

Recursos humanos para a saúde

CARLYLE GUERRA DE MACEDO*

Observa-se ultimamente uma significativa mudança no enfoque geral para a análise dos recursos humanos para a saúde. O próprio conceito de *recursos humanos* vem sendo objeto de substantiva modificação. Dos estudos essencialmente de tipo quantitativo, através do estabelecimento e análise de relações numéricas entre categorias profissionais, população e outras variáveis, passa-se a uma ênfase nas relações entre estrutura e características dos serviços e das práticas de saúde e os recursos humanos, dentro do condicionamento global da estrutura social e numa perspectiva histórica. As características dos recursos humanos são vistas como efeitos, mais que causas: conseqüências das condições de trabalho determinadas pelas características dos serviços e das práticas de saúde vigentes; sua formação, em uma sociedade concreta, fundamentalmente um instrumento para a reprodução dessas práticas e dos serviços existentes, com a manutenção dos valores sociais dominantes. Sendo os serviços e as práticas de saúde produtos, por sua vez, das relações básicas de produção e de poder na sociedade, a formação e utilização de recursos humanos são resultados necessários dessas relações em seu *devenir* histórico.

É no contexto dessa compreensão mais ampla que se situa o conceito de recurso humano. Deixando de lado a limitação da expressão e suas origens, propõe-se entendê-lo simultaneamente como *fator de produção* e como fator social que, *produtor* e *produto* de uma determinada estrutura, com ela interage e sobre ela atua. Fator-ator, ou potenciamente isto, é ainda — ou deveria ser — o destinatário último do processo que o molda e que por ele

* Coordenador do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde — PPREPS/MS,MEC,Opas.

existe. É na compreensão dessa natureza mista *instrumento-sujeito-beneficiário*, visualizada na dimensão global do social, historicamente determinada, que podemos entender as determinações da situação dos recursos humanos numa sociedade concreta. É nessa perspectiva que devemos procurar situar o papel do Estado.

Antes, porém, coloquemos os limites do que consideramos como recursos humanos para a saúde: “as pessoas que dentro da sociedade adquiriram uma capacitação específica e assumem responsabilidade na realização de atividades de saúde, estejam ou não vinculadas a instituições do setor”. Coloquemos também a dimensão e conteúdo geral do que entendemos pelo processo social de recursos humanos: a identificação social das necessidades de saúde da população; a determinação conseqüente dos serviços necessários ao atendimento dessas necessidades e das formas de organização para sua prestação; e, “sobre essa determinação, a identificação das necessidades de recursos humanos e dos conteúdos e formas de preparação e utilização”. A enumeração sumária das *fases-conteúdo* desse processo, indica-nos, de outra maneira, a subordinação dos recursos humanos aos determinantes sociais que definem “as práticas de saúde numa sociedade dadas as formas como estas práticas estão socialmente organizadas”.

Em todas as fases do processo de recursos humanos, mas especialmente nas primeiras — identificação de necessidades e determinação de serviços e da organização de sua prestação —, os mecanismos sociais que atuam são essencialmente os resultantes da distribuição de poder na sociedade derivada das relações dominantes de produção. As decisões sobre esses assuntos são, assim, fundamentalmente políticas, como político torna-se também todo o processo de recursos humanos. A atuação do Estado nesse processo é também essencialmente política ao longo do tempo; responde também, dentro de um sistema e regime políticos, dado o interesse prioritário em manter suas bases de apoio (poder real) e em assegurar a conservação de valores que o legitimem e sustentem.

No Brasil, são muito conhecidas as características dos recursos humanos para a saúde e mil vezes repetidas as *distorções* existentes na formação e utilização dos mesmos. É corriqueira também a afirmação sobre a separação entre a formação e utilização, confundindo-se a aparência da inexistência de articulação formal com a não correspondência entre uma função e outra, o que não existe; de fato, a formação de recursos humanos no País esteve sempre em correspondência com as exigências dos serviços, expressas num mercado e em valores determinados, em função dos quais as *distorções* são o resultado necessário.

Uma conclusão óbvia, mas não trivial, sem negar a relação dialética entre serviços e recursos humanos e a possibilidade da ação modificadora desses sobre aqueles, é que as mudanças nos serviços e nas práticas de saúde são fundamentais e preeminentes para qualquer esforço de mudança na área de recursos humanos. Sem elas as alternativas de mudança na área da formação constituem sempre, na melhor das hipóteses, esforços bem intencionados que

rapidamente se esgotam sem resultados significativos, quando não se constituem realmente em instrumentos disfarçados para reforçar o *status quo*.

O complexo de saúde no Brasil absorve aproximadamente 5% do PIB do País (somente para as atividades de atenção às pessoas) e emprega cerca de um milhão de trabalhadores. Desse total de recursos o Estado participa com aproximadamente 2/3, dos quais mais de 80% de origem federal. Na área específica de recursos humanos a presença do Estado alcança também uma alta participação. Consta-se assim a existência de uma poderosa base material para ação reguladora e condutora do Estado no processo político no qual jogam com determinação os interesses particulares de produtores de serviços e de insumos e outros que não exatamente os da saúde da população.

São conhecidas no País as sucessivas iniciativas do Estado, nos últimos 12 anos, para regular a educação brasileira e através dela a *produção* de recursos humanos para nosso desenvolvimento. Desde a Lei de Diretrizes e Bases, passando pela Lei nº 5.692, a Reforma Universitária, a Lei nº 6.298 — e também a Lei nº 6.229, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde (SNS) — numerosos pareceres do Conselho Federal de Educação (CFE) e outros instrumentos regulamentares, o Estado se *esforça* por definir um marco jurídico que permita a solução dos problemas de nossa educação. Todos esses esforços, alguns com muitos méritos, pecam sempre pelo tratamento principalmente dos sintomas, sem atingir as causas sociais e estruturais dos problemas. Limitado por sua própria natureza dentro da formação social dominante, restringido, dentro dos limites de risco suportáveis, pelo modo e modelo particular de produção sobre que se apóia, ainda quando aparentemente autônomo, o Estado brasileiro tem sido incapaz de perceber ou de atuar sobre o problema como um todo e, principalmente, sobre a estrutura dos serviços. A manutenção das *distorções* e a renovação da *crise* na área de recursos humanos são, na realidade, sintomas da crise mais profunda de nossa sociedade e, mais proximamente, da *crise* permanente de nosso sistema de serviços de saúde.

Há muitas propostas de mudança em curso, ressaltando-se, entre elas, as que propõem a integração entre educação e serviços de saúde para, a partir da mudança nestes, viabilizar um processo de mudança global no setor. Fala-se e se envidam esforços meritórios em melhorar os processos de aprendizagem-ensino, centrando-os na prática real e adequando-se a formação às exigências do atendimento das necessidades reais das grandes maiorias nacionais. Há iniciativas de programas e projetos inovadores no âmbito dos serviços e se discute — às vezes se implementa algo — novas reformas e procedimentos para a utilização do pessoal. Põe-se na ordem do dia a *preocupação* pela participação das populações ou *comunidades* e se insiste na necessidade de *recursos humanos* com consciência crítica, capazes de assumir compromissos sociais com as populações com as quais trabalham. Em quase todas estas propostas o Estado aparece de forma determinante, direta ou indiretamente. E, respeitados os méritos de muitas delas, realizado o esforço e vivida a luta, ficam finalmente alguns erráticos passos caminhados, magros e marginais benefícios para a população e significativas vantagens para os privi-

legiados. É como se, no dizer de Brecht, se tivesse que mudar algo para que tudo continuasse o mesmo: a mesma estrutura discriminadora de serviços, os mesmos valores materiais dominantes, as mesmas situações de privilégio aliçados na posse de bens e do saber, a mesma estrutura de poder e de dominação, a permanente exploração do trabalho e a subordinação aos interesses dos produtores de serviços, de insumos e de equipamentos, a mesma dependência científica e tecnológica, os mesmos processos de controle social e de centralização etc., e sempre com os mesmos discursos e promessas.

É frente a isso que voltamos às nossas afirmações iniciais e verificamos que o âmbito da política, quanto aos recursos humanos para a saúde, não está apenas nos limites do setor; é de natureza global. E sentimos que o caminho, ou pelo menos a direção para este caminho, está também na existência de um Estado democrático que permita a participação criativa de todos: é aí, e talvez somente aí, que o recurso humano pode ser *sujeito-fator-beneficiário* e o Estado pode assumir realmente a grandeza de seu papel.

Summary

The Author points out that a policy of human resources for health has not its scope restricted to the sector itself, but is of a global, comprehensive nature. The path to such a scope, or at least the direction leading to it, depends also upon the existence of a democratic State, permitting the creative participation of everyone, a State in which the human resources may be, at a same time, *subject-agent-beneficiary*, and where the State may, in fact, take upon itself the magnitude of its role.

In Brazil, the health complex uses up approximately 5% of the country's GNP (for activities concerned with care of persons only), employing about one million workers. In this total sum of resources, the State enters with nearly two-thirds, of which more than 80% come from federal funds. In the specific areas of human resources, the State has also an extensive participation, that provides the strong material basis it needs to exercise a regulatory and leading action in the political process, in which come into play the particular concerns of producers of services and inputs and others not exactly referring to population's health.

DEBATES

Dr. Fernando Bevilacqua. Certamente saúde e educação enfrentam problemas muito semelhantes. Se observarmos as dificuldades que a área da saúde enfrenta para solucionar seus problemas, veremos que são muito semelhantes aos da educação.

Temos uma política de saúde que deveria ser formulada pelo Ministério da Saúde, mas, até o momento, não a vejo consolidada, consubstanciada. Os objetivos para implantação desta possível política através do Sistema Nacional de Saúde não são muito claros, muito precisos, e sua avaliação também não é feita, o que causa um distúrbio muito grande.

Pergunta-se: Quem deveria formular uma política de saúde para o país? O Ministério da Saúde. Quem forma o pessoal para exercer esta política? O Ministério da Educação. Quem absorve este produto? O Inamps. Quem deveria distribuir estes médicos? O Ministério de Planejamento. Seria interessante que o Ministério da Saúde, nesta área, fosse um órgão mais do que coordenador, um órgão do qual emanasse não só uma política de saúde, mas, até mesmo, uma política de formação e também de assistência médica?

Até o momento, no País, vê-se um Ministério da Saúde muito frágil, uma universidade distante dos problemas e um Ministério da Previdência que é verdadeiramente o banqueiro. Um exemplo prático na nossa área de formação é o Ministério da Agricultura, que rege as faculdades de Agronomia, mais próximas do Ministério da Agricultura do que do Ministério da Educação. Pergunto eu: esta divisão de interesses pessoais, institucionais, enfim, a luta pelo poder, não estaria dificultando a formação de nosso exército de saúde?

Dentro ainda do sistema universitário, e agora falando em recursos humanos, as universidades, no momento, já começam a aprender dentro da comunidade aquilo que devem fazer para aperfeiçoar seus recursos humanos. Uma dessas comprovações de que a universidade, no momento, já se compromete mais neste processo é a mudança de suas atitudes em relação à

formação de seus recursos humanos para a saúde, em especial na área médica. No momento, todas as universidades, e as escolas de medicina, em particular, fazem, se não um programa, pelo menos um esforço consciente de reformulação da formação de seu pessoal, especialmente da área médica, embora saibamos que não é através dos médicos que vamos resolver os principais problemas de saúde. Mas, enfim, o médico sempre será um participante e terá sempre um papel muito importante dentro da equipe de saúde. Vejo, como um sopro alentador, que as universidades, no momento, estão voltadas para uma reformulação, até mesmo profunda, dos seus objetivos, de suas metas colocadas no papel, podendo, assim, corresponder ao exercício prático da formação.

Faria à mesa a seguinte pergunta: Não valeria a pena que as escolas de medicina estivessem mais vinculadas ao Ministério da Saúde em termos de planejamento, de formação, do que ao Ministério da Educação? Seria isto viável?

Dr. Eugênio Vilaça Mendes. Os temas desenvolvidos pelos conferencistas colocaram o problema mais geral — o Estado como prestador de serviços. Como a ação do Estado se materializa através da alocação de recursos, é sobre isto que farei meus comentários. Este problema cabe ser visto sob diferentes formas: concentração de recursos, cobertura de serviços, etc.

A discussão deste problema crítico de alocação de recursos na América Latina tem sido exaustiva, mas inúmeros trabalhos, de modo geral, são ricos em descrição e indigentes em análise. Isto ocorre, em minha opinião, devido à utilização de métodos de nítido conteúdo valorativo que conduzem ao exame da árvore; à alocação de recursos fora do contexto da floresta; à sua determinação estrutural. Esses estudos, por consequência, levam a conclusões falaciosas e ao enunciado de meias verdades como, por exemplo, que os problemas de saúde dos países subdesenvolvidos decorrem da sua escassez de recursos. Ao suscitar essa discussão, pretendo trazer à reflexão desta reunião uma tese de Vicente Navarro¹ que li recentemente e muito me impressionou.

Sabe-se que os estudos de desenvolvimento, em nosso meio, são muito influenciados pelo modelo rostowiano de desenvolvimento, que consagra simples taxas de valor universal através das quais um país subdesenvolvido chegaria ao estágio de desenvolvimento. Este modelo tem sido validado, explicita ou implicitamente, por inúmeros estudiosos de recursos em saúde, principalmente porque, segundo a teoria rostowiana, os problemas de saúde nos países subdesenvolvidos dependem: a) da insuficiente difusão cultural e tecnológica dos países desenvolvidos para os subdesenvolvidos (esta difusão cultural e tecnológica se expressa de diversas maneiras — treinamento de pessoal no exterior, assistência técnica internacional, engenharia médica etc.); b) da escassez de capital nacional, o que conduz a uma baixa cobertura de servi-

¹ N. do E. A tese de Vicente Navarro à qual se refere o debatedor foi apresentada à Universidad de San Carlos de Guatemala, sob o título: El Subdesarrollo de la salud — la salud del subdesarrollo.

cos; c) da ação concomitante destes dois fatores, que na economia atual levaria à distribuição desigual dos recursos de saúde.

Ora, uma análise mais detida destes condicionantes rostowianos da problemática de saúde nos países subdesenvolvidos não revela uma situação real de escassez; ao contrário, há uma excessiva difusão cultural da medicina científica, através do aparelho educacional, que funciona como fator de manutenção ideológica. Existe, também, uma difusão tecnológica mais que necessária dispersa nas parafernálias de equipamentos glamorosos que a medicina flexneriana² engendrou. Ademais, a escassez de recursos nacionais, de tanto ser repetida, transformou-se em verdadeiro mito, mas o que acontece claramente é um direcionamento deliberado e intencional de recursos disponíveis para grupos privilegiados aos quais serve e dos quais se serve a medicina científica.

A orientação dos recursos se faz no sentido de uma medicina hospitalar e urbanocêntrica, com padrões de consumo curativo, que é replicada nos países subdesenvolvidos através do sistema educacional e da estrutura dos serviços, exatamente porque os meios de produção e consumo do setor saúde são controlados pelas elites beneficiárias, que desejam o mesmo tipo de atenção médica que prevalece nos países desenvolvidos.

A observação limitada da árvore tem conduzido a propostas adjetivas, tais como a de integração interinstitucional, áreas docente-assistenciais, medicina simplificada, que não quero invalidar totalmente, pois são instrumentos táticos importantes, mas que surgem como consequência do esgotamento do paradigma da medicina científica tão bem demonstrado no texto do Prof. Abel Smith.³ Tais medidas são congruentes com um novo paradigma, o da medicina comunitária que, dados os condicionantes estruturais, preceitua modificações de claro conteúdo adaptativo a tal ponto, inclusive, que a medicina comunitária poderia representar uma regressão ao paradigma da política sanitária qualitativamente diferente, mas com indisfarçáveis objetivos de higienização e *medicalização* social de grupos marginalizados.

Isto posto, e a título de conclusão desta breve intervenção, pode-se afirmar agora, como já faziam na primeira metade do século XIX os precursores da medicina social, que a solução dos problemas de saúde nos países subdesenvolvidos, muito mais do que da escassez de recursos, depende da instauração e do exercício de uma democracia substantiva.

Dr. Hugo Tomassini. Gostaria, inicialmente, de agradecer o convite formulado para que um secretário de município comparecesse a este seminário, com o que se procurou, enfaticamente, mostrar a necessidade de uma contribuição de diferentes níveis. Sinto-me feliz e até certo ponto realizado, porque vejo aqui, nas exposições apresentadas, uma preocupação com a bus-

² N. do E. A medicina flexneriana identifica uma corrente surgida nos EUA no início do século, que visava a especialização do ensino médico através da diversificação da clínica e com uma crescente incorporação de tecnologia intensiva em capital.

³ N. do E. Veja N. do E. referente ao assunto no texto que reproduz os debates do painel sobre O Estado e o direito à Saúde.

ca de relações causais mais diretas dos fenômenos de saúde. Permitam-me a leitura de determinado trecho do texto *Descentralização e cobertura de saúde*, do Prof. Paulo Reis Vieira, que reflete e explica um pouco do meu contentamento: “Por tratar-se eminentemente de questões políticas, a descentralização serve de instrumentalidade indispensável aos mecanismos de conquista, manutenção e perda de poder”.

O que me pareceu muito claro nessa exposição foi exatamente isto: uma busca, uma manutenção e uma recuperação de poder. Estes fatos nos levam a refletir sobre a atuação da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói e é em relação a ela que, neste momento, posso falar: algumas incógnitas, algumas dúvidas e sua ação. Não posso deixar de reconhecer que nosso propósito não se desenvolve apenas em Niterói; outras experiências, a nível de município, têm-se registrado. Do I Encontro Municipal do Setor Saúde, em Campinas, redundou um memorial que mostra fundamentalmente alguns pontos essenciais, tais como: a prioridade da programação municipal de saúde, voltada para a atenção primária, através de postos ou unidades de saúde; a manutenção da estrutura hospitalar própria como uma exceção decorrente da omissão de órgãos estaduais ou federais em melhores condições financeiras para responsabilizar-se por tais serviços; a atribuição, ao município, do pronto atendimento de emergências simples, pelos postos de saúde; a atribuição de emergências complexas a serviços de nível secundário e terciário, de competência da União e do estado; a instalação e manutenção de serviços complexos de pronto-socorro pelo município, como exceção decorrente da omissão de órgãos estaduais e federais ou, então, peculiaridades locais; a prioridade que órgãos financiadores, tipo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) deve dar aos pedidos dos municípios e de outros órgãos públicos para a instauração de uma rede de postos de atenção primária.

Condenou-se a atual posição do FAS de dar prioridade ao financiamento da rede privada, que vem aplicando os recursos somente na instalação de empresas hospitalares; o sistema de pagamento por unidade de serviço, como inconveniente para os municípios e demais órgãos públicos, uma vez que introduz graves distorções no sistema de atenção à saúde, porque estimula a produção de atos médicos desnecessários, supérfluos e muitas vezes sofisticados, realizados com o objetivo de obtenção de lucros máximos.

Discutiu-se, também, a necessidade de revisão, pela União e pelos estados, da política tributária, de forma a assegurar maior volume de recursos aos municípios, especialmente através da alteração da forma de distribuição dos impostos arrecadados pelos estados e pela União, para que as prefeituras municipais possam ampliar as suas dotações atendendo à saúde e o município possa assumir seu papel na prestação de serviços à população.

A influência dos serviços de saúde sobre o desenvolvimento socioeconômico é limitado; entretanto, a influência do desenvolvimento socioeconômico nos níveis de saúde da população é determinante. Desta forma, reconheceu-se que as decisões da política global de desenvolvimento devem contar com ampla participação da população, a grande interessada neste desenvolvimento, devendo assegurar: aumento da produção de alimentos básicos para

o consumo interno, adequado às necessidades de toda a população; fixação do trabalhador rural à terra; condições para elevação do poder aquisitivo da população; e integração do serviço municipal de saúde com os serviços das demais instituições locais, para maior aproveitamento dos recursos disponíveis, barateamento dos custos e expansão de cobertura.

Foi unanimemente considerado que tem havido dificuldades na execução dos serviços municipais de saúde devido a bloqueios nos canais de comunicação entre os municípios, estados e União, principalmente com os estados, em virtude de divergências político-partidárias entre os dirigentes municipais e os poderes superiores. Fica denunciada a dificuldade de se obter bom relacionamento, devido à predominância de interesses políticos, partidários e econômicos em detrimento das reais necessidades da população. Ao se analisar os aspectos municipais da aplicação dos programas de saúde, não se pode dissociar sua característica técnica da política; embora os secretários municipais de saúde exerçam funções técnicas, eles são agentes de uma estrutura político-administrativa cujo chefe, o prefeito municipal, é o único dirigente do poder executivo nacional de expressão legitimamente democrática, na sua maioria escolhido diretamente pelo povo.

Da forma como este encontro vai encaminhando suas conclusões sinto que, no momento em que se coloca a questão da saúde como de ordem fundamentalmente política, começa-se a buscar as associações causais mais diretas que expliquem este fenômeno. Dessa maneira, podemos encontrar as soluções.

Dr. Guilherme Rodrigues da Silva. Vou centrar meus comentários no trabalho e na apresentação do Prof. Paulo Reis Vieira. Uma das razões é exatamente o grau de improvisação que, pelas contingências, tenho de dar à minha participação. Quero dizer que não pretendo fazer nenhuma crítica interna, analisando o problema de participação do Estado do ponto de vista das teorias organizacionais, nem mesmo analisar os quadros de referência que estão por trás dessas teorias, particularmente da teoria de organização social de Talcott Parsons.⁴

Queria também comentar o que, de certa forma, foi proposto por outros: uma análise do problema da participação do Estado na prestação de serviços, do ponto de vista estrutural, em que necessariamente os fatores planejados estão fora da dinâmica interna do próprio setor de saúde. Neste outro tipo de análise, alguns conceitos muito bem trabalhados pelo Prof. Paulo Vieira perdem, de certa forma, sentido, porque, na realidade, não são aplicáveis. Mencionou, por exemplo, pontos extremamente importantes da problemática da equidade, o desafio sobre os que tomam decisões, particularmente o referente a quem arca com os custos sociais da produção e consumo dos serviços e com a problemática da estrutura organizacional. A referência a mecanismos de transferência de poder não se concebe entre elementos da racionalidade técnica, ou entre aqueles que são parte constitutiva da organi-

⁴ N. do E. Parsons, Talcott. *The Social system*. New York, The Free Press, 1951.

zação desses serviços. Esta dinâmica do poder se dá na estrutura social como um todo, embora se manifeste de forma particular no Estado.

Segundo esse enfoque analítico, estes problemas são falsos: a equidade é realmente definida mais em termos de como a sociedade se estrutura e como estrutura as diversas práticas dentro dela, inclusive a de saúde. Não existe absolutamente nenhum mecanismo de realidade técnica que possa contornar a problemática da equidade.

Outro problema que desaparece nesta análise, ou que pelo menos se desloca, é o desafio sobre os que tomam decisão. Os agentes institucionais teriam uma dupla participação, como técnicos e como agentes políticos. Esses dois papéis se confundem neste plano de análise. A decisão política se faz fora da âmbito organizacional propriamente dito, fora deste nível de organicidade técnica que dá maior ou menor racionalidade ao sistema. Na área de saúde, esta visão mais funcional do poder e, conseqüentemente, das decisões políticas, era realmente a tônica do planejamento de saúde até pouco tempo. Nota-se, no entanto, de um momento para cá, uma certa mudança, quer dizer, os planejadores começam realmente a buscar outros instrumentos para tentar localizar melhor onde está cada um desses elementos do processo de intervenção do Estado no planejamento. Vê-se, por exemplo, que o documento *Formulación de políticas de salud* distingue perfeitamente esses níveis em que o processo de planejamento se dá. É verdade que esse documento ainda está mesclado por uma visão baseada nas teorias organizacionais, o que é realmente justificável. Mas, de qualquer forma, acho que tem um mérito: estabelece que as agências que cuidam do problema de planejamento tenham uma visão um pouco mais global, do que aquela visão possível quando se utiliza o modelo de análise de sistema das teorias organizacionais.

O problema da estrutura organizacional é pertinente, mas, de fato, é quase o resultado de processos que se dão a níveis mais altos da estrutura da sociedade. Em níveis de decisão política do aparelho estatal, entram em jogo todos os fatores políticos e interesses sociais presentes nas sociedades e ocupam posições de maior dominância dentro do bloco político no poder, naquele momento, no Estado. Leva em conta, também, posições de grupos sociais que não desempenham papel dominante dentro deste bloco político, mas se fazem presentes dentro desse equilíbrio dinâmico, entre os diversos interesses dos grupos sociais, que constitui a função principal do Estado.

Não se pode, então, entender que se discuta o problema de descentralização política apenas dentro do plano organizacional, isto é, descentralizar não é sinônimo de democratizar. Vimos aqui, neste belíssimo estudo de caso sobre o problema de medicina comunitária do norte de Minas, como fatores externos penetram neste tipo de problema de descentralização política, fatores esses que não dependem absolutamente de decisões tomadas a nível técnico-organizacional, mas sim de decisões tomadas em instâncias capazes de definir diretrizes para estruturar estas práticas na sociedade com base em mecanismos dinâmicos e históricos que ela própria está continuamente produzindo. Posso pretender manejar problemas políticos a nível organizacional, mas, em última instância, os obstáculos aparecem a ponto de emperrar o

desenvolvimento desses programas. Esses fatores estão operando na estruturação dos serviços realmente em níveis mais decisivos.

A participação do Estado como prestador de serviço é uma problemática secundária. A mais central é a participação do Estado na organização e estruturação do setor de saúde, principalmente por via política. Isto se constitui, nas sociedades modernas, em uma tendência irrecusável por fenômenos que estão ocorrendo nas práticas da estruturação destes serviços de saúde. Para exemplificar, podemos colocar aqui alguns fatores determinantes da maior ou menor participação do Estado. O econômico é realmente fator de extrema importância. Para começar, gostaria de lembrar citação feita pelo Diretor-Geral da OMS, Dr. Halfdan Mahler, em sua visita recente ao Brasil, onde fazia referência a uma manifestação de Robert Beverley, escrita em 1708 a propósito dos povos das Américas. Vou citar o texto em espanhol: “Tienen la suerte de tener muy pocos medicos y los que tienen usan tan sólo remedios sencillos, así sucede, que no son muchos los males que los aquejan y su cura es cuestión tan conocida de todos, que no hay sobrado misterios para hacer allí de la medicina un oficio ganancioso, como hacen los eruditos en otros países con gran opresión del genero humano”. Parece que estas palavras se referem mais às condições nas sociedades mais modernas e atuais do que àquela fase do colonialismo antigo das Américas de 1708.

A situação mudou consideravelmente daí para cá: a estruturação dos serviços de saúde nas atuais sociedades de tipo capitalista depende essencialmente do que se passa no setor de produção industrial como um todo. Esta produção condiciona um tipo de configuração da estrutura da organização de serviços que faz com que esta estrutura nada mais seja do que um simples *locus* para o consumo mais intensivo de uma tecnologia cada vez mais sofisticada e cara. Em outras palavras, a medicina se confunde com o complexo médico-industrial, voltada para os problemas mais raros da patologia, para o estudo dos mecanismos mais sofisticados de explicação de doenças e funciona como instrumento para a utilização cada vez mais intensiva desta tecnologia sofisticada, ou seja, o complexo médico-industrial funciona através de um ato médico.

Por outro lado, vamos ter, também, fatores positivos: o ato médico cada vez mais valorizado como alguma coisa útil, que deve ser extensa, que deve ser reclamada como um direito mais ou menos universal. Não cabe aqui analisar a dinâmica deste tipo de demanda, de pressão política sobre a atenção médica como um todo, que vai levando a uma tendência de generalização do consumo médico na sociedade. Isto representa, no entanto, fortes pressões políticas que exercem os grupos sociais que não têm acesso, que reclamam e reivindicam cada vez mais o acesso ao consumo de serviços, refletindo-se no Estado que, para manter o equilíbrio, tem de levá-las em conta. Isto faz com que o Estado interfira — e necessariamente tende a interferir cada vez mais em todos os países — na forma de organizar a atenção médica, a fim de manter o equilíbrio e permitir realmente suavizar este tipo de situação contraditória: de um lado, a produção industrial impondo, de fato, uma incorporação progressiva e crescente de tecnologia, fazendo encarecer e

tornando o acesso cada vez mais restrito a grupos minoritários dentre os consumidores potenciais da sociedade; do outro, uma pressão política de demanda que se generaliza rapidamente, principalmente em determinadas conjunturas políticas, podendo, eventualmente, contribuir para que o Estado tenha que intervir com modificações às vezes inesperadas e radicais. Vimos isto acontecer, por exemplo, na Inglaterra, logo após a II Guerra Mundial.

As decisões são tomadas levando em conta todo este jogo de forças políticas. Entendemos que o planejamento engloba todo este processo. Atribuímos, inclusive, maior importância à etapa de tomada de decisões políticas, que não se faz a nível organizacional, mas a nível do Estado enquanto instituição política, representando o equilíbrio de forças políticas na sociedade. Os conceitos com base na teoria organizacional perdem o sentido; a equidade só poderia ser realmente obtida através da democratização, de uma participação política equitativa em todas as esferas do poder político, e não através de um mecanismo de intervenção técnica.

O Prof. Paulo Reis Vieira mencionou que as pressões sociais orientadas no sentido da extensão da cobertura da atenção médica levarão a algum tipo de intervenção do Estado. Comentou, também, o papel da participação da organização privada na produção dos serviços, mencionando o Decreto-lei nº 200/67, que trata da reforma administrativa. Esse decreto tenta, pela primeira vez, dar à problemática de saúde uma visão global, atribuindo ao Ministério da Saúde o planejamento setorial, incluindo em suas atribuições a atenção médica como parte integrante da saúde encarada de forma global. A lei posterior, que cria o Sistema Nacional de Saúde, separa a atenção médica previdenciária que representa mais de 90% da atenção médica prestada neste País, excluindo-a do planejamento do Ministério da Saúde. É quase como dizer: a atenção médica nada tem a ver com saúde; tese, aliás, absurda, que tem sido defendida por alguns técnicos. As distorções da organização de assistência médica interferem na forma de organizar os outros serviços, ao marcar o espaço de ação dessas outras práticas e na forma como a atenção médica se articula com o poder da sociedade. Limita também a participação direta do Estado como produtor e prestador de serviços.

A demanda eficaz e crescente que se vem notando recentemente no Brasil tem resultado em algumas medidas, estratégias e programas de serviço que visam buscar caminhos para sua extensão, incorporando realmente a atenção médica como um dos elementos talvez mais importantes da saúde pública moderna. O diretor-geral da OMS, Dr. Mahler, expressou a necessidade de estender os serviços de primeiro contato de forma mais racional, evitando o predomínio das formas atuais de organizar a atenção médica. O Dr. Gentile de Mello tem chamado muito a atenção para um dos aspectos do problema: o da remuneração por serviços, coerente com a lógica do determinante econômico da produção industrial de insumos. É muito fácil usar a atenção médica como *locus* para a incorporação cada vez mais crescente de tecnologia sofisticada, através deste tipo de modalidade de organização, do que através de serviço prestado diretamente pelo Estado.

De forma bastante incisiva o Dr. Mahler indica a necessidade de, utilizando aqueles modelos que vemos serem aplicados com êxito absoluto na Europa central, obter uma extensão através de uma fórmula racional, não na ótica da produção industrial de insumos, mas do ponto de vista das necessidades reais das populações que têm acesso aos serviços: a uma medicina não-sofisticada, não geradora de dependência, que possa atender a esses reclames de expansão e universalização do consumo de serviços de atenção médica a que todos temos direito.

Público. Pergunta dirigida ao Prof. Paulo Reis Vieira: o Estado poderia participar da desconcentração da atenção à saúde, regionalizada, para lograr coberturas igualitárias de saúde em grupos de municípios com os mesmos problemas comunitários? Pergunta dirigida ao Dr. Francisco Machado: se considerarmos o tempo que se gasta para educar uma população segundo determinada orientação, podemos esperar que seria logrado o mínimo? Nesse sentido, temos como exemplo o programa de esquistossomose em uma comunidade muito pequena do Nordeste, com 1.200 habitantes, durante mais ou menos nove anos, com educação sanitária dirigida, de alto custo; no entanto, no 10º ano, ao visitar a comunidade, verificamos que tudo o que havia aprendido nos nove anos anteriores não estava sendo aplicado. A incidência e a prevalência de esquistossomose haviam aumentado.

Temos ações de saúde sendo implantadas contra a vontade da população ou, melhor ainda, sem sua participação direta, de forma até compulsória. As ações são mais rápidas e os benefícios mais práticos. A vacinação contra a meningite e outras moléstias, por exemplo, constituem casos típicos beneficiando a população em um ou dois meses. Quanto tempo levaria essa população para ser educada no sentido de tomar essa vacina? Outro exemplo típico é o do controle da esquistossomose. Participamos do controle da esquistossomose em duas comunidades diferentes — Sumidouro e Santa Clara — nas quais não precisamos da participação da comunidade, pois não foi preciso educar a população para convencê-la de que era beneficiada. Fizemos o que era necessário fazer, e o resultado, a curto prazo, significou o controle da esquistossomose nessas comunidades, independentemente da educação sanitária de outras ações mais custosas e mais demoradas.

Prof. Paulo Reis Vieira. Pareceu-me que a sua pergunta era no sentido de saber a minha opinião sobre se o Estado poderia desconcentrar serviços de saúde. É claro que poderá desconcentrar, como poderá descentralizar, e isto vai depender, evidentemente, de grande número de decisões políticas que não são tomadas basicamente nas estruturas formais que compõem o Estado, mas em todo o contexto que forma o sistema social, político e econômico. Se por Estado a pergunta referiu-se ao governo central que pudesse, por exemplo, tomar a iniciativa de fazer com que municípios com problemas comuns se reunissem, e tentassem resolvê-los, mais uma vez verifica-se a grande possibilidade de grande número de alternativas para obter-se esse resultado. O ideal seria que os próprios municípios dentro do sistema global-

Estado tivessem condições de resolver seus próprios problemas, o que significaria elevado grau de descentralização no sistema.

Dr. Francisco Machado. Não pretendi em momento algum deixar a idéia de que se devesse tentar convencer a população a aceitar as propostas oficiais. Minha opinião é que isto já vem sendo repetido consecutivamente: os principais fatores de saúde não são estas ações, mas são as situações gerais de vida deste povo — seja alimentação e tantas outras coisas — que são conquistadas por outro tipo de ação. Eu, nesse aspecto, acho que a população tem muita consciência de que este fator é fundamental para ela. Quer dizer, não se precisa educar a população para dizer a ela que alimento, aumento da renda, é uma coisa fundamental. Acho que ela tem plena consciência disto, como foi exaustivamente repetido e todos os participantes desta reunião têm consciência de que esses são os fatores fundamentais de saúde.

Dr. Walter Leser. O Prof. Paulo Reis Vieira colocou alguns pontos que são extremamente importantes para aqueles que comigo estão em São Paulo, trabalhando na tentativa de implantar o Sistema Nacional de Saúde.

Creio que não é segredo para ninguém que no caso de São Paulo temos dois problemas diferentes: uma coisa que se chama interior do Estado e outra que se chama Grande São Paulo, um monstro que se está aproximando de três milhões de habitantes, com um crescimento que continua assustador. Para se ter uma idéia, o Tribunal Regional Eleitoral, da eleição de 1976 para a de 1978, verificou um aumento de 500 mil eleitores, e se agregarmos junto de cada eleitor mais alguns não-eleitores, teremos o que representa o aumento da população. Isto é um desafio tremendo, certamente um desafio que não tem sido acompanhado pelos serviços que chamo de *setor saúde*.

Os problemas em termos de saneamento básico são enormes, exigindo investimentos gigantescos para poder tentar minorá-los. No que diz respeito ao atendimento da população, é evidente que há uma insatisfação enorme e grupos muito grandes da população não têm acesso a qualquer serviço de saúde, especialmente na área da Grande São Paulo. No interior, possivelmente, a situação é muito mais apavorante. Devo dizer que não acredito na possibilidade de uma política nacional de saúde, como não acredito em possibilidade de nada, no Brasil inteiro, em termos nacionais, porque o Brasil realmente é um continente com disparidades e com diferenças tão gigantescas que impediriam que se tivesse alguma coisa que servisse para todas as áreas. Já tem sido dito que quando se pensa em alguma coisa com validade nacional, a não ser que se limite a generalidades, a normas muito gerais, estaríamos procurando o número único do sapato que servisse para todos os pés. Certamente isto é inviável.

Reconhecendo o fato de que realmente uma política nacional seria inviável, verificando que a situação de atendimento no estado de São Paulo, de uma forma geral, e na Grande São Paulo, em especial, é muito má, com grande insatisfação por parte da população e do pessoal que atua na prestação de serviços, no que se refere a deficiências de instalações físicas, de equi-

pamentos e principalmente salários, o governador do Estado constituiu um grupo de trabalho para procurar encontrar os meios e modos pelos quais fosse possível: a) melhorar atendimentos; b) melhorar condições de trabalho daqueles que atuam na área. Esse grupo de trabalho reuniu vários secretários e representantes de algumas entidades de grande significação. Nas discussões procurou-se identificar, por exemplo, quais seriam as causas dessas deficiências de atendimento, nem sempre decorrentes da escassez de recursos. Uma das causas, claramente evidenciada, foi o fato desse atendimento estar sendo realizado por várias agências que atuam praticamente sem qualquer coordenação, para não se falar em integração, havendo, então, duplicações e, evidentemente omissões.

Nessa ocasião, lembrei-me que a Lei nº 6.229 poderia constituir-se em uma forma de atuação para reduzir o possível desperdício de recursos, criando modos para que o Estado e as prefeituras se tornassem capazes de realizar aquilo que lhes é atribuído pelo Sistema Nacional de Saúde. Este foi realmente o estudo que se fez, procurando verificar como é que o estado poderia se equipar, para dizer: estamos prontos a agir!

Há pontos que são, obviamente, extremamente difíceis. Teriam de ser examinados, estudados em conjunto com outras entidades já fora do âmbito estadual e que deveriam integrar-se neste Sistema Nacional de Saúde no estado, especialmente o Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social. Não acredito que seja possível fazer um planejamento de ações de saúde que sirva para São Paulo e para qualquer outro estado do Brasil. Acredito que quem poderá planejar as ações de saúde para São Paulo serão os técnicos que atuam em São Paulo, ou seja, os órgãos de planejamento da Secretaria de Saúde. Evidentemente, neste planejamento prever-se-á o desenvolvimento de ações das quais participarão, em formas a serem estudadas, os diferentes agentes que hoje atuam, coordenando-os e, se possível, integrando-os.

Previu-se, então, um instrumento legal que criava um Conselho Superior de Saúde para estabelecer as diretrizes de uma política de saúde para o estado, defendendo prioridades de investimento, envolvendo todas as áreas incluídas no setor saúde e, muito especificamente, tratando das ações da área médico-sanitária-hospitalar e de apoio, coordenadas pela Secretaria de Saúde.

Parecia uma solução adequada contar com um Conselho de Coordenação, ou de Integração, em que estariam representados todos os órgãos federais, estaduais e municipais que financiassem serviços de saúde. Previa-se, também, com esta lei, a instituição de um instrumento de apoio financeiro, por meio de um fundo estadual de saúde criado por lei complementar para que pudesse ter a latitude e a flexibilidade necessárias.

Entretanto, o exame de todo esse documento, para ver a sua compatibilização com os órgãos federais que precisarão aceitá-lo integralmente ou discuti-lo, exigirá muito tempo. O documento foi apresentado ao governador, que aprovou a idéia de se enviar uma mensagem à Assembléia apenas referente à constituição do fundo estadual de saúde. As outras providências se-

rão tomadas à medida que houver concordância dos demais órgãos; já temos, por exemplo, a concordância da Prefeitura Municipal de São Paulo, que é uma grande prestadora de serviços, e provavelmente outras prefeituras, como é o caso da Prefeitura de Campinas, que estarão perfeitamente de acordo. E vai depender de acordos, pois nós precisamos ter a concordância dos demais órgãos.

Recebi uma crítica. Foi-me dito, e está muito claro na lei, que serão os ministérios que tomarão as iniciativas. Mas também não vejo impedimentos já que o Estado tem determinadas atribuições; então, que ele se prepare para cumpri-las e diga, num determinado momento, como agora São Paulo dirá: "Nós estamos prontos, nós podemos participar". É óbvio que em um sistema como este o ponto fundamental é a necessidade de implantação, em primeiro lugar, de uma rede de atendimento primário.

É uma tarefa gigantesca, mas deverá receber a máxima prioridade, se este sistema, esta coordenação, esta integração puder se efetivar. Evidentemente depois teremos que pensar numa rede de atendimento secundário, especializado e em uma rede terciária e hospitalar. Durante muito tempo, possivelmente, este objetivo prioritário quase consumirá as energias e os esforços que o Conselho de Integração, que comandará o processo, terá que desenvolver. Enquanto isto, é óbvio que os recursos atualmente existentes, em nível secundário e terciário, terão de continuar sendo utilizados.

Não vejo a possibilidade de planejar e executar ações de saúde, neste país tão vasto, se as decisões ficarem centralizadas.

Um dos pontos mais discutidos é a afirmada dualidade, a dicotomia. O que prevemos é uma rede de atendimento primário, que faça tudo indiscriminadamente, tanto as ações chamadas de saúde coletiva como também as ações de saúde individual. Logo, a dicotomia seria apenas em nível de cúpula; na hora de executar, realmente, tudo se funde. Isto é possível, e a prova são os centros de saúde que o estado já mantém, onde são executadas as ações de saúde coletiva e individual, com muitas imperfeições, muitas insuficiências, mas, de qualquer maneira, são feitas.