

Um passo adiante?!

LUIZ CORDONI JR.
Médico Sanitarista
Professor da
Universidade de Londrina.
Mestre em Medicina Preventiva pela
Universidade de São Paulo

MÁRCIO JOSÉ DE ALMEIDA
Médico.
Mestre em Medicina Social pela
Universidade Estadual
do Rio de Janeiro
Ex-Secretário de Saúde de Londrina

Durante o desenrolar dos trabalhos da VII Conferência Nacional de Saúde percebia-se um certo clima de incredulidade. As análises e comentários giravam, invariavelmente, em torno da proposta de implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) apresentada pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social.

Havia uma perplexidade generalizada diante da proposta. Encontrava-se dificuldade em acreditar que o Estado estivesse assumindo “prá valer” o que estava exposto nos documentos distribuídos. E mais, sentia-se um vazio debaixo dos pés, refletido em comentários do tipo: “(...) e agora que o Estado incorporou toda a plataforma do CEBES, o que se deve fazer?”; “Penso que o papel principal do CEBES passará a ser o de fiscalizar o cumprimento do PREV-SAÚDE”.

Pois bem, embora alguma análise tenha sido desenvolvida no decorrer da própria Conferência, seu aprofundamento impõe-se ao conjunto do assim chamado pensamento crítico do setor saúde. Urge entender os motivos que levaram o PREV-SAÚDE a constituir-se na essência da VII Conferência. Importa também compreender o que

propiciou o surgimento de um certo ambiente da perplexidade. Perplexidade descabida, como se procurará evidenciar.

As Razões do Otimismo

Como muito bem registrou Carlos Gentile de Mello⁸, “ (...) havia um entusiasmo generalizado diante da possibilidade de implantação de uma rede de unidades básicas de saúde. Parecia um Congresso de Jovens otimistas, todos perseguindo os mesmos objetivos (...)”. Estava dada uma das condições para se instalar a perplexidade, visto que esse otimismo não se alicerçava numa análise apropriada dos determinantes do Programa proposto.

As características da organização dos serviços propostas pelo programa podem ser resumidas em regionalização da assistência, hierarquização dos serviços e dos profissionais, máxima padronização de procedimentos, integração inter-institucional, simplificação do cuidado e participação comunitária⁵.

Aqueles que acompanham a política nacional de saúde há algum tempo reconhecerão nesta proposta racionalizadora as diretrizes já antigas da Medicina Comunitária, incorporadas pelo Estado, a nível de discurso, desde meados da década de 70. Em 1975 uma equipe técnica do Ministério da Previdência e Assistência Social, supervisionada pelo Dr. Murillo Villela Bastos preconizava a adoção de tais medidas³, que, posteriormente, foram exaustivamente repetidas nos documentos oficiais.

Até aqui, portanto, nenhuma novidade.

O que de novo encerra a proposta do PREV-SAÚDE é a extensão da cobertura proposta em termos nacionais e universais da demanda (ao contrário das iniciativas racionalizadoras até agora empreendidas, sempre circunscritas a determinadas áreas ou populações, como o PIASS, o programa do Norte de Minas e alguns projetos de prefeituras municipais), acenando com a possibilidade de ocupar espaços cativos da iniciativa privada.

Entre as diretrizes a serem adotadas pelo sistema de saúde, preconiza a VII Conferência, em seu relatório final⁵:

“Deve ser garantido o acesso a todos os níveis de assistência àqueles que assim necessitam, sem distinção da situação sócio-econômica do cidadão, eliminando-se, inclusive, as clientela cativas ainda remanescentes (rurais, urbanas e carentes)”.

“Deverá ser dada absoluta prioridade aos financiamentos à rede básica (inclusive os captados no exterior), preferencialmente aos estados e municípios, a fim de dar-lhes condições de operacionalidade no Sistema”.

Determinantes do Programa

Diante de uma proposta de grande magnitude, ainda mais quando endossada pelo maior financiador dos serviços de saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social, cabe indagar quais os determinantes de tal proposta.

O PREV-SAÚDE, como os programas de Medicina Comunitária, parece surgir como resposta a duas ordens de determinação: por um lado, a politização do setor saúde, crescente numa conjuntura propícia ao recrudescimento de tensões sociais e, por outro, a crise financeira da Previdência Social.

Não é este o espaço para se discutir as razões da politização do setor. Cabe, entretanto, mencionar que a politização corresponde às necessidades do Estado em deslocar os problemas estruturais para as áreas sociais, e por isto é por ele próprio, em certa medida, promovida:

*“A conjuntura política originada de uma nova fase do modelo econômico, necessariamente agravadora de tensões sociais, por um lado, e a crescente politização dos serviços de saúde, por outro, terminam por impor a necessidade de expansão da cobertura”*⁶.

Não é necessário muito esforço para se compreender que em momentos de crise os grupos no poder procurarão a acomodação política através de reformulações em áreas que não afetem os interesses fundamentais dos mesmos grupos, no Brasil representado atualmente pelo capital monopolista (e, entre eles, principalmente o industrial e o financeiro) internacionais e nacionais.

A crise financeira da Previdência Social deita suas raízes na forma sob a qual se encontra predominantemente organizado o sistema de prestação de serviços, onde a remuneração do médico e de empresas hospitalares por atos médicos realizados ou material utilizado (unidades de serviço, metros de esparadrapo, etc) levam inevitavelmente à superprodução e freqüentemente ao superfaturamento.

É indicativo da importância da crise financeira da Previdência, o fato do assunto

ganhar destaque nos jornais. Em 18 de maio passado a “Folha de São Paulo”, citando um relatório elaborado por técnicos dos órgãos ligados ao MPAS, noticiava que, embora sendo o segundo orçamento da União, estima-se “para o presente exercício, um déficit de Cr\$ 108,9 bilhões, numa receita total de Cr\$ 561,29 bilhões, estipulada para todo o sistema”⁹.

A tentativa de resolução da crise financeira sem alterações no sistema”⁹.

A tentativa de resolução da crise financeira sem alterações no sistema de captação e de utilização dos recursos vem sendo tentada desde a posse do atual ministro, Jair Soares. Certamente as pessoas que acompanham os noticiários de TV e dos jornais lembram-se da campanha empreendida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social com o objetivo de recolher contribuições de empresas em débito com a Previdência. Outras medidas, visando aumentar a captação de recursos, que foram cogitadas são: o pagamento pelo beneficiário de parte dos cuidados médicos recebidos e o aumento da contribuição, de 8 para 9%, do salário de cada previdenciário. Entretanto, a conjuntura política é, no momento, claramente inoportuna para a adoção de medidas anti-populares, o que possivelmente explique o constante adiamento da consecução de tais medidas.

A racionalização dos gastos surge como uma alternativa possível. É o que indicam as declarações dos ministros Jair Soares e Waldyr Arcoverde na VII Conferência.

O ministro da Saúde, em dois momentos do seu discurso à VII Conferência, dá conta da dimensão política da necessidade de ampliação e melhora da cobertura, para, a seguir apontar a reorganização dos serviços como solução economicamente viável para o descompasso entre demanda exigente e oferta insolvente.

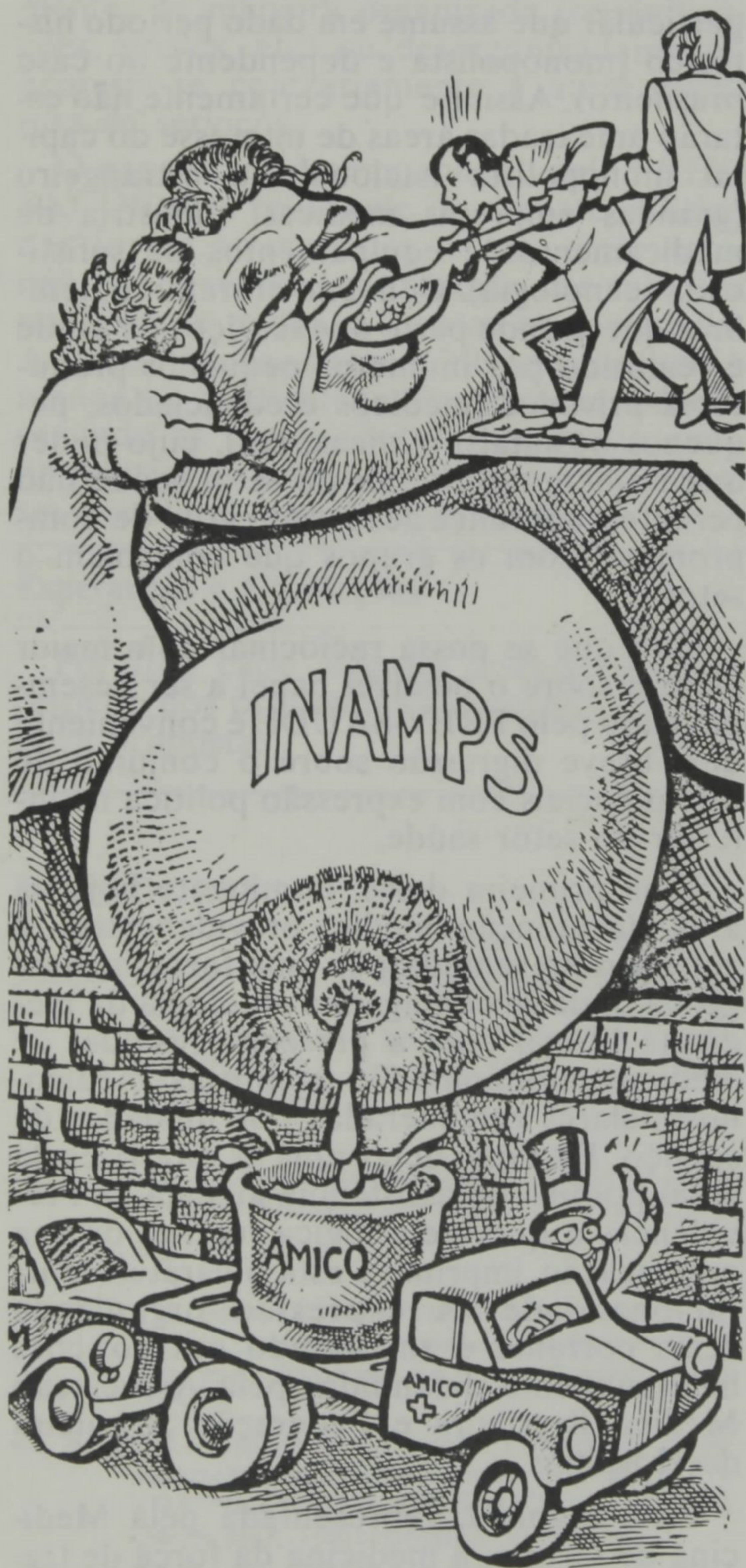
Diz o Ministro:

“E essa nova conceituação deriva, sem dúvida, das observações recolhidas do desequilíbrio sempre existente entre necessidades e recursos, pois a capacidade para atender não aumenta com a mesma rapidez e surge o conflito entre as instituições que administram os serviços, os profissionais que os restam e a comunidade que os recebe. Daí o difícil problema de proporcionar, efetivamente, a quantidade e a qualidade da atenção médica que a população merece, necessita, solicita e exige”.

“Diante desse panorama inquietante, o conceito de atenção primária da saúde é a resposta mais promissora até hoje apresentada”. (grifo nosso).

Mais adiante, o ministro da Saúde, abordando os requisitos necessários à implantação da rede de serviços básicos, citando Mahler, diz:

“Requer o comprometimento político, defendido por Mahler, “de reorientar o desenvolvimento, de aumentar os recursos destinados à maioria mal atendida, de racionalizar o sistema de saúde para, **em vez de dispendir numa tecnologia de mais alto custo, dedicar maiores recursos à assistência básica para todos**”¹. (grifos nossos).



De modo semelhante, o ministro da Previdência e Assistência Social, atesta o problema financeiro da assistência médica da Previdência e identifica sua causa na irracionalidade organizacional:

“As despesas com assistência médica no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social quintuplicaram nos últimos dez anos”.

“Estima-se que o setor saúde consumirá este ano recurso da ordem de 230 bilhões de cruzeiros”².

No mesmo discurso, referindo-se ao PREV-SAÚDE comenta:

“De fato, podemos facilmente constatar uma grande disponibilidade da oferta de serviços de maior complexidade, se comparada a quase total inexistência, não só física, mas sobretudo funcional, de serviços de menor complexidade. Esta organização dos serviços, se sobreposta à estrutura da demanda, nos revelará a total inversão e inadequação dos serviços de saúde atualmente em funcionamento. As conseqüências que daí decorrem, em termos de dispêndios econômico-financeiros, desgastes físicos e psico-sociais e comprometimento das administrações, são inevitáveis e de fácil percepção”¹⁰.

Contradições a serem enfrentadas

Para que um programa como o PREV-SAÚDE seja efetivamente implantado deverão ser superadas barreiras oriundas de algumas contradições identificáveis.

Uma primeira ordem de contradições situa-se internamente aos grupos no poder e refere-se a diferentes posições frente ao remanejamento de recursos, com o conseqüente risco de prejuízos para setores da iniciativa privada envolvidos com a prestação de serviços.

Observe-se, por exemplo, as recomendações da Proposição de Diretrizes (documento do Ministério da Saúde) e do Relatório Final da VII Conferência (ambas endossadas pelos ministros Arcoverde e Jair Soares) a respeito dos recursos a serem mobilizados, por um lado; e por outro, as declarações do Dr. Harry Graeff, presidente do INAMPS, e, portanto, administrador direto da maior soma de recursos sobre a qual se discute.

O Relatório Final da VII Conferência⁵, menciona em sua 9ª diretriz para a implantação do Programa:

“A rede de cuidados primários e significativa parte dos serviços especializados devem estar sob a responsabilidade direta do Estado, de forma a que o Governo esteja seguro e independente das pressões de interesses criados e alheios aos objetivos gerais do Sistema Nacional de Saúde. (grifos nossos).

O documento do Ministério da Saúde⁴, que serviu de base para a elaboração do Programa diz:

(Para a implantação dos serviços básicos de saúde) . . . “os investimentos do Setor Público deverão ser realizados, prioritariamente, no PREV-SAÚDE, suspendendo-se o financia-

mento público, de qualquer origem, para investimentos novos (*criação de novos serviços do Setor Privado para prestação de serviços básicos*). (grifos nossos).

O Relatório Final⁵ resume as principais afirmações do Dr. Harry Graeff:

“O Doutor Harry Graeff apresentou uma série de considerações e de informações sobre a importância que o INAMPS concede à preparação e ao aperfeiçoamento de sua força-de-trabalho. Ao referir-se especificamente à preferência que vem sendo dada à formação do médico geral, em contraposição à prioridade que aquele órgão dava ao especialista, manifestou-se esperançoso em que o programa de Residências em Medicina Social que está sendo desenvolvido, com a cooperação da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, venha a representar um passo de fundamental importância para a preparação, no plano multi-profissional, de jovens profissionais egressos das escolas de medicina e das demais ciências da saúde, que decidam optar pelo campo de ação que visa a oferecer cuidados básicos de saúde na forma proposta pelo Ministério da Saúde”.

Observe-se que se os dois primeiros discursos afirmam certo grau de independência do Estado por referência aos interesses imediatos e diretos de determinados setores do capital, o terceiro, pronunciado por quem possui elevado poder de decisão sobre o mercado de trabalho, é evasivo, transfere o fulcro da questão das diretrizes da política de saúde, inverte a relação de determinação ao depositar suas esperanças no sucesso das transformações a nível do aparelho formador.

As afirmações feitas dos respeito a dois primeiros discursos não estão a endossar a tese da independência do Estado. A contradição está colocada a nível dos grupos no poder e emergem a partir de diferentes posicionamentos frente à contradição entre os interesses do Estado Capitalista — organizado de modo a defender os objetivos fundamentais e a longo prazo da organização social — e grupos privados cujos interesses encontram-se envolvidos no setor saúde.

Entretanto, mesmo que se concretize a iniciativa de alguns grupos no poder de se criar uma ampla rede de serviços básicos estatais que ocupem alguns espaços do produtor privado, tal iniciativa será implementada pelo Estado na medida exata da exigência do jogo político-econômico conjuntural. Ou seja, a extensão da rede e a ocupação de espaços da iniciativa privada serão dimensionadas pelas exigências de solução da crise financeira de Previdência em uma conjuntura política de tensões sociais crescentes onde a melhora do atendimento é

impositiva e a ampliação da captação de recursos onerando mais o contribuinte é desaconselhável. É o máximo que se pode esperar do Estado, cujo papel é o de preservar o caráter estrutural fundamental da sociedade. E mais, caso o PREV-SAÚDE venha ocupar alguns espaços da iniciativa privada não o fará de maneira indiscriminada, pois o Estado, além de preservar o caráter estrutural fundamental da sociedade (o de ser capitalista) trata também de preservar a forma particular que assume em dado período histórico (monopolista e dependente no caso brasileiro). Assim é que certamente não estarão ameaçadas áreas de interesse do capital monopolista nacional ou estrangeiro (grandes empresas médicas, indústria de medicamentos e equipamentos de sofisticada tecnologia). Convém, entretanto, lembrar que grande parte dos serviços de saúde é realizado por inúmeros pequenos produtores privados (médicos credenciados, pequenos hospitais, clínicas, etc), cujo poder que reúnem no interior do setor saúde não permite a cobrança de elevado grau de compromisso com os grupos que controlam o setor.

Para que se possa raciocinar com maior clareza sobre o possível papel a ser desempenhado pelo PREV-SAÚDE é conveniente uma breve digressão sobre o conjunto de forças sociais com expressão política no interior do setor saúde.

Uma primeira delas, dominante hoje na área da atenção médica previdenciária, é aquela representada por uma força heterogênea onde se conjugam a ideologia da medicina liberal com a presença residual de médicos autônomos e empresas médico-hospitalares remuneradas por unidades de serviço. Esta que determina as diretrizes da atual política de assistência médica da Previdência e que, pela lógica interna de sua organização, imprime a esta o caráter de irracionalidade. A expressão organizada desta corrente é encontrado nas posições habitualmente defendidas pela Associação Médica Brasileira e Federação Brasileira de Hospitais.

Uma segunda, representada pela Medicina de Grupo, a medicina da força de trabalho, expressão máxima da racionalidade do capital, é, entretanto, limitada em sua expansão pelos limites do desenvolvimento da grande empresa.

Uma terceira força, sem projeto próprio de organização de serviços, é constituída pela indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, mas, em geral, beneficiada pela atual organização.

Contrapondo-se ao sistema de atenção médica vigente encontra-se uma parcela de

profissionais de saúde cujas posições, quando organizadas, expressam-se através de sindicatos e outras associações. Destes profissionais, alguns encontram-se comprometidos com trabalhos de Medicina Comunitária.

A quinta força, excluída de participação no setor saúde (como de resto nas demais esferas decisórias da sociedade nacional) é a população beneficiária, que, reiteradamente, de maneira organizada (reivindicações, greves, etc) ou desorganizadamente, expressa-se contrariamente à atual estrutura de serviços.

O papel a ser desempenhado pelo PREV-SAÚDE será resultante do embate político das forças enumeradas. Estas, entretanto, não são mais que um recorte nas relações políticas de poder existentes na sociedade. As modificações a serem introduzidas serão menos ou mais adequadas às necessidades segundo as imposições da sociedade civil, no interior da qual os movimentos das classes populares jogam papel decisivo.

Esperanças e Convicções

Por fim, cabe algumas considerações a respeito dos profissionais de saúde frente à nova proposta.

Sem dúvida ela enseja possibilidades de mudança no setor saúde e as relações que estas mantêm dialeticamente com as mudanças estruturais profundas dependem, ainda que em pequena parte, da atuação profissional na área institucional e no seio da sociedade civil.

Na área institucional à atuação do profissional pode ser importante na definição do caráter e do grau de aprofundamento das mudanças se, por um lado, oferecer apoio às iniciativas contidas no PREV-SAÚDE procurando ampliá-las propugnando a incorporação das medidas* propostas pelo CEBES no documento "Democratização e Saúde"² e por outro souber estabelecer ligações entre os serviços e as populações beneficiárias.

Quanto a atuação no plano da sociedade civil pode-se afirmar como Macedo⁷, que:

"é preciso trabalhar junto às organizações políticas, profissionais, gremiais, comunitárias e a população em geral. Não apenas em função do apoio desejado, mas pela necessidade da participação crítica que aperfeiçoará e dinamizará o processo. Uma política de saúde apenas institucional transforma-se quase sempre em assistencialismo marginalizador".

BIBLIOGRAFIA

- ARCOVERDE, W.M. Um novo caminho para a saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., Brasília 24-28 mar. 1980. Brasília, 1980.
02. BRASIL. Câmara dos Deputados. Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, I. Brasília, 9-11 out. 1979.
03. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Sistema Nacional de Saúde: contribuição para discussão do tema*. Brasília, 1975.
04. BRASIL. Ministério da Saúde. Proposição de diretrizes: uma contribuição. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., Brasília, 24-28 mar. 1980. Brasília, 1980.
05. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., Brasília, 24-28 mar. 1980. *Relatório final*. Brasília, 1980.
06. CORDONI JÚNIOR, L. *Medicina comunitária: emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira*. São Paulo, USP, 1970. 110 p. Tese (Mest. Med. Prev.) Universidade de São Paulo.
07. MACEDO, C.G. Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., Brasília 24-28 mar. 1980. Brasília, 1980.

- * "Criar o sistema de saúde único e outorgar ao MS a direção desse sistema, com a tarefa de planificar e implantar, em conjunto com os governos Estaduais e Municipais, a política nacional de saúde; controle permanente do sistema pela população, através de suas organizações representativas, via mecanismos claramente estabelecidos e institucionalizados; redefinir a política de assistência médica, atualmente levada a cabo pelo INAMPS, mediante suspensão imediata dos convênios e contratos de pagamento por unidades de serviço; redefinir a atual política do FAS, para que passe a financiar a expansão da rede básica dos serviços públicos; planejar a formação e distribuição de profissionais de saúde, definindo as prioridades para a formação de pessoal não especializado; definir uma política de produção e distribuição de medicamentos e equipamentos médicos, orientados pela simplificação e eficácia tecnológica, dirigida à redução da dependência ao capital estrangeiro; controle da remessa de lucros para o exterior".
08. MELLO, C.G. Esperanças e Desenganos. in *Folha de São Paulo*, São Paulo, 26 mai. 1980, p. 3.
09. PREVIDÊNCIA social em crise terá alto déficit este ano. in *Folha de São Paulo*, São Paulo, 18 mai. 1980. p. 20.
10. SOARES, J. Extensão da cobertura por serviços básicos de saúde: participação do Ministério da Previdência e Assistência Social. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., Brasília, 24-28 mar. 1980. Brasília, 1980.