

OS PROGRAMAS DE EXTENSÃO DE COBERTURA

UM EXERCÍCIO INTERPRETATIVO

Francisco de Assis Machado*
Dêa Maria Fonseca**
Carlos Tadeu Villani Marques***
Roseli da Costa Oliveira***

* *Diretor do Centro Metropolitano de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva e Social - Faculdade de Medicina da UFMG.*

** *Diretora Adjunta do Centro Metropolitano de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais*

*** *Médicos Residentes do Curso de Especialização em Medicina Social - Faculdade de Medicina - UFMG.*

S U M Á R I O

- I - INTRODUÇÃO
- II - MARCOS TEÓRICOS
- III - ANTECEDENTES DOS PROGRAMAS
- IV - AS QUESTÕES COLOCADAS AO ESTADO NO SETOR SAÚDE NOS ANOS 60 e 70
- V - AS RESPOSTAS DO ESTADO - BREVE DESCRIÇÃO DOS PROGRAMAS EXPERIMENTAIS, EM MINAS
- VI - A AÇÃO DOS DIFERENTES ATORES SOCIAIS NOS PROGRAMAS
- VII - A PROPOSTA ATUAL - AS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE
- VIII - A TÍTULO DE CONCLUSÕES

I - INTRODUÇÃO

Ao final da década de 60, ganham corpo, no interior da instituição do setor saúde, em Minas, idéias ligadas ao objetivo de racionalização da administração dos serviços públicos. Tais idéias são veiculadas principalmente por técnicos que vão sendo reciclados em cursos de planejamento e que ocupam lugares privilegiados numa Secretaria de Estado da Saúde reformada segundo as orientações do Ato Institucional nº 8 (1). A Assessoria de Planejamento torna-se, desde então, o núcleo dinâmico para implantação das novas idéias.

No plano político o país iniciava, naquele momento, uma longa experiência de centralização com os Estados e Municípios perdendo, progressivamente, sua autonomia. No campo ideológico, o técnico passa a justificar o fechamento das grandes decisões à influência popular, mesmo na sua forma representada. A economia prepara-se para o grande salto com as relações capitalistas de produção estendendo-se a todos os espaços da realidade nacional e a todas as atividades de importância da produção e da reprodução.

Medidas e Programas vão se concretizando, no setor saúde de Minas, visando, todos, a introdução da lógica da eficiência. Em 1969, com auxílio financeiro da SUDENE instala-se, em Montes Claros, a primeira administração regional (2). Em 1971, recursos relativamente volumosos do Fundo Especial da União passam a ser aplicados, a fundo perdido, no Vale do Jequitinhonha, em um programa concebido segundo os critérios de planejamento do processo CENDES/OPS. Em 1972, são iniciados, no Norte de Minas,

(1) O Ato Institucional nº 8, de 02 de abril de 1969 (LEX de 1969 Vol. 33, nº 02, pag. 410), determinava a reforma administrativa nos Estados e Grandes Municípios orientando-a para a Centralização Normativa e a Descentralização Administrativa.

(2) Não por coincidência orientam a divisão de Saúde da SUDENE diretrizes orientadas por planejadores formados no CENDES/OPS.

estudos para elaboração de um modelo mais eficiente para a organização dos serviços de saúde em áreas rurais. Em 1975, implanta-se o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas (SIPSSNM) que viria a ser nacionalmente conhecido como Projeto de Montes Claros. Em 1977, o SIPSSNM é incorporado pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e de Saneamento (PIASS) que abrangia os dez Estados cobertos pela ação da SUDENE. E, finalmente, em 1983, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, começa a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS).

Estes programas são, de um modo geral, recebidos pela comunidade técnico-científica com duas posições: uma, a de muitos que rejeitam, interpretando-os como artimanhas de um Estado conspiratório que utiliza a cumplicidade de técnicos para o controle político ideológico das populações; outra, a de muitos dos que trabalham nas instituições, que os vêem como um espaço de racionalização desenvolvido pelos técnicos em benefício da população.

Este trabalho pretende sugerir que as iniciativas do Estado Brasileiro, no campo da saúde, nos últimos 20 anos, embora respondam inicialmente às necessidades da acumulação, são, progressivamente, reformuladas pela ação de atores sociais que intervêm diretamente, ou através dos "anéis Burocráticos" (3), que neles imprimem seus interesses de acordo com a correlação de forças na sociedade.

(3) Ver o conceito de "Anéis Burocráticos" em CARDOSO, F.H., *Aspectos Políticos do Planejamento*. In: LAFER, Betty M. *Planejamento no Brasil*, São Editora Perspectiva, 1977. pp. 161-184.

II - MARCOS TEÓRICOS

Segundo Wright (4), as Políticas Públicas podem ser consideradas como respostas da Estrutura Estatal a questões colocadas pelas Lutas Políticas de Classes diante de determinada Estrutura Econômica. Este conceito parece bastante interessante para o estudo das Políticas de Saúde, no Brasil, no pós 64. A reformulação do regime político dada naquele ano, com o movimento militar, adquire um significado importantes se pensarmos que a Estrutura Estatal anterior construída sobre a ideologia nacional-populista mostra-se inadequada à Estrutura Econômica já, fortemente, marcada pela presença do capital monopolista originário do Estado, da grande empresa nacional, da empresa estrangeira, ou, da associação dos três. E o novo Estado que resultará do movimento de 64 passa a buscar então, com as Políticas Públicas, novos arranjos institucionais mais convenientes ao modelo de crescimento baseado nos interesses da grande empresa.

Aqui estamos introduzindo um outro conceito que parece, também, muito adequado ao trabalho, o da Estrutura Social de Acumulação. Segundo Gordon (5), a cada ciclo econômico corresponde um ambiente institucional conveniente (sistema monetário e de crédito, legislação trabalhista, padrões de intervenção do Estado, padrões de intervenção das classes, sistemas de educação e saúde, etc.) chamado por ele de Estrutura Social de Acumulação (E.S.A.). A E.S.A. começa a ser desenvolvida como experimentação de novos arranjos institucionais no momento de cri

(4) WRIGHT, Eric Olin: *Classe, Crise, Estado*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.

(5) GORDON, David et alii: *Segmented Work, Divided Workers: the historical transformation of labor in the United States*. Cambridge, University Press, 1978.

se de cada ciclo econômico, consolida-se na fase de ascensão do ciclo seguinte - para o que contribui - e começa a se tornar anacrônica na fase de decadência do mesmo. Este conceito nos ajudará a entender o sentido das transformações e reformas que são propostas e efetivadas desde o final dos anos 50 até o presente, como experimentos de uma nova E.S.A. que se torna necessária ao período de desenvolvimento conhecido como de "Internacionalização do mercado interno" (6) ou de "acumulação por extração de mais-valia relativa" (7).

Adotamos também as idéias de Cardoso (8) para explicar como se dão as influências de interesses dominantes nos projetos de governos nascidos nas "ilhas de racionalidade" da Estrutura Estatal. Diferentemente do que ocorre nos países democráticos - em que há uma definida hegemonia - onde a conformação dos projetos aos interesses dominantes, dá-se em amplo debate público; diferentemente do que ocorre nos regimes resultantes de revoluções - em que a classe dominantes tem consciência mais ou menos clara de seus interesses e os impõe pela força, nos países de indefinida hegemonia e baixa organização das classes, os interesses destas penetram os projetos e programas através das cadeias de influência burocrática, durante sua implementação. Parece-nos que este último caso é o que se deu em nosso país nos últimos anos.

Com os três conceitos, resumidamente descritos, tentamos interpretar o significado dos Programas de Extensão de

(6) Ver CARDOSO, F.H. & FALETTI, Enzo: Dependência e Desenvolvimento na América Latina. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.

(7) Ver a periodização feita por RAMOS, Mônica Peralta: Acumulación del Capital y Crisis Política en Argentina (1930-1974). Mexico, D.F. Siglo Veintiuno Editores, 1978.

(8) CARDOSO, F.H. Aspectos Políticos do Planejamento, op. cit.,

Cobertura de Serviços de Saúde.

III - ANTECEDENTES DOS PROGRAMAS

Em 1961, na Reunião da Organização dos Estados Americanos (O.E.A.), realizada em Punta Del Este, decide-se pela intensificação do desenvolvimento capitalista dos países membros. Aprova-se o programa Aliança para o Progresso e criam-se mecanismos para financiamento de Planos Nacionais de Desenvolvimento, reconhecendo-se o Planejamento como instrumento privilegiado de intervenção do Estado. As decisões tomadas naquela reunião parecem responder à necessidade de se enfrentar graves crises sociais presentes em toda América Latina que se tornaram extremamente perigosas para o capitalismo diante das possibilidades de vias alternativas de desenvolvimento apontadas pela vitoriosa revolução cubana. Por isso mesmo Cuba é expulsa da O.E.A. naquela reunião.

Na Saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) recebe a incumbência de assessorar os países membros na elaboração de Planos Nacionais de Saúde (9). Para isso, prepara, em poucos anos, um processo de planejamento em saúde que se torna conhecido como método CENDES/OPS. Técnicos brasileiros vão sendo formados em planejamento em saúde e assumindo postos-chave na administração do setor. A nível ideológico, travam-se inúmeros e frequentes debates sobre a necessidade de racionalização do setor e como assinala Luz (10), "diretrizes,

(9) Como assinala MENDES, Eugênio V. *O Planejamento de Saúde no Sistema Operacional de Saúde de Minas*. Belo Horizonte, 1981, mimeo.

(10) LUZ, Madel T.: *Instituições Médicas no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

proposições, intenções, anseios e mesmo (sobretudo a partir de 1961) reivindicações de diversos setores sociais pressionam para que se adote uma política de planejamento em saúde". Em 1963, na IIIa. Conferência Nacional de Saúde, já são discutidas as idéias básicas que conformariam o modelo que mais tarde iria ser adotado em, praticamente, toda América Latina, todas dirigidas para se obter o máximo de cobertura com o mínimo de custos.

Em janeiro de 1964, decreta-se a reforma administrativa do setor estabelecendo-se as bases para sua modernização. Com o movimento de março de 1964 as Políticas de Saúde passam a ter como referência interesses privatistas ligados à medicina liberal, do que resulta o Plano Nacional de Saúde proposto pelo ministro Leonel Miranda e experimentado de 1966 a 1968.

Os planejadores e técnicos encrustados em aparelhos do Estado (Ministérios, Secretarias de Saúde, Universidades, etc.) aguardam melhores oportunidades para a prática de seus projetos. E é somente a partir do final da década que aquelas oportunidades surgem com os chamados Programas de Medicina Comunitária. Em 1971 o primeiro grande projeto mineiro de extensão de cobertura começa a ser implantado no Vale do Jequitinhonha. Antes de descrevê-lo e aos outros, convém, porém, fazer uma avaliação das questões que o Estado procura responder com a busca de modelos eficientes de organização dos serviços de saúde.

IV - AS QUESTÕES COLOCADAS AO ESTADO NO SETOR SAÚDE NOS ANOS 60 e 70

Já no início da década de 1960 esboçava-se o grande desafio que o Estado brasileiro iria enfrentar, com progressiva urgência, no setor saúde: a ampliação da cobertura dos serviços de saúde a um custo compatível com as necessidades de poupança para aplicação no setor produtivo. Para melhor compreender isto, basta lembrar que o Estado brasileiro, a exemplo dos de outros países de desenvolvimento tardio e dependente, foi obrigado a assumir o papel de grande empresário principalmente em áreas em que os investimentos exigem longo prazo de maturação para dar retorno.

É a aceleração do desenvolvimento capitalista iria criar por si mesmo, dois elementos agravantes da deficiência, já existente, do sistema prestador dos serviços médicos (11):

a) A "produção de um número crescente de novos cidadãos com direito à medicina provida pela Previdência Social.

Ao penetrar em espaços territoriais e atividades antes dominadas por relações sociais de produção pré-capitalistas, o desenvolvimento "libertava" trabalhadores e os convertia em cidadãos com direitos - dentre os quais o direito à Previdência Social - conquistados, em épocas anteriores, pelo proletariado nacional.

b) A produção de novas doenças não preveníveis mas apenas amenizáveis ou curáveis pela medicina.

Muitos autores chamam, hoje, a atenção para as doenças produzidas nas diferentes fases do modo de produção capita-

(11) Ver MACHADO, F. A.: *Demandas ao Setor Saúde e as Respostas do Estado*. Belo Horizonte, mimeo, 1981.

lista. Dentre estes destacaríamos Laurell (12), Garfield (13) e Berlinguer (14).

Não parece haver dúvidas que o desenvolvimento capitalista contribui, de forma decisiva, para suprimir algumas doenças relacionadas com agressões de uma natureza não domesticada (incluindo aquelas preveníveis por tecnologia médica). Tal é o caso das doenças transmissíveis por vetores existentes em um ambiente selvagem, das doenças imunizáveis, etc...

Por outro lado aquele mesmo desenvolvimento agrava, inicialmente, o quadro nosológico, aumentando enormemente a incidência das doenças relacionadas com baixos padrões de consumo de bens e serviços essenciais (alimentos, moradia, saneamento, educação, saúde, etc.). Inicialmente, porque nas fases iniciais de desenvolvimento capitalista os trabalhadores e os cidadãos em geral não estão suficientemente organizados para defenderem padrões mínimos de consumo diante da voracidade do capital.

Além disso, o desenvolvimento capitalista introduz um outro conjunto de doenças relacionadas diretamente com a alienação do trabalho assalariado, com a competição, com a violência, com a degeneração da natureza, com a insegurança do emprego, com a frustração dos projetos de vida, etc. E aí temos explicados os aumentos do consumo de drogas, das doenças coronarianas, das doenças mentais, dos acidentes e agressões, das intoxicações, das hipertensões, dos suicídios, das úlceras digestivas, etc.

(12) LAURELL, Asa Cristina: *A Saúde-Doença como Processo Social*. In: NUNES, E. Duarte. *Medicina Social - aspectos históricos e teóricos*. São Paulo, Global Ed., 1983 (Textos 3).

(13) GARFIELD, Jon. *O trabalho alienado, Stress e Doença Coronariana*. In: NUNES, Op. cit.

(14) BERLINGUER, Giovanni. *Medicina e Política*. São Paulo, Cebes-Hucitec, 1978.

A somatória dos dois elementos consequentes ao desenvolvimento capitalista, acima assinalados, tem como resultado um número muito grande de doentes a atender "gratuitamente", portanto um número muito maior de doenças que não são preveníveis pela medicina mas, até, pelo contrário, estimuladas, na sua gênese, pelas relações sociais de produção capitalistas. E a história tem confirmado que as doenças trazidas pelo capitalismo são tem sido prevenidas através da ação política dos grupos dominados seja pela melhoria do consumo no próprio capitalismo, seja pela ruptura revolucionária com suas relações de produção.

E o desafio da necessidade de aumentar a oferta de serviços médicos a um número cada vez maior de cidadãos, cada vez mais doentes torna-se impossível de se vencer com a utilização irracional de tecnologias existentes na medicina (14). O aumento da produtividade dos serviços de saúde que permitirá sua extensão com menor custo torna-se o objetivo dos sucessivos experimentos de Atenção Primária no país. E estes experimentos se fazem com os chamados Programas de Extensão de cobertura dos Serviços de Saúde que são objeto de nosso interesse e de nossa interpretação. Vejamos como acontecem em Minas.

V - AS RESPOSTAS DO ESTADO - BREVE DESCRIÇÃO DOS PROGRAMAS EXPERIMENTAIS, EM MINAS

O PROGRAMA DE SAÚDE PARA O VALE DO JEQUITINHONHA

O Programa de Saúde para o Vale do Jequitinhonha cobriu uma região de mais ou menos 75.000 km², no nordeste de Mi

(14) *Mais que um caso especial, o fato da medicina se tornar uma atividade mais custosa, com a introdução de tecnologias novas, é decorrente de uma incompleta capitalização, já que o desapossamento dos produtores diretos (os médicos) de seus meios de produção não é seguido de alterações no processo de trabalho que retire daqueles o completo controle deste.*

nas Gerais, onde moravam, em 1972, 650.000 habitantes, aproximadamente. A Região do Vale, considerada um dos principais bolsões de pobreza existentes no país recebia, juntamente com programas de Saúde e Educação, ações governamentais no preparo de infraestrutura para o desenvolvimento (eletrificação, estradas, telefone, incentivos fiscais, etc.).

Financiado com recursos do Fundo Especial da União, o programa contempla um conjunto de ações de saúde dirigidas a prioridades selecionadas de acordo com os critérios CENDES/OPS: Controle da Doença de Chagas, Controle de Tuberculose, Controle de Hanseníase, Controle de Doenças Imunizáveis e Educação para a Saúde. Para apoiar o desenvolvimento das ações organiza-se, em Diamantina, uma administração Regional com um corpo de técnicos especializados em cada uma das ações a serem desenvolvidas. O programa cumpre razoavelmente bem os seus objetivos no período de 1971 a 1975.

O SISTEMA INTEGRADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO NORTE DE MINAS

A partir de 1972, enquanto desenvolvia-se o P.S.V.J. no Vale do Jequitinhonha, no Norte de Minas o Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento de Assistência Sanitária Rural (IPPEDASAR) (15) reunindo esforços das Universidades de Tulane (U.S.A.), Universidade Norte Mineira e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais na busca de um modelo mais adequado de organização de serviços de saúde para áreas rurais. Depois de dois anos de "prateleira" onde fora colocado por resistência a nível técnico burocrático e pela oposição velada de in

(15) *Ver a bela história do IPPEDASAR contada por SOBRINHO, D. Fonseca: Autoritarismo e Política Social: Os Programas de "Medicina Simplificada" no Brasil. Belo Horizonte, mimeo, 1984. (Diss. de Mestrado)*

teresses ligados à corporação médica (16) foi assinado um convênio entre o Governo Mineiro e o Ministério da Saúde que viabilizou a implantação do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas (S.I.P.S.S.N.M.), financiado com recursos de doação e empréstimo tomado à AID (Agência Interamericana para o Desenvolvimento) e que garantia (o convênio) a assessoria da OPAS, a partir de 1975.

O programa destinava-se a experimentação de um modelo de organização dos serviços de saúde caracterizado pela regionalização e hierarquização dos serviços em escala de complexidade crescente, pela descentralização do processo decisório, pela delegação de funções ao pessoal de nível elementar e pela ativa participação da comunidade (17).

Cobriu uma Região de mais ou menos 120.000 km² e com uma população estimada em 1.200.000 habitantes para 1975. Propunha-se basicamente a organização de uma rede de serviços voltada para a prática de uma medicina integral com a preocupação básica de atendimento à demanda. Em 1977 o Programa é incorporado por um outro que se inicia naquele ano em toda a área da SUDENE.

O PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E DE SANEAMENTO

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e de Saneamento (PIASS) tem as suas bases lançadas em 1975 na V Conferência Nacional de Saúde. Congregando a ação de 4 ministérios - Saúde, Previdência, Interior e Seplan - propõe-se a cobrir municípios com até 20.000 habitantes em dez Estados da área de

(16) Há um relatório que segundo vários testemunhos questionava o papel reservado ao futuro auxiliar de saúde, decisivo no adiamento do programa.

(17) Uma participação em termos de colaboração na implantação do Programa.

atuação da SUDENE, onde moravam em 1975, aproximadamente 23.000.000 de pessoas. O modelo tinha as linhas gerais do SIPSSNM com diretrizes racionalizadoras mais explícitas. Expande-se aceleradamente até 1980, quando se retrai diante da expectativa de lançamento do PREV-SAÚDE. Este, muito ambicioso, pretendendo-se o modelo definitivo para o Sistema Nacional de Saúde, não ultrapassa em sua prática a discussão em grandes assembleias de intelectuais e tecnoburocratas. E recebendo forte oposição de interesses privatistas o PREV-SAÚDE vai sendo desfigurado em versões sucessivas (18).

O PLANO DO CONASP

Em 1981, premido pela crise financeira da Previdência Social, o governo cria o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) que retoma as propostas de efficientização dos serviços. O CONASP elabora em 1982 o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social que ao lado de soluções burocráticas como a racionalização da assistência ambulatorial e da A.I.H. (Autorização para Internação Hospitalar) destina recursos razoáveis para a Atenção Primária, através das ações integradas de saúde (19).

Ao final de 1983, já a maioria dos Estados tinham assinado convênios para a execução do que era, inicialmente denominado Programa e depois Estratégia de constituição de um Sistema Nacional de Saúde, construído a partir de práticas diversas em diferentes realidades.

(18) É sobretudo interessante o debate entre os ministros da Saúde Waldyr Arouche e da Previdência Social, Jair Soares com os senhores Henry Graeff presidente do INAMPS; Angel del Arroyo, presidente da FBH; Pedro Cassab, presidente da A.M.B.; Antônio Vial, presidente da ABRAMG; o Médico Aluísio Fernandes; o sanitarista Mário Magalhães e jornalistas, publicada em "O Estado de São Paulo" - de 18-10-80, onde fica clara a origem das modificações que vai sofrer o projeto original.

(19) Para maiores detalhes ver MPAS - Reorientação da Assistência a Saúde no âmbito da Previdência Social - Brasília, 1982.

VI - A AÇÃO DOS DIFERENTES ATORES SOCIAIS NOS PROGRAMAS

Nascidos ou aceitos em sua origem a partir de necessidades da acumulação, os experimentos de Atenção Primária em contram, em sua prática, a ação resultante do confronto de interesses existentes na sociedade. E desta ação vai resultando uma conformação cada vez mais definitiva do modelo adequado à correlação de forças sociais que agem rejeitando ou reforçando diferentes aspectos dos sucessivos experimentos. Vejamos como isso se dá nos casos estudados.

O P.S.V.J. tinha um caráter marcadamente preventivo dado pelo predomínio, na época de sua concepção, da ideologia tecnocrática que privilegia critérios técnicos e o centralismo autoritário que garantia a imposição da lógica efficientista. Sua execução é "protegida", pelo Estado forte dos anos 70, da política "clientelista" que marcara os anos pré-64. E o projeto é refeito pelas características que definem seu preventivismo. Em dois processos:

Um que ocorre a nível de população quando as Unidades Sanitárias, prioritariamente voltadas para ações preventivas (vacinação, controle de Tuberculose, controle de Hanseníase, educação sanitária, etc.) ou são deixadas "às moscas" ou são distorcidas pela pressão de demanda e voltam-se para a assistência médica curativa (20).

Outro que ocorre a nível da condução quando a equipe regional encarregada de implantar o Programa passa a viver relações internas mais democráticas. Estas a conduzem à crítica progressiva dos critérios tecnicistas, do centralismo autoritário

(20) *Embora isto não tenha sido objeto de um registro mais preciso é aquilo a que se refere MACHADO, F.A.: Saúde e Comunidade: a expressão dos conceitos em dois programas de Saúde. In: Revista de Administração Pública. Vol. 13(4) out/dez, 1979, pag. 75.*

e do caráter anti-popular do saber oficial (21).

Destes processos vão resultar, na prática, em propostas alternativas na divisão do trabalho nas equipes locais e regional de saúde tais como as idéias do auxiliar e supervisores polivalentes, bem como modelos de gestão mais democráticos que vão ser mais tarde criticados como ineficientes.

O SIPSSNM sofreu, já no início, considerável atraso na sua implantação pela resistência de setores tecnoburocráticos que não aceitavam o objetivo, inicialmente explicitado, de introdução do Planejamento Familiar e pela desconfiança causada em interesses vinculados à prática da medicina liberal que ocupavam lugares de importância na hierarquia da Secretaria de Estado da Saúde nos anos de 72 e 73. Além disto como a equipe que iria conduzir este programa era oriunda do P.S.V.J., o programa sofre, de imediato, críticas ao seu caráter tecnicista, à sua proposta de medicina alternativa e à concepção instrumentalizadora da formação de recursos humanos.

Todas as lutas ideológicas, dentro do programa, vão se dar entre a posição que supervaloriza a qualidade - posição que vai justificar a prescrição prévia e precisa de tarefas, o perfil do trabalhador e um treinamento basicamente instrumentalizador - e outra que se preocupa mais com um atendimento mínimo a um máximo de pessoas, contemplando necessidades e tarefas a serem definidas num processo de duração indefinida que se estabelece em relações entre a equipe de saúde e a população.

A relativização do saber oficial - reforçada pela leitura de Illich e Paulo Freire - tem efeitos contraditórios.

(21) Ver MACHADO, F.A. *Participación del personal en servicios de Salud pública. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. LXXXIV (6) jun. 1978.

Por um lado leva à consciência da importância do saber popular e, por outro, fundamenta a crítica ao "monopólio" do saber médico por um só trabalhador, facilitando e justificando o parcelamento da atividade do médico em tarefas distintas, atribuíveis a diferentes trabalhadores, contribuindo, assim, para a alienação dos trabalhadores de saúde que se constituem parcela do povo.

A melhor compreensão do processo saúde e doença também tem efeitos contraditórios. Por um lado permite estabelecer para a equipe os limites da medicina na solução dos problemas de saúde da população. Por outro reforça a ilusão de que através das instituições médicas poder-se-á chegar ao diagnóstico dos males da sociedade, à formulação das receitas mais adequadas para aqueles males e à aplicação^{da} terapêutica.

A crítica ao saber especializado, à alienação do trabalhador de saúde, à divisão do trabalho manual/trabalho intelectual chega a extremos quase inimagináveis numa instituição burocratizada da Administração pública. Todas as decisões são motivo de assembléias. A participação torna-se um fim em si mesmo para a equipe ou pelo menos para parte importante dela. O desprezo a normas chega a tal ponto que no almoxarifado regional proíbe-se mecanismos de controle de estoque que possam retardar a chegada de material até o local de consumo. No treinamento de auxiliares de saúde uma monitora é suspensa por um colegiado paritário de treinandos e supervisores por ter assumido uma atitude professoral e ministrado uma aula expositiva. A norma é desconfiar das normas. A única e absoluta exigência é com a participação em qualquer nível ou local do sistema. Há o caos.

Mas um caos produtivo (22).

A necessidade de resolver problemas práticos, entre tanto, obriga a equipe regional a enfrentar as questões relacionadas com liderança, representação formal e hegemonia. Percebe-se, depois do entusiasmo inicial, que o povo tem mais lealdade com os dominantes locais que com os dominados "estrangeiros" - dominantes locais que, inclusive, defendem o direito à medicina dada por médicos ao contrário da medicina alternativa que é oferecida ao povo pelo programa. A necessidade de considerar o poder político - ainda que fruto do clientelismo e do voto de cabresto - torna-se transparente. Torna-se também transparente que não será possível superar através do programa, as contradições inerentes ao capitalismo. Tais como o antagonismo entre os interesses dos trabalhadores de saúde e os da empresa (empresa estatal no caso). Ou a incompatibilidade entre um programa estatizante e as prioridades dadas à iniciativa privada no setor(23).

O P.I.A.S.S., como ampliação do S.I.P.S.S.N.M., iria sofrer restrições sérias que, provavelmente muito contribuíram para o seu "desaquecimento": a) propondo-se a estender serviços de saúde aos novos cidadãos criados com as modificações das relações de trabalho no campo, o programa se dirige ao mesmo campo, donde os novos cidadãos iriam sair, exatamente pela moderni

(22) A expressão "caos produtivo" foi usada pelo Prof. Mário Testa referindo-se ao Centro Regional de Saúde de Montes Claros, responsável pela implantação do programa, após alguns dias de presença ali. Para melhor conhecimento das práticas participativas recomendamos SOBRINHO, Délcio F. op. cit., SOMARRIBA, M.M.G. Community health and class society: the programme of Norte de Minas, Brazil. Sussex University of Sussex, Inglaterra, 1978 e STRALEN, C.V. A Capitalização do campo e as políticas de saúde: o caso do Norte de Minas. FUNDEP/SESMG, Belo Horizonte, 1980 (mimeo).

(23) Que impediram a constituição de uma rede hospitalar de referência, o que poderia, por exemplo, tirar o caráter alternativo da medicina oferecida pelo Programa.

zação sofrida; propondo-se a obtenção da eficiência através da tecnificação ou racionalização do processo de produção de serviços médicos, o programa se dirige aos espaços sociais mais vulneráveis à influência da política clientelista e do mandonismo local.

Mas, se o programa não consegue, pelas suas condições internas responder às necessidades do sistema, constitui-se na sua prática em um fecundo e rico espaço de ensinamentos sobre estratégias de condução de Projetos e Programas. Pois ali fica demonstrado a importância do estabelecimento de alianças a nível da sociedade política e de sociedade civil para a sustentação de propostas "técnicas". E contando com o apoio de vereadores, prefeitos, deputados, secretários de saúde, igreja, etc., o Programa se torna vitorioso, a nível institucional, ganhando a expansão nacional em 1979 e a dominância discursiva no Ministério da Saúde onde, antes, era execrado pelos setores mais tradicionais (Fundação SESP e SUCAM).

O P.I.A.S.S., entretanto, não conseguiu apontar o modelo assistencial adequado ao atendimento às grandes massas de novos cidadãos incorporados pelo desenvolvimento acelerado do país. Daí o surgimento, em 1980, do PREV-SAÚDE, elaborado por técnicos progressistas que, embalados por ilusões dadas pela ocupação de lugares de poder no Estado, alimentavam ambições de implantar um Sistema Nacional de Saúde, tecnicamente definido. Adotando uma estratégia de condução inadequada, que mobiliza apenas tecno-burocratas e cientistas vinculados ao setor e que dá todas as dicas para os adversários naturais (24), o programa carrega também uma incoerência interna que mais cedo ou mais tarde iria ocasionar seu fracasso(25): a de

(24) *Ver como ilustração o debate citado e publicado no "Estado de São Paulo" de 18-10-80, cit.*

(25) *Persistindo as relações sociais de produção capitalistas.*

propor uma política de Recursos Humanos que subtraía, do jogo do mercado, a fixação do preço da força de trabalho médico. Com isso retirava uma das condições primeiras de se obter baixo custo, prevalecendo as relações sociais de produção capitalistas.

Parece-nos importante assinalar, desde já, que tanto no P.S.V.J., quanto no S.I.P.S.S.N.M. e no P.I.A.S.S. existem três elementos constantes: a) uma ação a partir do Estado no sentido de se obter eficiência e racionalidade pela definição precisa de atividades, tarefas, atribuições e perfil do trabalhador através de redefinições no processo de trabalho na equipe de saúde; b) Uma ação a partir das equipes de saúde de rejeição a um novo processo de trabalho que signifique prescrição de tarefas, especialização, divisão do trabalho manual-trabalho intelectual, hierarquia e autoritarismo; c) Uma ação da população no sentido de que sejam atendidas, da melhor maneira, as suas necessidades imediatas.

No PREV-SAÚDE os objetivos do Estado são comprometidos na medida que o elemento principal de redução do custo deixa de ser considerado: o preço da força de trabalho - pela proposta de carreira de sanitaria e de medidas que excluem a submissão do trabalhador de saúde às leis do mercado. Esta incoerência vai ser corrigida no PAIS, como veremos adiante, sobretudo nos últimos convênios assinados com os Estados, pela imposição às Secretarias de Saúde da lógica empresarial.

VI - A PROPOSTA ATUAL - AS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

As Ações Integradas de Saúde, fazendo parte das propostas do CONASP, têm seus princípios básicos delineados pela

CIPLAN da seguinte maneira: (26)

- Responsabilidade do poder público em relação à saúde da população e ao controle do sistema de saúde.
- Integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público.
- Integralidade das ações de saúde.
- Regionalização e hierarquização unida dos serviços públicos e privados.
- Valorização das atividades básicas de saúde, assegurando-se o atendimento dos casos mais complexos.
- Utilização prioritária e plena da capacidade instalada da rede pública.
- Descentralização do processo de planejamento e de administração.
- Planejamento da cobertura assistencial, a partir das necessidades de atendimento da população, com parâmetros e estratégias assistenciais de melhor relação custo/benefício.
- Reconhecimento da legitimidade de participação dos vários segmentos sociais na definição de necessidades.

Assim, essencialmente, as A.I.S. contêm os principais fundamentos anunciados, de forma mais ou menos explícita nas diretrizes dos programas anteriores:

- 1) Maior eficiência administrativa, a ser buscada através da descentralização das decisões, da regionalização dos serviços e da hierarquização das ações em escala de complexidade crescente.
- 2) Adequação da tecnologia empregada à complexidade das ações desenvolvidas.

(26) Ver MPAS/MS/MEC. Ações Integradas de Saúde, Brasília, 1984

- 3) Otimização dos recursos aplicados em saúde, pela busca de coordenação interinstitucional e da integração de ações curativas e ações preventivas.
- 4) Participação comunitária, buscando conseguir da população um comportamento mais adequado ao desenvolvimento dos programas.

Mas as A.I.S. trazem algo novo. Elas não apenas propoem como obrigam as Secretarias a adotarem medidas eficientizadoras. Ao estabelecer o pagamento por produção os Convênios obrigam as Secretarias de Saúde a levar em consideração a produção e o custo. E com o mercado de trabalho extremamente desfavorável aos trabalhadores de saúde - como de resto a todos os trabalhadores - os secretários de saúde podem, sem maiores obstáculos, impor salários reais mais baixos, cobrar maior produção e disciplinar melhor os novos "proletários". Os esforços de redução de custos não ficam reduzidos, naturalmente, ao aviltamento dos salários. Novas maneiras de organizar o trabalho são experimentadas visando a padronização de tarefas, a especialização dos trabalhadores e a acentuação da divisão trabalho manual/trabalho intelectual.

Os aparelhos formadores de mão de obra vão também se adaptando às novas exigências do mercado através dos chamados Programas Docentes-Assistenciais e da reorientação dos Cursos de Pós-Graduação. Um exemplo muito ilustrativo da nova situação é a substituição, nos Cursos de Especialização em Saúde Pública, do conteúdo orientado para formação do sanitarista tradicional, mais voltado para a prevenção de doenças e promoção da saúde, pelo conteúdo adequado ao planejador e administrador de serviços de assistência médica. E, certamente, é por aí que deve passar a preocupação do CONASP com a formação de

recursos Humanos mais adequados ao futuro Sistema Nacional de Saúde.

VIII - A TÍTULO DE CONCLUSÕES

Ainda que ultrapasse os limites deste ensaio oferecer conclusões fundamentadas em pesquisa de fontes primárias, julgamos ser plenamente razoável sugerir algumas hipóteses interpretativas a título de conclusões:

- 1) A Estrutura Social de ^{Acumulação} ~~Produção~~, voltando ao conceito de Gordon, configurada no Estado Populista que se mostrou adequado a Estrutura Econômica baseada no "crescimento para dentro" (27), ou, na fase de "acumulação por ampliação do mercado interno" (28) entra em decadência, no início da década de 50.
- 2) Naquele momento, o modelo de desenvolvimento econômico que vai sendo, progressivamente, conformado fundamenta-se na "internacionalização do mercado interno" (29) ou na acumulação por extração de mais valia relativa (30) e novos arranjos institucionais começam a ser explorados.
- 3) O encontro de nova Estrutura Social de Acumulação torna-se mais urgente a partir da decisão política tomada em Punta Del Este, em 1961, de acelerar o desenvolvimento capitalista nos países membros da O.E.A. como resposta às alternativas de desenvolvimento apontadas pela revolução cubana vitoriosa.

(27) CARDOSO, F.H. & FALETTO, Enzo, *op. cit.*

(28) RAMOS, M.P., *op. cit.*

(29) CARDOSO, F.H. & FALETTO, Enzo, *op. cit.*

(30) RAMOS, M.P., *op. cit.*

- 4) No Brasil, o assentamento de uma nova Estrutura Social de Produção adequada ao modelo de desenvolvimento capitalista tardio e dependente supõe a superação de obstáculos de ordem política e ideológica, dados pelas dificuldades de hegemonia burguesa, o que leva a um regime autoritário e centralizado depois do movimento militar de 64.
- 5) O Projeto de hegemonia burguesa, em construção a partir de 64, passa, necessariamente, por uma abertura no âmbito do social incluindo o reconhecimento dos direitos conquistados pelos trabalhadores, que não firam a lógica da acumulação - como o da assistência médica promovida pelo Estado - e a rejeição dos que comprometam a diminuição do preço da força de trabalho - como o estatuto da estabilidade no emprego.
- 6) O Provimento de assistência médica gratuita pelo Estado torna-se, porém, cada vez mais problemática pela conjunção de três fatores: O próprio desenvolvimento capitalista aumenta cada vez mais o número de cidadãos com direito à assistência médica; os cidadãos passam a ter um número cada vez maior de doenças estimuladas na sua gênese pela relações sociais de produção capitalistas; e as novas tecnologias introduzidas na produção de serviços médicos, ao invés de diminuir, aumentam os custos da assistência.
- 7) O Estado busca responder ao desafio procurando formular modelos de organização de serviços médicos mais eficientes. Mas cada programa experimental tem que passar pela mediação das Lutas Políticas de Classes (31) sofrendo reformulações segundo a capacidade de influência dos diferentes grupos sociais. Tal influência vai se dando na implementação dos programas através de agentes institucionais que aderem a um ou outro

(31) *WRIGHT, Eric. Olin. op. cit.*

- interesse (32).
- 8) Eficiência sob relações sociais de produção capitalistas sem pre significa maior alienação do trabalhador (33). E ela é buscada com o parcelamento da atividade em tarefas atribuíveis a diferentes trabalhadores e pela separação entre a concepção e a execução, através do aprofundamento da divisão do trabalho na oficina. Isto também ocorre na "oficina" da Saú de.
- 9) Nos casos estudados pode-se perceber uma tensão permanente entre a ação do Estado em busca da eficiência e a resistên cia dos trabalhadores à alienação do trabalho assalariado. Tensão alimentada por uma população que busca a efetivação de direitos conquistados.
- 10) Do ponto de vista da democracia interessa que os cidadãos realizem seus direitos e que os trabalhadores de saúde adquiram consciência do processo de alienação o que poderá permitir, como diz Conti (34), que isto se constitua o pri meiro passo para sua superação.

(32) CARDOSO, F.H. *op. cit.*

(33) MESZÁROS, István. MARX: A Teoria da Alienação. Rio de Janeiro, Zahar 1981.

(34) CONTI, Laura. Estructura Social y Sociedad. In: Vários autores: Medicina y Sociedad. Barcelona, Ed. Fontanella S.A., 1972.