionalização da assistência, deve o THD ser utilizado, nas condições brasileiras atuais. Deve este técnico, porém, estar sempre integrado ao trabalho de uma Equipe de Saúde Bucal (12, 27). É neste contexto, onde o sujeito do trabalho odontológico é coletivo (uma equipe) que o THD realiza plenamente o sentido social do seu trabalho.

Obstar a participação do THD na prática odontológica significa hoje, objetivamente, dificultar o acesso das pessoas a esses serviços especializados, contribuindo para elitizar ainda mais esse tipo de assistência, reforçando o monopólio do acesso pelas classes sociais dominantes.

Profissionais e entidades odontológicas comprometidos com essas classes vêm fazendo isso (3, 4, 36).

No XII Congresso Paulista de Odontologia (São Paulo, janeiro de 1986) circulou, patrocinado pela Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (APCD), um abaixo-assinado pedindo a "extinção da profissão de THD".

Em ofício dirigido ao Prefeito Municipal, em fevereiro de 1988, a Associação Odontológica da Prefeitura de São Paulo solicitou fosse "proibido o exercício da função de THD nos serviços de Odontologia da Prefeitura". A solicita-

ção foi reiterada em várias oportunidades, sobretudo após o início, em 11/04/88, de um Curso de THD, promovido pelo Departamento de Saúde da Comunidade, órgão da Secretaria de Saúde da Capital

Episódio marcante neste sentido, porém, foi o ocorrido em Itu (SP), onde um CD denunciou quatro colegas ao Conselho Regional de Odontologia (CRO-SP), por "acobertamento de exercício ilegal da profissão", por parte de auxiliares odontológicos (os quais na verdade, exerciam funções de THD para as quais estavam sendo preparados, através de curso). O fato repercutiu em todo o Estado e no País, tendo sido aprovadas moções de repúdio ao CRO-SP em eventos da área da saúde, destacando-se o Congresso da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) e, principalmente, a 8ª. Conferência Nacional de Saúde.

O processo ético, iniciado em 1985, culminou com a condenação dos quatro CDs, em 1988.

No lado oposto, vem situando-se, entre outros, o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO) em cujo Boletim nº. 4 (junho de 1985) é feita contundente defesa do programa de Itu. Novamente em abril de 1988, sob o título "THD — Instrumento de transformação", o MBRO condena "argumentos aparentemente técnico-científicos". Neste mesmo artigo, o MBRO recusa-se a "aceitar essas falsas argumentações (formação de "práticos" e queda de qualidade de assistência), partidas daqueles cujo interesse é manter as coisas exatamente como estão, ou seja, a esmagadora maioria da população sem direito à saúde bucal" (18, 29).

QUAL A SITUAÇÃO LEGAL DO THD?

Em 1975, o Conselho Federal de Educação (CFE), através do Parecer 460/75, autorizou o funcionamento de cursos destinados à formação de Técnicos em Higiene Dental (THD) e Atendente de Consultório Dentário (ACD).

Este Parecer (10), estabelece que para habilitação profissional do THD, a carga horária deve ser de 2.200 horas, incluindo o núcleo comum integral de 2º. grau (educação geral) e a parte especial, composta pelas matérias profissionalizantes e estágio.

Em 1984, o Conselho Federal de Odontologia aprovou a Decisão 26/84 (15) que disciplinou o exercício profissional do THD e do ACD. em 1987, através da Resolução CFO 157/87 (16), procederam-se reformulações nestes instrumentos legais.

Em vários Estados (PR, MG, MS) e municípios (Curitiba, Embu, Mococa), já se deu a criação de cargos com a denominação oficial de ACD e THD. Quanto à regulamentação da profissão junto ao Ministério do Trabalho e dentre outros aspectos, regulamentação da jornada de trabalho e piso salarial, estas são lutas dos integrantes desta nova categoria. Cabe destacar que é inferior a meia centena o número de profissões regulamentadas pelo Congresso Nacional, sendo que a quase totalidade refere-se a profissões de nível universitário. Assim, a regulamentação da profissão não é condição indispensável para que o seu exercício tenha o devido amparo legal. Cumpre esclarecer ainda, que este amparo legal é conferido pelas Resoluções do CFO, a quem compete disciplinar e fiscalizar o exercício profissional no campo odontológico.

Quais as atribuições do THD?

A Resolução CFO 157/87 esclarece claramente quais são as "atividades privadas" do THD, sempre sob supervisão do cirurgião-dentista (art. 11):

Participar do treinamento de atendentes de consultório dentário; colaborar nos programas educativos de saúde bucal; colaborar nos levantamentos e estudos epidemiológicos como coordenador, monitor e anotador; educar e orientar os pacientes ou grupos de pacientes sobre prevenção e tratamento das doenças bucais; fazer a demonstração de técnicas de escovação; responder pela administração da clínica; supervisionar, sob delegação, o trabalho dos atendentes de consultório dentário; fazer a tomada e a revelação de radiografias intra-orais; realizar testes de vitalidade pulpar; realizar a remoção de indutos, placas e cálculos supra-gengivais; executar a aplicação de substâncias para a prevenção da cárie dental; inserir e condensar substâncias res-

tauradoras; polir restaurações; proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após os atos cirúrgicos; remover suturas; confeccionar modelos; preparar moldeiras.

Ao THD é vedado (art. 12):

- exercer a atividade de forma autônoma; prestar assistência, direta ou indiretamente, a paciente, sem a indispensável supervisão do cirurgião-dentista; realizar, na cavidade bucal do paciente, procedimentos não discriminados nas atribuições legais; fazer propaganda de seus serviços, mesmo em revistas, jornais ou folhetos especializados de área odontológica.

Cabe aqui um importante esclarecimento quanto às funções dos Conselhos de Educação e de Odontologia, no que diz respeito à formação do THD. Todo o trâmite dos cursos é competência dos Conselhos de Educação. Assim, para formar THDs, basta que a instituição interessada elabore um plano de curso e submeta à aprovação do respectivo Conselho Estadual de Educação. Os Conselhos Regionais de Odontologia não tem poder regulador ou fiscalizador sobre os cursos de formação.

Como se formam os THDs?

A formação do Técnico em higiene dental (habilitação plena) e do atendente de consultório dentário (habilitação parcial do técnico) é normatizada pela Lei Federal 5692/71. Esta formação pode ocorrer, segundo à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (5692/71), através do ensino regular do segundo grau ou através de ensino supletivo. O ensino supletivo por sua vez, tem as seguintes funções básicas: a suplência; o suprimento; a aprendizagem; e a qualificação profissional.

A suplência objetiva suprir a escolarização regular de jovens e adultos que não tenham seguido, ou concluído na idade própria, o primeiro ou o segundo grau. A qualificação profissional tem a finalidade de preparar maiores de 14 anos para o desempenho de ocupações qualificadas, cujo nível de complexidade demande formação profissional metódica e permita duração reduzida, com

o propósito de acelerar o atendimento às necessidades da clientela e do mercado de trabalho. Tanto a suplência quanto

a qualificação profissional desenvolvem-se através de cursos ou exames.

Nos cursos de suplência de nível de segundo grau é exigido o currículo pleno, isto é, os conteúdos do núcleo comum (comunicação e expressão, estudos sociais, matemática e ciências) e a formação especial (matérias referentes à profissão que se deseja, neste caso o THD).

Os cursos de qualificação profissional em nível de segundo grau destinam-se à habilitação parcial do técnico (qualificação III) ou à habilitação plena (qualificação IV). Nestes cursos o currículo deve ser integrado apenas pelos componentes profissionalizantes de formação especial, prescindindo portanto do núcleo comum exigido nos cursos de suplência. Não dá direito contudo, ao contrário do que ocorre nos cursos de suplência, ao prosseguimento dos estudos.

No Estado de São Paulo, a maior parte dos cursos para formação do THD vem realizando-se pelo ensino supletivo através da qualificação profissional IV. A instituição promotora é o Centro de Formação de Recursos Humanos (CEFORH) da Secretaria de Estado da Saúde, sendo o Projeto Larga Escala (8) o responsável pela coordenação do processo pedagógico e administrativo dos cursos.

Desde 1986, o PLE vem sendo desenvolvido em São Paulo, com assessoria técnica da Organização Panamericana de Saúde e objetiva a formação de pessoal de níveis elementar e médio, empregado em instituições públicas e/ou conveniadas. Esta formação ocorre em serviço, com integração teoria-prática, ensino-trabalho, sendo que os próprios cirurgiões-dentistas das instituições são os instrutores dos cursos de ACD e THD.

Para a formação de THD, em São Paulo, no âmbito do PLE, o Conselho Estadual de Educação (CEE) aprovou em sua 1.394^a. Seção Plenária, realizada em 02.09.1987 o Plano de Curso relativo à Qualificação Profissional IV — Habilitação Plena em Higiene Dental (33). Na 1.406^a. Seção Plenária do CEE, de 15.09.88, estendeu-se a aprovação daquele Plano de Curso para todos os Escritórios Regionais de Saúde (ERSAS) do Estado. (14).

O THD restringe o mercado de trabalho do CD?

Uma das razões alegadas para a não utilização de THDs, é a de que "o THD rouba o mercado de trabalho que é por direito do CD". (2, 3).

Antes de entrar nessa discussão, é conveniente distinguir, nos limites aqui pertinentes, *campo* e *mercado* de trabalho (30).

O *campo* de trabalho de odontologia é definido em lei, e até mesmo situações limítrofes, onde a competência do CD poderia confundir-se com a de outros especialistas da área média (bucamaxilo, por exemplo), encontram-se hoje bem estabelecidas no Brasil. O *campo* é enorme e o conhecimento epidemiológico revela problemas cuja magnitude é suficiente para ocupar todos os profissionais CDs que o país vem formando (11).

Assim, não se registram problemas significativos com relação ao *campo de trabalho* do CD.

Quanto ao *mercado de trabalho*, a situação é diversa.

O *mercado de trabalho* para CDS e THDs é constituído pela ocupação no setor privado e/ou no setor público.

O modo de produção capitalista, hegemônico, transforma serviços odontológicos em mercadorias passíveis de serem adquiridas, no mercado, pelos indivíduos que dispõem de recursos financeiros para fazê-lo (7, 23, 9, 32). Quanto são esses indivíduos? O IBGE (1) revela que, em 1985, 64,8% da população economicamente ativa (PEA) com registro em carteira profissional (43,5% dos trabalhadores não tem registro em carteira...) tinham renda mensal de até 2 salários mínimos (SM) e 86,7%, renda inferior a 5 SM. Apenas 3,2% recebiam mensalmente mais de 20 SM (cerca de 578.000 pessoas). Como a força de trabalho do Brasil está entre as de menor remuneração no planeta, o SM equivale em dezembro de 1988, a US\$ 68,00 (sessenta e oito dólares), contra aproximadamente US\$ 600,00 (seiscentos dólares) nos países da Europa Ocidental, US\$ 115,00 (Cento e quinze dólares) no México, e US\$ 139,00 (Cento e trinta e nove dólares) na Argentina, segundo o Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE).

Com tal poder aquisitivo, frequentar com certa regularidade o consultório particular (hegemônico na estrutura da assistência odontológica no Brasil) é possível para, no máximo, 20% da população.

Como se observa, o setor privado apresenta limites nítidos para absorção de trabalhadores.

A contradição entre *campo* e *mercado* de trabalho faz com que o setor público seja pressionado para absorver a força de trabalho não ocupada. Pressão esta, aliás, não antagônica, mas, ao contrário, complementar às pressões populares por acesso a serviços odontológicos ("direito do cidadão e dever do Estado").

Por outro lado, os fatos tem demonstrado que, quando os programas odontológicos são tradicionais (o sujeito do trabalho é o CD, trabalhando isoladamente numa escola ou centro de saúde) há maiores dificuldades para sua expansão, restringindo-se assim a possibilidade de ampliação do mercado de trabalho.

Programas inovadores, que utilizam Equipes de Saúde Bucal, tem conseguido, por outro lado, pelo menos nos primeiros anos, viabilizar a expansão do mercado de trabalho, conforme pode ser visto na Tabela 1.

TABELA 1 — Número de CDs em diferentes anos, e em 1988, em Programas que incorporam THDs às Equipes de Saúde Bucal.

PROGRAMA	ANO	Nº. CDs	Nº. CDs em 1988
Curitiba (PR)	1979	11	116
Embu (SP)	1984	5	25
Itu (SP)	1983	4	13
Araçatuba 6SP)	1984	3	20

Assim, ao contrário do que alguns supõem, a incorporação do THD tem contribuído, objetivamente, não apenas para a manutenção do mercado de trabalho, mas para a sua expansão, principalmente no setor público, justamente onde essa expansão apresenta-se mais viável no Brasil, hoje. O maior impacto social (cobertura e qualidade) obtido pelos programas inovadores a custos compatíveis, constituem elemento chave para compreender a expansão referida.

O THD é capaz de realizar trabalho de boa qualidade?

Sempre que se discute o papel do THD, surgem dúvidas sobre a qualidade dos trabalhos por eles produzidos. Uma das maiores polêmicas é sobre o THD realizar a escultura em restaurações dentárias (17).

Um dos princípios que justifica este profissional é o da divisão técnica do trabalho. Como pretender que a THD faça a inserção e condensação do material restaurador numa cavidade e, no momento da escultura, interrompa o trabalho, chamando o dentista para que este realize apenas esta ação que é, na prática, inseparável das demais que compõe o acabamento de uma restauração?

O argumento de que "a escultura não consta da lei", sempre brandido para limitar as funções do THD, deve ser atribuído à má-fé de alguns dentistas que se colocam contra a divisão técnica do trabalho odontológico. De outra forma, como entender a condensação sem a imediata escultura? É racional separar essas etapas no processo de trabalho? Obviamente, não.

No que diz respeito à qualidade dos trabalhos produzidos, as objeções são pertinentes. Deve mesmo haver rigor quanto aos padrões de qualidade. Neste aspecto, porém, deve-se ressaltar a notável escassez de trabalhos científicos sobre iatrogenia e qualidade de serviços odontológicos.

Nesta rarefeita produção científica, dois trabalhos, um no Canadá e outro no Brasil, para avaliar a qualidade dos trabalhos do pessoal auxiliar, merecem destaque.

Em Saskatchewan, província canadense, iniciou-se na década de 1970 um programa de saúde bucal para crianças (24), com utilização de pessoal auxiliar ("enfermeira dental") e auxiliar de odontologia).

Ao término do 1º. ano de desenvolvimento do programa, realizou-se avaliação da qualidade de restaurações efetuadas pelas "enfermeiras dentais". Comparou-se a qualidade de 1.503 restaurações de amálgama por elas realizadas com 604 restaurações similares efetuadas por cirurgiões-dentistas, em clínicas privadas. Três dentistas (um

odontopediatra e dois especialistas em dentística) avaliaram 2.107 restaurações em 410 crianças. A metodologia utilizada (estudo "cego") impedia que os dentistas que efetuavam a avaliação soubessem quem havia realizado os procedimentos nas crianças.

Os resultados, eloquentes, são apresentados na Tabela 2.

TABELA 2. Avaliação da qualidade de restaurações de amálgama realizadas por enfermeiras dentais e cirurgiões-dentistas de clínicas privadas, em Saskatchewan, Canadá.

QUALIDADE DAS RESTAURAÇÕES	% SEGUNDO O REALIZADOR ENF. DENTAIS (1.503)	DENTISTAS (604)
Inaceitáveis	3,7	21,1
Adequadas	48,6	62,4
Superiores	47,7	16,5

FONTE: LEWIS, M.M. Dental care delivery in Saskatchewan, Canadá (1978).

No Brasil, importante trabalho de avaliação com estas características, foi realizado em Itu (CORDON, J., 1986). Nesta cidade do Estado de São Paulo, houve a partir de 1984, conforme referido anteriormente, reorientação do Programa de Assistência Odontológica ao Escolar, com incorporação de pessoal auxiliar trabalhando em equipes de saúde bucal, sob coordenação e supervisão de cirurgião-dentista.

No estudo citado (19), analisou-se 269 restaurações de amálgama de prata, realizadas em 94 escolares, pelas equipes de saúde bucal. Os resultados encontram-se na tabela 3.

TABELA 3. Qualidade de restaurações de amálgama realizadas pela equipe de saúde bucal de Itu (SP).

QUALIDADE	NÚMERO	%
Adequada (*)	218	81
Deficiente (**)	51	19
TOTAL	269	100

(*) Adequada: anatomia corretamente restaurada e ausência de porosidade, contacto prematuro, solução de continuidade ou infiltração de qualquer tipo.

(**) Deficiente: anatomia defeituosa, ou porosidade, ou contacto prematuro, ou fratura, ou sobremargem com solução de continuidade ou queda.

FONTE: CORDON, J.A. Relatório da experiência de saúde bucal em Itu. (1986).

Das 51 restaurações inadequadas, 14 foram realizadas exclusivamente por dentistas e 37, por dentistas e auxiliares. Destas, 29 apresentaram pequenas alterações, como ponto de contacto prematuro, sobremargens ou deficiência mínima de contorno.

Tais alterações, porém, não implicaram danos estéticos ou funcionais significativos. Dos 94 escolares examinados, 14 (15%) apresentavam transtornos na articulação têmporo-mandibular (ATM). Em nenhum caso, contudo, havia relação entre esses transtornos e as restaurações realizadas. As alterações de ATM decorriam, em todos os casos, de perdas precoces de primeiros molares permanentes, em conseqüências de cáries não tratadas.

O THD não vai se transformar em falso dentista ou "dentista prático".

Este é o temor da esmagadora maioria dos CDs (3, 4, 22). Em nenhuma reunião ou evento dos quais os autores participaram durante a pesquisa essa questão deixou de ser discutida ou mencionada. É compreensível que seja assim. Afinal, os CDs brasileiros atravessaram várias décadas lutando para afirmar sua profissão, estruturando-a, desenvolvendo-a no plano técnico-científico, e angariando prestígio e reconhecimento social pela qualidade dos serviços prestados. E tudo foi e vem sendo feito com a necessidade de "combater implacavelmente" o exercício ilegal da profissão por parte de indivíduos não habilitados. A luta por prover à população serviços de qualidade, produzidos por pessoas capazes de incorporar-se às suas práticas os avanços e conquistas do conhecimento científico tem apoio unânime dos CDs. Não há unanimidade, porém, quanto aos métodos de combate dos "falsos dentistas". Alguns analistas (GARRAFA, V., 1981; BOTAZZO, C., 1985), acreditam que a sobrevivência dos "práticos" decorre fundamentalmente da exiguidade da cobertura, derivada do caráter mercantilista da prática. O tratamento policial do

problema, ainda que bem sucedido temporariamente, tenderia ao fracasso a médio e longo prazos, se a questão da cobertura não for equacionada (23, 5).

A proposta de formar e utilizar pessoal auxiliar odontológico de nível médio, para desenvolvimento de ações clínicas (entende-se: utilizar THD) emergiu no Brasil num contexto histórico de indiscutível fracasso; por um lado, das políticas repressivas ao "prático" (eles seriam ainda cerca de 25.000 (32) no início dos anos 80...) e, por outro lado, de desenvolvimento de sistemas de trabalho inovadores, decorrentes da aplicação de princípios ergonômicos ao processo de trabalho odontológico (21).

O THD não se confunde, portanto, com o "prático" (5). É um tipo de pessoal odontológico com atribuições bem definidas, perfeitamente legal (16) e, tanto quando o CD, com requisitos claramente estabelecidos para o exercício profissional. Entre outros, o de ser portador de certificado ou diploma devidamente reconhecido pelo sistema educacional (salvo as exceções, temporárias, previstas pelo Conselho Federal de Odontologia) e estar regularmente inscrito no respectivo Conselho Regional.

Até o presente não há registro na literatura especializada ou na imprensa odontológica, de que algum THD tenha tomado a iniciativa de exercer autonomamente, e, portanto sem amparo legal, suas atribuições. Ou ainda que, ilegalmente, tenha realizado atribuições privativas de CD, em consultório ou clínicas privadas.

Numa época histórica onde CDs, cotidianamente, optam pelo encerramento de atividades em clínica privada pela escassez de clientes, é razoável admitir que THDs não farão opção em sentido contrário e "ao arrepio da lei", senão em situações extremas, em casos isolados, com caráter residual no sistema de atenção.

Não cabe dúvida, contudo, que tais casos devem ser objeto da ação dos Conselhos, aos quais compete fiscalizar o exercício profissional, sempre com o objetivo de proteger a saúde da população.

Assim, não há razões para tratar o THD como um falso dentista, um "prático". Ele não é isto. E não atende aos interesses da população, nem dos CDs, levá-los a serem isto, a serem "práticos". Elaboraões neste sentido, como

a feita por FREITAS, O.S. (22) de que "os THDs... em breve se constituirão numa multidão de "práticos" no país das 80 Faculdades de Odontologia", constituem, até onde nos foi possível analisar, pretenciosos exercícios de futurologia.

Qual a responsabilidade do CD pelo trabalho do THD?

A legislação é muito clara, como se observou anteriormente, em relação ao trabalho do THD. O requisito fundamental é que o exercício das funções de THD deve ocorrer, sempre, sob supervisão direta do CD (16). Esta supervisão direta refere-se ao desempenho de atividades clínico-cirúrgicas, não aplicando-se, salvo melhor juízo, ao desenvolvimento de atividades educativas, onde a supervisão indireta é suficiente e, obviamente, mais adequada.

A supervisão direta implica trabalho no mesmo ambiente clínico. Assim, o THD integra, necessariamente, uma Equipe de Saúde Bucal, comandada técnico-cientificamente, por CD. As competências de *diagnóstico* e *alta* entre outras de natureza irreversível, são exclusivamente do CD, e intransferíveis.

Isto significa, sem qualquer margem à dúvida, que cabe ao CD a responsabilidade final pelo trabalho da Equipe de Saúde Bucal (nela incluído o THD).

O argumento de que "uma pessoa não pode responsabilizar-se pelo trabalho de outra" é inconsistente e não se aplica, uma vez que não se trata de trabalho "de outra", mas de trabalho coletivo tecnicamente dividido, onde a responsabilidade parcial é de cada indivíduo segundo o que lhe compete, e a responsabilidade pelo produto final é de quem dirige o processo de trabalho.

A propósito, os participantes do Simpósio sobre THD na I Conferência Nacional das Profissões Para-Odontológicas (São Paulo, agosto de 1988) propõe, no documento final ao Conselho Federal de Odontologia que nos artigos da Resolução 157, onde aparece a expressão "supervisão do cirurgião-dentista", seja ela alterada para "responsabilidade do cirurgião-dentista" (17).

CONCLUSÕES

Tendo em vista o exposto anteriormente, pode-se concluir que:

1. A utilização do THD é, nas condi-

ções brasileiras atuais, imprescindível à prestação e à extensão da cobertura dos serviços odontológicos, especialmente no setor público mas também no setor privado.

2. É perfeitamente legal o trabalho do THD, seja sua atividade regulamentada ou não por Lei Federal específica, esclarecendo-se que o competente legal — o Conselho Federal de Odontologia — já estabeleceu as atividades próprias desse tipo de pessoal odontológico, e as atividades a ele vetadas.

3. Não há evidência de que a incorporação de THD restrinja o mercado de trabalho do CD. Ao contrário, tem facilitado sua expansão.

4. A formação do THD é possível segundo as várias modalidades de ensino previstas em lei, sempre em conformidade com o estabelecido pelo Conselho Federal de Educação, seja através do ensino regular ou do ensino supletivo.

5. A utilização do THD em Equipes de Saúde Bucal constitui fator de comprovada elevação da qualidade dos serviços produzidos.

6. Não há registro, até o momento, de nenhum THD que tenha optado, em qualquer ponto do país, por realizar atividades privativas de cirurgião-dentista, em desrespeito à legislação vigente.

BIBLIOGRAFIA

- Anuário Estatístico do Brasil. Fundação IBGE, Rio de Janeiro, 1987.
- Associação Odontológica da Prefeitura de São Paulo (AOPSP). Ofício n.º 03/88 (02.02.88), ao Prefeito Municipal de São Paulo.
- AOPSP. Boletim n.º 01/88. São Paulo, mimeo, s.d.p.
- Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (APCD). Comissão para Assuntos Especiais. Abaixo-Assinado no XII Congresso Paulista de Odontologia. São Paulo, 1986.
- BOTAZZO, C. Recursos Humanos em Saúde Bucal: os "dentistas práticos". Reunião do Grupo de Assessoria/Projeto Larga Escala-São Paulo. São Paulo, abr., 1985.
- BOTAZZO, C. et alii. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo, mimeo., 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. 7.º. Anais. Sub-tema n.º 7: Odontologia e serviços básicos de saúde. Brasília, Centro de Documentação/Min. Saúde, 1980.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Recursos Humanos para serviços de saúde: formação de pessoal de nível médio e elementar pelas instituições de saúde. Brasília, Centro de Documentação/Min. Saúde, 1982.
- Conferência Nacional de Saúde Bucal. 1.º. Relatório Final. Brasília, 10-12., 1986.
- BRASIL. Conselho Federal de Educação. Parecer n.º 460/75: Habilitação em nível de 2.º. Grau — técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário. Documenta, (171): 20-6, 1975.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasil, zona urbana, 1986. Brasília, Centro de Documentação/Min. Saúde, 1988.
- CAMPINAS. Encontro Municipal de Odontologia Comunitária. 2. Conclusões. Campinas (SP); out., 1985.
- CHAVES, M.M. Odontologia Social. 2.ª. ed. Rio de Janeiro. Labor, 1977.
- CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO. 1406.ª. Seção Plenária 15.09.88. Parecer n.º 831/88. DOE, Sec. I, 98 (178): 7. São Paulo, 21. set. 1988.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). Decisão 26/84. Rio de Janeiro, 25. out. 1984.
- CFO. Resolução 157/87. Rio de Janeiro, 31. jul. 1987.
- CFO. Conferência das Profissões Para-Odontológicas. 1.º. Simpósio: Regulamentação das atividades de Técnico em Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário (Conclusões). São Paulo, 28. Ago. 1988.
- CORDEIRO, R. Importância da utilização de pessoal não especializado para maior cobertura na prevenção da cárie dental nos meios rurais e urbanos. Rev. Fund. SESP. 25:96-9, 1980.
- CORDON, J.A. Relatório da experiência de saúde bucal em Itu. Saúde em Debate (18): 11-4, 1986.
- Dentistas tem ajudante como manda o figurino. Notícias Populares, 04. jul. 1988. p. 18.
- FERREIRA, R.C. Sistema simplificado de espaço físico. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1985.
- FREITAS, O.S. Odontoparadoxismos. CRO-SP Informa (12), 27:2, jun. 1987.
- GARRAFA, V. Simplificação e desmonopolização em odontologia. Rev. II ECEO. Florianópolis, jul. 1981.
- LEWIS, M.H. Dental care delivery in Saskatchewan, Canadá, p. 47-7. In: INGLE, J.I. & BLAIR, P. International dental care delivery systems. Michigan, Kellogg, 1978.
- MANFRÉDINI, M.A. et alii. Força de trabalho em saúde bucal em serviços públicos, no Estado de São Paulo. São Paulo, mimeo, 1988.
- MEIRA, A.J. et alii. Modelo de atenção odontológica simplificada a escolares. Belo Horizonte, SES/FINEP/PUC-MG, 1985.
- MINAS GERAIS. Conferência Mineira das Profissões Para-Odontológicas. Relatório final dos THDs e ACDs. Belo Horizonte, 13. ago., 1988.
- MOVIMENTO BRASILEIRO DE RENOVACÃO ODONTOLÓGICA. THD — Instrumento de transformação. Boletim, 13:3, abr., 1988.
- O grito de cada um. Boletim, 4: jun., 1986.
- NARVAI, P.C. Odontologia: campo e mercado de trabalho no Brasil (Palestra) VIII CUBO — Congresso Universitário Brasileiro de Odontologia. São Paulo, set. 1983.
- PEREIRA, S. Cuidados primários em saúde bucal. A saúde do Brasil, 1 (2): 81-8. abr./jun. 1983.
- PINTO, V.G. Saúde Bucal no Brasil. Reunião do Grupo Conjunto OMS-FDI n.º 5: Padrões de mudança em saúde bucal (Síntese de Informe). Viena (Áustria), out. 1982.
- SÃO PAULO. Conselho Estadual de Educação (CEE). 1349.ª. Sessão Plenária (02.09.87). Parecer n.º 1297/87. DOE. Sec. I. 97 (168):6. São Paulo, 04. set. 1987.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Reestruturação da Política de saúde bucal do Estado de São Paulo. São Paulo, 1987.
- SÃO PAULO (Município). Secretaria de Higiene e Saúde. Formação de THDs para a SHS, através do Projeto Larga Escala. São Paulo, jul. 1987.
- SÃO PAULO. Conselho Regional de Odontologia. (CRO-SP). Comissão de Distritos. Ata da Reunião Geral de 23. mar. 1988.
- VASCONCELOS, M.C.C. A assistente odontológica e sua contribuição para aumentar a produtividade da equipe de prestação de serviços odontológicos. (Dissertação de Mestrado, FSP — USP). São Paulo, 1978.
- VIEGA, A.R. Situação de saúde bucal no Estado de São Paulo (Palestra). Conferência Estadual de Saúde Bucal. 1.ª. São Paulo, set. 1986.
- Bases para a nova regulamentação de pessoal auxiliar em odontologia no Brasil. Documento apresentado à ABENO. São Paulo, mimeo. 1978.

Formulação de Políticas de R.H. nos Serviços de Saúde

José Paranaguá de Santana*

Pontos de Partida

A dependência do trabalho humano é uma característica destintiva dos processos de produção/prestação de serviços de saúde. Embora tenha-se observado extraordinária evolução tecnológica no campo da saúde, resultando na adoção frequente de inovações nos procedimentos propedêuticos e terapêuticos, os modos e a organização de sua oferta persistem fundamentalmente intermediados por pessoas. Ademais, ocorre que os novos procedimentos tecnológicos não dispensam, mas acrescentam-se aos anteriores.

Por outro lado, o processo de terciarização da economia que é um fenômeno universal, inclusive nos países subdesenvolvidos ou de economia dependente e periférica, se expressa no setor saúde de forma nítida, através do crescimento do número de postos de trabalho e de trabalhadores. É o que demonstram os estudos sobre força de trabalho e emprego em saúde realizados em alguns países da América Latina (1).

Tais considerações revelam a importância que têm os recursos humanos no contexto da produção/oferta de serviços de saúde, bem como no âmbito mais geral da própria economia ou das políticas nacionais de emprego e salário.

Essas considerações têm implicações muito objetivas para o Sistema Único de Saúde, relativamente aos instrumentos e meios para a adequada preparação e gestão dos recursos humanos necessários para sua operação, segundo os postulados da universalidade, da integralidade e da equidade do acesso aos cuidados de saúde.

Esta conclusão não deve ser tomada como base para uma interpretação que atribua às propostas de intervenção sobre recursos humanos uma potencialidade que elas, isoladamente, não podem ter: modificar os serviços de saúde. Este objetivo exige outras decisões e ações além daquelas dirigidas aos recursos humanos.

Um outro aspecto importante a ser considerado diz respeito à amplitude conceitual e operacional do termo recursos humanos. Há concepções muito abrangentes que incluem a própria comunidade como recursos humanos de saúde, derivadas da premissa de que interessa à sociedade promover seu próprio desenvolvimento social (2). Num outro extremo, situa-se a definição de recursos humanos restrita às pessoas formalmente vinculadas aos estabelecimentos de saúde, que é uma acepção economista que os considera meros insumos do processo produtivo neste âmbito institucional (3).

O debate sobre a formulação de políticas de recursos humanos nos serviços de saúde deve assentar-se em dois pontos fundamentais: a recuperação da dignidade desse objeto, no contexto do conjunto de interesses que atuam no campo e na dinâmica das definições políticas e, simultaneamente, a busca da identidade transcendente desse mesmo objeto, dada sua natureza humana e, portanto, autor da sua própria história.

*. Consultor Nacional de RH da OPAS/OMS no Brasil

Reflexões sobre a Situação Vigente

A preocupação com as questões de qualificação e gestão de pessoal tem estado sempre presente no discurso oficial das instituições do setor saúde. Contudo, tal preocupação não tem-se traduzido em decisões concretas para definição e implementação de políticas capazes de enfrentar ou resolver os problemas que, junto com o crescimento e diversificação dos próprios serviços de saúde, vêm se acumulando e adquirindo contornos progressivamente mais graves.

A atuação tradicional dos serviços de saúde, na área de capacitação de seu pessoal, restringe-se ao treinamento de pessoal auxiliar e, de forma mais episódica, de algumas categorias consideradas estratégicas ou críticas para implantação de projetos ou programas específicos definidos como prioritários em determinados momentos da história das instituições de saúde.

O problema da formação profissional propriamente dita, isto é, da preparação técnica e ideológica da força de trabalho, que se processa sob a égide das instituições de ensino, mantém-se à margem das orientações formais e das políticas emanadas das instituições de saúde. A despeito da proliferação de pequenos projetos de integração ensino-serviço e da intensa divulgação e discussão dessas experiências, não se pode deixar de reconhecer a situação de profundo desencontro que tem marcado a convivência entre as escolas e os serviços de saúde. Uma situação que é, aliás, profundamente paradoxal, na medida em que as escolas não podem existir sem os serviços de saúde, dada a natureza do processo educacional em saúde e, de outro lado, os serviços não podem prescindir das escolas, nos termos de organização jurídico-administrativa vigente, que confere e valida a habilitação profissional através destas instituições.

A questão da formação profissional adquire significado ainda mais grave quando se trata de preparação de quadros técnicos intermediários ou de pessoal auxiliar. Neste campo, a atuação do sistema educacional tem sido apenas marginal. Isto se explica, em boa medida, pelo fato de que os próprios serviços de saúde têm-se atribuído tal responsabilidade, como já foi referido anteriormente. Entretanto, as orientações e as

práticas de preparação de pessoal pelas instituições de serviço não correspondem à dimensão e complexidade das necessidades e da própria natureza dos processos educacionais. Daí a gravidade da situação, representada não apenas pela inadequação dos processos educacionais, como ocorre no caso do ensino universitário, mas pela extrema insuficiência do aparato institucional de formação de pessoal de nível médio e auxiliar para os serviços de saúde.

No campo da administração deste recurso crítico na produção de seus serviços, as práticas desenvolvidas pela instituição de saúde têm demonstrado, mais que tudo, seu despreparo técnico e político no trato das questões aí envolvidas. A simples listagem dos problemas desta área comprova, sem necessidade de argumentação, a pertinência da afirmativa anterior: a diversidade de regimes de trabalho e níveis de remuneração para o mesmo tipo de profissional ou de função; a distribuição geo-funcional dos recursos humanos marcadamente irregular, que privilegia a localização nos níveis centrais da organização dos serviços de saúde; a composição das equipes de saúde com predominância exagerada das categorias polares do espectro da divisão de trabalho, ou seja, médico e atendente; a insuficiência ou inexistência de critérios de valorização da dedicação ao trabalho ou do desempenho funcional. Não é preciso citar mais exemplos!

Problemas e Diretrizes

O caminho da formulação de políticas passa, inicialmente, pelo estabelecimento de um conjunto de princípios ou postulados que balizarão a elaboração de diretrizes e planos de intervenção e que servirão de parâmetros para aferição da validade, eficácia e eficiência das ações empreendidas.

No caso da política de saúde no Brasil, os princípios e postulados foram apontados pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, que representou um ponto de culminância do amplo processo social que é a Reforma Sanitária. Tais princípios foram, em boa parte, consagrados na nova Constituição Federal e espera-se que sejam ampliados no desdobramento do processo político-

jurídico, representado pelas constituintes estaduais e municipais, bem como pela elaboração das leis complementares e ordinárias, a cargo do Congresso Nacional, das Assembleias Legislativas e das Câmaras Municipais.

A formulação da política de recursos humanos vem acompanhando estes passos iniciais da definição da política mais geral da saúde. Os trabalhos realizados no bojo da 8ª CNS, na área de recursos humanos, resultaram na elaboração de postulados que, inequivocadamente, podem desempenhar a função acima referida: balizar a elaboração de diretrizes e planos e aferir a validade e direcionalidade das ações destes decorrentes.

Mas a formulação política não se restringe ao âmbito dos princípios e postulados; engloba a definição de diretrizes, a elaboração de planos e a própria avaliação das intervenções.

A política de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde — SUS deveria, idealmente, estabelecer diretrizes para a formação e aprimoramento da força de trabalho setorial, bem como para sua valorização profissional. Qual deve ser a natureza dessas diretrizes?

O detalhamento das diretrizes, ou seja, a definição de seu conteúdo, abrangência e implicações decorre da natureza dos próprios problemas sobre os quais se pretende atuar (4). O elenco de problemas de recursos humanos, tendo em vista o desenvolvimento da Reforma Sanitária ou, mais especificamente, a implantação do SUS, foi levantado ao longo do processo da 8ª CNS, particularmente pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária e pela Conferência Nacional de Recursos Humanos (5, 6, 7).

Desse modo, a definição de diretrizes nacionais para a intervenção sobre recursos humanos de saúde não parece difícil. Na verdade, as dificuldades e desafios que se colocam resultam de alguns condicionantes, que merecem atenção mais detalhada:

— O SUS que se pretende construir não é uma entidade monolítica; sua configuração deverá ser a de uma constelação de organizações de serviços descentralizados, os chamados Distritos Sanitários, cuja instância de gestão é o poder municipal;

— a natureza dos problemas nesse âmbito de gestão não é ainda conhecida, em termos das peculiaridades ou especificidades vigentes em cada realidade concreta: quais as necessidades objetivamente determinadas pelas características atuais da organização da rede e das necessidades de saúde e, mais que isto, quais as necessidades que decorrerão do novo modo de organização da rede de serviços, de tal forma que sejam alcançados os objetivos da universalidade, integralidade e equidade do atendimento à população?



— a intervenção sobre os problemas nessas realidades concretas (em cada espaço-população ou Distrito Sanitário) requer a definição de instrumentos normativos, disponibilidades financeiras e capacidade de condução estratégica que não estão minimamente assegurados na grande maioria dos casos.

Estas considerações demonstram claramente que a formulação da política de recursos humanos no contexto da Reforma Sanitária não pode partir apenas da definição de diretrizes gerais ou de âmbito nacional. É preciso buscar a expressão dessas diretrizes ante a realidade objetiva de situações específicas — as unidades da federação, isto é, os estados e municípios.

Tentar queimar a etapa da definição das diretrizes no contexto daquelas situações específicas significa negar a possibilidade da formulação de políticas para um SUS descentralizado e com autonomia em cada esfera de governo. Neste particular, vale ressaltar que estes aspectos estão consagrados na própria Constituição, no seu art. 198, como princípios organizativos dos SUS.

Entretanto, a definição de diretrizes, como já foi dito antes, implica o conhecimento da natureza dos problemas sobre os quais incidirá a intervenção planejada. E neste ponto torna-se necessário distinguir a aparência da essência de tais problemas, de tal modo que as tentativas do plano e suas propostas de intervenção não se percam por estarem dirigidas apenas à aparência dos problemas. Tome-se o exemplo da questão da isonomia salarial para ilustrar o que foi colocado acima: não há dúvida que a isonomia salarial é hoje uma diretriz da política de recursos humanos para o SUS; sua definição se fez a partir do problema que ocorre em todo o país, de variação acentuada entre os salários de profissionais que exercem ocupações equivalentes em diferentes instituições e, às vezes, na mesma instituição. Entretanto, o encaminhamento desta questão não avançou em nenhuma das situações em que ela foi tratada. Em todos os estados, a expectativa mais importante, quando da assinatura e implantação do convênio do SUDS, era exatamente com relação à equiparação salarial. E por que foi uma expectativa frustrada?

As respostas à indagação acima podem ser buscadas sob diferentes enfoques. Interessa examiná-las aqui sob o ângulo específico dos aspectos de recursos humanos. Neste caso, destacam-se questões que foram negligenciadas no tratamento do problema (a heteronomia salarial) e da diretriz geral que lhe correspondeu (a implantação da equiparação salarial), tais como:

- a multiplicidade de vínculos empregatícios, ou melhor, a posse de mais de um emprego pelo mesmo trabalhador;
- a dupla militância: vinculação simultânea ao serviço público e privado;
- a diversidade de formas ou modalidades de remuneração: contrato CLT e estatutário; credenciamento para serviços hospitalares e ambulatoriais, tanto pela previdência federal como por outras entidades públicas; prestação de serviços, etc;
- a dificuldade para estabelecer critérios uniformes entre as diversas instituições, para avaliação de desempenho e controle do trabalho, como contrapartida da equiparação salarial.

As questões acima são desdobramentos do problema geral da heteronomia das condições de trabalho nas diversas

instituições integrantes do SUDS. É neste contexto que se insere o problema das desigualdades salariais. É, portanto, definindo diretrizes para o conjunto de tais problemas que se inicia o processo de intervenção sobre os mesmos. Separar partes de um conjunto articulado é um procedimento mecânico que se aplica a sistemas mecânicos; não funciona no caso dos sistemas sociais. E foi o que ocorreu nas experiências de equiparação salarial implantadas nos diversos SUDS; isolou-se o problema específico do salário e sobre ele procurou-se intervir, negligenciando as relações deste com outros problemas. Daí a expectativa frustrada.

A análise da experiência da equiparação salarial nos SUDS aponta ainda algumas consequências decorrentes da forma equivocada de definição desta diretriz:

- a equiparação de salários nos diversos postos de trabalho representaria, para aqueles com mais de um emprego, uma espécie de "multi-isonomia";
- a preservação da dupla militância associada à inexistência ou precariedade de controle sobre o trabalho, em termos de frequência e carga horária, resultaria na transformação do emprego público numa espécie de "bico" bem remunerado.

— a manutenção das diversas modalidades de pagamento, com sua acumulação ou superposição (salário, credenciamento, prestação de serviços, etc.), redundaria num crescimento descontrolado da massa de recursos destinados a tais tipos de gastos; cálculos realizados pelo Grupo de RH da CNRS (8) estimaram que os recursos necessários para a equiparação salarial, somente dos empregos de médico, equivaleriam ao montante global do repasse do INAMPS para as secretarias.

Planejamento

A abordagem do planejamento de recursos humanos pode assentar-se na concepção advinda da ciência da administração, em etapas de identificação de necessidades, preparação, utilização e manutenção desses recursos; entretanto vale destacar que cada uma delas tem seu equacionamento mediado por rela-

ções sociais, tanto aquelas inerentes ao trabalho humano implicado na produção dos serviços de saúde, quanto outras que estabelecem as ligações desse trabalho com o conjunto de outros trabalhos ou, de forma mais ampla, que definem as relações entre o setor de saúde e a sociedade como um todo. Dito de outro modo, a perspectiva do planejamento e gerência da capacidade de trabalho das pessoas poderá ampliar os objetivos e melhorar os resultados da ação setorial, mas é indispensável considerar as especificidades do trabalho no setor saúde no momento histórico do país. Somente a partir desta dupla perspectiva será possível encaminhar produtivamente questões como: os movimentos corporativos; a revisão de critérios conservadores que condicionam a divisão técnica e social do trabalho em saúde; a redefinição dos critérios vigentes de remuneração do trabalho em saúde e, portanto, a definição de proposta de isonomia salarial; a recomposição das equipes necessárias para a produção das distintas modalidades assistenciais; o estabelecimento dos novos perfis ocupacionais e, conseqüentemente, dos seus paradigmas educacionais, etc.

Necessidades de Recursos Humanos

As diretrizes referentes a este aspecto devem refletir a opção quanto aos objetivos e formas de organização dos serviços de saúde. Adotados os objetivos de eficiência e eficácia social, de equidade e de democratização e a organização segundo necessidades de saúde a quantidade e o perfil de recursos humanos serão definidos, inicialmente, com base num conceito equivalente ao de demanda social por trabalho em saúde: "Reflete o número e a composição de empregos adequados a um padrão de atenção médico-sanitária socialmente desejável, o que nas metas de SPT/2000 significa universalização do acesso, equidade no atendimento e integralidade das ações, nas modalidades assistenciais adequadas, dentro de uma combinação técnica ótima dos recursos (físicos, humanos e financeiros) para produção de serviços" (9).

A materialização dessas diretrizes dependerá, evidentemente, das condições

objetivas existentes em cada realidade. Sua explicitação, no entanto, permitirá estabelecer com mais clareza a distância e os caminhos que separam a situação atual daquela desejada para os serviços de saúde. Dentre tais caminhos estarão certamente aqueles que possibilitarão alcances parciais, porém progressivos, do elenco de necessidades de recursos humanos nos serviços de saúde. A seqüência dessas conquistas resultará, ainda, de opções políticas e técnicas que devem ser feitas em cada caso concreto, isto é, nas condições históricas e conjunturais de cada espaço-população. Isto decorre de que a natureza das diretrizes políticas deve referir-se aos problemas prevalentes nestas realidades.

Preparação de Recursos Humanos

Os problemas relativos à qualificação técnica do pessoal agrupam-se em dois tipos: os referentes aos recursos humanos atualmente engajados e aqueles decorrentes da substituição destes ou da criação de novas funções e da ampliação das atividades nos serviços.

O primeiro grupo, é na verdade, ainda uma agregação de distintas variedades de problemas, desde aqueles ligados à deterioração da qualificação dos profissionais, à inadequação dessa qualificação ou à sua total ausência, que é o caso de grande contingente de pessoal auxiliar recrutado pelos serviços de saúde.

O segundo tipo de problema é representado pelo deslocamento entre os projetos educacionais das diferentes profissões de saúde, a carga do sistema escolar e as necessidades de recursos humanos embutidas no projeto de reformulação dos serviços de saúde.

O conjunto de problemas sobre a qualificação do pessoal já engajado nos serviços é de interesse e responsabilidade das próprias instituições de saúde, mesmo que necessitem valer-se do sistema escolar para as soluções almejadas. Numa primeira abordagem, tais soluções incluem tanto a implantação e fortalecimento de programas e projetos de educação continuada, como de formação profissional propriamente dito; estes, destinados a conferir habilitação aos trabalhadores admitidos sem qualificação, objetivando a melhoria da pres-

tação de serviços e, também, a valorização do próprio trabalhador; os primeiros, dirigidos a todo o contingente de recursos humanos, visando recuperar, reorientar e aperfeiçoar sua qualificação técnica e científica.

As questões ligadas à reprodução e ampliação da força de trabalho envolvem mais de perto as instituições educacionais, embora os problemas aí engendrados resultem expressando-se, efetivamente, sobre as práticas de saúde. Por isso são problemas que devem ser considerados no âmbito da política de recursos humanos do setor saúde. A abordagem inicial desse conjunto de problemas passa necessariamente pela reelaboração dos paradigmas da formação profissional em função dos perfis ocupacionais dos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, a definição de diretrizes, no campo da preparação de recursos humanos, depende da caracterização adequada dos problemas e não apenas dos seus efeitos ou aparências. Como exemplos ilustrativos da improdutividade de soluções formuladas antes do correto entendimento da natureza dos problemas, em suas origens e implicações integrais, podem ser citadas as tantas experiências de integração docente-assistencial. As avaliações têm indicado sempre o fracasso dos projetos em lograr seus objetivos: mudar o perfil do produto final das escolas, produzir mudanças substantivas do processo de formação profissional, etc.

Contudo, isto não significa que não possam ser estabelecidas diretrizes nesta área. Ocorre apenas que as diretrizes devem corresponder ao nível de abordagem e análise das situações, expressando sua coerência com o momento do processo de definição dos problemas-soluções. Ademais, há problemas cuja identificação, ainda que preliminar, dispensa maiores preocupações metodológicas. A partir deles podem ser definidas orientações políticas e operacionais que conduzam não apenas ao seu equacionamento parcial, isto é, dos seus efeitos, mas também ao reconhecimento e eliminação das suas determinações.

Utilização e Manutenção de Recursos Humanos

O conjunto de instrumentos normativos, operacionais e financeiros que definem os modos de relacionamento dos

recursos humanos nos serviços de saúde tem demonstrado, de forma inequívoca, suas próprias limitações e impropriedades.

Na área das relações de trabalho há problemas impossíveis de resolver com os critérios vigentes na maioria das instituições de saúde: jornada de trabalho em diversas situações e condições, remunerações das diferentes funções ou categorias profissionais e muitos outros aspectos embutidos nas relações entre os recursos humanos nos serviços de saúde e a população, os quais deveriam traduzir-se em registros funcionais. Este é o campo da tradicional função institucional de administração de recursos humanos, isto é, dos departamentos ou seções de pessoal.

Entretanto, os problemas relativos à utilização e manutenção de recursos humanos não se circunscrevem à aquele âmbito institucional. Todas as questões ligadas à organização do trabalho, entendido este como um processo no qual interagem outros fatores cuja combinação e composição definem a natureza do serviço produzido, são aspectos pertinentes ao conjunto dos setores organizacionais dos serviços de saúde. Incluem-se aqui os problemas implicados na conformação de equipes e sua distribuição espacial no conjunto dos serviços (tanto no espaço-população como no interior dos estabelecimentos), na divisão técnica e social do trabalho, na densidade tecnológica infiltrada nos serviços, etc.

Finalmente, há os problemas de financiamento. Tudo que já foi dito não avançará além da retórica se as *disponibilidades* e as *formas* de gasto com recursos humanos não forem substantivamente alteradas. A dupla dimensão dessa mudança decorre da necessidade de mais recursos e, simultaneamente, da redefinição dos mecanismos que determinam a apropriação de tais recursos pelos diferentes segmentos em que se divide a força de trabalho em saúde. Em várias oportunidades e diferentes situações tem ficado claro que não basta aumentar salários, como medida isolada, quando se pretendem efeitos na qualidade ou na quantidade dos serviços produzidos. Nesse aspecto, é indispensável considerar a atuação das diferentes categorias na definição dos critérios e valores dos seus ganhos. Isto se expressa na composição dos gastos totais com a remuneração do trabalho (não

apenas salário) nas instituições de saúde, onde ocorre sempre importante concentração de tais dispêndios destinados aos médicos.

Desafios do Planejamento

Já foi sugerido antes que a dinâmica da formulação de políticas passa pelo estabelecimento de princípios ou postulados, elaboração de diretrizes, definição de propostas de intervenção e condução e estratégia das ações previstas. Foi também discutida a importância e a necessidade de delimitação correta dos problemas como um requisito fundamental para a elaboração de diretrizes pertinentes e coerentes com a realidade. Resta agora tentar aprofundar a questão da formulação, implementação e avaliação de propostas de intervenção. Não é preciso ressaltar que todos estes conceitos e raciocínios referem-se ao tema dos recursos humanos em saúde.

Poder-se-ia incursionar pelo campo da teoria de planejamento, abordando e levantando o debate em torno de categorias e conceitos como plano, programa, projeto, estratégia, avaliação, etc. Este enfoque pode ser encontrado em muitos trabalhos daqueles autores que têm se debruçado sobre as questões doutrinárias e metodológicas do planejador de saúde. Não é este o âmbito nem a pretensão deste trabalho, que visa tão somente provocar o debate sobre o desafio que representa para o planejamento de saúde o tratamento das questões de recursos humanos.



Um primeiro ponto relaciona-se à desqualificação desse objeto — recursos humanos, que se expressa de tantas maneiras: como objeto jurídico, sempre se negligenciou seu tratamento legal e normativo; como objeto científico, só recentemente se iniciaram estudos que pretendem desvendar suas características e seu comportamento enquanto grupo social; como objeto da administração, todas as propostas em vigor o tratam como mero insumo do processo produtivo, relegando seu papel de ator social nesse mesmo processo.

Como é o que planejar sem pensar ou, mais que isso, sem partir de bases jurídico-normativas que sustentam e orientam a aplicação das medidas que necessitam ser tomadas? Ainda mais quando se trata de redefinir tantas dimensões atuais da organização e da operação dos serviços, assentadas em interesses já tão calcificados, e algumas vezes, poderosos na resistência à mudança.

Formula-se então um primeiro desafio: pensar e trabalhar pela recriação das leis e normas vigentes, no sentido de compor a infra-estrutura político-jurídica para preparação e gestão de recursos humanos condizente com os postulados da Reforma Sanitária. E o momento atual é relevante: nas três instâncias parlamentares do País, no Congresso Nacional, nas Assembléias Legislativas e nas Câmaras Municipais tramitarão, neste e nos próximos anos, como desdobramentos da Constituinte, projetos de fundamental importância.

A compreensão clara e objetiva de certas propostas será indispensável para a condução da política de recursos humanos, no plano das questões jurídicas. Para ilustrar esta afirmação, vale referir que tanto quanto preconizar a implantação de Planos de Carreiras, a regulamentação legal deve prescrever outros aspectos: a questão da dupla militância, das diferentes modalidades da remuneração do trabalho, etc. E é nisso que a coisa empaca, até porque questões dessa ordem não são pacificamente consideradas como do âmbito de recursos humanos.

Um segundo desafio diz respeito à busca de informações e à própria construção de teorias explicativas da dinâmica econômica, social e ideológica dos recursos humanos em saúde. Deve ser muito difícil elaborar e implementar planos e programas de saúde desconhe-

cendo a composição e o comportamento dos gastos com pessoal. Deve ser igualmente complicado estimar os resultados e efeitos de uma proposta de intervenção quando não se dispõem dos elementos indicativos da reação e da própria interação dos recursos humanos, enquanto atores sociais e ideológicos, ante tais propostas. Poder-se-ia de fato qualificar como exercício de planejamento tais acrobacias? Conta com base e contará com resultados tal planejamento sem dados?

A superação desse desafio talvez requiera uma nova proposta para o processo do planejamento em saúde. Os elementos dessa nova proposta não passam pela discussão clássica do enfoque normativo "versus" estratégico do planejamento, até porque reconhece-se que a formulação da intervenção sobre a realidade deve conter propostas de caráter tanto normativo como estratégico. A questão vincula-se mais à questão mesma do processo, que deve pressupor e depender da participação coletiva dos recursos humanos, aí entendidos como autores dos instrumentos e meios que eles próprios manejam no processo de produção dos serviços.

Há ainda dois outros desafios, mais do âmbito específico da área de recursos humanos, ao contrário dos anteriores, referidos ao escopo global do planejamento de saúde. São aqueles relativos à preparação e gestão de pessoal. Algumas considerações sobre os problemas destas áreas já foram feitas anteriormente, cabendo ressaltar agora aqueles aspectos atinentes ao planejamento.

Elaborar propostas de preparação de recursos humanos requer a identificação prévia de necessidades, o que só é possível fazer em função do perfil tecnológico da rede, das necessidades de saúde a serem atendidas e do modelo de organização dos serviços; equivale a perguntar, numa outra linguagem: precisa-se de pessoal para fazer o que, no interesse de quem, de acordo com que critérios? Responder estas perguntas no geral, isto é, para um referencial nacional ou estadual, nem sempre é suficiente, mas é só assim que se procede. É preciso, portanto, que o planejamento se abra para estas questões colocadas em contextos reais e concretos, de espaços-populações definidos, de serviços locais de saúde. É preciso, ainda, que esta abertura tenha o mais elevado grau de participação, que não se resolva através de instrumentos e processos bu-

rocráticos, engessados em formulários a serem simplesmente preenchidos por algum agente local.

Além do diagnóstico das necessidades de recursos humanos, interessa propor e desenvolver formas de superação destas necessidades. É evidente que os processos educacionais não respondem a todos os problemas neste campo: podem ocorrer carências de pessoal em função de outras dificuldades que não aquelas de capacitação. Mas é no campo da preparação técnica e ideológica da força de trabalho que se colocam os obstáculos de maior monta na atualidade: como recuperar a competência técnica de tantos trabalhadores alienados por rotinas de trabalho totalmente esterilizadas de criatividade? Como conferir qualificação e habilitação para o trabalho em saúde para tantos trabalhadores já engajados na produção setorial sem a devida e prévia preparação? Como prevenir a substituição do estoque de trabalhadores e, mais ainda, sua ampliação, de forma a atender os princípios da universalidade, da integridade e da equidade?

As considerações alinhavadas nos dois parágrafos anteriores caracterizam o terceiro desafio: pensar, propor e experimentar formas de atuação conjunta de dois setores que, por tradição, trabalham isoladamente: educação e saúde.

O quarto desafio refere-se ao problema da gestão do pessoal. É preciso superar o preconceito que tem mantido a área de administração de recursos humanos isolada no limbo dos departamentos de pessoal das instituições. É preciso, também, desmistificar certas verdades como a de que o Plano de Carreira é o princípio e o fim da administração de pessoal. É preciso, enfim, ousar soluções inusitadas para problemas que vem sendo acumulados em função de soluções sempre parciais, na imensa maioria das vezes dirigidas à aparência e não à essência desses problemas.

Neste campo situa-se o desafio da administração de recursos humanos nos municípios (10), desafio que adquire relevância e materialidade no contexto do processo de descentralização dos serviços de saúde e que, na verdade, expressa um princípio organizativo do sistema Único de Saúde que se pretende construir.

REFERÊNCIAS

01. NOGUEIRA, R.P. & BRITO, P. Recursos Humanos en Salud en las Américas. *Educ. Méd. Salud*, 20 (3): 295-323, 1986.
02. MACEDO, C.G. de Política de Recursos Humanos en Salud. *Educ. Méd. Salud*, 20 (4): 415-23, 1988.
03. Idem.
04. SANTANA, J.P. de & CAMPOS, F.E. de Reforma Sanitária — Contribuição para a Formulação de uma política de Recursos Humanos, 1988. (mimeo).
05. MINISTÉRIO DA SAÚDE — Relatório Final da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª. Brasília, 1986. *Anais*. Brasília, 1987.
06. MINISTÉRIO DA SAÚDE — Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, 1986. Relatório Final. Brasília, Secretaria de Recursos Humanos, 1986.
07. COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA SANITÁRIA — Documento III. Rio de Janeiro, Secretaria Técnica/CNRS, 1987.
08. Idem.
09. MEDICI, A.C. Proposta de Termo de Referência para os Projetos de Investigação nas Áreas de Força de Trabalho e Produção de Serviços de Saúde. Washington, OPAS/HSM, 1987.
10. OLIVEIRA JUNIOR, M. Administração de Recursos Humanos nos Municípios: um desafio aos Planejadores de Saúde. Ipatinga-MG, 1989 (mimeo).

Infecção Hospitalar

Implantação de Comissão de Controle no Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião(RJ)

Regina Fátima Conrado *

O Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião é um hospital de médio porte, atualmente com 80 leitos em pleno funcionamento, porém com capacidade física para 150 leitos. Fundado em 1889, o hospital completará em novembro próximo seu primeiro centenário. Denominado e conhecido por várias décadas como Hospital Estadual São Sebastião, no final de 1987 passou à condição de Instituto, diferenciando-se assim, na rede hospitalar estadual, por sua especificação e representação no atendimento especializado em doenças infecciosas no Estado do Rio de Janeiro. A principal peculiaridade do IEISS é a internação de doenças infecciosas em sua totalidade, especialmente as agudas, procedentes de todo o Estado do Rio de Janeiro, participando de forma significativa, ao lado das Instituições Universitárias, da cobertura no atendimento hospitalar às doenças infecciosas do Rio de Janeiro.

Dessa forma, entendemos que a implantação de um sistema de vigilância e controle de infecções hospitalares do IEISS se constituirá numa importante fonte de estudos sobre a ocorrência de infecções hospitalares em doenças infecciosas considerando-se, entre outros fatores, a gravidade dos casos, relacionada à própria condição de internação e da doença-base, a administração criteriosa de antibioticoterapia em grandes doses indicadas para o tratamento adequado dessas enfermidades e as reper-

cussões imunológicas, a exigência de cuidados intensivos e semi-intensivos na maioria dos pacientes e a instabilidade hemodinâmica, respiratória, neurológica que habitualmente acompanham as doenças infecciosas agudas que requerem internação e/ou isolamento.

A vigilância, identificação e controle das infecções hospitalares vêm assumindo, cada vez mais no Brasil, sua real importância epidemiológica e sanitária. A verificação de fatores e mecanismos de transmissão das infecções adquiridas durante a permanência no ambiente hospitalar, a caracterização de circunstâncias que possibilitam intervenção na cadeia de propagação, a fiscalização da qualidade e eficácia dos agentes químicos de propriedades germicidas, a observação direta das técnicas e procedimentos invasivos diagnósticos ou terapêuticos envolvidos com o desenvolvimento de infecções, circunstâncias inerentes ao equilíbrio imunológico individual, doenças ou terapêuticos que predisponham ao risco de infecções e o controle de qualidade e grau de desinfecção ou esterilização do instrumental médico hospitalar, são entre outros, fatores associados às infecções hospitalares que vêm alcançando um caráter indicador da avaliação do desempenho e da qualidade da prestação de serviços de assistência e prevenção em Saúde.

A observação rigorosa de parâmetros deste tipo devem nortear o planejamento, programação e administração dos serviços de Saúde. Por exemplo, a Co-

* A dr.^a Regina Fátima Conrado é médica infectologista do Hospital Estadual São Sebastião, do Rio de Janeiro (atual Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião), coordenadora da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar daquela entidade.

missão de Licitação, responsável pela aquisição de material de uso hospitalar, deve ouvir a CCIH durante o processo de pedido e compra de material de consumo, como germicidas, luvas, seringas, agulhas, equípos de infusão parenteral, etc. Ou seja, na especificação de cada produto, na recepção da mercadoria e no controle da qualidade durante o uso para eventual comunicação de desrespeito ao contrato de compra e venda já previsto em cláusula contratual.

Para que esses pressupostos não se limitem a uma carta de intenções, é imprescindível que as informações geradas e as análises técnicas realizadas sejam divulgadas e difundidas junto ao corpo de profissionais de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e a população em geral, através de boletins periódicos e que a privacidade seja tão somente reservada à identidade dos pacientes. Assim, um verdadeiro e democrático controle social sobre o serviço de Saúde poderá ser exercido e garantir a excelência ou, pelo menos, o rigor nas técnicas, procedimentos, instalações e materiais utilizados no ato em Saúde, de modo a, entre outras virtudes, reduzir o risco e a infecção hospitalar.

DA INVESTIGAÇÃO À CARACTERIZAÇÃO DA INFECÇÃO HOSPITALAR

O conceito e o diagnóstico de infecção hospitalar obedecem critérios de definição estabelecidos de modo a compreender a completa identificação do caso, através da investigação clínica, epidemiológica, laboratorial (citológica, sorológica, histopatológica, anatomopatológica e especialmente microbiológica) e vigilância sanitária, entendida como o controle dos fatores inerentes à qualidade dos produtos, material e instrumental médico-hospitalares utilizados nos procedimentos invasivos, tais como: desinfecção química, esterilização, cateteres transcutâneo-mucosos, controle de procedimentos para infusão parenteral de expansores plasmáticos e transfusões de sangue e derivados, controle da água para consumo humano, controle da qualidade dos alimentos, supervisão das técnicas de limpeza e sanitização do ambiente hospitalar, pro-

cedimentos de desinfecção na lavanderia, etc.

A vigilância e controle das infecções hospitalares exigem um sistema de ações múltiplas, simultâneas, correlatas, sequenciais e interligadas para a execução das etapas de investigação e caracterização do caso, do(s) agente(s) e fatores causais, de modo a possibilitar a rápida identificação e as implicações imediatas e tardias no paciente. Essas atividades constituem-se num sistema de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária integrado.



O conjunto de dados decorrentes de cada situação e circunstâncias estudadas, fornece elementos para que se estabeleça uma análise de causa e efeito, condições de risco e segurança, configurando por fim o mecanismo e a respectiva cadeia de transmissão. A análise e interpretação desse conjunto de fatores predisponentes ou determinantes constituir-se-ão em subsídio técnico-científico que propiciará, medidas essas de ordem terapêutica, sanitária, técnica e administrativa necessárias à adequada intervenção para a redução, minimizando ou eliminação do fator causal ou de risco.

É fundamental a conscientização de todos os profissionais da comunidade hospitalar para a importância da atuação de cada um na vigilância e controle das infecções hospitalares, sensibilizando-os para a questão, visando alcançar a compreensão sobre a patogenicidade e transmissibilidade dos microorganismos, bem como o entendimento da doença-base e das condições de equilíbrio imunológico de cada paciente acarretando, por vezes, a necessidade de cuidados especiais. Entendemos que essa etapa de conscientização e divulgação dos conceitos básicos epidemiológicos, microbiológicos e sanitários são indispensáveis para que possamos atingir a construção de novos hábi-

tos e conseqüentemente, a adoção de atitudes técnicas e condutas de prevenção de forma sistemática e rotineira.

Vários são os fatores que expõem e predispoem pacientes internadas ou em tratamento ambulatorial ao risco de infecção hospitalar. Dentre eles, destacamos como principais e mais frequentes os seguintes:

- a) destacamos invasivos diagnósticos ou terapêuticos;
- b) doenças debilitantes ou graves, concomitantes ou subjacentes à doença-base de internação;

- c) condições inadequadas de esterilização e desinfecção de material ou instrumental médico-hospitalar;
- d) saneamento do ambiente hospitalar, incluindo o controle da água; alimentos e nutrição; limpeza; acondicionamento, transporte e disposição do lixo hospitalar; lavanderia, etc.;
- e) desequilíbrio da eficiência do sistema imunológico prévio ou posterior à internação por diversas causas;
- f) terapêuticas que possibilitem a modificação da flora microbiana habitual ou não habitual, bem como de sua sensibilidade e resistência aos antimicrobianos;
- g) condições inapropriadas de manejo do paciente, relacionadas a problemas com desinfecção de mãos, roupas hospitalares, manipulação de cateteres e ferimentos, isolamento hospitalar, etc.

O processo que estamos implementando de identificação de casos baseia-se na busca ativa por meio de visitas permanente aos pacientes internados e com vigilância por observação direta das técnicas de procedimentos hospitalares. Concomitantemente estamos procedendo à busca de casos suspeitos ou casos sem definição diagnóstica através do controle de culturas recém-semeadas, com acompanhamento dos resultados com crescimento e isolamento do germe e sua respectiva sensibilidade.

de/resistência. As culturas negativas também devem permanecer sob vigilância.

Destacamos que cabe à CCIH definir os critérios e as culturas sob vigilância de acordo com a especificação e especialização de atendimento da Unidade Hospitalar. De modo geral, consideramos como imperativo a vigilância e controle sobre as hemoculturas, coproculturas, urinoculturas, culturas de secreções respiratórias, culturas de secreções mucosas e cutâneas, culturas de liquor, cultura de secreções de cateteres e cultura de ponta de cateteres retirados como rotina de vigilância. Consideramos ainda de extrema importância a instituição do controle de transfusões de sangue e derivados através de um formulário próprio de registro de dados, que inclua informações sobre a procedência da bolsa, processamento do sangue, realização das provas sorológicas exigidas pela legislação específica, número da bolsa, especificação do componente prescrito e do transfundido, assinatura do responsável pela observação e ocorrência de reações adversas pré ou pós-transfusoriais, que possam ser atribuídas ou relacionadas ao equipamento ou ao líquido perfundido.

Os integrantes da CCIH devem estar presentes e participar ativamente das atividades científicas e administrativas do hospital, identificando fatores de risco, casos suspeitos, interpretando e analisando situações e esclarecendo sobre questões relacionadas às infecções hospitalares. Nesse contexto, ressaltamos a participação nas rodas de discussão de casos, nas sessões clínicas e anátomo-clínicas, no centro de estudos, em reuniões com residentes, chefias de clínicas, chefias de setores e o contato pessoal direto com os profissionais de saúde de nível elementar, médio ou técnico, bem como com o pessoal de serviços gerais de limpeza hospitalar, orientando, auxiliando, informando e supervisionando.

Destacamos a atuação da CCIH junto à Documentação Médica para a coleta de dados, elaboração de índices, revisão de prontuários, auditorias técnicas num trabalho conjunto para o diagnóstico final, que integrará o Arquivo Médico Hospitalar. A integração e o espírito de cooperação mútua entre todos os setores do hospital são de grande valor para o êxito da complexa e árdua atuação

FICHA DE CONTROLE



efetiva da CCIH, propiciando um ambiente de sociabilização de tarefas para o bom funcionamento de todo o hospital.

O instrumento de documentação, análise e interpretação de cada caso, ou de casos concomitantes é a Ficha de Controle de Infecção Hospitalar. Diversos modelos de registro já existem para servir de base. A ficha de registro deve ser criada de acordo com suas finalidades e utilização no Sistema de Vigilância e coleta de dados que está implantado, de forma que atenda à sistemática do fluxo de informações que a CCIH organizou e instituiu como representativo do estudo da realidade assistencial, especialização e especificidade de atendimento na Unidade Hospitalar. A consolidação das informações, a medição e avaliação da magnitude, extensão e implicações das infecções hospitalares é representada por meio de indicadores epidemiológicos, que quantificam e qualificam os dados expressos em índices e taxas que caracterizam análise de situações epidemiológicas, notadamente morbidade e mortalidade.

A Portaria 196 de 28/06/83, do Ministério da Saúde é a legislação específica para o Controle de Infecções Hospitalares no Brasil, que expõe sobre medidas legais para a ocorrência de infecções hospitalares decorrentes do uso inadequado de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; expede instruções para o controle e prevenção das infecções hospitalares; e institui instrumento de avaliação e controle.

Além do já exposto, a CCIH do IEISS está desenvolvendo alguns programas que deverão entrar em operação, após completo delineamento, no decorrer do próximo ano. São eles:

1) Programa de Orientação na Prescrição de antibióticos e quimioterápicos hospitalares e ambulatoriais — baseando-se na sensibilidade e resistência das bactérias mais frequentes nas infecções hospitalares diagnosticadas no IEISS;

2) Programa de Orientação na Prescrição de Sangue e Hemoderivados — baseando-se na instituição de critérios de indicação precisos, considerando-se a transfusão sanguínea como de alto risco de infecção;

3) Programa de Educação continuada para profissionais de Saúde — elaboração de cursos específicos, reciclagem dirigida, treinamentos diferenciados e inclusão do tema infecção hospitalar nas oportunidades científicas de Centro de Estudos;

4) Programa de Residência Médica — elaboração de um plano de participação ativa dos residentes nas atividades de Documentação Médica e de atuação na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

5) Plano de Limpeza Hospitalar — elaboração e execução de um plano de limpeza hospitalar setorial com treinamento de equipes por área de atuação nas dependências do hospital.

Finalmente, entendendo que esforços de um plano de trabalho elaborado e desenvolvido em uma Unidade Hospitalar da rede pública estadual tem como interferência o próprio Sistema de Saúde a que está submetido, consideramos oportuna a necessidade da criação de um Programa Estadual de Controle de Infecções Hospitalares, para que ações sistematizadas possam ser implantadas e, assim, contribuir para o conhecimento da situação real de Infecções Hospitalares no Estado do Rio de Janeiro e o consequente encaminhamento adequado para soluções dos problemas pertinentes à prevenção e controle de infecção nos serviços de Saúde da rede pública e privada no Estado do Rio de Janeiro.

Reforma Sanitária – em busca de uma teoria organizado por Sonia Fleury Teixeira São Paulo, Cortez Editora/ABRASCO, 1989, 232 páginas.



AUTOR: Nilson do Rosário Costa, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Vice-Presidente da ABRASCO e autor de LUTAS URBANAS e CONTROLE SANITÁRIO — ORIGENS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL, Petrópolis, Vozes/ABRASCO, 1986.

Os limites da cidadania e a democracia no Brasil.

Como será possível no Brasil instituir políticas sociais que assegurem a amplas massas de despossuídos padrões mínimos de bem-estar social. Estamos diante de uma tarefa fácil? Tudo indica que sim, a julgar pelo volume de soluções inconsequentes sugeridas durante os debates da sucessão presidencial, pelos vários representantes da conservadora elite brasileira.

Uma das fórmulas mais simples é a que sugere a retirada da esfera estatal das atividades produtivas (privatizando as estatais) para concentrar a atenção pública em políticas sociais, ampliando-se os investimentos em saúde, habitação, transporte, educação, etc. Nesse caso considera-se como fato consumado a insuficiência de recursos financeiros para políticas sociais no Brasil. Não há dúvida que isto é uma meia-verdade.

Cabe lembrar que não são assim tão irrelevantes os investimentos públicos na área social nas últimas décadas. É preciso pensar que além da questão contábil, é necessário impor mudanças nas bases teóricas e filosóficas da intervenção pública nas várias esferas da vida cotidiana do país. Talvez seja possível definir, esta como a principal questão que o livro *Reforma Sanitária — em busca de uma teoria*, organizado por Sonia Fleury Teixeira, propõe responder. Ainda que tenha como referência uma dimensão setorial da vida cotidiana, a relação saúde e sociedade e conseqüentemente o papel do Estado nessa relação, a contribuição dos vários autores aprofundam dimensões essenciais do desenvolvimento da cidadania no Estado moderno e a configuração de padrões de direitos sociais. Para nós esta é uma das discussões

mais oportunas, nesse limiar de um novo arranjo societal, que exigirá definições claras entre a justiça social ou a barbárie.

Admitindo a tese que tivemos algum esboço de política social entre nós, qual a sua natureza? O livro responde que o nosso padrão de política social é marcadamente distinto daquele originário da experiência das sociais — democracias instituídas. Na experiência brasileira, foi o Estado o mentor do projeto de proteção social e não os trabalhadores, como nas experiências clássicas de construção da cidadania e de welfare state. Resulta desse processo um sistema de proteção social que não se orientou pelos princípios da universalização e da garantia do patamar civilizatório mínimo, mas sim pela diferenciação das categorias de trabalhadores em relação à pauta de benefícios a que têm acesso.

As políticas sociais funcionaram como um mecanismo de preservação das desigualdades do mercado, caracterizando os benefícios concedidos a certas frações da classe trabalhadora como privilégios de grupos e corporações ao invés de direitos universais da cidadania. Os autores dialogam nesse sentido com a aguda noção de *cidadania regulada*, desenvolvida por Wanderley Guilherme dos Santos, em fins da década de 70, ou seja, a segmentação política e legal da classe operária em categorias funcionais que gozam de privilégios diferenciados, regulados pela inserção no mercado de trabalho e sancionados pelo Estado.

Para os autores, o desenvolvimento da idéia de Reforma Sanitária, no contexto do processo de democratização em curso no país e da emergência das classes populares e trabalhadores como sujeito político, sugere um efetivo enfrentamento com a lógica ordenadora da ação estatal na área social. Este projeto reformista radical repousa sobre dois eixos básicos: o direito universal à saúde e a criação de um sistema único de saúde sob a égide do Poder Público.

Os autores obviamente não ignoram que esta proposta nasce em um contexto bastante desfavorável à expansão de mecanismos de proteção social, enfrentando obstáculos diversos como o predomínio da ideologia liberal, a escassez de recursos financeiros ou ainda os efeitos regressivos da paralisação econômica do país sobre a qualidade de vida. Além do grande desgaste que a incompetência social da Nova República provocou na idéia de Reforma Sanitária como proposta política.

Porém, o que estaria em jogo não seria apenas a ampliação setorial de serviços públicos e sim a dimensão mais básica do projeto de uma democracia substantiva no país. É pensável para a sociedade brasileira incorporar as demandas organizadas e impacientes das amplas massas populares no seu ordenamento institucional? Quem fará essa passagem e derrubará o muro que separa a nossa minúscula Bélgica da incomensurável Índia?

Seguindo os caminhos da lúcida leitura de Gramsci que permeia vários dos textos, ao atravessar esta ponte estaríamos situando as relações entre as classes não mais na supremacia da coerção (ditadura) via um aparelho estatal restrito e cego às demandas da maioria. O que é um registro da nossa história. Mas na busca da construção de um certo equilíbrio de compromissos que torne possível pensar o Estado como uma arena de lutas políticas atravessada pelas contradições da nossa assimetríssima estrutura de classes.

Nesse contexto é que os autores pensam, no debate da Reforma Sanitária, o tema da democracia, enquanto modalidade plural de exercício do poder político e valor estratégico. Porque além de um conjunto de regras formais de exercício do poder político, a democracia é o *locus* de articulação entre o estado moderno e a sociedade. Nesse sentido, a idéia de uma cidadania sem adjetivos é a mediação que dá organicidade a esta relação porque envolve tanto o *direito* de ser tratado pelos outros seres humanos como um igual no que se refere a fazer escolhas coletivas e o *dever* por parte dos que implementam tais escolhas de se reportar à toda comunidade política.

Em um texto *Representação de Interesses, Formulação de Políticas e Hegemonia*, incluído na coletânea, Carlos Nelson Coutinho chama atenção que numa sociedade cujos atores são constituídos a partir desses múltiplos interesses, sempre postos em discussão e em confronto, assume um peso cada vez maior, nas relações entre estado e sociedade a busca do consenso. Quando o aparelho estatal reage de maneira restrita é normal que a coerção seja o recurso para impor os interesses de um dado grupo sobre a sociedade. Ao contrário, quando a sociedade civil cresce, o consenso passa a ter um peso decisivo na obtenção do aval para que um determinado interesse se torne capaz de influenciar na formulação de políticas, ganhando legitimidade.

A construção do consenso não residiria apenas em uma base simbólica ou ideológica. O autor indica que é possível falar na base material do consenso, o que revela a necessidade de que a classe dominante, através do estado, faça concessões às classes dominadas, permitindo as representações de interesses no Estado e na formulação das políticas públicas.

A principal interrogação a ser feita ao livro é se já transitamos para uma sociedade cujo poder está fundado na legitimidade. É o que parece indicar a reflexão de Edmundo Gallo e Paulo César Nascimento em *Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário*, quando asseguram que a democratização e o fortalecimento da sociedade civil estariam obrigando as elites brasileiras a mudar a forma tradicional com a qual exerceram o poder — a dominação/coerção. Para os autores é impossível pensar a Reforma Sanitária nos marcos do autoritarismo, que destinou parte ínfima de seu orçamento à saúde. Será nossa cidadania restrita simples função do regime autoritário?

Não há dúvida que permanece a questão, no contexto da transição democrática, de como ampliar o direito à saúde, frente a substantiva inserção e organização dos interesses privados no interior do aparelho estatal e da evidente crise de eficiência organizativa de grande parcela da esfera pública na área de saúde. O artigo de Sonia Fleury Teixeira, *Reflexões sobre Democracia e Reforma Sanitária* traz indicações que a privatização do Estado no âmbito da saúde tem raízes históricas bastante sólidas. Remonta ao processo de extensão dos direitos previdenciários, que abrange hoje um percentual substantivo das populações rural e urbana. Esta expansão de direitos sustenta a orientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativa-individual, especializada e sofisticada mantida pela Previdência; vincula-se, igualmente, a um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade, que tornou viável a mercantilização e o empresariamento da medicina através da compra de serviços aos prestadores privados; e, por fim, refere-se a consolidação de um complexo médico-industrial com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos.

Ainda que essa prática médica dominante não tenha sido capaz de alterar o perfil de mortalidade e as formas de adoecer da população brasileira, no qual ainda persistem problemas evitáveis com medidas simples de caráter preventivo, para ela se dirigem todas as demandas dos grupos sociais mais opinásticos do país — como trabalhadores da indústria de ponta e classe média urbana. Justamente os setores que têm capacidade de barganha política ou compra de serviços sociais no mercado. Para este pouca diferença faz se o setor público tem ou não capacidade ou eficiência de responder suas demandas de serviços de saúde. O atual co-núbio da esfera pública com a medicina privada responde a essas reivindicações. Diante desse desencontro entre o desejo da sociedade organizada e os anseios de uma cidadania sem limites, como será possível resgatar a presença de um setor público universalizado se mesmo entre setores sindicais avançados predomina a lógica privatista e, portanto, excludente de parcelas expressivas da população? Como ganhar a adesão da cidadania para a idéia de que são necessários critérios essenciais de racionalidade e, principalmente, de equanimidade, nos usos do investimento público? Podemos tornar viável uma esfera pública na área de saúde com responsabilidade pela qualidade do sangue, dos medicamentos ou dos alimentos, etc? Como viabilizar esse patamar de civilidade sem substancial investimento em quadros técnicos e recursos materiais orientados pelo interesse público? Essas são discussões que em boa hora o livro organizado por Sonia Fleury traz à superfície. As reflexões dos vários autores que contribuíram para a coletânea, aqui não referidos por limite de espaço, representam um indiscutível desafio às soluções fáceis de direcionamento e organização das ações públicas na área social.

“EDUCAÇÃO POPULAR NOS SERVIÇOS DE SAÚDE”

“Eymard Mourão Vasconcelos” Editora Hucitec, 1989.

Carlos Roberto Jamil Cury
Professor do Curso de Mestrado em Educação da
Universidade Federal de Minas Gerais

O acesso aos bens materiais e imateriais de consumo ainda continua sendo um desafio às políticas de bem-estar no Brasil. Em especial este acesso tem-se tornado “inacessível” aos que produzem as riquezas sociais. Produtores delas, os trabalhadores tornam-se barrados no usufruto do conjunto de serviços que lhes possibilitaria existência social digna.

Um campo privilegiado de detecção desta incrível realidade é a saúde da população brasileira. São por demais conhecidas as endemias, as doenças tropicais que ao mesmo tempo traduzem a “geografia da fome” e nos colocam como campeões de exploração social.

Esta contundente realidade — cesta inominável de carências e deficiências — se choca espetacularmente com o estoque de recursos em uso postos à disposição dos segmentos privilegiados do país. Fruto de um inegável crescimento econômico modernizante aliado a formas profundamente autoritárias de controle social, o Brasil encaminhou-se para ser a sétima potência econômica do mundo capitalista tanto quanto um grande hospital de famintos, desdentados e excluídos.

Ora, esta dinamização econômica vista no que existe de mais contemporâneo na área de produtos comercializáveis no mercado, por exemplo, só foi possível graças a uma profunda taxa de exploração social: migrantes, negros e caboclos fazem parte de uma urbanização selvagem em que a responsabilidade estatal oscilou entre a omissão e a pequenez.

Entregues a si, as populações marginalizadas se obrigaram a dar alguma resposta aos inúmeros problemas que as penalizavam. Os movimentos sociais, urbanos ou não, representam um perfil desta auto-organização em cujas interfaces se encontram diferentes métodos de aproximação desta realidade contundente.

Um método de aproximação foi gestado pelo próprio Estado ameaçado de perder controles preciosos. É inegável que a existência destes movimentos, por vezes idealizada na academia, obrigou o Estado a voltar-se para os “mais baixos do de baixo”, através do retorno a políticas assistencialistas cujo autoritarismo se disfarçou no discurso participativo. Ao lado da repressão, o Estado acionou mecanismos de hegemonia como forma não-repressiva de controle.

Outro método foi sendo encontrado por vários grupos da sociedade civil em geral, desconfiados da atuação estatal e afinados pela proposta educativa de Paulo Freire. Neste último caso, a auto-organização das comunidades através do diálogo crítico e da conscientização em vista da obtenção de padrões mínimos de acesso e da perspectiva de uma sociedade mais igualitária, fez com que muitos “educadores” acabassem sendo também “reeducados” pelos “de baixo”.

Hoje a academia não deposita tanta esperança nos movimentos sociais como há anos e nem os movimentos parecem ter-se proposto saídas transformadoras a curto prazo. A consciência de que os explorados também são contraditórios e incluem segmentos enormes abertos ao discurso neopopulista dá um sentimento de maior realidade. Por outro lado o acesso a determinados bens de consumo não é prova de alie-

nação (até pelo contrário). A fruição de bens de consumo, o gozo do lazer, são produtos de quem trabalha. Por isso mesmo os produtores de conhecimento, com pé no real, redefinem análises apressadas em torno de expectativas maiores que as dadas pelo movimento social.

O livro de Eymard M. Vasconcelos, educador e médico, se insere dos veios desta redefinição: os bens produzidos sob as relações sociais capitalistas devem ser devolvidos aos seus proprietários originários. O princípio da devolução deve estar inscrito já no acesso ao conjunto dos bens, entre os quais saúde, habitação e educação. A precariedade de vida e o sofrimento social são frutos da exploração cuja evidência nas doenças implica uma devolução urgente e diferente.

Urgente pela gravidade da situação assaz conhecida. A diferença expressa no livro é de variada natureza. Diferença que nasce de uma proposta não-autoritária de relação médico-paciente, paciente-doença.

No livro, esta relação vem precedida de uma fenomenologia da situação saúde-doença que só poderia ser formulada por uma prévia prática médico-social. Conhecer sentindo é um modo de ultrapassar o contato direto. Nisto o texto é exemplar: sinceridade da narrativa, clareza das idéias e simplicidade na expressão.

Esta fenomenologia do mundo que circunda a doença indica outras diferenças: a falácia de projetos grandiosos que buscam uniformizar o real castigando a sua complexidade e o método do diálogo visto como forma de intervenção crítica. A crítica à primeira diferença se junta a proposta de segunda. Planos tecno-burocratizados envoltos em discursos pomposos não sabem ouvir. Saber ouvir a dinâmica que nasce da dor e do sofrimento é também não se conformar nem à sociedade que os gesta.

O livro é um eloqüente depoimento de uma vivência de prática social que sabe ouvir aliado a uma reflexão que acena constantemente para além dos véus da imediatividade.

Esta visão do social — que não se confunde com uma certa assepsia acadêmica que se quer neutra e distante — indica um método pedagógico de aproximação para a superação de problemas: saber ouvir, partir de onde o outro se encontra para conjuntamente ir criando novas práticas, não reduzir a identidade do outro à sua própria. Emergem desta trajetória analítico-descritiva pequenos atores como pontos de referência, organizações tradicionais e outras tantas formas mais ou menos sistemáticas de assessoria popular.

Este é o grande mérito do trabalho e seu desafio: o leitor deverá desentranhar da narrativa o método que lhe dá suporte. Tal método, extraído do real de “carne e osso” talvez seja o educador civil ou reeducador de um Estado que, de longa data, vem-se omitindo na assunção de sua verdadeira face pública.

dos estão em iranca atividade para a consecução de seus objetivos, que visam basicamente os preceitos constitucionais da Saúde Pública, com programas a saber:

— Programa de Controle do Comércio de Alimentos: em Mogi das Cruzes com a colaboração da ACIMC, em Suzano com a colaboração da ACIS, em Itaquaquecetuba e Guararema com a colaboração das Prefeituras locais, com apoio de Henkel S.A.

— Programa de Controle de Qualidade das Piscinas: discussão com a AEAMC, ACIMC, APM (M. das Cruzes), com apoio da Genco, da Jacuzzi e SUDS-R-9.

— Programa de Qualidade das Escolas Rurais de Mogi das Cruzes: em cooperação com a DRE-5 Leste Prof. Eulálio Gruppi.

— Programa de Qualidade da Carne de Mogi das Cruzes: em cooperação com o SIF do Ministério da Agricultura.

— Incentivo ao Programa de Saúde do Trabalhador da região.

— Integração com o Serviço de Vigilância Epidemiológica: tivemos desde o início a clareza de que uma Vigilância Sanitária deve priorizar o controle das infecções hospitalares, a questão da Habitação, do Saneamento, a farmacovigilância, a questão dos agrotóxicos, os surtos de intoxicação alimentar e doenças outras veiculadas por alimentos. No momento, nossos esforços voltavam-se para esta integração de serviço, e estudávamos com afinco os princípios basilares da epidemiologia, para evitar cair no lugar comum de que estes problemas resumem-se a campanhas de vacinação, por ex.

— Programa de Municipalização de Vigilância Sanitária de Itaquaquecetuba, realizado após ingentes esforços de ambas as partes (Vigilância e Município), para que o processo ocorresse dentro das normas técnicas e legais mais liberais e procedentes possíveis dentro dos princípios da Saúde Pública, e não como um simples repasse de verbas e poder. A Prefeitura local mostrou extrema sensibilidade às linhas de ação por nós propostas, e atuou de maneira concisa e eficaz nos debates e na organização de seu próprio projeto

— Programa de Controle da Qualidade de Sangue: realizado junto com o CVS.

— Programa de Controle de Clínicas Populares Odontológicas onde se teve que interditar diversas, e verificou-se que 30% do material descartável das referidas clínicas era reaproveitado após o uso.

Com a amplitude tomada pelos trabalhos propostos e encetados pela Vigilância Sanitária, chegamos ao consenso de que estávamos inclusive aptos a assumir o poder de analisar e glossar contas a serem pagas pelo SUDS, após a verificação da qualidade dos serviços prestados por terceiros à Saúde Pública da região.

A realização dos trabalhos pela equipe técnica que dirigimos em nossa gestão, se não perfeito, pelo menos demonstrou efeitos capazes de torná-los *referência* para outras unidades do Estado; tivemos o prazer de constatar nossos trabalhos arrolados como exemplares pela FIOCRUZ; outros Estados da Federação interessaram-se pela nossa atuação e buscaram conosco subsídios; além disso, nossa credibilidade levou-nos a angariar apoio financeiro de grandes e insuspeitos órgãos, quais a OPAS e o Ministério da Saúde.

Nossas conquistas pautaram-se nos preceitos estipulados pela 8ª. Conferência Nacional de Saúde, e, particularmente pela Conferência Nacional da Saúde do Consumidor, resultado da luta dos setores progressistas que lutam pela Reforma Sanitária. Reafirmamos aqui, junto de todos estes setores progressistas e de todos os que colaboraram nestes vastos e profícuos programas, a defesa dos mais nobres preceitos da Constituição Brasileira, que voltamos sempre a avocar no sentido de lembrar que nossa luta representa em nossa região, os anseios de todo um país carente de trabalho e participação. Há contudo muito por que se lutar. Deve-nos o Estado uma melhor definição na Lei Ordinária do Sistema Único de Saúde.

A mudança que está sendo impetrada pela Diretoria do SUDS-R-13 significa alterar os princípios que até então norteavam o trabalho, para então reimplantar um sistema de clientelismo estritamente cartorial, transformando a Vigilância Sanitária em um balcão de negócios, ou seja, fazer renascer das cinzas o *velho trabalho* de antigamente, travestido de um discurso populista e de pseudo-saúde-pública.

A todos que auxiliaram em nossa tarefa de fazer chegar ao povo uma qualidade de vida melhor, só podemos estender nossos agradecimentos. Aos nossos filhos e ao sangue novo menos contaminado que vem por aí em forma de novas vidas, a esperança de um mundo e um país mais justo. E, a todos os que tem um compromisso com a saúde, que não se deixem enganar por discurso falaciosos e favores de preço caro... É necessário antes de mais nada constatar a prática, cobrar o que nos é de direito, exercer realmente o *direito de cidadania* lutando pelo aperfeiçoamento da democracia para que possamos ter um Sistema Único de Saúde que honre o pressuposto de que "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado".

Mogi das Cruzes, 09 de outubro de 1989

Waldemar José Sá de Azevedo
Engº. Civil

No Caminho do Retrocesso

A HISTÓRIA DO GRUPO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DA REGIÃO DE MOGI DAS CRUZES

Como foi amplamente divulgado pela imprensa da região a mudança impetrada pela Diretoria do SUDS-R-13 à direção da equipe técnica do Grupo Técnico de Vigilância Sanitária, e, tendo estado à frente deste órgão de julho de 1987 a 2 de outubro de 1989, sinto-me no dever de aproveitar este momento para um balanço do trabalho que agora se encerra, bem como agradecer a diversos órgãos (tais como CETESB, DRE-5-Leste, CVS, UMC, etc.), diversas entidades (Sindicato dos Trabalhadores da Construção Civil, dos Trabalhadores da Indústria do Papel, ACIMC, ACIS, AEAMC, etc.), às Prefeituras da região, à Imprensa local, e aos colegas que ousaram, junto comigo, fazer Saúde Pública, enfim, a todos que colaboraram direta ou indiretamente com a Vigilância Sanitária de Mogi das Cruzes e Região, para que ela fosse o órgão público sério, respeitado, digno e franco, como no dia a dia procurou ser.

A Vigilância Sanitária desde as suas origens englobou na região do SUDS-R-13 (Mogi das Cruzes, Suzano, Itaquaquecetuba, Poá, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Biritiba Mirim, Salesópolis), o que era anteriormente realizado pelo antigo "saneamento" das unidades locais, pela antiga Divisão de Saúde Pública, pela engenharia sanitária do Departamento de Saúde de Santo André, por pessoas da antiga Divisão do Exercício Profissional, e pela antiga Coordenadoria de Assistência Hospitalar, que de uma maneira ou de outra são os grandes responsáveis pelos enormes descalabros perpetrados contra a saúde da população da região, porque, pesem as "boas intenções", congregavam grupos de pessoas sem compromissos efetivos com a Saúde Pública, ou por despreparo técnico, ou por descaso, ou mesmo, porque não mencionam, contaminados pelo terrível vírus da corrupção que tão maldosamente assola nosso país.

A Vigilância Sanitária, dentro dos mais claros propósitos da Constituição Brasileira, procurou

ser, desde que se instalou, a expressão da luta por uma Saúde Pública digna, séria, fazendo parte da luta maior pela Reforma Sanitária do Brasil. Sabíamos da enorme dificuldade que tínhamos a enfrentar, dos interesses que fatalmente iríamos contrariar — e acabamos contrariando —, das pressões que surgiram — e surgiram —, da enorme demanda a ser enfrentada devido à situação de descaso encontrada; eram desafios que tínhamos a enfrentar para demonstrar que é viável ter compromissos com o bem-estar social. A Vigilância Sanitária se propôs a recuperar a imagem perante o público, procurando discutir e enfrentar todos os problemas de saúde relacionados a ela, com todas as pessoas envolvidas no trabalho de uma maneira franca, firme e serena, sem se curvar e sem deixar os interesses maiores da Saúde de lado.

Inicialmente procuramos estruturar através de concursos públicos um corpo técnico capaz de dar resposta às exigências da região; tivemos como dificuldade a política salarial e de contratação existentes no Estado. Procuramos ter um trabalho articulado com diversos órgãos, fomos buscar bibliografia e apoio técnico de entidades múltiplas, em Institutos de Pesquisa, além de utilizar treinamentos realizados pelo CVS e outros órgãos; desta forma, em breve tempo, o GTVS do SUDS-R-13 conseguiu ser uma referência de saúde pública na região.

Quando do início dos trabalhos da Vigilância Sanitária, deparamos com o seguinte dilema: tínhamos que realizar um *trabalho novo*, mas não sabíamos por onde começar, pois não dava para aproveitar quase nada do *trabalho velho* feito na região; não tínhamos pois, nem experiência acumulada, nem sistemática para uma Vigilância Sanitária que estivesse voltada aos riscos de saúde a que a população está exposta. Partimos do Zero. Hoje, a Vigilância Sanitária desta Região ganhou *Corpo e Sistema* que, organiza-

Rio de Janeiro, 08 de janeiro de 1990

Diretor da ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA/FIOCRUZ

Senhor Presidente,

Acabei de receber (e ler) a Divulgação nº. 1, do nosso CEBES. E o meu primeiro impulso foi escrever para você, cumprimentando-o (e a toda equipe do CEBES) pela brilhante iniciativa do lançamento da Revista — instrumento que faltava para o registro das reflexões realizadas nos eventos da área.

O material já começa a ser incorporado aos nossos Cursos da Escola em 1990.

A área da Saúde Coletiva e o movimento sanitário saem mais uma vez fortalecidos com a iniciativa e, sobretudo, com a qualidade do produto do Seminário.

Cordial abraço, Paulo Marchiori Buss

CURITIBA: ILHA DA FANTASIA ONDE TODOS TÊM SAÚDE

É assombroso que a Editora HUCITEC, que prima pelas suas publicações científicas, que, pioneira, vem se mostrando como uma das mais competentes pelas suas edições ligadas à área de saúde, se veja hoje comprometida com o lançamento do livro *Saúde nas Cidades*, de Nizan Pereira Almeida e Rita Esmanhoto.

Mais ainda: espantoso também é que tal publicação tenha o aval do Dr. David Capistrano Filho, competente profissional, na área de saúde, militante político idôneo e membro do Conselho Editorial da HUCITEC fazendo a apresentação da obra.

Ao apresentar uma publicação espera-se que o signatário conheça os autores, o tema do livro e a realidade sobre a qual versa. Neste caso, o apresentador conhece os autores e, sem dúvida, o tema mas não conhece o trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, nem a realidade da cidade. Ádua tarefa é a de se trazer a público uma obra.

O papel nada rejeita e, no papel, os autores exageraram nas tintas ao pintarem suas qualidades e a qualidade dos serviços que dizem ter executado, chegando às raias do sonho e/ou alucinação. O contato com o original levou o Dr. David Capistrano Filho a levantar como importantes realizações em Curitiba certos pontos que induzem o público da área a buscar, afoito, a receita para a solução dos problemas de saúde. A apresentação afirma que o livro: *"é mais uma prova irrefutável de que se pode alcançar resultados palpáveis, mensuráveis, em curto tempo — alteração de aspectos do perfil de morbimortalidade — como consequência de medidas médico-sanitárias"*. (grifo nosso).

— *"É um exemplo vivo de utilização do conhecimento epidemiológico como guia de planejamento, avaliação e reorientação da atividade da Secretaria Municipal da Saúde e do debate com a opinião pública e movimento popular"* (grifo nosso);

— *"É um trabalho que inverteu o cronograma de sedução dos trabalhadores de saúde, investindo primeiramente no pessoal não-universitário, programando a reciclagem e a difusão de novos saberes técnicos-científicos de tal forma que os antigos monopolizadores desse saber tiveram que pressionar a direção da Secretaria para promover-lhes a atualização. Essa tática revelou-se eficaz na produção da adesão dos funcionários ao projeto"* (grifo nosso);

Conhecendo a realidade da Secretaria Municipal de Saúde (S.M.S.) de Curitiba e a realidade da periferia da cidade pode-se constatar que mais da metade do conteúdo do livro não corresponde aos fatos.

Em momento algum os autores comprovam estatisticamente que no período 86-88 houve diminuição da morbimortalidade em Curitiba. Isso pode até haver ocorrido — sem que o livro o demonstre — devido à expansão da rede de atendimento médico e avanço na tecnologia médica, porém não por melhoria do atendimento à saúde da população.

Afirmam os autores que a S.M.S. *"aplicou fielmente as recomendações dadas pela Conferência de Alma — Ata (...) e, foi além do recomendado"*. Tal conferência propugnou Saúde para todos no ano 2000. Os autores afirmam que foram além, mas nenhum dado fornecem como prova e nem ao menos especificam o que é *"ir além"*.

À leitura da publicação tem-se a falsa idéia de que Curitiba é modelo no atendimento à saúde, quando na realidade o que houve foi uma ampliação da rede de postos de saúde — ampliação esta projetada e iniciada anteriormente à chegada do Dr. Nizan e da Dr^a. Rita à Administração Municipal.

Atendimento à Saúde não pode ser considerado como sinônimo de médico, envolve outras ações, como as de saneamento básico, como educação em saúde e, nesses aspectos, o período 86-88 muito deixou a desejar. Até mesmo pode-se dizer que o atendimento médico piorou em função das insistentes cobranças de produção médica, ou seja número de consultas, sem se preocupar com sua qualidade.

No período da administração do ex-prefeito Roberto Requião e conseqüentemente dos autores do livro, o movimento popular de nossa cidade foi cooptado, e, o de oposição, era ignorado pelo autoritarismo de ambos. Em nenhum momento os autores do livro esclarecem quais foram os mecanismos através dos quais tenha se realizado a participação popular, porque ela, de fato, não se realizou. Em termos de "informação" através dos meios de comunicação a população era informada unicamente sobre quais os "direitos" do cidadão e sobre os "feitos" da administração.

Boa parte do livro foi ocupada descrevendo a política de recursos humanos e, nesse caso, foi ocupada pela falsidade uma vez que este foi dos piores períodos para todos os servidores da Prefeitura de Curitiba e, entre eles, logicamente os funcionários da S.M.S. Razões para afirmar isso temos de sobra:

1) no período 86-88 tivemos uma perda real de salário da ordem de 100% em consequência de uma política de achatamento salarial, pois os gatilhos, quando pagos, vinham com atraso e as URPs nunca pagas;

2) o plano de cargos e salários, que já era passível de muitas críticas, foi piorado através de um achatamento entre os níveis;

3) houve uma limitação da liberdade de idéias, dos debates sobre saúde com a comunidade, ou entre os próprios servidores dos postos de atendimento;

4) os cursos de reciclagem foram insuficientes, tanto qualitativa quanto quantitativamente, e, quando sua realização era proposta e mobilizada pelos próprios profissionais da área, não eram permitidas.

Tais fatos levaram os servidores a duas greves e, após negociação e volta ao trabalho, nada do que foi assinado pelo Dr. Nizan foi cumprido. Pelo contrário, aumentou a repressão e opressão com a destituição de chefias dos postos de saúde.

Os autores publicaram um livro descrevendo o planejamento que possivelmente tivessem em mente, mas não o que efetivamente realizaram. Argumentam que tudo que existe em Curitiba é fruto da criação da S.M.S., em 1986, ignorando o passado de luta de algumas comunidades e de muitos profissionais da área de saúde. Dão um golpe na história, ignorando as reivindicações de muitas associações de moradores, de entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde — CEBES Curitiba — e do Movimento de Renovação Médica — REME no final dos anos 70. *"Esquecem"* que a construção do Sistema de Saúde no Município de Curitiba teve seu início de 1980 e colocam-se como os autores únicos e individuais da luta pela construção de um Sistema de Saúde justo e democrático.

Os autores propositalmente ignoram a história passada do movimento sanitário de Curitiba, ignoram a luta e reivindicações dos servidores, ignoram suas posturas pessoais autoritárias, ignoram o passado dos serviços de saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba, e, além de tudo, não conhecem a realidade da periferia da cidade.

O sonho ou alucinação de realizar grandes benfeitorias ou montar excelentes sistemas não determina que isto de fato tenha ocorrido. A ilusão de ter feito não é a certeza da realização.

A afirmação de que, no aspecto da saúde, tudo mudou em Curitiba é ilusão, sonho ou alucinação. Criou-se a fantasia e fez-se dela realidade e, assim, com uma varinha de condão transformou-se, Curitiba numa ilha. A ilha da fantasia onde todos têm saúde.

FLORISVALDO FIER (DR. ROSINHA)

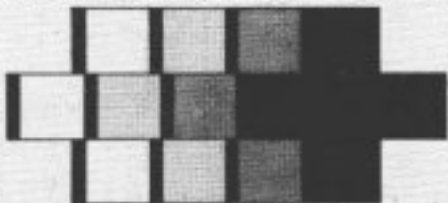
Médico, Pediatra e Sanitarista

Membro da diretoria nacional da CEBES.

Vereador do PT em Curitiba.

Presidente da Comissão de Ecologia e Meio Ambiente da Câmara Municipal de Curitiba.

SECRETARIA DA SAÚDE



SINAL DE MAIS SAÚDE EM SÃO PAULO

NOVO TEMPO



TRABALHO E DESENVOLVIMENTO