

Crise na Saúde exige opção política

Sanitarista César Vieira

Denise Alves



Moreira Mariz

"Há uma crise nos serviços de saúde e o país não poderá adiar por muito tempo mais uma decisão sobre a questão do papel do Estado no setor". A afirmação é do sanitarista Cesar Vieira, do PREPS — Preparação Estratégica do Pessoal da Saúde — programa do governo brasileiro em convênio com a Organização Mundial de Saúde. Segundo Cesar Vieira, o setor privado controla ou utiliza cerca de 80% da capacidade instalada, força de trabalho e recursos financeiros do sistema de saúde no Brasil, sem oferecer à população um padrão de serviço satisfatório. No momento, empresários e multinacionais estariam articulando a defesa da privatização, diante da crise e da possibilidade de uma maior institucionalização do setor, que poderá surgir como alternativa para o atendimento de parcelas da população não cobertas pelos modelos de medicina vigentes.

Reunidos em Ribeirão Preto, num encontro preparatório para a Conferência das escolas de Saúde Pública que se realizará em abril, na Venezuela, os sanitaristas brasileiros reconheceram a existência da crise, concluindo que "a investigação relevante no momento, na área da assistência médica no Brasil, deverá dirigir-se ao estudo das determinações sociais e políticas de conformação do setor e à definição de estratégias de encaminhamento da sua reestruturação".

LINHAS DE PESQUISA

Em reunião preparatória para a Conferência de Escolas de Saúde Pública, que será realizada em abril de 1979 na cidade de Caracas, cerca de 40 profissionais brasileiros de Saúde Pública discutiram em dezembro último, em Ribeirão Preto, temas relacionados à "Pesquisa Aplicada a Serviços de Saúde".

O encontro — realizado entre os dias 18, 19 e 20 de dezembro, no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — visou a análise da prestação de Serviços de Saúde às populações, através da discussão das linhas de pesquisa e dos problemas encontrados na sua realização, bem como do estabelecimento de estratégias com vistas a superar estas dificuldades. Participaram da reunião professores da Paraíba, Bahia, Rio de Janeiro, São Paulo, Pernambuco, Brasília e Minas Gerais, além de sanitaristas que atuam em órgãos governamentais de pesquisa, secretarias de Saúde e na Organização Panamericana de Saúde (órgão da Organização Mundial de Saúde, que promoveu o encontro).

Um dos problemas mais graves e mais generalizados, assinalado pelos sanitaristas, foi a carência de investigadores com domínio satisfatório do instrumental teórico-metodológico e técnico necessário à investigação em serviços de saúde. Esta carência teria origem nas limitações que ocorrem nos cursos de especialização e pós-graduação, que enfrentam grande dificuldade na questão de recursos humanos. Localizou-se, assim, um círculo vicioso: não há pesquisadores suficientes e adequados e não há cursos por não haver pesquisadores suficientes e adequados. E isto leva à carência de pessoal suficientemente capacitado ao nível dos serviços.

Os sanitaristas analisaram os entraves institucionais também ao nível dos recursos financeiros, onde foi localizada outra carência do setor. Muitos cursos, convênios e projetos têm sido suprimidos, e muitas vezes os profissionais neles envolvidos vêm suas pesquisas prejudicadas.

Houve um consenso entre os participantes da reunião de que os problemas que afetam o setor Saúde no Brasil são principalmente do tipo estrutural, considerando-se este enfoque teórico-metodológico o mais adequado atualmente para o estudo dos problemas de Saúde. Isto ficou bastante claro no trabalho apresentado no encontro pelos professores do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ribeirão Preto, onde se conclui que "a investigação relevante no momento, na área da assistência médica no Brasil, deverá dirigir-se ao nosso ver ao estudo das determinações sociais e políticas da conformação do setor, e à definição de estratégias de encaminhamento da sua reestruturação".

CONTRADIÇÃO

Mais importante do que discutir as pesquisas em si mesmas, os sanitaristas consideraram prioritário no momento a discussão sobre as perspectivas de atuação no campo, tendo em vista

a crise por que passa o setor. Identificou-se então uma contradição entre a proposta oficial do governo — de valorização da carreira do sanitarista — e o comportamento prático, quando estes profissionais são marginalizados de cargos importantes para a implantação de serviços de saúde.

"Atualmente, existem cerca de 215 departamentos de estudo da saúde coletiva nas universidades brasileiras, além de seis cursos de mestrado em Saúde Pública e Medicina Social. Registra-se um aumento crescente do número de profissionais formados na área. No quinquênio 1973-77, a Escola Nacional de Saúde Pública, por exemplo, formou 673 profissionais, sendo que deste total 16,4% terminaram o curso em 1973-74, enquanto o restante (83,6%) formou-se entre 1975 e 77. O aumento da procura dos cursos especializados também pode ser observado na Escola Nacional de Saúde Pública, que pertence à Fundação Osvaldo Cruz, do Ministério da Saúde. Até 1975, esta escola só preparava sanitaristas no Rio de Janeiro, passando então a promover cursos regionalizados de Saúde Pública em Belém, Recife, Salvador, Brasília e Porto Alegre.

Em quatro secretarias de Saúde — Amazonas, Ceará, Minas e São Paulo — já foi implantada a carreira de sanitarista. O Ministério da Saúde também já regulamentou a questão, tendo realizado em 18 de fevereiro passado o seu primeiro concurso público para a carreira de sanitarista. Teoricamente, a implantação da carreira implica no aproveitamento cada vez maior de profissionais com formação em Saúde Pública.

No entanto, postos importantes na área da Saúde, que agora são ocupados por sanitaristas, passarão a ser ocupados por clínicos a partir de março. Além da substituição do ministro Almeida Machado, que é sanitarista, pelo nefrologista Mario Augusto de Castro Lima, também nos estados a situação se repete. Em São Paulo, Bahia e Minas Gerais, os sanitaristas darão lugar aos clínicos nas secretarias de Saúde. Até agora, apenas no Rio Grande do Sul não houve a troca. Lá, o sanitarista Germano Mostardeiro Bonow vai assumir a secretaria no

lugar do sanitarista Jair Soares, que passará a ocupar o cargo de ministro da Previdência e Assistência Social. Enquanto a área tradicional dos sanitaristas — o Ministério da Saúde — passa a ser ocupado por clínicos, a Previdência recebe pela primeira vez um sanitarista.

Como interpretar este afastamento dos sanitaristas dos cargos-chaves da Saúde?

Para o Cesar Augusto de Barros Vieira, sanitarista com curso de mestrado na Universidade de São Paulo, trabalhando no Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde — convênio Ministério da Saúde, MEC e OPS — duas interpretações estão sendo levantadas entre os profissionais de Saúde Pública. De um lado, examina-se a possibilidade de que tenha havido por parte dos sanitaristas uma superestimação do requisito de competência técnica para a ocupação destes postos. A outra interpretação, considerada a mais próxima da realidade, é de que "poderia estar acontecendo uma rearticulação de setores da classe médica para ocupar postos-chaves defender determinadas posições". Nesta linha, aponta-se o fato de médicos renomados passarem a ocupar postos nas secretarias e ministérios como a tentativa de defesa daqueles setores que querem preservar "determinados padrões de medicina", ou a manutenção da rede privada de atendimento hospitalar.

Cesar Vieira considera muito sintomática esta ofensiva dos clínicos "justamente quando a situação da saúde no Brasil enfrenta um momento crítico". Para ele, o setor privado sente-se ameaçado, pois "não será possível adiar a decisão sobre o papel do Estado na medicina por muito tempo mais. A crise se acirrou e o setor de saúde está chegando a um ponto de exaustão".

A CRISE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em trabalho apresentado na reunião de Ribeirão Preto, Cesar Vieira analisa a existência de uma crise dos serviços de Saúde, nas três modalidades presentes hoje em dia no país: a empresarial capitalista, a estatal e a liberal (profissionais autônomos). Em cada uma, segundo Vieira, a crise

se manifesta com nuances peculiares:

"A modalidade empresarial é levada a um impasse porque seu objetivo assistencial — de motivação econômica ou fruto da conquista social — é relegado a um segundo plano, insustentável face ao seu papel de propiciador da acumulação capitalista do complexo industrial sanitário. A elevação de seus custos consome vorazmente os recursos da Previdência Social, sem o aumento ou a melhoria correspondente dos serviços prestados. Internamente, a insatisfação dos trabalhadores de saúde se soma aos questionamentos, provenientes da sociedade como um todo, que abalam os fundamentos do modelo assistencial vigente".

"Para os serviços estatais, os desafios não são menores. Convocados a assumir papéis inéditos na atenção às populações marginalizadas, eles se mostram incapazes; teórica e praticamente, na ocupação dos espaços que lhes foram recém-abertos. Também no campo da prática liberal a crise se faz presente, embora com menor repercussão social que nos anteriores".

Para Cesar Vieira, o período do governo Geisel marcou um acirramento das contradições existentes no setor de Saúde. "Ainda que não se tenha tomado uma posição nítida, houve um fortalecimento de ambos os lados: os que defendem a privatização dos serviços de saúde e os que entendem que a estatização é necessária". Como a questão foi adiada, estaria ocorrendo no momento, por parte dos empresários, "uma tentativa de mostrar que no setor de Saúde não é fundamental a participação do Estado, interpretando as diretrizes de privatização da economia manifestadas pelo general Figueiredo", afirma o sanitarista.

O setor privado controla no Brasil cerca de 80% da capacidade instalada, da força de trabalho e dos recursos financeiros alocados ao sistema de saúde. Assim que o médico Jair Soares foi nomeado para assumir o Ministério da Previdência no próximo governo, foi procurado por representantes dos diretores de hospitais, que se queixaram dos atrasos nos pagamentos dos convênios, exigindo

aumento das diárias e pagamento antecipado das contas, sob a alegação de que o setor hospitalar privado não tem condições financeiras de arcar com os custos dos serviços.

Para Cesar Vieira, «os hospitais particulares agora também estão querendo financiamento de capital de giro. E o problema do orçamento da Previdência vai se agravar bastante, mesmo que esta reivindicação não seja atendida. De um lado, existe a concentração de recursos, marginalizando populações que também terão que ser atendidas; e, de outro, aumentarão as despesas da Previdência quando começarem a operar os hospitais que estão em final de construção, pois o governo já se comprometeu a comprar-lhes o serviço. A Previdência não terá condições estruturais de continuar funcionando nos moldes atuais».

CONCENTRAÇÃO DE RECURSOS

A distribuição de recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social — FAS — caracterizou-se pela concentração de recursos nas regiões sul e sudeste (as mais desenvolvidas), com predominância para o setor privado com fins lucrativos.

Os dados de 1977 revelam que a região sudeste teve recursos aprovados para leitos hospitalares correspondentes a 48% do total de leitos para o país, apesar de já contar em 1971 com 61% dos leitos disponíveis no Brasil. Ao mesmo tempo, para o norte — que contava em 1971 com 3% dos leitos — foram aprovados recursos para apenas 1% dos leitos.

Do montante de recursos do FAS para leitos hospitalares, 38% foram destinados ao setor privado com fins lucrativos, 36% ao setor privado sem fins lucrativos e 26% para o setor público. (Vide tabelas 1 e 2).

ALTERNATIVAS

Após um período prolongado de concentração de riquezas e oferta de serviços públicos a uma parcela reduzida da população, «o sistema econômico e social como um todo vai chegando numa fase de exaustão», afirma o sanitarista César Vieira. Ele lembra os dados apontados pelo futuro ministro da Fazenda, que reconhece a existência de 40 milhões de brasileiros, cerca de 1/3 da população, vivendo em estado de "pobreza absoluta", o que significa a ausência de acesso a qualquer tipo de serviço médico. E como atender esta população dentro do modelo atual, centrado no chamado complexo médico-industrial, que reúne as empresas hospitalares e os fabricantes de medicamentos e equipamentos? «O modelo está voltado essencialmente para uma medicina sofisticada, que tende ao verticalismo. A produção de remédios, por exemplo, é realizada em cerca de 70% do total por empresas multinacionais, interessadas apenas em aumento da demanda», diz Vieira.

Para o sanitarista, «a alternativa mais racional seria a utilização de tecnologias simplificadas. A própria Organização Mundial da Saúde já chegou à conclusão de que, em escala mundial (sua meta é que os serviços de saúde atendam toda a população mundial no ano 2.000), o modelo hospitalar é ineficaz, e vem propondo a adoção de tecnologias alternativas, mais simplificadas, como inclusive a valorização e utilização da própria medicina popular».

«A Saúde do Mundo, revista da

Organização Mundial de Saúde de maio de 1978, aborda em suas páginas experiências da extensão de cobertura vividas por países em desenvolvimento — Sri Lanka, Senegal, Colômbia e Costa Rica, entre outros evidenciando a atenção primária de saúde. Esta, em última análise, consiste no desenvolvimento de práticas simplificadas, que dispensam os profissionais altamente especializados aproveitando a mão-de-obra local, já engajada nas comunidades, e que requerem treinamento e aperfeiçoamento também simples, como parteiras «curiosas» e auxiliares de enfermagem. Isto não significa ignorar os hospitais, mas considerá-los como parte de um sistema assistencial mais amplo. As experiências de extensão de cobertura têm utilizado tecnologias eficientes para a atenção primária da saúde. César Vieira, entretanto, levanta um outro aspecto da questão: «No momento, considera-se que o problema da assistência médica não é técnico, mas político. Sua solução exige uma decisão política».

No Brasil, conforme relata César Vieira, «em resposta à crise do sistema de saúde, começam a surgir propostas e projetos oficiais cujas diretrizes traduzem propósitos os mais diversos, como os de reforma, racionalização, descentralização, integração, expansão controlada etc, que podem fornecer subsídios para a adoção de um serviço de saúde democratizado».

Vários programas de inspiração estatal buscam aumentar a cobertura populacional dos serviços de saúde. A Fundação Serviços de Saúde Pública participa de programas de extensão de cobertura, como também tem a sua própria rede de serviços distribuídos em 13 estados e 2 territórios. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste — PIASS — (aprovado por Geisel pelo Decreto 78307 de agosto de 1976), já implantado em 10 estados, visa alcançar as populações mais longínquas e carentes com serviços de saúde simples, a exemplo dos países acima citados.

Em julho de 1978 o MPAS e o MS assinaram conjuntamente a portaria nº 001/78, que define normas para a implantação dos Serviços Básicos de Saúde nas Unidades Federativas. A portaria se refere à atenção primária de saúde, caracterizada em dois níveis — primário e elementar — visando também à valorização de populares que já desempenham alguma atividade de saúde.

«Grande parte dessas propostas poderá não se realizar — diz Vieira — se não forem levados em conta os determinantes estruturais dos serviços de saúde, nem considerar a atualidade política do país. Logo, tenderiam à superficialidade e à ineficácia. Umas poucas procuram compreender as leis que governam o sistema de saúde e suas articulações com a estrutura social, do que resultam estratégias mais acertadas».

Para César Vieira, tem faltado um elemento importante no planejamento do setor saúde: a participação da comunidade.

— Parece-me que a população passará, a partir de agora — de modo semelhante ao que acontece com a questão dos salários — a discutir os modelos de medicina, a perceber seu direito ao serviço de saúde e reivindicar um bom padrão de atendimento, conclui o sanitarista.

TABELA 1
CONFRONTAÇÃO DOS PERCENTUAIS DE DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS EXISTENTES E APROVADOS PELO FAS

REGIOES	PERCENTUAL DA DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO 1975	PERCENTUAL DE LEITOS APROVADOS ATE 31.10.77	PERCENTUAL DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS EM 1971
NORTE	4	1	3
NORDESTE	30	20	15
SUDESTE	42	48	61
SUL	18	23	17
CENTRO-OESTE	6	8	4
BRASIL	100	100	100

FONTE: IBGE, CEF E CADASTRO BRASILEIRO DE HOSPITAIS DO MINISTERIO DA SAUDE.

TABELA 2
MONTANTE DE RECURSOS DO FAS POR REGIOES
(Cr\$1.000,00)

REGIOES	SETOR PRIVADO COM FINS LUCRATIVOS	SETOR PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS	SETOR PUBLICO	TOTAL
NORTE	249.834 (42,8%)	120.057 (20,6%)	213.340 (36,6%)	583.231 4%
NORDESTE	872.700 (54,9%)	222.414 (14,0%)	494.841 (31,1%)	1.589.955 12%
SUDESTE	2.763.389 (33,7%)	3.318.006 (40,4%)	2.122.852 (25,9%)	8.204.247 62%
SUL	970.596 (40,2%)	1.028.505 (42,5%)	417.237 (17,3%)	2.415.338 18%
CENTRO-OESTE	224.188 (21,9%)	80.606 (7,8%)	188.095 (70,3%)	492.889 4%
BRASIL	5.080.707 38%	4.769.588 36%	3.436.365 26%	13.286.660 100%

FONTE: RELATORIO FINAL DO PLUS — PLANO DE LOCALIZAÇÃO DE UNIDADES DE SERVIÇO — CONVÊNIO SEPLAN/MPAS.