

MARILENE DE CASTILHO SA'  
AV. RIO BRANCO 251 / 12º AND. RIO DE JANEIRO  
FSESP

RESIDÊNCIA : RUA SÃO SALVADOR 59 / 815  
CEP. 22231 - RIO DE JANEIRO

CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE-  
LIMITES E POSSIBILIDADES DENTRO DA PERSPECTIVA  
DA REFORMA SANITÁRIA

CONSENTIR

ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO

FUNDAÇÃO SESP

MAIO - 1987

Página

1 - INTRODUÇÃO .....	1
2 - DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO .....	5
3 - REVISÃO DE ALGUMAS PROPOSTAS DE DIAGNÓSTICO .....	33
4 - DIRETRIZES GERAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DO DIAGNÓSTICO, A NÍVEL LOCAL - DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS .....	66

1 - INTRODUÇÃO

## 1 - INTRODUÇÃO

A necessidade de garantir o desenvolvimento do diagnóstico de saúde enquanto um instrumento essencial ao Planejamento e subsídio para a tomada de decisões no Setor, e especificamente na Fundação SESP, tem sido uma das principais preocupações da Assessoria de Planejamento .

O processo de descentralização que vem ocorrendo na instituição desde 1985 implica, necessariamente, a descentralização do planejamento das ações de saúde e saneamento por ela implementadas, sob pena de se alcançar, no máximo, uma pseudo descentralização, reduzida ao nível da execução, não gerencial. Por outro lado, a descentralização da gerência e, conseqüentemente, do planejamento, pressupõe, entre outras condições, a formação técnica do quadro de profissionais, a coerência de sua postura política com os princípios de participação e integração e a eliminação de determinados mecanismos burocráticos centralizadores da administração. Uma condição, no entanto, essencial para a descentralização do planejamento em saúde, é o conhecimento da realidade sanitária local. Tanto do ponto de vista das condições de vida e saúde da população, como da forma como são organizados, distribuídos e utilizados os recursos em saúde face às diferentes demandas e necessidades locais, é preciso produzir conhecimento. Conhecimento que deve ser entendido como processo, algo em constante aperfeiçoamento, em constante mudança e que, ao ser produzido, contribui para a transformação da própria realidade que se pretende conhecer. Transforma a realidade porque também transforma os sujeitos que procuram conhecê-la e que podem transformá-la - sujeitos aqui entendidos, numa concepção ampla, desde o Estado, as instituições de saúde, os profissionais nelas inseridos e, principalmente, a própria população.

O atual quadro político-institucional em que se encontra o país e, especificamente o Setor Saúde, é marcado por vários movimentos e propostas de mudança. No Setor Saúde, particularmente, apesar da densidade das propostas comparativamente a outros setores sociais, é preciso avançar mais rapidamente na realização da Reforma Sanitária. Paralelamente às macro-transformações de ordem política, jurídica e institucional, visando o reordenamento do Sistema de Saúde, em parte condicionada à nova ordem constitucional que se formará no País, é preciso avançar, desde já, nas propostas e estratégias que visem uma nova forma de articulação interinstitucional, de relação entre as instituições de saúde e a população e, sobretudo, de garantia de universalização, equidade e

qualidade dos serviços prestados. Dentro desta perspectiva, o desenvolvimento do diagnóstico de saúde pelos profissionais e pela população, desde o nível local, apresenta-se como prática que não apenas viabiliza a adequada identificação das necessidades de saúde, o conhecimento de seus determinantes e das possibilidades de intervenção como, principalmente, contribui para a formulação de estratégias e para a aglutinação de forças sociais em torno dos objetivos propostos.

Neste momento, em que a Fundação SESP reorienta suas ações em coerência com as propostas de Reforma Sanitária, a partir de um trabalho integrado com as outras instituições, visando a maior resolutividade dos seus serviços e a organização dos Distritos Sanitários, o presente documento busca fornecer subsídios para os debates e estratégias que deverão surgir entre as equipes regionais e locais para o desenvolvimento do diagnóstico de saúde enquanto instrumento para o planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pela instituição.

É importante esclarecer ainda que este trabalho consiste apenas numa primeira tentativa da ASPLAN de reunir algumas considerações sobre o processo de diagnóstico que vêm sendo feitas ao longo dos debates internos nesta Assessoria, de experiências acumuladas na instituição e de algumas discussões com outras instituições. Tomaram-se como elementos para reflexão alguns roteiros de diagnóstico disponíveis, a maioria produzidos e utilizados há algum tempo pela instituição, sendo uns produzidos pelo nível central e outros propostos por alguns Núcleos Regionais de Planejamento, criados em 1986. Além desses, foram analisados outros mais recentes, sendo um do MS - de um manual para o planejamento local - outro elaborado pela CIS de um determinado Estado e o próprio documento intitulado "SITUAÇÃO ATUAL", - que compõe o documento da CIPLAN para elaboração da Programação-Orçamentação Integrada de 1987.

Buscou-se então examinar estas propostas a partir de algumas noções relativas ao Planejamento Estratégico e tendo também como referencial os objetivos gerais para os quais, neste momento, devem se dirigir as ações da instituição, notadamente a organização dos Distritos Sanitários, como garantia de universalização e equidade da assistência e maior resolutividade dos serviços de saúde.

Por fim, o documento encerra ainda algumas orientações dirigidas às equipes

regionais e locais relativas à realização do diagnóstico de saúde a nível local. Aqui, enfatiza-se que o presente trabalho não deve ser tomado absolutamente como proposta de roteiro ou " guia " para a elaboração de tais diagnósticos - o que seria completamente contraditório com a postura adotada por esta Assessoria, mas unicamente como um material de reflexão.

## 2 - DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

## 2 - DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

No Brasil, o planejamento em saúde, enquanto metodologia de implantação de políticas de saúde, começa a se desenvolver praticamente a partir da década de 60. Foge ao objetivo deste trabalho analisar a origem e desenvolvimento do planejamento setorial no país e, embora não se possa afirmar a rigor que na década de 60 se inicia o planejamento no setor saúde em sua totalidade, algumas iniciativas, restritas a algumas instituições ou a algumas localidades já ocorriam, e o desenvolvimento da técnica CENDES - OPS é o exemplo mais significativo. Com um conteúdo tecnocrático altamente valorizado, não permitindo que se fizessem transparentes os conflitos de interesses e as relações de poder entre as classes e grupos sociais e a forma como tais relações interferem na realidade sanitária do país, tal metodologia, embora proposta para ser desenvolvida a nível local, não apresentava nenhuma flexibilidade ou "permeabilidade" às diferentes realidades locais. Com uma compreensão estanque das etapas do planejamento e estática da realidade, propunha, conseqüentemente, um diagnóstico das condições de saúde e da oferta de serviços que, além de praticamente dissociado das demais etapas do planejamento, era organizado com excessivos detalhamentos dos dados coletados, como se fosse possível esgotar a realidade.

Destas experiências resta, na memória das instituições e dos profissionais que delas participaram, a lembrança de grandes diagnósticos, quase que intermináveis, inviabilizando, até mesmo pelo tempo que consumiam em sua execução, o desenvolvimento das ações de saúde que a partir dos mesmos deveriam ser implementadas. X As observações acima não devem ser entendidas, no entanto, em quanto negação da importância desta metodologia, principalmente se considera do seu papel como primeira sistematização da prática de diagnóstico de saúde, bem como sua importância para o desenvolvimento do planejamento a nível local, muito embora utilizando-se de roteiros elaborados de forma indiferenciada para qualquer realidade.

Os anos seguintes ao golpe militar de 1964, como é sabido, foram marcados por uma crescente centralização política, financeira e administrativa. Juntamente com os Municípios e Estados, as instituições públicas de saúde perderam qualquer autonomia. As decisões eram tomadas pela tecnocracia estatal cada vez mais fortalecida, comprometida, em sua maioria, com os interesses empre-

sariais privados. Sob um rigoroso controle político-ideológico, a população e, dentro desta, os profissionais de saúde, foram impedidos de qualquer participação no direcionamento que se imprimia às políticas de saúde e à forma de prestação de serviços. No nível central das instituições de saúde, equipes, ditas de planejamento, se especializavam na burocracia convenial, elaborando e acompanhando projetos que visavam, independente das necessidades reais de saúde da população, a captação de recursos do poder central. A estas atividades ficou praticamente reduzido o planejamento em saúde no Brasil.

Consequentemente, o que se chamava " diagnóstico de saúde ", quando era realizado, consistia, no máximo, em um conjunto de dados extraídos das precárias e nem sempre acessíveis ou confiáveis estatísticas oficiais, menos com o objetivo de se justificar a relevância do projeto ao qual era anexado do que apenas para cumprir um procedimento formal. A realidade das condições de saúde só importava realmente quando chegava a representar uma possibilidade de ameaça ao mito do milagre econômico brasileiro. A epidemia de meningite em meados da década de 70 foi ocultada pela opinião pública, o quanto pode ser possível ocultar uma epidemia. O mesmo acontecia com o aumento crescente das taxas de mortalidade infantil, por exemplo.

Toda esta história, aqui não analisada em toda a sua extensão, não pode deixar de ser considerada quanto, num momento de democratização das instituições, de descentralização do poder e elaboração de uma nova ordem constitucional, pretende-se resgatar o Planejamento em Saúde à condição de instrumento efetivo da Reforma Sanitária Brasileira. O resgate desta história é também importante para que não se tenha a ilusão que, de um momento para outro, profissionais de saúde e população, há muito alijados dos processos de decisão, estarão mobilizados e envolvidos na discussão de sua realidade e necessidades e na elaboração de propostas de mudança.

Além disso, é ainda importante considerar que o longo período de centralização do processo de tomada de decisões também acabou por gerar uma grande incapacidade gerencial entre os profissionais, o que representa um considerável entrave ao processo de descentralização do Planejamento.

A Fundação SESP, enquanto uma das instituições componentes do setor, não deixou também de sofrer as consequências de todo este processo. Desta forma, nos

dois últimos anos, a instituição, da mesma forma que ocorre com as demais componentes do setor, procura reorganizar suas ações e reorientar suas relações interinstitucionais e com a população, objetivando a realização da Reforma Sanitária Brasileira. Para a realização de tais mudanças, o Planejamento é entendido como um dos instrumentos fundamentais.

Buscando-se então viabilizar técnica e funcionalmente o desenvolvimento do Planejamento desde o nível local, no âmbito da Fundação SESP, foram organizados nas Diretorias Regionais a partir de 1986, os Núcleos de Planejamento. Durante o Seminário para o Desenvolvimento dos Núcleos, realizado neste mesmo ano, a questão do diagnóstico de saúde, entre outras, foi abordada pelos grupos de trabalho.

As principais conclusões destes trabalhos destacam as seguintes questões :

- considerou-se o diagnóstico como etapa fundamental para o planejamento;
- verificou-se que as informações disponíveis ainda não estavam sendo utilizadas adequadamente, o mesmo se dando com os instrumentos existentes para a elaboração do diagnóstico, deixando-se de lado fatores que interferem na saúde como os fatores culturais, os meios de produção, os canais de comunicação, as tendências políticas, etc ...
- também há necessidade de se rever, ampliar e adequar tais instrumentos, tendo em vista as atuais diretrizes da instituição;
- a participação de profissionais e da população a nível local tem-se dado de forma incipiente. A participação da população não se dá ainda de forma organizada na identificação de suas necessidades, definição de objetivos e prioridades na assistência à saúde;
- concluiu-se que a participação dos profissionais pode ser ampliada, entre outros meios, através de um processo de capacitação na área de Saúde Pública;
- quanto à participação da população em todas as etapas do planejamento, concluiu-se que esta dependerá fundamentalmente do acesso às informações sobre as questões relacionadas à sua saúde.

Entre os fatores que dificultariam o desenvolvimento do diagnóstico de saúde,

foram listados os seguintes :

- programação verticalizada, segundo as prioridades do governo, tendo por base a demanda e a capacidade instalada e não considerando as necessidades locais;
- definição centralizada de objetivos e prioridades, impedindo a participação dos níveis regional e local;
- precariedade das fontes e sistemas de informação e dificuldade de obtenção e tratamento de dados pela baixa qualidade dos mesmos;
- falta de integração intra e interinstitucional, tendo como consequência a não adoção de instrumentos conjuntos e pouca uniformidade nas estratégias adotadas;
- falta de compromisso profissional e precária capacidade de organização da população, com "baixa consciência sanitária".
- carência de recursos humanos;
- carência de recursos materiais e financeiros.

Das questões debatidas durante o Seminário com os Núcleos de Planejamento, algumas considerações importantes merecem ser feitas no presente documento.

Da época de realização do referido Seminário até o momento atual, várias mudanças e avanços vêm ocorrendo no Setor Saúde e, particularmente, no âmbito da Fundação SESP. Apesar das inúmeras dificuldades ainda encontradas, os esforços do conjunto de instituições do setor têm-se voltado para um trabalho articulado, para a maior integração e descentralização no nível da prestação de serviços e, sobretudo, para uma maior coerência entre as políticas institucionais e respectivos planos de trabalho, por um lado, e as necessidades de saúde da população e as propostas da Reforma Sanitária. O processo da elaboração da Programação-Orçamentação Integrada de 1987, diferenciando-se já qualitativamente das anteriores, apesar dos entraves ainda existentes, é um exemplo importante deste movimento.

Por outro lado, não se pode esperar que as políticas de saúde, formuladas a nível macro, para todo o país, dêem conta das diferentes realida -

des e peculiaridades locais. Ou as necessidades locais passam a ser identificadas pelo próprio nível local ou não o serão nunca. O nível local (compreendidos aqui profissionais de saúde e população) é que deve ter poder de identificar todas as necessidades para, igualmente, poder mudar as ações, reorganizá-las e influir definitivamente na formulação das políticas de saúde para o país, transformando a realidade sanitária. E, como se sabe, o poder é um exercício diário de conquista. Claro está que esta condição é facilitada se o nível central se manifestar enquanto aliado em torno da proposta de descentralização.

A questão do poder, um dos eixos centrais de desenvolvimento do Planejamento Estratégico, remete, por sua vez, à questão do conhecimento, e vice-versa. Como foi mencionado, os debates durante o Seminário de Planejamento apontam a necessidade de maior compromisso dos profissionais e envolvimento da população no planejamento das ações de saúde. Tal compromisso, no entanto, ou melhor, sua ausência, deve ser entendida em parte como consequência do longo período de alijamento do processo decisório, bem como do desconhecimento e/ou "esvaziamento" do conhecimento sobre sua realidade a que foram igualmente submetidos (\*). Como se comprometer, estar envolvido, com algo sobre o qual sente-se impotente, devido ao desconhecimento e ao distanciamento do processo de decisão? Portanto, entendido a partir desta perspectiva, o diagnóstico de saúde, por significar maior conhecimento da realidade sanitária, assume um papel importante no acúmulo de poder e consequente comprometimento de profissionais e população sobre esta realidade.

As atuais dificuldades mencionadas quanto à precariedade das informações disponíveis, desarticulação entre os instrumentos e estratégias adotadas pelas diversas instituições para realização do diagnóstico, entre outros, devem ser entendidas como superáveis, progressivamente, desde que haja vontade política e que a prática diária seja agilizada, aperfeiçoando o processo. É importante que, apesar das dificuldades quanto aos sistemas de informação existentes, por exemplo, toda a informação disponível possa ser utilizada, o que garantirá, ao longo do tempo, a melhor qualidade da informação produzida. Deve-se ressaltar aqui que não é a quantidade de informação que garante um diagnóstico. Diagnósticos podem ser feitos com qualquer informação - formal ou informal - que se tenha, desde que estejam claros os limites e possibilidades

(\*) profissionais e população

de análise que tais informações implicam. Por outro lado, o que garantirá a adequação da utilização dos dados existentes é a clareza que se tenha dos objetivos dos diagnósticos e do modelo teórico-causal (1) (do marco referencial) que orienta os sujeitos do mesmo.

É preciso estar atento para não se perpetuar alguns mitos existentes em relação ao diagnóstico de saúde. Um deles é o do diagnóstico "neutro". Não há neutralidade no diagnóstico. Como parte do processo de planejamento, o diagnóstico possui uma direcionalidade pré-determinada pelas hipóteses que os sujeitos do diagnóstico têm sobre a realidade e os objetivos que se colocam, desde o início, sobre as possibilidades de intervenção na mesma.

Um segundo mito sobre o diagnóstico diz respeito à concepção do diagnóstico acabado, que dê conta de todos os aspectos da realidade, dando origem a falsas pressuposições de que deve se basear numa quantidade infinita de dados, de preferência quantificáveis e que para isso requer um longo e "rigoroso" processo de pesquisa, por sua vez também exigindo muitos recursos financeiros. O mito positivista sobre o que deva ser o conhecimento científico, ainda predominante em nossa formação profissional, costuma ser responsável por deixarmos de lado aquilo que não puder ser mensurado, quantificado e definido operacionalmente. Consequentemente, deixa-se de lado as percepções, interesses e opiniões da parte principal e que, a princípio, deve se beneficiar do diagnóstico da saúde - a população.

Desta forma, para atender às demandas de um Planejamento Estratégico, o diagnóstico de saúde também deve ser entendido como uma estratégia, a partir das seguintes características :

- é um instrumento de mobilização de forças sociais e acúmulo de poder, na medida em que se constitui enquanto instrumento de ampliação e divulgação do conhecimento sanitário;
- instrumento fundamental para se identificar as possibilidades de intervenção a nível epidemiológico e sócio-político;

(1) CHORNY, A. H. - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A ETAPA DIAGNÓSTICO DO PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO = Documento interno - Escola Nacional de Saúde Pública - 1985

- não se limita à caracterização da situação atual mas, porque analítico, inclui aspectos prognósticos, constituindo-se como instrumento que contribui para definição das estratégias de mudança;
- estar direcionado para a mudança é a principal característica estratégica deste tipo de instrumento.

Neste sentido, o diagnóstico não se restringe a uma utilização pontual, em momentos de programação, mas constitui-se em conhecimento constantemente utilizado para a avaliação e redirecionamento das ações de saúde. É um processo contínuo, em constante aperfeiçoamento, que deve fazer parte do dia-a-dia, da rotina dos serviços.

Embora não seja objeto deste trabalho a discussão das questões conceituais e metodológicas do Planejamento Estratégico, notadamente as questões relativas à formulação de estratégias, restringindo-se basicamente às questões do diagnóstico, alguns pontos merecem ser destacados.

Em primeiro lugar é preciso tornar explícito o caráter político do Planejamento, durante muito tempo encoberto tecnocraticamente em planos e projetos exclusivamente normativos. Considerando-se que uma das formas de se garantir a dominação é exatamente o ocultamento da vontade de dominação, a negação do Planejamento, enquanto um instrumento político, e sua apresentação como um instrumento essencialmente técnico, tem servido às necessidades de hegemonia política e econômica das classes que, representadas pelo Estado, vêm dominando o país. (\*)

O Estado, por sua vez, notadamente o Estado autoritário, valeu-se deste mesmo procedimento no sentido de afirmar sua pretensa "neutralidade", sua suposta situação "acima das classes". Desta forma, políticas de saúde nem sempre coerentes com os interesses da população, eram implementadas, buscando-se sua legitimação através da pretensa neutralidade técnica com que se revestiam e que tornava seus objetivos igualmente "inquestionáveis" do ponto de vista do

---

(\*) Embora esta questão não possa ser extensamente discutida neste trabalho, cabe observar que qualquer técnica, enquanto uma forma de intervenção na realidade, é uma ação política, visando mantê-la ou modificá-la, segundo os diferentes objetivos e interesses dos sujeitos que a realizam.

interesse coletivo. O próprio tratamento da "coletividade" como se fosse um todo homogêneo é uma das características deste tipo de postura e tem por principal objetivo a negação dos conflitos inerentes à relações entre as classes sociais ou frações de classes.

Por outro lado, o discurso tecnocrático chegou a apresentar-se, em determinado momento, bastante sedutor mesmo para aqueles profissionais que, comprometidos com os interesses da população, buscavam resistir e garantir minimamente tais interesses no interior de instituições cujas diretrizes políticas tendiam exatamente para o lado oposto. Numa época em que o espaço para debates dentro e fora das instituições deixou de existir e que qualquer tentativa de mobilização e reivindicação da população era ostensivamente reprimida, o sentimento de impotência profissional talvez tenha sido um pouco amenizado pela ilusão de que a qualidade técnica de uma determinada proposta e o caráter de justiça social que envolvia seus objetivos fossem suficientes por si mesmos para garantir sua implementação.

Desta forma, entender o Planejamento enquanto um instrumento político - na medida em que visa determinado objetivo definido por determinado sujeito, obviamente parcial - longe de negar a importância de seus aspectos técnicos, é o primeiro passo para se viabilizar o próprio desenvolvimento de tais técnicas e o alcance dos objetivos para os quais se planeja.

Uma segunda questão que imediatamente se coloca como condição de eficácia de um plano, notadamente em países capitalistas dependentes, diz respeito à formulação de estratégias. (2)

Tal como a definiu Mario Testa, uma estratégia, enquanto forma de implementação de uma política, não pode ser entendida de modo reduzido aos procedimentos de inversão de recursos, escolha de tecnologia, entre outros, inerentes ao desenvolvimento de um dado plano. Trata-se não apenas de criar condições de factibilidade, mas de viabilidade para os objetivos propostos. E aqui, considerando-se que a explicitação de determinados objetivos suscita a mobi-

lização de forças sociais favoráveis e desfavoráveis aos mesmos, torna-se necessário agir de forma a ampliar ao máximo o número de forças sociais favoráveis e/ou aumentar seu poder, no sentido de se alcançar os objetivos propostos. Aliás o deslocamento de poder é uma condição essencial a qualquer proposta de mudança.

Estas questões são profundamente estudadas por Mário Testa no texto já referido. No entanto, dada a importância deste texto e considerando-se que o objetivo do presente trabalho é contribuir para a reflexão sobre as questões relativas ao diagnóstico de saúde e para sua utilização no âmbito das ações desenvolvidas pela Fundação SESP, será feita uma tentativa de resumir e comentar os principais pontos da discussão que o autor desenvolve sobre os diagnósticos de saúde.

Antes, porém, é necessário esclarecer que a escolha das contribuições teóricas deste autor como o principal referencial para o presente trabalho não significa a adoção, por esta Assessoria de Planejamento, de uma postura teórica acabada. É fundamental que contribuições mais recentes sejam examinadas e possam ser incorporadas, tendo em vista o aperfeiçoamento do planejamento em saúde no país. O próprio autor já fez algumas revisões em relação ao texto aqui referido. No entanto, a ASPLAN entende que os pontos centrais abordados por Mário Testa em relação ao Planejamento Estratégico e, especificamente, em relação ao diagnóstico de saúde, permanecem válidas e, neste momento, adquirem grande relevância em função do momento político e institucional vivido pela sociedade brasileira e pelo Setor Saúde, em particular.

Entendendo que um diagnóstico é orientado por determinados propósitos (ou seja, existe uma intencionalidade, uma direcionalidade no diagnóstico), Mário Testa discute os diversos tipos ou características particulares do diagnóstico, relacionadas a estes propósitos, e que ficam evidentes quando se examinam as diversas categorias de análise utilizadas para ordenar a informação que será processada. Estas categorias irão confirmar, por sua vez, o marco de referência mais global de análise, por exemplo, no caso da saúde, estas categorias são o estado de saúde, a situação epidemiológica (no que diz respeito à expressão direta dos problemas e suas causas), o setor saúde e os serviços que presta.

Dentro desta marco de referência mais global, o autor ainda introduz três outras categorias ordenadoras do diagnóstico de saúde que revelam os propósitos

para os quais este é realizado : de crescimento ou reprodução ; de mudanças; de legitimação. Para se entender a distinção entre estas categorias é importante se reportar ao que já foi comentado no presente trabalho sobre o caráter político do Planejamento. Foi visto que qualquer ação intencionalmente realizada sobre a realidade adquire um caráter político, na medida em que envolve sujeitos, seus diferentes objetivos e concepções sobre a realidade e que os objetivos destas ações são, em última análise, os de manutenção ou mudança da realidade. Desta forma, o autor entende que o planejamento global e o de saúde, em particular, enquanto uma forma de intervenção na realidade sanitária terá os três grandes propósitos acima referidos. Por sua vez, cada um destes propósitos dará origem a um tipo de diagnóstico de saúde (ou a um traço particular do diagnóstico de saúde).

Assim, o objetivo de crescimento ou reprodução dá origem ao que o autor denomina diagnóstico administrativo: o objetivo de mudança, ao diagnóstico estratégico e o objetivo de legitimação, ao diagnóstico ideológico. Cabe aqui um esclarecimento no sentido de não se confundir os objetivos chamados de crescimento (ou reprodução) e mudança. Um diagnóstico do setor saúde que vise levantar as necessidades assistenciais com o objetivo de se promover um aumento de cobertura poderá levar a um crescimento do setor - na medida em que promove um aumento do número de serviços de saúde - mas não necessariamente levará à mudança do setor - na medida em que pode deixar intacta a lógica e a estrutura de organização, financiamento e prestação de serviços. Ocorreria então apenas um crescimento de toda a estrutura, mas não a mudança da mesma. A importância deste tipo de esclarecimento se evidencia quando, diante dos atuais objetivos da Reforma Sanitária, considera-se que tipo de Planejamento e, conseqüentemente, que tipo de diagnóstico de saúde estão sendo desenvolvidos pelas instituições do setor.

Voltando então às quatro categorias básicas que, em relação ao diagnóstico de saúde, irão conformar o marco de referência mais global da análise quais sejam : o estado de saúde, a situação epidemiológica, o setor saúde e os serviços prestados, se examinará a seguir, de forma sintética, como cada uma destas categorias é tratada, segundo os diferentes tipos (ou traços particulares) de diagnóstico - administrativo, estratégico ou ideológico - tal como são entendidos por Mário Testa.

## 2.1 - DIAGNÓSTICO ADMINISTRATIVO

Como já foi mencionado anteriormente, este é o diagnóstico clássico em Planejamento ou, melhor dizendo, a característica predominante que tem assumido a maioria dos diagnósticos de saúde desenvolvidos a partir de uma concepção reduzida do Planejamento como uma simples questão de quantificação de objetivos/met<sup>as</sup> e alocação de recursos em quantidade e qualidade suficientes para alcançá-los.

Isto não significa dizer que, em determinados momentos, não seja necessário quantificar recursos e metas, bem como definir padrões de avaliação dos mesmos. A questão é que, conforme o próprio autor sinaliza, a preocupação em se trabalhar com as chamadas "variáveis objetivas" geralmente traz, nestes tipos de diagnóstico, a tentativa de se eliminar das categorias de análise qualquer conteúdo social, centrando-se nos aspectos mais diretamente econômicos, como se na realidade fossem separáveis.

Desta forma, o diagnóstico do tipo administrativo dá o seguinte tratamento às quatro categorias básicas acima referidas:

### 2.1.1 - Estado de Saúde

As categorias específicas desta categoria básica serão as que se referem aos aspectos biológicos da população (morbidade, mortalidade, natalidade, etc). Estes aspectos serão também utilizados para subdividir a população, tais como sexo, idade e eventualmente sua macrolocalização (população urbana e população rural, por exemplo).

Consequentemente, os indicadores do "Estado de Saúde" serão taxas, cujos denominadores serão constituídos pela população ou seus subgrupos e os numeradores pelo número de óbitos por determinada doença, número de casos de determinada doença, etc...

### 2.1.2 - Situação Epidemiológica

Esta categoria básica já implica a discussão da questão das causas, dos determinantes do estado de saúde. Mário Testa refere-se aqui às sucessivas ampliações por que vem passando a causalidade epidemiológica, tanto sobre o seu objeto (epidemias, doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis, acidentes...) quanto sobre o enfoque utilizado, ou melhor dizendo, os modelos

de causalidade adotados. Desta forma observa-se desde a noção tradicional de agente - hospedeiro - vetor, passando às teorias ecológicas que discutem as questões de equilíbrio entre homem e meio, até a chamada "incorporação do social" que, num primeiro momento, apresentava-se como agregado - o que será posteriormente discutido neste trabalho - até os estudos mais avançados que procuram, de fato, determinar a relação entre o processo saúde/doença e os modos de produção, a despeito das dificuldades metodológicas ainda existentes.

Diante destes diferentes modelos, observa-se então que no diagnóstico administrativo da situação epidemiológica, as categorias específicas utilizadas correspondem à interpretação biológica-ecológica dos processos saúde/doença. Assim, são estudadas a existência de agentes e vetores, suas características e a dos hospedeiros, além de algumas condições ambientais, geralmente referidas à água e resíduos. Aqui, é importante destacar a crítica que faz o autor ao tratamento reduzido que tal enfoque - já tão simples e passível de utilização em cadeias epidemiológicas igualmente simples, cuja determinação seja clara e de preferência monocausal - recebe na América Latina, limitando-se ao registro de alguns agravos ou acesso da população a determinados bens e serviços, ou ainda algumas características da população que permitiriam identificar grupos de risco, como desnutrição, obesidade, hábito de fumar.

Não há, todavia, para a maioria dos países, um sistema de vigilância epidemiológica eficaz.

### 2.1.3 - Serviços de Saúde

Ao discutir esta categoria básica, Mário Testa ressalta que os serviços de saúde são uma das formas de resposta da sociedade aos problemas de saúde, mas não a única. Esta observação é importante na medida em que, se por um lado, diante da perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira, é necessário aprofundar os diagnósticos sobre os serviços de saúde atualmente prestados e seu grau de adequação aos problemas de saúde identificados, por outro lado é preciso ter clareza, dada a complexidade da determinação do processo saúde/doença, dos limites do próprio Setor Saúde para fazer face aos problemas existentes, que demandam igualmente respostas de outros setores do Governo.

Nos diagnósticos administrativos dos serviços de saúde, observa-se que estes podem ser classificados de diversas formas, conforme os critérios utilizados

e que, geralmente, estão relacionados com alguma concepção epidemiológica. Mário Testa exemplifica com a classificação de serviços dirigidos às pessoas e serviços dirigidos ao meio ambiente, originada da concepção ecológica, ou ainda a classificação de serviços de prevenção primária, secundária e terciária, baseada na concepção de História Natural da Doença, tal como é formulada por Leavel e Clarck.

De qualquer forma, qualquer que seja a classificação adotada, o diagnóstico administrativo dos serviços de saúde estará voltado para a verificação de sua eficácia e eficiência, incluindo obviamente sua cobertura.

Para isto se estudam os serviços através das instituições que os prestam e dos programas neles contidos.

Dentro de cada programa se estudarão os recursos (em termos de sua organização, função de produção, quantidade, custo), a produção de atividades propriamente ditas (quantidade, eficácia, cobertura) e a relação entre recursos e produção (eficiência ou produtividade).

Como foi visto inicialmente, a tradição deste tipo de diagnóstico no Planejamento em Saúde decorre, em grande medida, do fato de ser mais suscetível à quantificação precisa de metas e resultados alcançáveis e avaliáveis, ainda que parcialmente avaliáveis, pois como ressalva o autor, a eficácia das ações de saúde nem sempre é mensurável.

#### 2.1.4 - Setor Saúde

No diagnóstico administrativo do Setor Saúde é adotado para análise o enfoque sistêmico.

A análise das formas de organização do Setor é feita a partir de sua composição setorial e das relações interinstitucionais.

A visão sistêmica, enfatizando a análise de entradas e saídas, por um lado, e as relações entre os diversos componentes do sistema, por outro, corresponde a análise do que o conjunto de instituições de saúde que compõem o Setor consomem, ou seja, os recursos a elas destinados pela sociedade, as ações de saúde que produzem e as relações entre as instituições que, geralmente, assumem múltiplas formas.

Mário Testa identifica no sistema setorial de saúde pelo menos três subsiste

mas : o público, o privado e a parte que corresponde à assistência à saúde do Seguro Social / Previdência Social, com respectivas variantes. O autor ainda assinala que a complexidade destas conformações constitui-se muitas vezes num terreno conflitivo da política de saúde. No Brasil, a análise da evolução das políticas de saúde e da conformação e funcionamento do setor de monstra claramente tais conflitos, no interior de cada instituição e entre as instituições, principalmente diante de propostas de reorganização do setor - como a atual proposta da Reforma Sanitária. Daí porque, embora isto não tenha sido considerado pelo autor neste trabalho, deve-se estar atento para as armadilhas que a visão sistêmica pode oferecer às tentativas de análise do Setor Saúde, tal como é constituído em nosso país, na medida em que a mesma pressupõe o funcionamento harmônico entre as partes, em torno de objetivos comuns.

Em relação ao funcionamento do sistema de saúde, o autor levanta uma questão que merece séria atenção no momento em que se parte para um diagnóstico setorial. Trata-se da concepção ideal das administrações de sistemas de saúde que imaginam uma porta de entrada única para cada pessoa que se relaciona com o sistema e uma norma de circulação dentro do mesmo, geralmente baseada em sinais e sintomas, tanto para as ações ditas curativas como para as preventivas. Desta forma, surgem muitas propostas de organização dos serviços, como são exemplificados pelo autor os clássicos ordenamentos por níveis de assistência (primária, secundária, terciária), regionalizados, baseados em procedimentos de referência e interconsulta e que, como assinala Mário Testa, "em geral fracassam porque a população não se comporta como quer a administração".

E aqui, embora não aprofundadas pelo autor, algumas considerações não podem deixar de ser feitas. O fracasso que Mário Testa constata na maioria dos modelos de organização de sistemas de saúde regionalizados e hierarquizados merece ser um pouco mais examinado, não só através da situação e das experiências nos serviços de saúde em nosso país, como também pelo fato de que a regionalização e a hierarquização são algumas das linhas básicas sobre as quais se organiza a atual proposta de Reforma Sanitária Brasileira.

De fato, pode-se concordar com o autor quando diz que "a população não se comporta como quer a administração". Mas, ao mesmo tempo, é importante perguntar: de que administração se está falando? De uma administração que se dá por satisfeita quando seu diagnóstico da oferta de serviços de saúde de

monstra que entre uma favela e um Centro de Saúde existe uma distância de a pelas 200 metros, e não se dá conta que o fato da população residente da favela preferir tomar um trem e ir diretamente para um hospital geral no centro da cidade deve-se a alguns fatores como a existência de uma estrada de ferro separando a favela do Centro de Saúde, ou ao fato de que o Centro de Saúde quase nunca dispõe dos medicamentos básicos necessários, ou ainda ao fato de que os médicos lotados neste Centro nunca são encontrados após o meio-dia ? Como resolver, por exemplo, a partir desta concepção "administrativa" de regionalização e hierarquização dos serviços, a questão da relação médico-paciente ou, melhor dizendo, profissionais de saúde-população, responsável muitas vezes pelo deslocamento de pessoas a locais até bastante distantes de suas moradias em busca de serviços onde estão os profissionais nos quais confiam, ou as enfermeiras que as conhecem, enfim os profissionais que são capazes de ouvir de fato suas queixas e discutir seus problemas de saúde de forma acessível e real ?

Estas questões, obviamente, não se reduzem a mera distribuição espacial e quantitativa dos recursos em saúde. Remetem à questão da qualidade da assistência, da formação de recursos humanos para o Setor e, principalmente, à forma como se dá a gestão dos serviços e mesmo do próprio "sistema" de saúde. Atualmente, a organização de Distritos Sanitários é uma das principais propostas da Reforma Sanitária, no que diz respeito ao tipo de modelo assistencial que deverá nortear a organização dos serviços de saúde no país. Neste modelo, que também considera os princípios de regionalização e hierarquização da rede, a participação da população na gestão e controle dos serviços é um pressuposto fundamental e não pode ser transformado em mera figura de retórica. Se é relativamente fácil, em um diagnóstico do tipo "administrativo" quantificar em quilômetros a distância de determinado Centro de Saúde a um hospital regional, ou levantar a existência ou inexistência de determinado recurso de apoio diagnóstico e terapêutico entre as unidades de saúde existentes, pode não ser tão fácil conhecer, e quase impossível quantificar, as opiniões e expectativas da população sobre os serviços de que dispõe. Ainda assim, é fundamental que este conhecimento se dê, construído junto com a população, e tal construção será tanto mais facilitada quanto mais rápido se abandone o "viés" da concepção sistêmica que, na análise do funcionamento do setor, categoriza a população como mais um "insumo" a ser incorporado e transformado em produto "são".

Desta forma, em que pesem as contribuições da Teoria de Sistemas para análi-

se do Setor Saúde e para a formulação de propostas de reorganização, como a necessária hierarquização e regionalização da rede, garantindo a universalização da assistência e a equidade no acesso aos serviços de saúde, as considerações acima, entre muitas outras, não podem deixar de ser feitas.

## 2.2 - DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

Este tipo de diagnóstico refere-se a outro âmbito da realidade, que não propriamente o do Setor, tal como é tratado no diagnóstico administrativo, mas às forças sociais em relação ao Setor. Este enfoque torna-se necessário na medida em que, ante a necessidade de mudança, assume-se que a realidade, por ser resultante de um processo político - e este significando a acumulação e distribuição do poder - não se modificará espontaneamente, a despeito das concepções lineares e continuístas que confundem evolução com mudança, a menos que se possa interferir na composição e relação de forças sociais envolvidas com a realidade que se pretende mudar...

Por outro lado, é exatamente a análise das forças sociais em relação ao Setor que, tornando conhecidos outros níveis da realidade que o diagnóstico administrativo não permite conhecer, indicará não só a necessidade de mudança, como quais as mudanças necessárias e as possíveis, deixando vislumbrar, desta forma, os caminhos que se pode tomar.

Assim, entendendo que para introduzir mudanças é necessário poder, Mário Testa ressalta que, além de indicar quais são as mudanças necessárias e quais as possíveis, o diagnóstico estratégico deverá indicar como está conformado o poder no que se refere ao Setor Saúde. E aqui, embora este ponto venha a ser discutido adiante, cabem duas ressalvas: em primeiro lugar, como o próprio autor ressalta, o poder sobre o Setor não é necessariamente um poder que se encontra no Setor, no interior do mesmo (No Brasil, algumas das dificuldades que as instituições públicas de saúde têm enfrentado, na tentativa de realização da Reforma Sanitária, são um bom exemplo desta situação). Outra questão é que, quando se fala em poder, este não deve ser entendido apenas como o poder formal, de direito - e que não necessariamente coincide com o poder real - mas a todas as formas de poder, em todos os seus níveis de realização, como o poder técnico, o administrativo, o político, nos níveis macro e micro-social.

Entendendo-se então que cada nível da realidade de saúde - o estado de saúde, a situação epidemiológica, os serviços de saúde e o próprio setor - são

resultados de processos de acumulação e distribuição de poder entre diferentes forças sociais, Mário Testa examina se tais níveis, utilizados no diagnóstico administrativo como categorias básicas de análise, podem também ser no diagnóstico estratégico, e que modificações de enfoque e tratamento são necessárias.

### 2.2.1 - Estado de Saúde

Para se demonstrar então que o estado de saúde é a expressão, ou resultante, do que acontece na relação de poder entre as forças sociais, é preciso lançar mão de categorias que destaquem, por exemplo, os diferentes níveis de saúde entre os diversos grupos populacionais, e/ou entre diferentes regiões. Assim, o que se procurará demonstrar é:

- que os países (ou região dependentes e os países centrais mantêm diferenças qualitativas entre os problemas de saúde que apresentam;
- que os grupos menos favorecidos da população adoecem e morrem mais que os grupos mais favorecidos;
- que as doenças que acometem os grupos menos favorecidos têm uma composição diferenciada das que acometem os grupos mais favorecidos, relacionando-se mais diretamente a problemas sociais. (Pode-se ainda acrescentar em relação a este ponto que não só as composições são diferenciadas mas também que quando se verificam as mesmas doenças entre os diferentes grupos populacionais, estas, associadas a problemas sociais, adquirem maior gravidade entre os grupos menos favorecidos da população).

Desta forma, taxas e indicadores quantitativos comumente utilizados no diagnóstico administrativo deverão receber outro tratamento para que possam, em alguns casos, ser utilizados no diagnóstico estratégico. É o caso, por exemplo, da taxa de mortalidade geral que, à primeira vista, pode sugerir que o estado de saúde em países dependentes é melhor que em países centrais, se não se considera que estes últimos terão uma maior taxa de mortalidade geral devido à sua estrutura etária.

Não obstante os esforços atualmente empreendidos em pesquisas na área de Epidemiologia Social e Ciências Sociais aplicadas à Saúde, ainda resulta bastante difícil, principalmente para os diagnósticos de saúde realizados pelos próprios serviços, e contando para isso com as estatísticas oficiais, demonstrar os segundo e terceiro pontos acima alocados. Tal fato se deve à neces-

sidade de se introduzir mudanças tanto a nível de denominadores como a nível de numeradores. Sendo necessário utilizar dados como o número de casos de uma determinada doença em uma população pobre ou numa população rica, ou em residentes em bairros da periferia das grandes cidades ou em bairros "elégantes", ou segundo a faixa salarial ou qualquer outro critério "socio-econômico", esbarra-se, na maioria das vezes, em dificuldades relativas aos atuais sistemas de informação em saúde. O mesmo ocorre quando se tenta relacionar a ocorrência de determinadas enfermidades com problemas sociais como habitação, acesso a sistemas de abastecimento de água e esgoto, alimentação, acesso a serviços de saúde, à informação, etc.

É importante acrescentar que, diante de tais dificuldades, observa-se que algumas propostas de diagnósticos de saúde optam por não trabalhar com dados secundários, cuja tabulação geralmente não permite estes tipos de reagrupamento, e sugerem a realização de inquéritos domiciliares, de levantamentos diretos de atestados de óbitos, entre outros. No entanto, não se pode deixar de considerar as condições de factibilidade para a realização de tais estudos, principalmente nos casos de diagnósticos realizados pelas próprias instituições prestadoras de serviços, não só pela questão dos custos, mas principalmente pelo tempo de execução, já que das conclusões dependem suas programações, orçamentações, ou mesmo avaliações e redefinições de prioridades ao longo da execução de seus programas de trabalho. Neste sentido, duas outras alternativas não podem ser desprezadas.

A primeira é o próprio debate com a população - que será comentado posteriormente. A segunda, fundamental tanto para a melhoria da resolutividade dos serviços como para o próprio aperfeiçoamento progressivo dos sistemas de informação, é o estreitamento das relações de cooperação e produção entre serviços de saúde e Universidades, beneficiando-se mutuamente com as informações que ambos produzem e garantindo, ao mesmo tempo, o maior desenvolvimento de pesquisas aplicadas a serviço e a melhor adequação de currículos e da prática de ensino à realidade sanitária brasileira.

### 2.2.2 - Situação Epidemiológica

Em coerência com o que é proposto para o diagnóstico estratégico do nível de saúde, o diagnóstico estratégico da situação epidemiológica, como é apresentado por Mário Testa, implica a interpretação social da Epidemiologia.

E aqui é importante mais uma vez atenção para não se confundir interpretação

social da Epidemiologia com incorporação do "social" - na verdade um agregado de dados sócio-econômicos - às investigações epidemiológicas clássicas. A alteração deve se dar no próprio modelo de causalidade adotado, introduzir categorias de análise que superem o clássico modelo "agente-hospedeiro-vetor". Como afirma Mário Testa, trata-se de "...deslocar os fatos sociais de uma posição subsidiária na explicação das doenças para tentar entender os processos de saúde/doença como parte própria e indissolúvel do funcionamento social".

Entre as categorias de análise que as atuais investigações nesta área têm demonstrado como importantes, destacam-se : o processo de trabalho consequentemente a classe social); modo de produção; geração de mais valia; circulação e distribuição de mercadorias, bens ou serviços: produção e reprodução da força de trabalho.

Embora ainda não exista um corpo integrado de teoria, que dê conta do conjunto destas questões, Mário Testa cita alguns dos principais investigadores atuais como Cristina Laurell, Jaime Breilh e Wim Direckxsens, entre outros, comentando seus principais enfoques, que proporcionam orientações úteis a este tipo de diagnóstico.

O que deve ser destacado, no entanto, é que a mudança do modelo de causalidade de epidemiológica e a consequente ampliação do objeto de investigação, implica, necessariamente, uma mudança metodológica.

Como afirma o autor, "os resultados da investigação não serão apresentados com base em indicadores, mas como descrições de processos históricos. Assim, o diagnóstico estratégico da situação epidemiológica é o relato da maneira como se conformam as articulações entre os diferentes modos de produção que compõem a formação econômica-social, os processos de trabalho e de distribuição que deles se originam, junto aos processos patológicos que se geram"

### 2.2.3 - Serviços de Saúde

A categoria principal que irá orientar o diagnóstico estratégicos dos serviços é o poder. Já foi esclarecida anteriormente a concepção que se está adotando para a expressão "poder", neste texto.

Em seu trabalho, Mário Testa salienta que o poder, no dia-a-dia dos serviços de saúde, nas instituições e em seus programas não se manifesta, na maioria das vezes, de forma transparente, claramente visualizável mas sim através

de uma disputa cotidiana sobre o quê fazer e como fazer. Trata-se do que o autor chama de Poder Técnico.

Todos os profissionais de saúde, e também a população, presenciam e participam destas disputas diariamente, embora grande parte não se dê conta que, a través de suas atitudes, de sua prática profissional, esteja fortalecendo um determinado núcleo de poder.

Assim, em torno de uma discussão sobre qual deve ser o papel da visitadora sanitária na unidade de saúde e junto à comunidade, pode estar em jogo a garantia à população de equidade e acesso a todos os níveis de assistência. Em torno de uma discussão sobre a necessidade de se intensificarem ou não as campanhas de vacinação, pode estar em jogo a garantia de investimento e fortalecimento da infra-estrutura de serviços públicos de saúde.

Mário Testa enfatiza ainda que esta disputa pelo poder é uma dupla disputa. Ao mesmo tempo que se luta pela hegemonia de uma determinada prática, luta-se também, ou melhor, esta luta cotidiana está inserida numa luta mais ampla que diz respeito a que tipo de sociedade se irá construir. É a luta, como chama o autor, pelo Poder (com P maiúsculo), ao qual se pretende chegar a mais longo prazo.

Nestas lutas cotidianas identificam-se o que se poderia chamar "aliados naturais" que, de acordo com o autor, são teoricamente os que fazem parte de uma mesma divisão social do trabalho. Muitas vezes, no entanto, esta aliança "natural" é rompida por questões circunstanciais, como por exemplo entre médicos de diferentes especialidades, ou por profissionais de saúde de diferentes setores, como o ambulatório e a internação. Além das alianças naturais, o autor também aponta um tipo de aliança denominada conjuntural, esta belecida entre os profissionais de diferentes divisões sociais de trabalho, como por exemplo médicos, pessoal de enfermagem, laboratoristas, contra o pessoal administrativo.

O que acontece, no entanto, é que, na medida em que estas disputas pelo poder não se dão necessariamente de forma clara, nem está claro, para a maioria dos envolvidos, que estas lutas inserem-se numa luta mais ampla, sobre o modelo de sociedade a se construir, deixam-se de formar alianças importantes como a de "aliados de classe" nas quais, por exemplo, os que são proletários no processo de trabalho de saúde deveriam ter como aliados os proletários em geral, e que compõem, por sua vez, a maioria da população. Não é raro observarmos

atualmente no Brasil como os interesses corporativistas de determinados grupos de profissionais de saúde sobrepõem-se aos interesses da população. Esta dificuldade para se identificar verdadeiros aliados e inimigos diante das questões pelas quais se luta contribui para a manutenção das situações de poder dentro do setor saúde e fora dele.

No que diz respeito aos serviços de saúde, como já foi dito, o poder se manifesta nas mínimas coisas do dia-a-dia como, por exemplo, na decisão de se colocar um guarda ou um profissional de saúde na recepção de um hospital, na decisão de se descentralizar a gestão dos serviços, de se delegar atribuições de uns profissionais para outros que, por sua formação básica ou com o treinamento adequado, podem cumprí-las perfeitamente, etc.

Desta forma, Mário Testa refere-se à existência de uma rede de micropoderes no âmbito dos serviços de saúde. O poder não estaria concentrado, mas disperso em pequenos núcleos e "malhas". Por esta rede é veiculada e disfarçada a estratégia de hegemonia do pólo dominante. Assim, o diagnóstico estratégico dos serviços de saúde deverá deixar claro qual é esta estratégia, como se conforma esta rede de micro-poderes, quais as respostas do polo dominado e qual a relação destes processos com a luta pelo Poder na sociedade.

É desnecessário dizer que tal diagnóstico não se faz com dados quantitativos ou taxas e que, dependendo de seus objetivos e das estratégias que irão se adotar, a descrição deste processo não necessariamente deverá ser escrita ou, se o for, deverá o ser de tal forma que fortaleça alianças necessárias às propostas de mudança.

#### 2.2.4 - Setor Saúde

No diagnóstico estratégico do setor a categoria ordenadora utilizada também será o poder. No entanto, diferenciando-se do diagnóstico dos serviços, trata-se agora não mais do poder técnico, disperso em uma rede "embaraçada", mas do poder administrativo, mediado pelas formas de financiamento do setor e que forma uma estrutura mais sólida, "mais visível" que a rede de micropoderes anterior. Aqui, as forças sociais em disputa pelo poder manifestam-se de forma mais organizada.

Assim, o autor recomenda que o diagnóstico estratégico do setor deverá levar em consideração duas questões. Uma delas é a estrutura de poder no setor saúde, ou seja, a forma como se compõem as classes e suas frações, a forma como

se articulam, as contradições entre os diferentes grupos e as formas de deminação que se originam e, inclusive, sua articulação com o social global. A outra questão diz respeito às intermediações entre esta estrutura de poder e a organização subsetorial que se forma. Pelo exposto, torna-se evidente que, da mesma forma que o diagnóstico dos serviços, o diagnóstico do setor também encontrará dificuldades metodológicas, na medida em que em que é praticamente, ou mesmo impossível, construir indicadores que reflitam a estrutura de poder. Como diz o autor, "esta dificuldade é expressiva de uma das diferenças importantes entre o palenajemtno normativo e o estratégico já que, na maioria dos casos, os objetivos deste não são quantitativos, mas qualitativos. De modo que a descrição diagnóstica deverá fazer-se, preferencialmente, em termos do método histórico-estrutural, isto é, refletindo as circunstâncias sociais (a estrutura de classes) e a dinâmica do processo que originou a situação atual".

No que se refere à intermediação entre poder e organização - a segunda questão acima levantada - viu-se que esta se realiza através de uma das modalidades do poder administrativo, que é o financiamento. E, embora possa ser mais fácil a análise da questão do financiamento do setor do que a da estrutura de poder no setor anteriormente referida, não é suficiente a simples verificação do montante de recursos aplicados e suas fontes. Como ressalta o autor, trata-se de estudar o fluxo de recursos a partir do ponto de vista social. Assim, não basta saber que os recursos provêm de um determinado órgão de financiamento, mas que este os arrecada através de contribuições compulsórias, ou ainda que o montante proveniente das contribuições dos trabalhadores ultrapassa o total das contribuições da União, etc. Esta seria a análise da origem social dos recursos. Devem ainda ser examinados quais os grupos que canalizam os recursos e quais os seus destinatários - que parcela (s) da população está/estão sendo beneficiada (s) e em que proporções com as atividades, serviços e bem que estes recursos geram.

As dificuldades metodológicas inerentes ao diagnóstico estratégico, e mais marcadamente as do diagnóstico estratégico dos serviços e do setor, não impedem, no entanto, que se faça uma nova leitura de alguns indicadores tradicionalmente utilizados no diagnóstico administrativo. Assim, os indicadores de produtividade utilizados no diagnóstico administrativo dos serviços seriam considerados no estudo da rede de micro-poderes do diagnóstico estratégico através da noção de eficácia política. Conforme lembra Mário Testa, "os micro-poderes serão politicamente eficazes na medida em que possam garantir a

eficácia e eficiência produtivas". Da mesma forma, no que se refere ao setor, o indicador de cobertura implicará, em termos de poder, a possibilidade de construir, para os grupos dominantes no setor, uma base social de apoio.

### 2.3 - DIAGNÓSTICO IDEOLÓGICO

Como foi dito anteriormente, o objetivo do diagnóstico ideológico é a legitimação, ou melhor, a análise das possibilidades atuais de legitimação de uma determinada proposta e o desenho das estratégias necessárias para se conseguir-las.

Uma das principais condições para a implementação de uma proposta é que esta seja aceita majoritariamente pela sociedade. Isto significa que tal proposta esteja coerente com a cultura, a ideologia, as idéias dominantes desta sociedade. No caso da legitimação das propostas de saúde, Mário Testa afirma então que estas "devem conformar-se com a ideologia dominante em saúde ou, alternativamente, que se deverá conseguir modificar esta ideologia para poder estabelecer a legitimidade da proposta". Ao mesmo tempo, continua o autor, "a ideologia de saúde, para ser legítima, deve conformar-se à ideologia social global ou consciência social".

As questões aqui colocadas remetem imediatamente à consideração das várias ações que devem ser implementadas atualmente no Brasil no sentido de buscar legitimidade para a proposta da Reforma Sanitária, e que vão muito além da divulgação ampla (e necessária) de seus conteúdos. Antes de se levantar algumas considerações a respeito desta questão, cabe ainda retomar alguns pontos enfocados pelo autor sobre o diagnóstico ideológico.

A necessidade de coerência entre a proposta de saúde e a ideologia de saúde, e entre esta e a ideologia social global, implica que o diagnóstico ideológico seja feito sobre uma dupla dimensão: a do setor e a da sociedade.

A par da complexidade da discussão sobre ideologia, Mário Testa assinala uma questão importante a ser considerada neste tipo de diagnóstico que é a do valor simbólico manipulativo das propostas. Para compreendê-lo, classifica as idéias, de um modo geral, em dois tipos básicos: a falsa consciência e um sistema de idéias ou teoria explicativa da realidade. Na verdade, como o próprio autor reconhece, o primeiro tipo está englobado, é um caso particular do segundo. No entanto, sua separação é importante para se enfatizar uma categoria que, na verdade, é um dos principais mecanismos de dominação da classe.

dominante, como será visto adiante.

Desta forma, a falsa consciência é definida pelo autor como um conjunto de crenças com as quais as pessoas se auto-enganam e que não são justificadas nem material nem historicamente. Note-se que a definição do verdadeiro e falso aqui não é arbitrária, mas baseia-se na possibilidade de explicação material e histórica.

Uma característica importante da falsa consciência é que não percebe a sua falsidade, ou seja, é, na verdade, inconsciente. Já um sistema de idéias ou teorias explicativas da realidade pode ser verdadeiro ou falso, como também pode perceber ou não o fato de ser verdadeiro ou de ser falso. A um sistema de idéias verdadeiro que sabe que é verdadeiro, percebe sua verdade, o autor chama conhecimento científico. Ao passo que um sistema falso e que percebe sua falsidade constitui-se num instrumento de manipulação.

O autor ainda distingue aquele tipo de sistema de idéias que, embora verdadeiro, não "percebe" sua verdade e constitui-se ainda enquanto simples "crença". Se, por outro lado, o sistema é falso e não percebe sua falsidade, trata-se do que se denominou acima de falsa consciência.

Assim, a tarefa do diagnóstico ideológico será identificar que grupos sociais sustentam que sistemas de idéias sobre o processo saúde/doença, bem como qual ou quais sistemas de idéias prevalecem, de que forma são veiculadas e qual sua relação com o conjunto de idéias de cada um destes grupos sobre o social global.

Trazendo esta discussão para o atual quadro sanitário brasileiro e a perspectiva da Reforma Sanitária, vê-se que os esforços para a legitimação de suas propostas deverão enfrentar várias e sérias questões. Num nível que extrapola o próprio Setor Saúde, identifica-se de imediato o conjunto de idéias que sustentam e são originadas na própria formação capitalista dependente de nosso país, do qual se destacam pelo menos duas (ou duas faces de uma mesma lógica), que são: 1º - o tratamento da questão saúde enquanto um bem de consumo individual oferecido, "naturalmente", segundo os diferentes poderes aquisitivos da população - lógica esta tão arraigada que muitas vezes a população só se acha no direito de reclamar da má qualidade dos serviços prestados quando está "pagando do próprio bolso" os serviços de médicos e hospitais privados (como se já não pagasse, com seu trabalho e com impostos, os serviços de saúde).

A segunda faceta desta mesma lógica, já referida no início deste trabalho , é a que subordina o desenvolvimento social ao desenvolvimento econômico, responsável pela exclusão de grande parte da população do acesso aos serviços de saúde, a maioria residente em áreas periféricas, regiões mais ou menos desenvolvidas e que repetidas vezes elegem políticos não comprometidos verdadeiramente com seus interesses, em troca de sua "boa vontade" para construir um centro de saúde, uma escola, etc...

Fica claro então o quanto este sistema de idéias está sendo confrontado pelas propostas de universalização e equidade da assistência. Por outro lado, o fortalecimento da iniciativa privada no Setor Saúde, favorecido pela omissão do Estado de sua responsabilidade pela assistência à saúde, e mesmo incentivado por medidas concretas que possibilitaram a transformação do Setor Saúde em área de acumulação de capital, gerou o fortalecimento da "ideologia" da qualidade superior dos serviços privados em relação aos públicos. O que a princípio pode ser tomado como verdade se compararmos os volumes de recursos destinados a estes e aqueles, e o "sucateamento" a que foi submetido o setor público no país, mas que, por outro lado, se evidencia como falso pela simples consideração dos objetivos de acumulação de capital do setor privado, em sua essência incompatíveis com o objetivo de gerar saúde - que implica um determinado custo social - e evidenciado falso também, mais recentemente, na medida em que o INAMPS, por exemplo, enquanto órgão público de saúde, começa a assumir seu papel fiscalizador dos serviços privados a ele conveniados.

Cabe ressaltar que as discussões já iniciadas dentro e fora do Setor sobre a Reforma Sanitária são um termômetro bastante útil para se avaliar as reações dos grupos privados a uma proposta que, ainda que apenas subordine seus interesses e ações à normatização e fiscalização do setor público, já é suficiente para que se reedite a tese da superior qualidade da assistência oferecida pela rede privada.

No que se refere ao conjunto de idéias "explicativas" do nível de saúde da população e suas determinações, observa-se igualmente a veiculação de falsos sistemas de idéias, com o objetivo claro de manipulação, manutenção do poder das classes dominantes e justificativa para a omissão do Estado de sua responsabilidade em garantir condições adequadas de vida e saúde para a população. Um dos exemplos clássicos deste tipo de ideologia é a estória do JECA TATU , que o responsabilizava por ser "amarelo", preguiçoso e descuidado. Assim, a verminose, o impaludismo, e outros males são atribuídos à "preguiça" e à "ig

norância" da população, da mesma forma que sua pobreza é, nesta mesma lógica manipuladora, atribuída ao número elevado de filhos que se tem, na tentativa de se justificar políticas controlistas de natalidade.

Deve-se lembrar também que a carência de informação a que é submetida a população serve igualmente a esses objetivos manipuladores. Um exemplo importante é o incentivo cada vez maior ao consumo de medicamentos que, aliado à ausência de fiscalização, tem causado grandes danos à saúde da população. A noção de saúde é passada para a população como algo que se compra em drogas - rias, a exemplo das comerciais de atletas que vendem vitaminas milagrosas.

Ao serem veiculadas, estas falsas idéias exemplificadas e muitas outras, são enquanto falsos sistemas de idéias, como as caracteriza Mário Testa e, porque se sabem falsos, constituem-se em instrumentos de manipulação. Quando são incorporadas, no entanto, pelas classes ou frações de classe dominadas, o são enquanto falsa consciência, na medida em que não se percebe sua falsidade.

A importância do diagnóstico ideológico, então, reside no fato de que, ao se identificar quais grupos sustentam quais idéias sobre saúde, identifica-se não apenas aqueles que a princípio já são aliados como também, entre os que sustentam idéias contraditórias com as propostas que devem ser implementadas, os verdadeiros inimigos e os que, por apresentarem o que se denominou falsa consciência, são aliados potenciais dos quais precisa-se aproximar e cujos conhecimentos e idéias devem ser transformados.

Mário Testa considera que estas três formas de diagnóstico aqui discutidas apresentam complexidades crescentes para sua realização. De fato, as questões até o momento expostas confirmam esta colocação do autor. Ainda assim, em que pese as atuais dificuldades para a realização, principalmente, dos diagnósticos estratégico e ideológico - a maioria delas relativas a questões de metodologia, disponibilidade de dados e qualificação de pessoal - não se pode deixar de considerar que a realização de diagnósticos "tradicionais", exclusivamente do tipo administrativo, mantêm coerência com o próprio tipo de planejamento desenvolvido pelas instituições. Por outro lado, vem sendo observado mais recentemente que coexistem no interior das instituições as práticas tradicionais de planejamento com iniciativas voltadas para um planejamento estratégico. A Fundação SESP, entre outras instituições do setor, não foge ainda a este tipo de exemplo. Esta situação, no entanto, embora expresse contradições próprias de qualquer processo de mudança - onde as coisas não

acontecem com a mesma velocidade, ao mesmo tempo e do mesmo modo - deve ser ressaltada, na medida em que os diversos sujeitos do diagnóstico, especialmente as instituições e os profissionais de saúde; devem ter clareza de que também é próprio da "dinâmica" institucinal resistir à mudança, sendo as próprias instituições organizadas para se manterem a despeito dos compromissos assumidos com a Reforma Sanitária. Desta forma, os principais mecanismos de resistência devem ser identificadas para que se ganhe maior velocidade no processo.

Das três formas de diagnóstico definidas pelo autor, o diagnóstico administrativo, como o próprio autor reconhece, é então o mais tradicional, entendido aqui no sentido de que tradicionalmente é feito pelas instituições. Ao mesmo tempo, ao reconhecer que cada uma destas três formas referem-se a âmbitos distintos da realidade - sendo o diagnóstico administrativo relativo ao setor, o estratégico relativo às forças sociais em relação ao Setor e o ideológico às forças sociais em sua relação com a totalidade social - por maiores que sejam as críticas ao diagnóstico administrativo e suas limitações quando realizado exclusivamente, o autor não exclui a possibilidade de que algumas variáveis sejam utilizadas, como de fato utiliza, por exemplo, as variáveis eficiência e eficácia na definição de prioridades e proposições para a formulação de planos, desde que dentro de uma perspectiva estratégica em planejamento, na qual diferentes níveis da realidade devem ser examinados e variáveis tradicionalmente utilizadas adquirem dimensões mais amplas, a exemplo da discussão sobre eficácia política, abordada no Diagnóstico Estratégico do Setor. Deste modo, embora constituindo-se em um momento analítico, em que a realidade é desmembrada conforme as categorias orientadoras da análise que se tenha previamente definido, o autor também ressalta que o diagnóstico não pode deixar de finalizar com um momento integrador, de síntese das observações relativas aos diferentes níveis da realidade examinados.

3 - REVISÃO DE ALGUMAS PROPOSTAS DE DIAGNÓSTICOS

Foram os seguintes os documentos examinados:

- . Modelos DPLAN/FSESP 01 a 09
- . Modelos DPLAN/FSESP M-1 a M-09
- . Levantamento de óbitos por pessoal não médico e levantamento de morbidade por pessoal não médico (Laurenti, Ruy: "Lay Reporting of Health and Morbidity Problems" - WHO - Center of Classification of Diseases in Portuguese) - modelos adaptados/FSESP
- . Orientação para Organização de Centros de Saúde: O Planejamento Local, Ministério da Saúde, Série A: Normas e Manuais Técnicos, 20 - 1985, Capítulo 3 - Etapas do Planejamento, Item 3.1 - Diagnóstico
- . Instrumento de diagnóstico proposto pelas AIS de Pernambuco/1986
- . Instrumento de diagnóstico proposto pela CIS de Goiás para subsidiar a POI-87
- . Documento de orientação para a elaboração da POI-87 - ítem 3, subítem 3.1 - Situação Atual.

A maioria dos documentos listados foram produzidos e utilizados há algum tempo pela Fundação SESP. Cabe esclarecer que não se pretendeu constituir uma amostra representativa, do ponto de vista estatístico, do que vem se realizando em termos de diagnóstico de saúde no país. A seleção de documentos aqui examinada representa apenas o quanto foi possível reunir no curto espaço de tempo disponível para a produção do presente trabalho.

Deve ser ainda ressaltado que os comentários e críticas com relação a tais documentos justificam-se apenas dentro do referencial teórico do Planejamento Estratégico, bem como no que diz respeito à adequação de tais roteiros de diagnóstico as atuais diretrizes da Fundação SESP, em coerência com a proposta de Reforma Sanitária. Portanto, as observações quanto à pertinência de determinados dados, ítem ou qualquer outras características, cabem apenas dentro do contexto acima explicitado, não significando, necessariamente, a validade ou não validade de tais propostas em outros contextos.

### 3.1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS PROPOSTAS DE DIAGNÓSTICO EXAMINADAS

- Uma das principais características das propostas é que, quase sem exceção, não se constituem em propostas no sentido amplo, mas em roteiros de diagnóstico, com a relação dos tipos de dados a serem coletados. Outras características importantes que deveriam compor uma proposta de diagnóstico de saúde não são mencionadas na maioria dos roteiros, tais como:

- . Objetivos do diagnóstico e, conseqüentemente, da utilização de cada dado. Este ponto é fundamental para que não se corra o risco de reunir uma quantidade excessiva ou insuficiente de dados, sem que se possa saber depois como trabalhá-los e interpretá-los;

- . Processo de realização do diagnóstico

A maioria dos roteiros não menciona em que nível o diagnóstico deve ser feito (central, regional, local), que profissionais participam, se a população também participa e como se dá esta participação, em que momentos do diagnóstico, etc..

- A maioria das propostas, além de reduzidas à listagem dos dados a serem coletados, apresenta-se na forma do próprio formulário utilizado para a coleta inicial. Desta forma, não há indicação de como os dados serão trabalhados, que indicadores serão construídos e como tais indicadores serão analisados - que peso terão, como serão analisados em relação a outros indicadores, etc..

Aqui cabe uma observação com relação à distinção entre dado e informação. A utilização, geralmente indiscriminada, destes dois termos acaba, com frequência, por refletir-se em roteiros que se esgotam em uma relação, por vezes demasiado extensa, de dados incapazes de informar sobre as condições gerais de vida, saúde e oferta de serviços. Isto porque a informação não é obtida diretamente do dado, mas sim de sua análise. E aqui chega-se a uma outra questão como já foi visto no capítulo anterior: muitas são as análises que podem ser feitas sobre um ou mais dados. E o que em grande parte determina o tipo de análise a ser feita e sobre que tipo de dado (ou que tipo de dado será coletado) é tanto o (s) objetivo (s) do diagnóstico como o modelo teórico-causal que orienta o sujeito do diagnóstico. Assim, observa-se com frequência a solicitação de dados que, a princípio, seriam importantes se estivessem, desde o momento da coleta, associados a outros a partir de critérios de análise que devem ser previa

mente definidos com base nos objetivos do diagnóstico, bem como no modelo teórico-causal que orienta o sujeito do diagnóstico.

Esvazia-se, por outro lado, a possibilidade de análise de outros dados pela frequente utilização de consolidações exclusivamente do tipo "sim" ou "não" para a existência ou ausência, respectivamente, de determinada condição.

Vários são os exemplos de detalhamento excessivo de dados entre os roteiros examinados. Entre eles, um que parece bastante ilustrativo é a solicitação, em determinado roteiro, de dados sobre voltagem, frequência, potência instalada, potência utilizada, horário de funcionamento e fonte geradora da energia elétrica. Tais dados, embora possam ser úteis no momento da instalação de um determinado equipamento elétrico ou para a construção de uma unidade de saúde, ou ainda para a construção e manutenção de um sistema de água e esgoto, podem perfeitamente ser levantados no momento em que houver estas necessidades específicas ou outras quaisquer que os justifiquem. Inseridos, no entanto, em um roteiro de diagnóstico das condições gerais de saúde e oferta de serviços, parecem ter sua origem em situações frequentemente observadas, em que, não havendo suficiente clareza sobre os objetivos do diagnóstico e de como poderá ser utilizado, ou mesmo julgando-se o diagnóstico como uma etapa estanque do planejamento - a ser realizado de uma só vez, "esgotando-se" a realidade - começa-se a buscar dados para serem "armazenados", caso um dia sejam necessários (o que provavelmente não ocorrerá e, mesmo que aconteça, os dados "armazenados" deverão ser revistos pois, no futuro a voltagem, potência, fonte de energia ou qualquer outra situação, poderá ter sofrido alterações).

- No que diz respeito às fontes de informação, alguns roteiros sugerem a utilização de dados primários. As implicações relativas a esta questão serão comentadas posteriormente.

Cabe ressaltar que poucos roteiros consideram informações obtidas junto à população e como trabalhá-las. Não se trata apenas da realização de inquéritos domiciliares ou levantamento junto a representantes de comunidades, parteiras, entre outras fontes que são, naturalmente, importantes. O que se verifica, no entanto, é que os roteiros não consideram a possibilidade de se obter a informação a partir de reuniões e debates com a população. Este fato, além de significar uma postura de rejeição aos chamados dados "não quantificáveis", implica também a não incorporação de um caráter participativo no diagnóstico, onde a população, mesmo "participando"

da coleta de dados, é colocada sempre enquanto objeto da investigação, nunca sujeito. Mais adiante esta questão será retomada.

- Outra característica observada em grande parte dos roteiros é que, em certa medida, é consequência das anteriores, é que resumiu-se à caracterização, à descrição da situação atual. O componente analítico é excluído. A maioria não contém qualquer análise de evolução histórica ou de tendências, em termos de prognósticos. É desnecessário comentar que as possibilidades de intervenção e definição de estratégias de mudança da realidade ficam, nestes tipos de propostas de diagnóstico, extremamente reduzidas ou praticamente inviáveis.
- De um modo geral, os dados são coletados apenas até o nível de município, discriminando-se apenas para "regiões", "localidades" ou "distritos" dos municípios as populações, mas não os demais dados (tanto de condições de saúde como de serviços, ou quaisquer outros como os dados sócio-econômicos, políticos, etc.).

Provavelmente, a principal dificuldade é que os dados demográficos e epidemiológicos, principalmente, não são encontrados facilmente desagregados a níveis menores que o município - muitas vezes nem a nível de município - embora seja possível solicitá-los desta forma às instituições que os consolidam - como o MS, FIBGE e SUCAM.

De qualquer forma, esta questão deve merecer atenção especial considerando-se, principalmente, dois fatores:

- 1º) A organização dos Distritos Sanitários, dependendo do tamanho e outras características do município, pode demandar dados desagregados a níveis inferiores ao municipal;
- 2º) Principalmente em municípios de médio e grande porte, ou mesmo considerando as situações não apenas das sedes mas também dos distritos municipais, as diferenças no quadro geral das condições de vida e no quadro epidemiológico podem ser bastante significativas entre as regiões dentro de um mesmo município, ou mesmo entre os diferentes grupos populacionais de uma mesma região.

No entanto, se as estatísticas de morbimortalidade e de demografia publicadas vêm geralmente até o nível de município, observa-se que muitos roteiros recomendam que se procure fontes como cartórios, hospitais e outras unidades de saúde inclusive as particulares, igrejas, escolas, pessoas ou entidades representativas da comunidade, entre outros, trabalhando-se mui

tas vezes com dados primários, como é o caso dos inquéritos domiciliares. A este respeito algumas questões devem ser destacadas:

- 19) A importância de se utilizar dados já produzidos, já disponíveis e de fácil acesso - o que não significa que em determinados momentos e, dependendo dos objetivos do diagnóstico, não seja necessário produzir determinados dados. É o caso, por exemplo, de dados de morbidade a partir da demanda nos ambulatorios ou situações em serviços de saúde que não dispõem de um sistema de informação que os processe rotineiramente, sendo necessário, muitas vezes, se proceder a um levantamento por amostragem dos registros destes serviços. Ou então, utiliza-se o inquérito domiciliar para levantamento de dados de morbimortalidade;
- 20) A questão da utilização de inquéritos domiciliares merece várias considerações, em sua maioria as mesmas feitas para o diagnóstico como um todo, como por exemplo, a necessidade de se definir com clareza os objetivos do mesmo e como os dados coletados serão posteriormente trabalhados, o processo de realização do inquérito, a definição do tamanho e a seleção da amostra, se for o caso, o treinamento dos investigadores, etc.. No entanto, este método, por automaticamente implicar o envolvimento direto da população em estudo, merece algumas considerações:
  - A necessidade de se explicitar para a população os objetivos do inquérito;
  - A importância de que se justifique para a população o porque da metodologia utilizada (por que um inquérito e não outro processo, no caso de se trabalhar com amostras de domicílios, por que determinadas casas em uma rua, determinados grupos de ruas e não todas, etc.);
  - A linguagem que se usará.

A questão do tipo de linguagem utilizada não apenas em inquéritos mas em qualquer trabalho com a população ou em publicações de materiais sobre saúde, merece considerações mais aprofundadas do que é possível no presente trabalho. Ainda assim, não se pode deixar de observar que, se por um lado é necessário que as informações divulgadas e as discussões com a população se façam numa linguagem acessível e clara, por outro lado é preciso não confundir esta adequação de "códigos" com uma postura, muitas vezes encontrada entre os profissionais de redução simplista de determinados conteúdos e idé-

ias - esvaziando-os inclusive de seus significados - em função de padrões arraigados, de relação paternalista com a população que, infantilizando-a e subestimando a sua capacidade de compreensão da realidade, contribui para mantê-la afastada do processo de decisão e acaba por se constituir no que Mário Testa define como instrumento de manipulação, voltado para a manutenção do poder das classes dominantes;

- A necessidade de que as conclusões do inquérito sejam amplamente divulgadas e debatidas com a população.

Estas considerações estão intimamente relacionadas com um componente que ideologicamente permeia o chamado "saber científico" e que resulta em metodologias onde a população ou o indivíduo é literalmente "paciente" em todo o processo, objeto de conhecimento. É fundamental que a população seja também sujeito do diagnóstico de suas condições de saúde. E isto se garante quando se compreende o setor indissociado do social global, por sua vez, historicamente determinado.

- 39) No levantamento dos dados de mortalidade, muitos roteiros têm recomendado, principalmente, que se trabalhe diretamente com os registros de óbitos existentes nos cartórios e, em alguns casos, nos serviços de saúde. Não se costuma mencionar qualquer consulta às estatísticas de mortalidade do MS ou mesmo às das Secretarias de Saúde. Estas últimas, rotineiramente, devem obter dos cartórios estes dados, processá-los e enviá-los ao MS para as várias tabulações. Sabe-se que há ainda inúmeras deficiências neste sistema, não só por parte das Secretarias de Saúde, como também por parte do próprio MS que, além da questão do grau de desagregação dos dados em suas tabulações - já mencionada - não conseguiu resolver ainda o problema do atraso destas tabulações (a última é de 1984). No entanto, é importante ressaltar que não se deve, a princípio, descartar estas instituições como fontes primeiras de informação, entre outros motivos porque a solicitação e utilização dos dados é um dos fatores que contribuem para o aperfeiçoamento tanto de sua qualidade (incluindo-se aqui a questão dos sub-registros), como da agilidade de seu fluxo desde a coleta até à consolidação .

O atraso na consolidação dos dados pelo MS pode ser contornado, por exemplo, se forem utilizadas as tabulações preliminares das Secretarias de Saúde, paralelamente a seu envio para o MS, obtendo-se dados mais

atualizados. Por outro lado, o atraso na tabulação final das estatísticas de mortalidade do MS não é razão, por si só, para que não sejam consultadas. Sabe-se que, em muitos casos, a estrutura de mortalidade de uma determinada população não se altera, essencialmente, em um espaço curto de tempo. Além disso, por conter dados de todo o país, estas tabulações oferecem parâmetros importantes para análises comparativas da situação de saúde em grupos que vivem em condições sócio-econômicas diversas, por exemplo.

Estas observações não invalidam, contudo, que se utilizem diretamente fontes como cartórios, hospitais, inquéritos de mortalidade, entre outras, desde que seja viável tal utilização, para se obter dados mais fidedignos e atuais, ou ainda quando o tipo e grau de agregação em que os dados encontram-se disponíveis no MS ou nas Secretarias de Saúde não atendem aos objetivos do diagnóstico (por exemplo, o estudo da mortalidade em uma determinada faixa etária não coincidindo com as faixas etárias utilizadas naquelas tabulações, ou em grupos populacionais diferenciados pela divisão social do trabalho, pelo acesso ou não a bens de consumo coletivo como água, esgoto, lazer, educação, etc., o estudo de outras causas associadas à causa básica de mortalidade, da qual derivam as codificações) ou ainda quanto a área geográfica de abrangência do diagnóstico não corresponde aos critérios de agregação utilizados.

- Cabe observar ainda que o grau de detalhamento dos dados solicitados nos documentos examinados varia entre um e outro documento, ainda que a maioria apresente-se essencialmente enquanto roteiros, alguns inclusive com formulários já prontos para a coleta e consolidação dos dados.

Apenas dois, entre os documentos mais recentes, procuram evitar a forma de listagem geral de dados, de roteiros rígidos, notadamente o capítulo "Situação Atual" do documento orientador da elaboração da POI-87. Neste documento indicam-se apenas os dados gerais que necessitam ser analisados, porém, o que o diferencia já essencialmente dos demais são algumas considerações que lança sobre as informações a serem produzidas e o processo de diagnóstico, destacando-se:

- . Procura vincular a noção de diagnóstico enquanto processo, que garanta uma visão dinâmica de uma realidade em constante transformação e que, enquanto conhecimento, vai se aperfeiçoando;

- . Ao mesmo tempo, entende que o diagnóstico deve se constituir num fato político, capaz de mobilizar forças para a transformação da realidade es tudada;
- . Enfatiza a necessidade de se utilizar os dados já disponíveis, evitando-se, se possível, a utilização lenta e de alto custo de dados primários. Ao mesmo tempo, a própria utilização contínua de dados secundários con tribui para a melhoria da qualidade do sistema de informação;
- . Destaca a necessidade de se incorporar o diagnóstico de saúde enquanto rotina entre as instituições, aperfeiçoando-se constantemente, não limi tado aos períodos de elaboração das programações anuais, subsidiando con tinuamente o desenvolvimento e a avaliação das ações;
- . Propõe que a elaboração se dê de forma descentralizada (ainda que restri ta à "Situação Atual", o que pode limitar a atuação dos profissionais do nível local apenas à caracterização do quadro epidemiológico e de servi ços). Deve-se lembrar que um diagnóstico implica em prognósticos, consi derando-se as análises de tendências dos principais dados utilizados e a tê mesmo análises de viabilidade e factibilidade, a partir da situação a tual, para as propostas de intervenção já delineadas.

### 3.2. TIPOS DE DADOS GERALMENTE COLETADOS E ALGUNS INDICADORES PRODUZIDOS - LIMITE S E POSSIBILIDADES DE ANÁLISE

A maioria dos roteiros examinados agrupa os dados a serem coletados da seguinte forma:

- Caracterização do município (aspectos geográficos, sócio-econômicos, de infra-estrutura urbana, entre outros; às vezes encontram-se também aqui in cluídos os dados demográficos);
- Dados demográficos;
- Capacitação instalada;
- Situação de recursos humanos;
- Dados de produção dos serviços;
- Dados de morbidade e outras estatísticas vitais;
- Saneamento básico.

Alguns roteiros, mais recentes, têm acrescentado a estes os seguintes grupos de dados:

- Condições do equipamento, material permanente e instalações físicas;
- Sistemas de informação, suprimentos, manutenção de equipamentos, supervisão, referência e contra-referência;
- Alguns dados sobre Ações Básicas de Saúde, notadamente sobre o desenvolvimento de programas de assistência a determinados grupos populacionais;
- Distribuição, acessibilidade e utilização dos serviços;
- Situação das CIMS e CRIS.

Uma primeira consideração que merece ser feita quanto à forma de agrupamento de dados acima apresentada diz respeito à sua possível relação com os referenciais que devem ter orientado os sujeitos de tais diagnósticos, bem como às implicações que esta forma de agrupamento tem sobre as possibilidades de análise e resultados dos diagnósticos.

Se forem consideradas as características básicas de análise referidas por Mário Testa (estado de saúde, situação epidemiológica, serviços de saúde e o setor saúde), verifica-se que a estrutura estanque desta forma de agrupamento de dados pode significar a perda da capacidade de análise integrada do conjunto de dados que seriam necessários para a caracterização das quatro situações consideradas nestas quatro categorias.

Assim, por exemplo, a coleta dos dados de morbimortalidade, agrupados de forma dissociada dos dados demográficos e dos dados de "caracterização do município", pode resultar na impossibilidade de se analisar o estado de saúde ou mesmo a situação epidemiológica local segundo o referencial de determinação social do processo saúde/doença, na medida em que não se relacionam e, às vezes nem mesmo são considerados dados que dêem conta das diferentes formas de adoecer e morrer dentro de uma mesma população, segundo sua inserção no processo de trabalho, suas condições gerais de vida - como moradia, alimentação, educação - entre outras características. Por outro lado, dados demográficos e de "caracterização do município" agrupados de forma estanque também em relação aos grupos de dados de capacidade instalada, produção dos serviços, entre outros, podem não levar à análise da distribuição da oferta de serviços e ações de saúde segundo os diferentes segmentos da população, áreas mais ou menos carentes, condições de acesso, etc, necessária ao diagnóstico dos serviços. A esta categoria devem estar relacionadas também a situação dos recursos humanos, condições de equipamentos e instalações, sistemas de informações, supervisão, suprimentos, etc.. Por sua vez, a situação das CIMS, CRIS, CIS, bem como a de financiamento e novamen-

te alguns dados incluídos no grupo "caracterização do município", são importantes para o diagnóstico do setor.

As conseqüências deste tipo de estrutura de agrupamento de dados, estanque e excessivamente "desmembrada" em vários grupos, tornam-se mais graves na medida em que, como foi visto anteriormente, tais roteiros esgotam-se na própria listagem geral de dados, não se referindo ao processo de realização do diagnóstico nem indicando os critérios de análise dos dados solicitados, o que inviabiliza ainda mais a análise integrada de tais dados.

Como pode ser visto, o critério de agrupamento utilizado parece estar relacionado aos tipos de dados "em sí", se é que se pode admitir que um dado exista "em sí", e não às possibilidades de análise ou ao que se pretende diagnosticar. É possível que o marco referencial de tais propostas de diagnóstico relacione-se a uma visão absoluta da realidade, a qual se explicaria por ela mesma, tal qual "aparece", sem considerar que este "aparecer" da realidade pode assumir tantas formas diferentes quanto podem ser as diversas relações entre sujeitos e objetos do conhecimento. Diante das condições acima e buscando garantir maior clareza entre os comentários e tentativas de análise que se seguirão e os aportes teóricos e considerações que constam do capítulo anterior, optou-se pelo reagrupamento dos dados solicitados segundo as quatro categorias básicas de análise apontadas por Mário Testa e acima referidas. °

Será feita então uma tentativa de se examinar de que forma e até que ponto os tipos de dados geralmente solicitados, bem como os indicadores construídos, atendem às necessidades de caracterização e análise do estado de saúde, da situação epidemiológica, dos serviços de saúde e do setor e, dentro destas categorias, como tais dados são ou poderiam ser trabalhados e que outros dados seriam necessários, de modo que se possa avançar na realização dos diagnósticos estratégicos e ideológicos, fundamentais às atuais propostas de mudança no setor e à legitimação das mesmas no conjunto da sociedade.

### 3.2.1. ESTADO DE SAÚDE E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Optou-se por trabalhar estas duas categorias em conjunto, na medida em que os roteiros examinados, por não apresentarem uma definição explícita do modelo de causalidade que orientará as análises epidemiológicas nem os critérios de análise dos dados coletados, permitem apenas inferir tal modelo a partir dos tipos de dados solicitados. Deve-se ressaltar que, conforme comentado anteriormente, os roteiros examinados praticamente reduzem-se

à forma de listagem geral de dados, não trazendo nenhuma indicação do processo de realização do diagnóstico nem da metodologia de análise, o que praticamente também transforma tais roteiros em instrumentos exclusivos de caracterização do estado de saúde apenas, não garantindo a possibilidade de análise da situação epidemiológica.

Aqui cabe também recordar a distinção apresentada no primeiro capítulo por Mário Testa entre estado de saúde e situação epidemiológica. Enquanto o primeiro poderia ser definido como a caracterização das formas de adoecer e morrer, o segundo envolve a discussão das causas e dos determinantes do primeiro.

Dentro deste grupo, os dados solicitados juntamente com os dados demográficos, indicam a utilização de indicadores - que em alguns roteiros já são mesmo solicitados diretamente - relativos ao que Mário Testa denomina "aspectos biológicos da população" e que também são utilizados para a divisão desta mesma população. Assim, por exemplo, procura-se trabalhar com taxas de morbidade (incidência e prevalência) específicas para determinadas doenças na população subdividida por sexo, faixa etária ou, no máximo, sua localização - urbana ou rural.

O mesmo se observa para os indicadores de mortalidade (mortalidade geral, infantil, proporcional, principais causas de mortalidade para todas as idades e por faixa etária, mortalidade neonatal, mortalidade materna, etc.), todos construídos tendo como denominadores a população total ou, dependendo do caso, dividida também por faixa etária, sexo, urbana ou rural.

Pode-se então observar que tais indicadores compõem, como sinaliza Mário Testa, o estado de saúde do diagnóstico do tipo administrativo.

Mais uma vez deve ser ressaltado que não se está negando a importância desses indicadores para o estudo do estado de saúde da população. O que se pretende chamar a atenção aqui é a necessidade de se utilizar outras informações, bem como buscar dar outro tratamento a tais indicadores de forma que possam refletir as diferenças, que de fato existem, quanto aos modos de adoecer e morrer e os diferentes níveis de gravidade que determinada doença apresenta conforme as diferentes classes sociais e/ou frações de classe, conforme as condições gerais de vida de determinado grupo populacional, entre outros fatores resultantes das relações de poder entre as classes.

No capítulo anterior já foram discutidas as dificuldades metodológicas relativas ao desenvolvimento de um diagnóstico estratégico do estado de saúde, principalmente aquelas relativas à obtenção de dados de morbimortalidade e

e demográficos, agregados segundo os diferentes grupos e classes sociais, ou segundo as condições de acesso a determinados bens ou serviços. No entanto, o que deve ser ressaltado em relação aos roteiros examinados é que grande parte deles, como também já foi mencionado, sugere a utilização de dados primários, através de levantamentos de atestados de óbitos, inquéritos domiciliares, levantamento de morbidade através de amostragem da demanda ambulatorial. Em que pese a necessidade de se avaliar as condições reais de factibilidade destes tipos de procedimento no dia-a-dia dos serviços, as implicações relativas à "utilização" da população em inquéritos, entre outras observações já feitas anteriormente, o fato é que, uma vez proposta a utilização de dados primários, verifica-se que tais roteiros, no entanto, perdem a oportunidade de agrupar as informações de modo a se construir indicadores que reflitam as diferenças acima mencionadas. Na verdade, a expressão "perder a oportunidade" pode não ser a mais adequada, já que a não evidência das diferentes formas de adoecer e morrer entre as diferentes classes sociais provavelmente não é casual, mas relaciona-se ao próprio referencial teórico de compreensão do processo saúde/doença que deve ter orientado estes diagnósticos determinando a utilização de um modelo de causalidade epidemiológico determinantemente biológico. Assim, por exemplo, não se aproveita um levantamento que será feito em atestados de óbitos para se consolidar as causas de mortes segundo as diferentes profissões ou os diferentes graus de escolaridade ou os diferentes bairros de residência - que podem ser caracterizados como bairros operários, ou de maior pobreza, favelas, bairros de classes média e alta - entre outros agrupamentos possíveis, como o estudo das causas associadas à causa básica de mortalidade, onde se destaca a questão da desnutrição. Do mesmo modo, o levantamento do perfil de morbidade por amostragem da demanda ambulatorial ou os inquéritos domiciliares propostos nestes roteiros deixam de caracterizar o estado de saúde da população segundo seu acesso aos serviços de saúde, às condições de saneamento básico e de suas residências e bairros onde vivem, à renda familiar, etc.. Observa-se então que as sugestões de tais roteiros para estes levantamentos repetem os tradicionais agrupamentos da população por faixa etária, sexo e residência em áreas urbana ou rural.

Com relação ao levantamento de dados de mortalidade através dos atestados de óbitos, cabe ainda uma observação quanto à orientação, verificada em um dos roteiros, para o registro dos óbitos segundo o local de ocorrência e não o de residência. Embora esta pareça ser uma questão óbvia, não é inútil lem

brar as distorções de interpretação que podem ocorrer em relação a estes dados, uma vez que os locais de concentração de um maior número de hospitais - onde geralmente ocorre a maioria dos óbitos - raramente coincidem com os locais onde vivem e trabalham as camadas mais pobres da população.

Outra observação importante em relação aos levantamentos de dados de morbimortalidade, na maioria dos roteiros, diz respeito à tendência observada no sentido de uma forte centralização na elaboração da proposta e, conseqüentemente, a exclusão do caráter participativo e de mobilização do qual deve-se construir o diagnóstico. Esta tendência evidencia-se mais claramente nas orientações fornecidas para a realização de levantamentos por amostragem da demanda ambulatorial e de inquéritos domiciliares. Observou-se que alguns roteiros (elaborados pelo nível central) já continham a indicação até mesmo do tamanho da amostra - para levantamento do perfil da morbidade pela demanda ambulatorial - como também a própria metodologia de seleção da amostra definida. O mesmo se observa para as propostas de inquéritos domiciliares, cujos percentuais de domicílios que deverão ser visitados em localidades urbanas e rurais também são definidos pelo nível central. De imediato, tais propostas chamam a atenção para as distorções que provavelmente ocorrerão durante o desenvolvimento do trabalho de levantamento e principalmente na interpretação dos dados que serão coletados, já que diferentes realidades locais, com características diversas, tanto de oferta de serviços quanto das condições de saúde da população, provavelmente indicarão a necessidade de tamanhos diferentes de amostras, bem como de processos diversos de seleção das mesmas. Nos levantamentos de morbidade pela amostra da demanda ambulatorial, parece que não se considerou, por exemplo, que as características da demanda podem se alterar conforme o perfil da unidade de saúde e seu nível de complexidade. No entanto, o que merece ser destacado em relação à forma proposta para estes levantamentos é que, tendo sua metodologia definida exclusivamente pelo nível central da instituição, a participação efetiva dos profissionais do nível local e da população fica ainda mais dificultada. Com objetivos e metodologias definidos sem a participação do nível local, deixa-se de fazer do diagnóstico um instrumento de democratização do saber e das informações sobre saúde e também um instrumento de mobilização de forças em torno das propostas de mudança - características estas tão importantes para o diagnóstico estratégico. A questão dos inquéritos domiciliares, em que pesem as observações já feitas quanto às condições de factibilidade para sua realização e suas implicações, é um bom exemplo de um instrumento

de aglutinação de forças sociais favoráveis às mudanças propostas para o setor, desde que, mais do que colher dados, possa fazer uma discussão com a população sobre os determinantes de suas condições de saúde e as necessidades de mudança que estejam sendo sentidas no que diz respeito aos serviços existentes.

As observações feitas acima dizem respeito apenas aos dados que originalmente estão localizados no grupo "Dados de Morbimortalidade e Outras Estatísticas Vitais" e que, pela estrutura estanque da maioria dos roteiros examinados, constituem-se nos principais dados para a caracterização do estado de saúde. Em nenhum momento, como já foi ressaltado, é feita referência explícita às possibilidades de utilização de dados dos demais grupos para o trabalho de análise desta categoria e sua relação com a situação epidemiológica e, de fato, quando se tenta relacionar tais grupos de dados ao primeiro, evidenciam-se as dificuldades, resultantes dos próprios roteiros, para a realização de um diagnóstico estratégico e ideológico do estado de saúde e da situação epidemiológica. Observa-se também que, em determinados pontos, estas dificuldades de análise se manifestam, até mesmo, para um diagnóstico de tipo administrativo.

No que se refere ao grupo de dados "Caracterização do Município" observa-se que, sob esta denominação, incluem-se os mais variados tipos de dados, desde a definição da área, densidade demográfica e identificação do centro polarizador mais próximo, até características econômicas, culturais, políticas, geográficas, geomorfológicas, climáticas, dados sobre transportes, sistemas, vários meios de comunicações, energia elétrica, sistema financeiro, ensino, assistências social e religiosa, finanças municipais, etc..

Fica evidente a importância que tais informações podem ter, a princípio, para a análise a partir de todas as quatro categorias básicas aqui trabalhadas. No entanto, seja pela falta de clareza sobre a relação de tais dados com os objetivos do diagnóstico e/ou pela não definição das possibilidades da análise destes dados com outros dos demais grupos, o fato é que, em grande parte dos roteiros verifica-se a seguinte situação:

- Detalhamento excessivo ou inadequado de dados para a análise de algumas questões e, por outro lado, omissão de outras informações relevantes;
- Conformação de um grupo de dados, geralmente denominado de "Características Sócio-econômicas" em uma aparente tentativa de "incorporação do social" às análises mas que, de fato, resulta em fracasso, na medida em que

a estrutura estanque dos roteiros, o modelo de causalidade biológica que orienta o levantamento de dados de morbimortalidade e a análise epidemiológica, além das demais características exclusivamente "administrativas" que permeiam a proposta global de diagnóstico contida nestes roteiros, inviabilizam a utilização efetiva de tais dados. Desta forma, o "social", tratado desde o início como uma entidade à parte, dissociado dos demais aspectos a serem examinados, permanece, conforme foi mencionado no primeiro capítulo deste trabalho, como agregado.

Diante de tal situação, são vários os exemplos de dificuldade de utilização de dados contidos no grupo "Caracterização do Município" para a análise do estado de saúde e da situação epidemiológica.

Assim, por exemplo, a aparente sofisticação encontrada em alguns roteiros que detalham a latitude, longitude, altitude, forma de relevo, se a região é litorânea, precipitação pluviométrica anual, clima e outros dados, provavelmente resultará inútil já que não se indica em tais roteiros a necessidade de se analisar de que forma o clima, a precipitação pluviométrica, entre outros fatores, podem estar contribuindo para a maior incidência de determinados agravos à saúde, especialmente quando associados a outros fatores sócio-econômicos como, por exemplo, muitas chuvas em localidades que não contam com serviços de saneamento básico. Simplesmente agrupados desta forma e isolados dos demais dados, este grupo de dados tão detalhados, possivelmente será mantido nestes diagnósticos sem qualquer possibilidade de análise, ou então serão utilizados a partir de um referencial biológico-ecológico de análise da situação epidemiológica que, como foi visto, faz parte de diagnósticos do tipo administrativo. O mesmo pode ser dito para a inclusão, em determinado roteiro, do levantamento dos fluxos migratórios com a observação sobre sua importância para a análise epidemiológica de determinados agravos, no sentido de se "...observar se está havendo a ocorrência de doenças que não são próprias do local, devido à transferência (\*) de certas condições que propiciam o início de um ciclo que pode vir a se instalar permanentemente". Evidencia-se claramente nesta proposta a orientação biológica-ecológica acima referida. Sem deixar de considerar importante a questão das migrações e sua relação com a situação epidemiológica, não se pode deixar de chamar a atenção para o fato de

---

(\*) Grifo nosso.

que, inserida em diagnósticos de tipo administrativo, esta informação, trabalhada exclusivamente com base no modelo maior ambiente-hospedeiro-ve-tor..., reduzirá a explicação da ocorrência de determinadas doenças que não são próprias do local à chegada de populações provenientes de áreas endêmicas. Por outro lado, se for considerada a perspectiva de um diagnóstico estratégico do estado de saúde e da situação epidemiológica, é necessário avançar no sentido de se procurar determinar algumas questões como:

- a que classe ou fração de classe pertence a maioria da população migrante;
- que fatores determinaram sua migração;
- que inserção esta população passa a ter no processo produtivo local e se esta é qualitativamente superior à situação em sua localidade de origem;
- que condições de infraestrutura urbana, acesso a bens e serviços, são garantidas a esta população no local que passou a residir e trabalhar;
- e em que medida as condições acima determinaram o agravamento da incidência de determinadas doenças no conjunto da população local;
- que camadas da população (migrante ou não) são mais atingidas, em termos de incidência e maior gravidade das consequências, por tais doenças.

Estas, entre outras questões, devem ser consideradas, se não se quiser correr o risco de que as análises resultantes de tais diagnósticos terminem por concluir falaciosamente que o problema da incidência de determinadas doenças poderá ser resolvido se a imigração for proibida ou se a população imigrante, pobre, favelada, for simplesmente removida daquela localidade.

Atualmente, as tentativas de alguns países de proibir a entrada de estrangeiros portadores do vírus da AIDS é um exemplo deste tipo de raciocínio. Outro tipo de dado que, dentro do grupo original "Caracterização do Município", poderia, a princípio, ser utilizado no diagnóstico estratégico e ideológico do estado de saúde e da situação epidemiológica, e ainda para o diagnóstico dos serviços e do setor, diz respeito à questão educacional. No entanto, novamente o excessivo detalhamento, a omissão de outras informações relevantes e a estrutura estanque da maioria dos roteiros impossibilitam esta utilização ou, melhor dizendo, não foram previstas para esta

utilização, sendo muito mais compatíveis com as características de um diagnóstico administrativo.

Assim, por exemplo, alguns roteiros chegam a solicitar o total de escolas por tipos de cursos oferecidos, graus de ensino com as respectivas especializações, instituições mantenedoras, total de professores e de alunos matriculados em cada uma. É inquestionável, dentro de um referencial de determinação social do processo saúde/doença, que a questão educacional está intimamente relacionada à questão da saúde. Seja do ponto de vista do acesso que a população possa ter ao que, assim como saúde, deve ser considerado um direito de todo cidadão, seja pela veiculação de informações e a facilidade que a população possa ter para compreensão dos determinantes de suas condições de saúde, seja ainda porque, indiretamente, pelo grau de escolaridade de uma população, pode-se inferir o seu nível de renda ou seu poder de consumo, além de outros aspectos relacionados às condições gerais de vida, é inegável que a questão educacional tem importância no diagnóstico de saúde. A própria identificação das instituições de ensino existentes no local e de sua clientela pode ser útil para o desenvolvimento de programas integrados de educação e saúde ou outras ações de saúde específicas dirigidas ao escolar. No entanto, o que se questiona mais uma vez é até que ponto o tipo de detalhamento de dados solicitados pode realmente dar conta deste tipo de análise. Como pode ser possível tal análise se não se procura saber, ao invés do total de alunos matriculados em cada escola e por tipo de curso, a relação entre a população total de crianças em idade escolar e a parcela que está matriculada nas escolas e, dentro desta, aquela que efetivamente frequenta as escolas - já que a questão do acesso ao sistema educacional, bem como ao sistema de saúde, tem sido discriminatória segundo as diferentes classes sociais, as diferentes regiões do país em termos de maior ou menor grau de desenvolvimento, por exemplo. Deve-se lembrar também que a evasão escolar, pela necessidade de ingresso precoce no mercado de trabalho e/ou pela própria ideologia dominante que permeia o conteúdo dos currículos escolares e o sistema simbólico utilizado para a veiculação destes conteúdos, tem adquirido proporções cada vez maiores. Estas informações seriam importantes dentro de uma proposta de diagnóstico estratégico do estado de saúde e da situação epidemiológica, na qual possa ser necessário demonstrar que da relação de poder entre as classes ou grupos sociais resultará não apenas os diferen-

tes graus de acesso que estes grupos têm a serviços como educação e saúde, como também as diferenças quanto à qualidade destes serviços e, provavelmente, até mesmo, demonstrar que a discriminação no acesso à educação contribui, entre outros fatores, para a manutenção da discriminação no acesso à saúde, e que ambas fazem parte de uma mesma lógica de exclusão que permeia as políticas econômicas e sociais.

No que se refere, por outro lado, ao diagnóstico ideológico, a questão educacional, no que diz respeito ao estado de saúde e à situação epidemiológica, deveria ter sido enfocada, se necessário, do ponto de vista do conteúdo dos currículos escolares, no sentido de se examinar, por exemplo, qual o conceito de saúde adotado, que questões são veiculadas sobre a saúde, a doença e suas causas, além de outras questões que serão retomadas posteriormente na análise da categoria do setor saúde.

No momento, cabe apenas destacar que o exame de todos os grupos de dados que poderiam ser utilizados para o estudo do estado de saúde e da situação epidemiológica demonstra que, da mesma forma que ocorre com a questão educacional vista acima, os dados solicitados não permitem a realização do que poderia ser denominado diagnóstico ideológico do estado de saúde e da situação epidemiológica.

Com exceção de um único roteiro que apenas aponta para a necessidade de se considerar as crenças, costumes, valores e atitudes da população quanto aos aspectos ligados à saúde e à doença - mas que não indica qual referencial de análise deve ser adotado (o que exatamente examinar, como, e qual sua relação com os demais aspectos examinados no conjunto do diagnóstico) - nenhum roteiro considera, entre os dados que solicita, qual a compreensão (ou compreensões) que a população tem sobre as suas condições de saúde e suas causas, por exemplo, ou mesmo qual o conceito da saúde (ou os conceitos) e o modelo de causalidade que de fato possuem os profissionais de saúde. Outras questões relativas ao diagnóstico ideológico serão discutidas posteriormente. No entanto, deve-se lembrar que a oportunidade para este tipo de avaliação é "perdida" nestes roteiros quando, por exemplo, como foi visto, deixam de utilizar os inquéritos domiciliares de mortimortalidade, normalmente tão dispendiosos e de longa duração, para se discutir tais questões com a população. Por outro lado, deve ser lembrado também que, como foi visto no primeiro capítulo deste trabalho, este tipo de avaliação exige uma compreensão talvez menos rígida e menos misti

ficada quanto ao que deve ser e como deve ser realizado um diagnóstico de saúde - não apenas os resultados da análise de alguns dados quantificáveis, mas também o resultado de diálogos, reuniões, debates com a comunidade e, principalmente, de uma postura de maior escuta dos profissionais de saúde no dia-a-dia de seu trabalho, nas consultas médicas, de enfermagem, por exemplo, e em quaisquer outras oportunidades de contato com a população.

Ainda em relação ao grupo original "Caracterização do Município" e retomando a observação feita na página com relação à questão do "social" agregado, observa-se que alguns roteiros incluem neste grupo um sub-grupo de dados denominados "dados sócio-econômicos" ou "aspectos sócio-econômicos", embora vários dados solicitados anteriormente seriam também úteis, a princípio, para a caracterização da situação sócio-econômica da área. Neste sub-grupo são solicitados dados como as principais atividades produtivas, a renda média familiar, o número médio de habitantes por domicílio, as principais modalidades de lazer, o número de desempregados em relação à população em idade produtiva, ou, ainda, como é solicitado em outro roteiro, a questão da "organização fundiária", a relação e dimensão de favelas e outros "problemas sociais" percebidos (exemplificando-se com o alcoolismo, uso de tóxicos, criminalidade, etc.). O que deve ser observado aqui quanto às possibilidades de utilização de tais dados para a análise do estado de saúde e da situação epidemiológica, é que estas podem ser inúmeras. Várias podem ser as análises resultantes destes e outros dados que se possa, com maior ou menor facilidade, coletar. Por outro lado, pode ocorrer que nenhum tipo de análise seja possível caso, como já foi dito, não se tenha clareza dos objetivos do diagnóstico e da utilidade do dado. Contudo, o que é importante ressaltar, mais uma vez, é que a inclusão de "dados sócio-econômicos" no diagnóstico de saúde não é suficiente, pro si só, para garantir o diagnóstico estratégico do estado de saúde e da situação epidemiológica. Sabe-se que tais dados podem até mesmo ser utilizados para se tentar negar a determinação social do processo saúde/doença ou para se fortalecer estratégias de hegemonia das classes dominantes, como é o caso, por exemplo, de manipulações estatísticas que relacionam desnutrição ao número elevado de filhos ou doença à "ignorância" da população, entre tantos outros exemplos. Cabe mencionar aqui um caso que, de tão absurdo, é difícil de se acreditar, de um levantamento de morbimorta-

lidade em uma área de assentamento do INCRA e que os resultados, comparando-se o nível de saúde de famílias que não possuíam terra com o daquelas que já possuíam, "concluiu" que a posse da terra significava maior nível de doenças e desnutrição, omitindo o fato de que as famílias que haviam recebido a terra mal haviam se instalado no local, vindas de regiões pobres, e não contavam com nenhum suporte material e financeiro para desenvolver as atividades agrárias, nem mesmo contavam com uma infraestrutura básica de serviços como água e esgoto. Por outro lado, os trabalhadores sem terra, já estabelecidos há mais tempo na região como "meeiros" ou empregados nos grandes latifúndios, mantinham-se, pelo menos, com culturas de subsistência.

Portanto, tudo depende do referencial teórico da análise que será utilizado, da compreensão que os sujeitos dos diagnósticos tenham da determinação do processo saúde/doença.

Quanto aos outros grupos originais de dados que poderiam ser utilizados também para a caracterização do estado de saúde e da situação epidemiológica - "dados de produção dos serviços" e "saneamento básico" - o primeiro grupo já foi parcialmente abordado quando se discutiu a questão dos levantamentos de morbidade a partir da demanda ambulatorial. Restaria acrescentar, além de outras questões que serão vistas na análise da categoria Serviços de Saúde, que a estrutura estanque de tais roteiros novamente acaba sendo responsável pela não correspondência entre a proposta de análise dos dados da produção com a anterior, de levantamento de morbidade a partir da demanda. Assim, observa-se, por exemplo, que no levantamento dos dados de população solicita-se o registro do total de altas no ano, deixando-se de considerar sua distribuição por clínica, o que já poderia ser analisado em conjunto com a questão da demanda ambulatorial, fornecendo um quadro mais global da morbidade - resguardando-se, é claro, a observação anteriormente destacada quanto à possibilidade de que o perfil assistencial da unidade também condicione a demanda.

Quanto ao grupo de dados geralmente denominado nos roteiros "saneamento básico", este também será discutido em maior detalhamento na análise da categoria Serviços de Saúde. No que diz respeito, no entanto, à sua utilização para a análise do estado de saúde e da situação epidemiológica, duas questões principais se destacam, nos roteiros examinados, enquanto fatores que dificultam em grande medida esta utilização. A primeira é relati

va ao próprio conceito restrito de saneamento que parece permear a maioria dos roteiros, já que a quase totalidade das propostas de levantamento de dados refere-se apenas à situação de abastecimento de água, sistema de esgoto e destino do lixo.

Quando não se consideram outros aspectos relativos ao saneamento e proteção do meio ambiente, deixam-se de lado fatores bastante relevantes no processo saúde/doença, como os tipos de condições das habitações, existência de fontes poluidoras, fatores de risco nos ambientes de trabalho, etc. A segunda questão, igualmente importante para a análise das condições de saúde, a partir dos dados de saneamento, diz respeito à cobertura dos sistemas de abastecimento de água, sistemas de esgoto e, inclusive, o próprio sistema de coleta e destino final do lixo.

Em alguns roteiros esta informação não é solicitada, e mesmo aqueles que a solicitam, provavelmente enfrentaram algumas questões de ordem metodológica e que igualmente serão apontadas na categoria Serviços de Saúde.

Do que foi exposto até aqui sobre as possibilidades de realização de um diagnóstico estratégico e epidemiológico das categorias estado de saúde e situação epidemiológica, a partir dos roteiros de diagnósticos examinados, observa-se que um dos principais entraves é a própria forma e conteúdo de tais roteiros que, como já foi assinalado, apresentam-se excessivamente compartimentalizados e, principalmente, orientados a partir de uma "postura administrativa" que acaba por excluir, pelos tipos de dados que solicitam e pelo processo de realização do diagnóstico, qualquer outra possibilidade de análise.

Estas características gerais, como será visto adiante, repetem-se quando se examinam as categorias Serviços de Saúde e Setor Saúde.

### 3.2.2. SERVIÇOS DE SAÚDE

Para a análise desta categoria básica se procurou reagrupar dados originalmente solicitados nos grupos denominados "Caracterização do Município", "Capacidade Instalada", "Recursos Humanos", "Dados de Produção dos Serviços", "Saneamento Básico", além de dados acrescentados em roteiros mais recentes entre o material examinado.

Como pode ser observado, dados pertencentes a alguns grupos listados acima foram utilizados também na análise das duas categorias anteriores.

A interface que um mesmo grupo de dados pode ter com mais de uma categoria básica de análise chama atenção, mais uma vez, para a importância de se garantir a coerência entre a própria estrutura do roteiro e os objetivos e referenciais de análise de um diagnóstico.

O exame de como poderia ser conformada a categoria "Serviços de Saúde", a partir dos dados contidos nos roteiros, permite visualizar, muito mais claramente do que na análise das duas categorias anteriores, a orientação exclusivamente de tipo administrativo de tais roteiros de diagnóstico.

Retomando-se a discussão iniciada no capítulo anterior, cabe tornar a ser enfatizado que cada um dos três tipos de diagnóstico identificados por Mário Testa referem-se, de acordo com o próprio autor, a âmbitos distintos da realidade - o diagnóstico administrativo referindo-se ao o estratégico referindo-se às forças sociais em relação ao setor, e o ideológico, às forças sociais em sua relação com a totalidade social. Já que se referem a âmbitos distintos da realidade, o modo como cada categoria básica de análise (estado de saúde, situação epidemiológica, serviços de saúde e setor saúde) irá operar em cada um dos três tipos de diagnóstico será igualmente distinto. No caso das categorias estado de saúde e situação epidemiológica, já examinadas, observou-se que grande parte das variáveis utilizadas no diagnóstico administrativo do estado de saúde, por exemplo, poderiam ser utilizadas no diagnóstico estratégico do estado de saúde, desde que recebessem outro tratamento, como no caso da incidência de uma determinada doença na população que não seria examinada apenas a partir de critérios biológicos de divisão da população por sexo e/ou faixa etária, mas em função, por exemplo, de suas diferentes inserções na divisão social do trabalho, entre outras características relativas às relações de poder entre as classes sociais. No entanto, quando se trata de examinar como as variáveis utilizadas nos diagnósticos administrativos dos serviços poderiam ser aproveitadas, com as devidas adequações, para

os diagnósticos estratégicos e ideológicos dos serviços, a tarefa fica muito mais complicada e tende-se a acreditar que um número bem menor destas variáveis, que no caso anterior, poderia ser utilizado. Isto se deve ao fato de que a principal variável que deverá ser utilizada é o poder, e este não se quantifica numericamente - como pode ser quantificada a produção de consultas, o número de leitos a rede física, os valores orçamentários, entre outros dados utilizados nos diagnósticos administrativos - embora, em alguns casos, tais dados possam até ajudar a inferir onde se localizam os principais núcleos de poder e como se organizam as relações de poder dentro dos serviços e sobre o setor. Não se trata, por outro lado, de se deixar de considerar algumas informações e variáveis utilizadas nos diagnósticos administrativos dos serviços, até porque é necessário se conhecer os serviços através das instituições que os prestam e dos programas por eles desenvolvidos e, dentro de cada programa, como estão organizados os recursos (humanos, materiais, financeiros) para produzir que tipos de atividades, em que quantidades, com que eficácia e com que cobertura, por exemplo. Estas, como Mário Testa define, são as características gerais dos diagnósticos administrativos dos serviços. Contudo, por se referirem, como foi visto, a apenas um âmbito da realidade, não se pode parar aí. É necessário se examinar como se conforma, na própria definição e desenvolvimento destes programas e atividades, por exemplo, o que Mário Testa denominou "rede de micro-poderes", através da qual se dá a disputa sobre o que fazer e como fazer. Trata-se de examinar que objetivos norteiam determinado programa ou atividade proposta ou mantida como prioritária por determinado núcleo de poder ("poder técnico") e quais são os mecanismos utilizados por este poder para ser hegemônico, inclusive através da própria eficácia de tal atividade que, neste momento, deixa de ter um caráter exclusivamente administrativo - voltado para a verificação se os resultados esperados foram alcançados - e passa a ter um caráter estratégico, na medida em que o alcance de determinados resultados conferiria, a princípio, uma base de sustentação de determinado poder técnico. (É claro, por outro lado, que tais resultados, principalmente em se tratando da qualidade da assistência, nem sempre são passíveis de quantificação, deixando sempre uma "margem de manobra" para que determinado poder técnico procure se manter hegemônico, a despeito da qualidade real dos serviços que estão sendo prestados).

Feitas as considerações acima, se tentará examinar o conteúdo dos roteiros no que se refere ao diagnóstico dos serviços, discutindo, ao mesmo tempo,

que tipos de análises seriam necessárias, respectivamente, para os diagnósticos administrativo, estratégico e ideológico.

A primeira questão que se destaca é que, apesar de apresentarem uma orientação exclusivamente de tipo administrativo, os roteiros, de um modo geral, não conseguem analisar, satisfatoriamente, pelos tipos de dados solicitados, a questão da eficiência, eficácia e cobertura dos serviços. Esta última questão, a da cobertura, apresenta-se muito prejudicada, não apenas pelos tipos de dados que foram ou deixaram de ser solicitados em tais roteiros, mas de fato constitui-se numa atual deficiência dos serviços de saúde no país que - pela descoordenação entre os programas desenvolvidos por cada instituição, pela superposição de ações, pelas deficiências dos sistemas de informação, entre outras distorções do sistema de saúde brasileiro - são incapazes de conhecer sua cobertura real. Ainda assim, em que pesem tais dificuldades, o fato é que nenhum dos roteiros examinados chega a indicar a necessidade de se conhecer a cobertura real das ações de saúde. Quanto à cobertura potencial dos estabelecimentos de saúde, esta é referida em apenas um dos roteiros, que menciona a necessidade de se verificar se a distribuição geográfica dos serviços é compatível com a distribuição geográfica da população para averiguar se há cobertura potencial suficiente.

Por sua vez, os dados de produção dos serviços que são solicitados, pouco ou nada podem informar sobre a cobertura que está sendo alcançada, por várias razões. Não informam sobre que tipo de clientela está sendo beneficiada - por sexo, faixa etária, classe social, local de residência, entre outros critérios - e por que tipo de ação de saúde - consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, etc.. É computado apenas o total de consultas (médicas, de enfermagem) ou o total de altas ao ano, nem mesmo discriminadas por tipo de clínica. Tais números, se jogados sobre os dados de população que obedecem apenas a critérios biológicos e de macro-localização, já discutidos anteriormente, não produzirão, obviamente, os indicadores de cobertura adequados. Os únicos indicadores de cobertura utilizados são os de cobertura vacinal e em apenas alguns roteiros. Ainda assim, alguns roteiros parecem confundir o total de vacinações com o total de doses, solicitando apenas estas últimas, o que não irá fornecer o indicador de cobertura. Outros ainda orientam para que o cálculo incluía o total de vacinações realizadas em campanhas, o que distorce, por sua vez, as avaliações a respeito da eficácia das rotinas dos serviços de saúde.

A não priorização do indicador de cobertura também se verifica entre os roteiros para levantamento das ações de saneamento básico.

Alguns roteiros, no levantamento dos sistemas de abastecimento de água, preferem verificar se o sistema "atende satisfatoriamente", com respostas do tipo sim/não, ao invés de estimar a cobertura. Um detalhamento maior já é observado, no entanto, quanto aos sistemas de esgoto, em que se procura levantar a cobertura pelo percentual de domicílios ligados à rede de esgoto e com soluções individuais. Aqui cabe uma observação quanto às diferenças, nem sempre consideradas, entre estar ligado à rede (de água ou esgoto) e estar usando adequadamente o serviço. Esta última condição, sem dúvida, é mais importante para a avaliação do estado de saúde da população e depende, entre outros fatores, da existência de melhorias sanitárias domiciliares adequadas e de questões relativas à informação e educação em saúde.

Alguns roteiros também não avaliam a cobertura do sistema de coleta de lixo. Relacionada ao indicador de cobertura - no sentido de que deva ser analisada em conjunto com este - está a questão da concentração das atividades. Nenhum roteiro inclui este dado. Oferecer 3.000 consultas ao ano, a uma relação de duas consultas subsequentes para cada consulta de primeira vez, não é a mesma coisa, do ponto de vista da qualidade da assistência e da cobertura, do que oferecer o mesmo número de consultas ao ano, a uma concentração de uma consulta por paciente.

A questão da cobertura dos serviços e das ações de saúde exige uma discussão mais aprofundada que, no entanto, foge aos objetivos deste trabalho. Não se pode deixar de chamar a atenção, todavia, para a importância deste indicador não apenas no diagnóstico administrativo, mas também para o diagnóstico estratégico dos serviços e do setor. Como foi apontado por Mario Testa, a questão da cobertura das ações de saúde relaciona-se com a possibilidade de formação de uma base social de sustentação para as classes ou grupos hegemônicos no setor e mesmo fora dele, mas que exercem poder sobre o setor. Além disso, do ponto de vista estratégico, também pode ser acrescentada a necessidade de que, no processo de discussão com a população e com os grupos sociais identificados como aliados potenciais

sejam evidenciados os efeitos de marginalização, de exclusão do acesso aos serviços, decorrentes da atual forma de organização e funcionamento dos serviços de saúde e do setor. E, então, o indicador de cobertura, construído de modo a transparecer estas desigualdades, torna-se instrumento importante.

A questão da distribuição e da acessibilidade dos serviços de saúde só é tratada objetivamente em um único roteiro, relacionando-a, como foi visto, à cobertura potencial e à equidade dos serviços. Tal roteiro recomenda identificar as barreiras que poderiam estar dificultando o acesso da população aos serviços, como distância, vias de acesso, transporte, fatores sociais, econômicos e culturais. No entanto, na maioria dos roteiros, sua estrutura estanque, o detalhamento excessivo de dados não relevantes para os objetivos do diagnóstico, entre outros fatores já discutidos, não permite relacionar os dados solicitados nos diversos grupos originalmente formados "Caracterização do Município", "Capacidade Instalada", "Dados Demográficos", "Dados de Produção", etc., de modo a se obter uma caracterização das reais condições de distribuição e acessibilidade dos serviços. Assim, por exemplo, o que fazer com o dado da área total do município se não se sabe como a população está nele distribuída? (a informação sobre densidade demográfica não permite saber a real distribuição dos aglomerados populacionais no município). Não se considera a distribuição geográfica dos serviços de saúde. Solicita-se dados sobre o relevo, altitude, latitude, longitude e entre outros aspectos, mas não se determina de que forma o relevo pode estar contribuindo para a maior ou menor dispersão da população e para o seu acesso aos serviços. A mesma questão se aplica para o levantamento, puro e simples, dos meios de transporte, deixando-se de verificar quais os meios de transporte mais rápidos, mais baratos, mais regulares que levariam aos serviços existentes. Alguns roteiros identificam a distância entre a sede do município e a capital do Estado, mas não medem a distância entre os serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade, dentro do município e entre municípios, sendo esta informação necessária para a implantação de um sistema de referência e contra-referência, por exemplo.

Os dados de capacidade instalada, por sua vez, não permitem identificar claramente o perfil de complexidade das unidades de saúde existentes, na medida em que não estão organizados de forma articulada com os dados de recursos humanos, equipamentos e os dados de produção dos serviços. É importante lembrar que o perfil de complexidade de um serviço de saúde não se define apenas pela existência neste serviço de um laboratório de tal tipo, por exemplo, ou de determinado equipamento, mas pela adequação deste laboratório com as demais instalações e equipamentos do serviço de saúde, com a composição técnica de sua equipe de profissionais e, principalmente, com os tipos de ações que

tal serviço presta.

A questão mais importante em relação à caracterização do perfil assistencial dos serviços de saúde é, no entanto, a possibilidade de se examinar o grau de adequação entre tais perfis e as necessidades de saúde identificadas. Este tipo de análise não é feita pelos roteiros examinados. Desta forma, não basta se levantar os tipos e quantidades de equipamentos existentes ou o quantitativo de cada categoria profissional e concluir se esta composição de recursos é adequada para as ações que estão sendo produzidas, mas se esta composição de recursos (humanos, materiais e financeiros) está adequada às necessidades de saúde da população e também se as ações que estão sendo desenvolvidas por tais recursos são as que devem ser desenvolvidas de acordo com a realidade epidemiológica local. Mais uma vez, deve-se chamar atenção para o fato de que em torno dessas análises está a discussão do que fazer e como fazer, que remete às disputas cotidianas pelo poder dentro dos serviços, as quais, por sua vez, relacionam-se com as diferentes visões que os pólos dominantes e dominados nestas disputas têm sobre o processo saúde/doença e suas determinações, entre outras questões, relacionadas à ideologia dominante sobre saúde, que devem ser consideradas se se pretende viabilizar qualquer proposta de mudança.

A análise das ações de saúde efetivamente desenvolvidas fica, geralmente, restrita aos dados de produção dos serviços - e estes, por sua vez, restringem-se as consultas médicas, internações e procedimentos odontológicos, na maioria dos casos. Consultas de enfermagem, visitas domiciliares, inspeções sanitárias, investigações epidemiológicas, exames complementares, etc., são considerados em apenas alguns roteiros, o que sugere, por parte dos sujeitos de tais diagnósticos, uma visão restrita do que seja uma ação de saúde. Por outro lado, o mero levantamento destes procedimentos não permite visualizar quais os objetivos das ações desenvolvidas, quais os programas de saúde prioritários. Apenas um roteiro procura examinar alguns programas. No entanto, ainda dentro de uma orientação exclusivamente administrativa, onde se examina se os recursos são suficientes, se há equipamento, material e pessoal adequado, etc. Outra questão importante, e que se refere à estrutura estanque destes roteiros, é que não se faz qualquer avaliação correlacionando os chamados dados de produção (ações desenvolvidas) e o comportamento epidemiológico das doenças ao longo do tempo, ou seja: o impacto das ações, sua eficácia. Apenas um roteiro menciona a necessidade de se avaliar a qualidade dos servi-

ços e para isso sugere alguns indicadores de qualidade e a própria avaliação dos usuários. Entre os indicadores sugeridos estão a taxa de letalidade, a taxa de infecção hospitalar, a mortalidade e a morbidade por causas mal definidas. Sugerem também uma avaliação geral dos problemas ou atividades específicas e análise da situação atual dos avanços conseguidos e dos entraves na consolidação das Ações Integradas de Saúde. Este tipo de análise, mais qualitativa, do funcionamento e organização dos serviços é feito por poucos roteiros. Além do roteiro mencionado, apenas o documento de diagnóstico da POI-87 propõe que se avaliem os mecanismos políticos gerenciais, destacando-se o processo de integração interinstitucional, o funcionamento das AIS e a situação dos instrumentos de gerência.

Ainda assim, os objetivos e procedimentos para tais avaliações não são discutidos. Deve-se lembrar que é exatamente com este tipo de análise que se tem a oportunidade de identificar as questões centrais dos diagnósticos estratégicos dos serviços - quais os núcleos de poder na extensa rede de micro-poderes no interior dos serviços, que propostas são hegemônicas e como se relacionam tais propostas com as respectivas ideologias de saúde existentes.

Uma outra questão igualmente relacionada a este tipo de avaliação mais qualitativa, da dinâmica de financiamento dentro dos serviços, diz respeito ao levantamento da situação de recursos humanos, já parcialmente mencionado. As relações entre os diversos grupos profissionais, a capacidade efetiva de delegação de funções entre os diversos níveis hierárquicos, a capacidade de tomada de decisões, a existência de trabalhos em equipes multiprofissionais, o entendimento que cada categoria profissional tem de seu papel, são pontos importantes de análise em diagnósticos estratégicos e ideológicos, mas que nestes roteiros também não são considerados. O levantamento da situação de recursos humanos esgota-se no quantitativo de pessoal por categoria profissional, em cada instituição e serviços de saúde e, dentro dos serviços, nos diversos setores. Além disso, como já foi dito, nem mesmo estes dados são compatibilizados com outros que servirão para a identificação do perfil assistencial da unidade.

Outros detalhes, incluindo o tempo de serviço de cada servidor, sua idade, são levantados sem que necessariamente tenha-se claro o que fazer com eles.

A questão da necessidade de treinamento e capacitação de pessoal é abordada apenas em um dos roteiros.

Outros dados como a carga horária, regime de trabalho, desvios de função e salários, são também levantados. No entanto, não são definidos os critérios e/ou questões orientadoras para a análise destes dados, correndo-se o risco de ficarem apenas "armazenados". Deixa-se de considerar a importância de tais dados para um diagnóstico estratégico dos serviços, na medida em que referem-se as questões geralmente conflitivas no interior de cada instituição e entre as instituições. É preciso se identificar os conflitos sobre administração e remuneração de pessoal, identificar quais são as propostas, em que divergem, como se posiciona cada categoria ou grupo de profissionais sobre elas e qual a relação destas posições com o modelo vigente de assistência à saúde e com as propostas de mudança para o setor.

Uma outra questão que, praticamente, não é abordada (com exceção de dois roteiros que a abordam parcialmente) diz respeito às ações de administração dos serviços propriamente ditas e aos instrumentos de planejamento e gerência. Além do que já foi mencionado sobre o documento orientador da POI-87, no que se refere a alguns instrumentos de gerência, observa-se em outro roteiro a tentativa de avaliação dos sistemas de informação, suprimento, manutenção de equipamentos e supervisão. É importante que se atente para a relação destas questões com os diagnósticos estratégicos e ideológicos. Assim, por exemplo, no roteiro das áreas tradicionalmente consideradas administrativas podem estar localizados importantes núcleos de poder, que compõem a rede de micro-poderes identificada por Mário Testa nos serviços. Tais núcleos, por sua vez, podem ser responsáveis pela agilização ou obstaculização de propostas de mudança relacionadas aos serviços e, em particular, à assistência propriamente dita, a exemplo de propostas de descentralização da gestão administrativa e financeira do planejamento ou ainda, propostas de integração interinstitucional, co-gestão, unificação da rede, organização de um sistema de referência e contra-referência, entre outras que dependem não apenas de decisões e normas técnicas mas também administrativas, de mudanças nas lógicas de operação dos vários sistemas já existentes como o de suprimentos, orçamentação, informação. Sobre este último, inclusive, já foi comentado anteriormente sobre a forma como está geralmente orientado para a perpetuação de determinados "conhecimentos" sobre os serviços em detrimento de outros que poderiam indicar a necessidade de mudança.

Muitas observações ainda poderiam ser feitas a respeito dos roteiros examina-

dos e das possibilidades de análise. Contudo, o presente trabalho não se propõe, absolutamente, esgotar estas opiniões. Do que foi exposto, conclui-se, entretanto, que os tipos de dados utilizados no diagnóstico administrativo dos serviços podem apenas ser utilizados como base, ponto de partida para o diagnóstico estratégico e ideológico que implicam objetos de investigação bastante distintos.

### 3.2. SETOR SAÚDE

As principais questões metodológicas apresentadas no item anterior também se verificam na análise da categoria Setor Saúde, em relação aos diagnósticos administrativo, estratégico e ideológico.

Mais uma vez buscou-se examinar as possibilidades de utilização de dados contidos originalmente nos vários grupos definidos pelos roteiros, como "caracterização do município", "capacidade instalada", "situação das CIMS/CRIS" - estes últimos dentro de um grupo de dados solicitados em roteiros mais recentes.

Retomando as concepções desenvolvidas por Mário Testa, a principal categoria ordenadora do diagnóstico estratégico do Setor será, assim como no de serviços, o poder. Só que agora não se trata mais do poder técnico, disperso em uma rede confusa pelos serviços, mas do poder administrativo, que se dá através das formas de financiamento do setor, compondo uma estrutura de poder, com classes e frações de classes dentro e fora do setor, muito mais visível.

Assim, há pelo menos duas questões a serem consideradas: uma é a análise da estrutura de poder no setor e que não necessariamente se localiza dentro do Setor (ver capítulo anterior); a outra diz respeito aos mecanismos de mediação entre tal estrutura de poder e a organização subsetorial, dos quais se destaca a questão do financiamento.

O exame dos roteiros selecionados demonstra, entretanto, que este tipo de análise acima referido não é considerado como também não se torna viável, pelos tipos de dados solicitados.

Assim, por exemplo, diante da necessidade de se identificar a composição setorial, os dados solicitados restringem-se aos levantamentos da capacidade instalada dos serviços, onde são identificadas as unidades pelo tipo de administração a que estão subordinadas (pública federal, estadual, municipal, privada, filantrópica...) ou pelo nome das instituições mantenedoras. Este tipo de levantamento, no entanto, não dá conta da identificação de todos os setores sociais envolvidos com o Setor, nem mesmo de todos aqueles envolvidos diretamente na produção de bens e serviços de saúde, já que, por exemplo, não são consideradas as indústrias de medicamentos, equipamentos e outros insumos, ou ainda as instituições de ensino e pesquisa, as entidades representativas de classes, corporações, entre outras que, junto com os segmentos da sociedade organizada, irão compor a estrutura de poder no Setor e representam as várias forças sociais que nos diagnósticos estratégicos e ideológicos devem ser considerados para se viabilizar as propostas de mudança.

Neste sentido, é necessário saber não apenas qual é a composição do setor mas que interesses estes vários grupos defendem.

A falta de integração entre os diversos grupos de dados solicitados pelos roteiros fornece mais uma vez um exemplo de como estas questões deixam de ser consideradas. É o caso da solicitação do levantamento de entidades como Embrater, Emater, Rotary e Lions Club, entre outras, sem se identificar, por exemplo, que papel estes órgãos vêm desenvolvendo na melhoria das condições ligadas direta ou indiretamente à saúde, qual sua articulação com as instituições pública e privadas de saúde, ou ainda qual sua posição com relação às propostas de mudança no Setor.

O mesmo levantamento "estático" é observado no que diz respeito às instâncias gestoras das AIS. A maioria dos dados restringe-se à verificação da existência ou não destas instâncias, se necessitam ou não de assessoria, se têm um cronograma de reuniões, etc.

Não se propõe, por exemplo, uma avaliação política da representatividade destas instâncias em relação ao conjunto de instituições e forças sociais envolvidas no Setor, da participação da população e do conjunto de profissionais de saúde nas decisões tomadas nestas instâncias, no planejamento e avaliação das ações. Também não se propõe uma avaliação do grau de integração real entre as instituições nestas instâncias, a partir de seus orçamentos, mecanismos de gerência, da programação integrada e, nem mesmo se avalia o poder de gestão real de tais instâncias, na medida em que se sabe que muitas decisões sobre o Setor são ainda tomadas fora do Setor, à sua revelia, ou ainda, decisões que dizem respeito ao nível local (por exemplo, às CIMS) são tomadas pelos níveis estaduais ou federais. Outra situação, que não raro ocorre nestas instâncias de gestão interinstitucionais é que as diversas instituições têm também diversos graus de poder para influir nas decisões e tal poder, por sua vez, é mediado pelas formas de financiamento. Sob este aspecto, os roteiros examinados também não conseguem dar conta deste tipo de avaliação. Solicita-se, por exemplo, o nome e endereço de todos os estabelecimentos de crédito do município, mas não se avalia a composição dos recursos destinados à saúde por todas as suas fontes, a distribuição destes recursos entre as instituições públicas e privadas, e, dentro destas, a distribuição de recursos entre as várias ações.

Não basta saber de quanto dispõe cada instituição, mas quais as prioridades na alocação de recursos e que parcelas da população são mais beneficiadas com tais recursos, e ainda, como são definidas tais prioridades, com que nível de descentralização e participação e como tais prioridades se relacionam com as propostas globais de organização do Setor.

A questão do financiamento e da estrutura de poder no Setor é hoje, diante da atual proposta de Reforma Sanitária, um dos pontos mais complexos a serem enfrentados. Em determinados momentos confundem-se os mecanismos de poder formais com os mecanismos reais, que nem sempre são coincidentes. Saber identificar adequadamente tais questões é uma das principais tarefas do diagnóstico estratégico e ideológico, para que de fato se possa intervir na organização do Setor e na realidade sanitária.

Ao final desta análise, uma observação ainda merece ser feita no sentido de se distinguir o que seria a proposta ou "roteiro" de diagnóstico, por um lado, e o produto final das análises feitas, ou seja, o diagnóstico propriamente dito, no que se refere ao registro escrito de cada um deles. O diagnóstico, quando materializado sob forma de documento, nem sempre deverá explicitar todos os aspectos analisados, através dos diagnósticos estratégico e ideológico, principalmente quando existe a possibilidade de que tais aspectos possam vir a enfraquecer alianças já existentes ou potenciais ou, por outro lado, reforçar o poder daqueles considerados "inimigos", no processo de mudança que se pretende.

4 - DIRETRIZES GERAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DO DIAGNÓSTICO, A NÍVEL LOCAL :-  
DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS

O objetivo deste capítulo é retomar, de forma mais sistematizada, algumas considerações e questões apresentadas em pontos dispersos deste documento, no sentido de reforçá-las, bem como acrescentar algumas outras que igualmente refletem a atual postura da ASPLAN quanto à coordenação das ações de planejamento na Instituição.

- A ASPLAN entende que não deve fornecer aos Núcleos Regionais de Planejamento nenhum roteiro de diagnóstico de saúde pré-definido. Espera-se que as considerações contidas neste documento sejam úteis às equipes regionais e locais na definição dos aspectos a serem abordados no diagnóstico, bem como sua forma, metodologia e estratégias para sua realização.
- A ASPLAN espera também poder contribuir para este processo através de discussões com as equipes durante as supervisões, encontros regionais, seminários, entre outras oportunidades de contato, como as visitas de integrantes dos Núcleos à ASPLAN, programadas para este ano.
- A realização do diagnóstico de saúde a partir do próprio nível local não deve ser entendida como uma tarefa pontual, circunscrita a um determinado espaço de tempo e apenas para responder a uma demanda do nível central, deslocando-se grande número de profissionais para o campo e parализando as rotinas tanto do nível regional como do nível local. Deve-se lembrar que o que é preciso é que a prática de diagnosticar a situação sanitária seja incorporada, de modo contínuo, à prática dos serviços de saúde de seus profissionais e em sua relação com a população. Várias informações já são disponíveis, mas não são, contudo, de domínio amplo, nem de profissionais nem da população, e é preciso que o sejam. Várias oportunidades deixam de ser aproveitadas para se aprofundar o conhecimento da realidade de saúde quando, por exemplo, as práticas de acompanhamento e avaliação de programas, atividades ou projetos, reduzem-se a um exercício burocrático de prestação de contas a instâncias superiores, como simples descrição do grau de cumprimento das metas físicas e financeiras. Os momentos de elaboração dos programas de trabalho e respectivas propostas orçamentárias, muitas vezes deixam de considerar as informações que se possui, formal e informalmente, para a definição de prioridades e direcionamento das ações.

Desta forma, ao se definir as estratégias e instrumentos de aprofundamento do diagnóstico de saúde a nível local, deve-se estar atento para não se agir como se se estivesse "partindo do zero". É preciso considerar não apenas as informações rotineiramente produzidas mas, inclusive, os diagnósticos que, por mais

superficiais ou falhos, já tenham sido produzidos desde a elaboração da Proposta-Orçamentária para 1986 (P.O. 86) - que já teve orientação para ser elaborada a nível local - bem como os diagnósticos produzidos no momento da elaboração da Programação-Orçamentação Integrada 87 (POI 87) e P.O. 88.

Da mesma forma, e dentro da perspectiva de se incorporar o diagnóstico de saúde como rotina dos serviços, deve-se buscar ampliar o que se entende por "momentos de diagnóstico", dos quais as reuniões de rotina entre profissionais e as discussões com a população devem fazer parte, além de levantamentos específicos que se façam necessários.

- A ASPLAN não espera que os Núcleos de Planejamento, ao final de determinado período, enviem ao nível central qualquer documento de diagnóstico elaborado. Não se trata, como já foi dito, de nenhuma tarefa pontual, pois um diagnóstico de saúde deve ser um processo contínuo. Haverá, no entanto, momentos em que se discutirá com os Núcleos e demais profissionais das Diretorias não apenas o processo em que está ocorrendo o diagnóstico a nível local, bem como verificados os principais desdobramentos mais imediatos do desenvolvimento e aperfeiçoamento do processo de diagnóstico, quais sejam:

- 1) Revisão imediata e alteração, se necessária, de rotinas, normas de funcionamento, prioridades, bem como eliminação de quaisquer entraves diagnosticados, visando a melhoria da qualidade da assistência. Tais medidas podem se desdobrar a curto, médio e longo prazo, bem como podem depender apenas do nível local ou de mudanças que devem ser originadas a níveis regional ou central;
- 2) Subsidiar a Programação-Orçamentação Integrada de 1988 (POI 88);
- 3) Subsidiar a elaboração da Proposta Orçamentária do SESP para 1989 (P.O.89) - normalmente realizada com um ano de antecedência, de acordo com a lei que rege o Orçamento da União;
- 4) Acelerar o processo de organização dos Distritos Sanitários.

Dos quatro principais desdobramentos do diagnóstico listados acima, o quarto merece algumas considerações dada sua especial importância no momento da realização da Reforma Sanitária Brasileira, embora, obviamente, os demais estejam também a ela intimamente relacionados, bem como à reorganização das ações da Fundação SESP.

Como já foi mencionado neste trabalho, os diagnósticos de saúde podem ser realizados a partir de vários objetivos. Podem ser mais ou menos abrangentes, a-

dotar diferentes metodologias e utilizar instrumentos diversos, dependendo de seus objetivos.

Neste momento, o SESP busca reorganizar suas ações para torná-las mais resolutivas. No entanto, a Instituição entende também que a garantia de maior resolutividade de suas ações passa pela realização da Reforma Sanitária, de modo que quaisquer que sejam as propostas de mudanças de suas práticas e rotinas, estas devem manter estreita coerência com os conteúdos da Reforma Sanitária.

Por outro lado, entendendo também que a Reforma Sanitária precisa se realizar, ao mesmo tempo, nos diversos níveis de decisão e execução, o SESP prioriza, neste momento, a organização dos Distritos Sanitários,

na medida em que o mesmo se constitui enquanto estratégia de aceleração da própria Reforma Sanitária Brasileira.

Neste sentido, a prática de diagnóstico de saúde a ser adotada pela Instituição deve ter como objetivo primeiro a mudança da atual realidade sanitária e a legitimação da proposta da Reforma Sanitária.

Retomando então várias questões abordadas neste trabalho, deve-se considerar que um diagnóstico de saúde que tem por objetivo geral a organização de Distritos Sanitários, não pode deixar de ter as seguintes características básicas:

- a) Não se reduz ao levantamento dos recursos de saúde disponíveis em cada localidade e sua distribuição em função da população da área, mas deve compreender, sobretudo, a análise do grau de adequação entre as atividades e práticas de saúde dos serviços à situação epidemiológica local e a consequente análise da resolutividade dos mesmos.
- b) A organização de um Distrito Sanitário não deve ser confundida com uma proposta de regionalização e hierarquização de serviços burocráticos determinada, com normas e rotinas técnicas e administrativas igualmente definidas de modo vertical. Trata-se da construção de um modelo assistencial que, obviamente, irá regular as práticas de saúde e normas de funcionamento das instituições locais prestadoras de serviços, onde serão também considerados os critérios de regionalização e hierarquização, mas, que, fundamentalmente, deve apoiar-se, garantindo os princípios de individualização e equidade da assistência, na total adequação dos perfis assistenciais das instituições e suas unidades de saúde aos perfis epidemiológicos e demais características das diferentes realidades locais.

Como pode ser depreendido de várias questões já analisadas neste trabalho,

a construção e a viabilização deste modelo assistencial não dependerá exclusivamente de condições técnicas. Em cada realidade local, os interesses e motivações dos diversos atores sociais - profissionais de saúde, associações e outras entidades representativas da população, sindicatos, políticos locais, instituições públicas, instituições privadas, etc. - não são necessariamente convergentes. Portanto, o diagnóstico de saúde, mais do que um instrumento de análise da adequação entre serviços e necessidades de saúde, deve poder se constituir como um instrumento de legitimação da própria proposta de distritalização. Para isso, deverá envolver, desde o início, o maior número de forças sociais possível, não apenas para se conhecer suas atuais tendências face à proposta, mas, principalmente, para se ampliar aliados e se traçar estratégias que, partindo do reconhecimento da legitimidade do diagnóstico, enquanto expressão mais fiel possível das necessidades, pelos vários atores, levem à incorporação de fato na vida das instituições e da população, e não apenas nas normas, do novo modelo assistencial proposto.

- c) O diagnóstico, mesmo que realizado a nível municipal, poderá indicar a necessidade de organização de um ou mais Distritos Sanitários dentro de um mesmo município, ou ainda num único Distrito Sanitário do qual farão parte mais de um município. Desta forma as questões relativas à integração com outras instituições, durante a própria realização do diagnóstico, bem como sua articulação com as instâncias gestoras das AIS não devem se prender ao âmbito municipal.

Outra questão daí decorrente, e já apontada neste trabalho, diz respeito ao grau de desagregação dos dados estatísticos disponíveis, podendo vir a exigir um esforço no sentido da obtenção de fontes alternativas de informação e/ou melhor utilização dos dados já disponíveis. De qualquer forma, irá demandar a reorganização, integração e aperfeiçoamento dos atuais sistemas de informação, de modo a torná-los adequados às necessidades de planejamento e gerência dos Distritos Sanitários. Neste sentido, a questão "sistemas de informação" necessita ser examinada durante o próprio diagnóstico.

- d) Além das questões mencionadas acima, cabe, ainda, relacionar alguns pontos importantes que necessitem maior cuidado em um diagnóstico que esteja voltado para a organização de Distritos Sanitários e para a implementação da proposta de Reforma Sanitária de forma global:

- . Definição do perfil assistencial de cada unidade de saúde e seu nível de

- complexidade;
- Definição, geográfica ou populacional, da responsabilidade de cobertura de cada unidade de saúde;
- Identificação dos mecanismos de referência e contra-referência - não reduzindo-se aos instrumentos formais, mas observando-se os fluxos reais da população entre os serviços;
- Análise dos mecanismos de gestão, grau de descentralização, autonomia, integração interinstitucional, canais e grau de participação da população na gestão dos serviços, etc.;
- Análise do financiamento, não apenas do ponto de vista dos mecanismos de repasse de recursos e suas fontes oficiais, mas a origem e destinação social dos mesmos (ver capítulo anterior: Diagnóstico Estratégico do Setor);
- Análise do grau de integração entre as ações ditas "curativas" e "preventivas", examinando-se mais criticamente a atual capacidade do nível local em garantir ações compatíveis com um conceito amplo de saúde. Neste sentido, é fundamental que sejam incorporadas no diagnóstico e na própria organização dos D. S. as ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saneamento, controle do meio ambiente, saúde ocupacional, entre outros;
- Análise das possibilidades de organização das Regiões de Saúde, compreendendo os níveis de maior complexidade, como apoio aos Distritos Sanitários, tanto nas ações ditas finais como nas intermediárias, a nível técnico e gerencial.

Deve ser ressaltado ainda que os pontos relacionados acima não esgotam absolutamente as questões relativas à organização dos Distritos Sanitários, nem tampouco as características de um diagnóstico de saúde que tenha este objetivo central. Estes pontos foram destacados apenas no sentido de fortalecê-los entre tantos outros que, nos roteiros de diagnóstico examinados neste trabalho, não são aprofundados, ou mesmo considerados.

- Quanto ao papel dos Núcleos Regionais de Planejamento no desenvolvimento do diagnóstico, em função das diretrizes atuais da Fundação SESP, deve-se destacar:

- 1) O desenvolvimento do diagnóstico não é atribuição exclusiva dos Núcleos, mas de toda a equipe regional e local, embora os Núcleos de Planejamento tenham um papel fundamental na coordenação de todo o processo;

- 2) A definição de instrumentos e estratégias para o desenvolvimento do diagnóstico deverá ser originada em amplos debates com todos os setores da Diretoria, com as equipes locais, a população e também com as demais instituições de saúde, de forma a garantir um compromisso efetivo com o processo, bem como a elaboração de um trabalho integrado intra e interinstitucional que possa, de fato, orientar a organização dos Distritos Sanitários e conferir maior resolutividade aos serviços;
- 3) Deve-se garantir a participação do nível local - incluída a população - em todas as etapas do processo e não apenas na coleta de dados;
- 4) Além dos pontos acima, os Núcleos de Planejamento devem também buscar garantir que, durante todas as discussões regionais e locais, para a definição de estratégias e instrumentos, os objetivos do diagnóstico sejam explicitados, de forma a se assegurar a maior adequação entre estratégias, instrumentos e objetivos, bem como as condições que tornem o desenvolvimento do diagnóstico, de modo contínuo, algo factível e viável;
- 5) Embora já mencionado no início deste capítulo, cabe mais uma vez destacar a importância de se utilizar as informações já disponíveis e de se aproveitar cada momento do dia-a-dia dos serviços como "momentos de diagnóstico".

É fundamental que as estratégias que sejam definidas para o desenvolvimento do diagnóstico a nível local não o transforme em algo "pesado", pontual, que represente sobrecarga ou paralização da rotina, mas que, embora possam ser necessários momentos mais sistematizados de reunião e análise de informações, o diagnóstico possa, incorporado à rotina, ser suficientemente ágil para permitir transformações mais imediatas nos serviços, ao mesmo tempo que aponte para necessidades que deverão ser atendidas em momentos posteriores, como nos momentos de programação-orçamentação, redefinição de prioridades em função da definição dos tetos orçamentários inferiores às propostas, e quaisquer outras oportunidades dentro da Instituição e no trabalho conjunto com outras instituições.

Por fim, a ASPLAN gostaria de encerrar o presente documento com o seguinte comentário para reflexão:

Muitas vezes, quando somos confrontados com a necessidade de mudar nossas práticas diárias de trabalho, de mudar a própria lógica de funcionamento das instituições, diante da necessidade de respostas mais eficazes aos problemas de

saúde da população, e nos depararmos com propostas que ainda não conhecemos ou que ainda não tentamos implementar, não é raro que tenhamos uma reação de rejeição a tais propostas, antes mesmo de discutí-las. É preciso então, humildade para admitir que tal reação muitas vezes é determinada pela sensação de insegurança que é sentida quando se tem que abandonar uma certa forma de agir que, durante algum tempo "deu certo", mas que no momento não funciona mais, dados os novos objetivos que se propõem, e que tenhamos que aprender novamente várias coisas.

Frequentemente, diante de tais propostas, dizemos ou ouvimos dizer: "São apenas teorias ... muito teóricas ... a teoria, na prática, é outra ..." e assim por diante. É preciso então lembrar que não existe teoria sem prática nem prática sem teoria. Estas não são duas coisas separadas - não se pode separar o pensar e o agir sobre uma realidade. Mesmo quando o tipo do trabalho que se executa não exige mais que o aparafusar uma peça em um motor, ou o lavar, esterilizar e empacotar lençóis usados em um hospital, e o sujeito que realiza tais ações não saiba porque tem que fazê-las daquela forma e não de outra, existe uma "teoria" por trás desta prática, que a orienta, e o ideal seria que tais sujeitos a conhecessem para que, a partir também do que fazem diariamente, pudessem aperfeiçoá-las ou transformá-las.

O que acontece é que a mudança de um determinado tipo de prática para outro, geralmente, significa a mudança de referenciais teóricos e ideológicos. Por isso precisamos ter clareza de quais são os referenciais que hoje nos orientam e em que direção - o que, em última instância, significa que tipo de sociedade queremos construir. Neste sentido, nosso papel enquanto profissionais de saúde e enquanto cidadãos é fazer com que as "teorias", nas quais acreditamos e julgamos mais justas, tornem-se a própria prática, ou seja, que a ação reflita o pensar e que este possa, a partir da própria ação e do confronto com os vários aspectos da realidade, ser transformado, num processo de mudança que é contínuo, assim como é contínuo o nosso processo de aprendizagem sobre a realidade.

A partir destas perspectivas, podemos então transformar, com mais tranquilidade, nossos referenciais teóricos e nossas práticas e abandonar a falsa sensação de segurança que nos causam quando os julgamos imutáveis, em troca do aperfeiçoamento de nosso trabalho e de seus resultados para a saúde da população.