

lidade. Várias hipóteses têm sido levantadas para explicar a queda de taxa de fecundidade no Brasil. Para MARTINE (1989) é necessário buscar explicação além das tradicionais, como os avanços tecnológicos, e a modernização da infra-estrutura de serviços do que propriamente a melhoria das condições de vida da população. Na tentativa de aprofundar esta análise o Autor exemplifica dizendo que, apesar do crescimento econômico relativo de algumas regiões do País nos últimos 20 anos, 2/3 da população, ainda, vivem na miséria. Quanto à participação de recursos de instituições privadas em programas de controle da natalidade no Brasil, deve ser destacado que sua aplicação está localizada nos estados do Nordeste, sendo reduzido o número de mulheres de outras regiões que praticam o planejamento e que receberam informações ou meios de controle de natalidade destas agências. Neste sentido torna-se necessário analisar a associação de determinantes sociais, econômicos e culturais que têm contribuído para a queda da fecundidade da mulher brasileira.

Com estes dados a análise prospectiva do padrão demográfico do País deve ser utilizada para o planejamento em saúde, incluindo o planejamento de recursos humanos para o setor. Torna-se necessário destacar que a modificação do quadro demográfico acarreta necessidades e demandas diferentes por região geo-política, que deve repercutir no quadro sanitário, o que exigirá do Setor Saúde uma nova abordagem do modelo assistencial e a incorporação e desenvolvimento de tecnologias.

Para MARTINE (1989), três aspectos distinguem a transição demográfica de países como o Brasil e dos países europeus, ou sejam:

- . maior intensidade do crescimento populacional durante a fase "explosiva" nos países de transição recente;
- . maior velocidade de transição de padrões tradicionais para padrões modernos;
- . nos países como o Brasil a transição não se associa tão diretamente, como na Europa, à extensão dos benefícios do desenvolvimento a parcelas cada vez maiores da população.

Assim fica evidenciado a necessidade de recompor tecnologicamente os serviços de saúde e redefinir perfis dos profissionais de saúde, tendo como ponto de partida a necessidade de reordenar o processo de trabalho no setor frente as demandas e necessidades apontadas nesta análise.

### 3.1.3. Aspectos da morbi-mortalidade no País

Os dados demográficos da população brasileira apontam uma situação de composição e distribuição populacional por região geo-política, estrutura etária e sexo, marcada pelas desigualdades regionais e por um perfil de incremento populacional que deve produzir alterações no quadro nosológico do País nas próximas décadas.

Reconhecendo que a análise das condições de saúde não se esgotam na relação das características da estrutura populacional e do quadro nosológico, busca-se contextualizar o quadro sanitário a partir de parâmetros de desenvolvimento da sociedade, reafirmando o entendimento da determinação social do processo saúde/doença.

MALIK (1982), ao analisar o tema Saúde e Desenvolvimento, afirma que o relacionamento da saúde com o desenvolvimento é, sem dúvida, um dos primeiros aspectos a serem considerados nos estudos quando se fala em administração de saúde. Para reforçar essa afirmação, a Autora aponta as propostas do relatório final aprovado no III Encontro Municipal do Setor Saúde e no II Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado em abril de 1982 em Montes Claros, Minas Gerais. Através deste relatório verifica-se que as necessidades de saúde da população são sentidas por todos e estão representadas pe

los altos índices de mortalidade, morbidade, bem como na baixa expectativa da esperança de vida ao nascer da população brasileira e, ainda, que a relação de causalidade está claramente estabelecida com outros fatores que não dependem diretamente do Setor Saúde, tais como baixo índice salarial, alimentação insuficiente, habitação precária, educação deficiente e falta de participação da população nos processos decisivos. Estes fatores traduzem condições de vida que, por sua vez, compreendem o conceito amplo de saúde defendido pelo "movimento da Reforma Sanitária Brasileira".

Tomando estas afirmações como importantes no direcionamento da caracterização do perfil epidemiológico da população brasileira, torna-se necessário abordar alguns aspectos que têm moldado a economia do País.

A economia brasileira nas últimas décadas tem se caracterizado pelo rápido crescimento e consolidação do modelo capitalista industrial, com forte dependência dos países industrializados centrais e marcada por sucessivas crises econômicas e períodos recessivos, com conseqüências negativas da qualidade de vida da população decorrentes do arrocho salarial, do subemprego e do desemprego.

VALENTE (1988), ao analisar a conjuntura nacional, afirma que "internamente as políticas de ajuste imposto pelo FMI promoveram uma agudização da concentração de riqueza no país que hoje o coloca em primeiro lugar no mundo nesta área, tendo os 10% mais ricos uma participação de 47% na renda nacional, en

quanto que os 50% mais pobres da população economicamente ativa possuem apenas 13,5%". Tomando por base os dados censitários de 1980, MELLO (1983) observa que nos últimos 20 anos os 50% mais pobres da população ficaram 33 vezes mais pobres, enquanto que os 5% mais ricos ficaram 39 vezes mais ricos. O Censo de 1980 esclarece que 67,0% da população economicamente ativa auferem rendimentos iguais ou inferiores a dois salários mínimos, percentagem que cai para 51% em São Paulo e atinge 84% no Nordeste, onde 65% da população economicamente ativa tem renda mensal igual ou superior a um salário mínimo (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL, 1980).

Esta situação tem implicações nas condições de vida, com grande impacto na ingestão proteico-calórica, no nível de escolaridade, nas condições de habitação e de saneamento básico, que favorecem e aumentam o risco de adoecer e morrer.

ARCOVERDE (1982), em discurso proferido na Escola Superior de Guerra, enquanto Ministro da Saúde, afirma que a saúde do homem está diretamente relacionada às formas como ele produz seus meios de vida, isto é, em quê e como trabalha, dependendo, igualmente, de como e com quê satisfaz suas necessidades. Para o Autor, a satisfação destas necessidades guarda estreita relação com a sua capacidade de consumo e, para explicá-las, toma o trabalho e o consumo como pólos focais na análise das condições de saúde.

Quanto ao trabalho, o citado Autor faz referência a algumas características tais como: duração, intensidade de jornada e ambiente onde ele se dá, e que influenciam na saúde. Quanto ao consumo, aponta inúmeros itens, cujas dimensões qualitativas e quantitativas refletem diretamente sobre os níveis de saúde de uma população. Estes itens são apresentados pelo Autor em ordem de importância, a saber: alimentação, habitação, incluindo saneamento, serviços de saúde pública e de atenção individual, serviços educacionais e lazer, argumentando que existe uma relação direta entre os mesmos e a renda de determinado grupo social, o que por sua vez define sua capacidade de acesso a bens, incluindo os de serviços. Associados a estes aspectos devem-se ressaltar os agravos do meio ambiente, determinados por poluentes químicos e físicos e a violência, enquanto fenômeno dos grandes centros urbanos que se expande, hoje, para a região rural, e que demarca bem os conflitos entre os grupos sociais.

Confirmando esta análise, RODRIGUEZ NETO (1985) afirma que, do ponto de vista de seus determinantes, a melhoria das condições de saúde da população só pode advir de uma política econômica socialmente justa que permita condições de vida mais adequadas à população. Baseando-se nestes pressupostos, o Autor trabalha com instrumentos epidemiológicos tais como: indicadores, taxas e razões para caracterizar o perfil nosológico da população brasileira. Torna-se necessário salientar que, mesmo reconhecendo a eficácia técnica destes instrumentos, deve-se ques

tionar a sua utilização como elemento de argumentação para fixar parâmetros de normalidade/anormalidade, adaptação/desadaptação, compensação/descompensação, desenvolvimento/subdesenvolvimento (BERLINGUER, 1988). Considerando tais argumentos, pretende-se, neste momento, utilizar dados epidemiológicos de morbidade e mortalidade, na tentativa de explicar como a história das relações e dos processos sociais influenciam e evidenciam o próprio desenvolvimento da sociedade em cada momento histórico.

BERLINGUER (1988) advoga que a análise das doenças e o modo como se manifestam na coletividade é uma tarefa que deve envolver todos os profissionais de saúde, os cidadãos e as instituições públicas. Para o Autor, esta análise chama-se "epidemiologia" e se refere não somente aos flagelos contagiosos, mas a todas as doenças agudas e crônicas, infecciosas e degenerativas, genéticas e ambientais. Afirma ainda que, apesar das dificuldades e das análises tendenciosas, possíveis de serem realizadas, a utilização dos dados epidemiológicos tem possibilitado esclarecer as relações entre causa e efeito, ajudando assim a prevenção de doenças. Estes pressupostos e alguns dados epidemiológicos, direta e indiretamente, contribuem na determinação das condições de saúde da população brasileira. OS dados e informações sobre as condições de moradia, incluindo rede de água e esgoto, destino do lixo e iluminação elétrica são deficientários, em decorrência das limitações dos sistemas de informação, dificultando a análise dos dados existentes pela

pouca confiabilidade do ponto de vista estatístico.

Quanto aos dados de abastecimento de água e esgoto, os da Tabela VII demonstram que 60% dos domicílios particulares permanente têm rede de água potável, e apenas 43,3% contam com rede de esgoto. A rede elétrica cobre 74,9% da população, sendo que, para as regiões Nordeste e Centro-Oeste, observa-se um declínio nos índices de cobertura, representando 50,8% e 67,1%, respectivamente.

As informações até então disponíveis e analisadas mostram que parcela expressiva da população brasileira passou a residir na área urbana num movimento rápido e intenso, favorecendo o surgimento de um grande contingente de favelas e bairros periféricos sem infra-estrutura básica. Por outro lado, a distribuição desses serviços depende quase que exclusivamente do poder aquisitivo do indivíduo enquanto cidadão ou grupo social.

Reconhecendo as diferenças regionais na distribuição dos serviços de abastecimento de água, esgoto, desterro do lixo e iluminação elétrica é fundamental destacar-se o papel que estes serviços cumpriram na diminuição de riscos e de doenças, principalmente na primeira infância. O aumento da distribuição desses serviços, em especial os de esgoto e de água potável, tem sido apontado como um dos principais fatores determinantes da queda da mortalidade infantil.

**TABELA VII** - Domicílios permanentes segundo tipo de abastecimento de água, esgoto, destino do lixo e iluminação por regiões geo-políticas Brasil-1981.

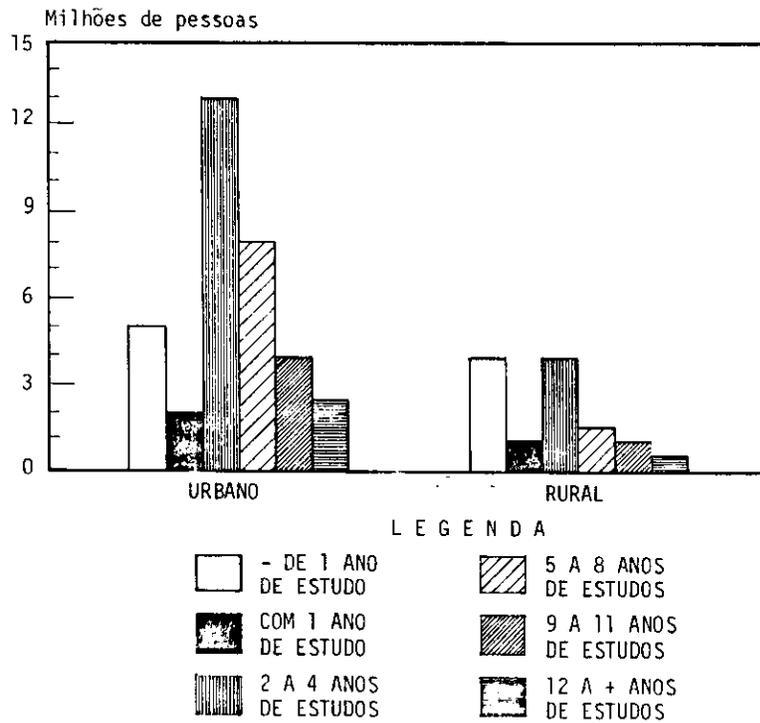
Características dos domicílios	Regiões					
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Rede Geral	60 %	70 %	36,8%	76,8%	53,9%	48,0%
Água Poço ou Nascente	25 %	20,2%	20,1%	18,6%	43,4%	48,0%
Outra	14,8%	9,8%	43,2%	4,6%	2,6%	4,0%
Rede Geral ou Fossa Sêptica	43,3%	34,6%	16,2%	63,2%	40,7%	20,7%
Esgoto						
Fossa Rudimentar	37,2%	60,3%	34,9%	27,2%	50,8%	61,8%
Não tem	19,5%	5,1%	48,8%	7,6%	8,5%	17,5%
Coletado	49,2%	37,8%	26,6%	65,5%	43,9%	42,2%
Destino						
Queimado ou Enterrado	15,4%	32,1%	7,5%	12,1%	34,9%	17,4%
Lixo Terreno Baldio	35,3%	30,0%	65,9%	22,4%	21,2%	40,4%
Tem	74,9%	82,2%	50,8%	88,9%	76,8%	67,1%
Iluminação						
Não Tem	25,1%	17,8%	49,2%	11,1%	23,7%	32,9%
Eletricidade						

FONTE: Pesquisa Nacional Domiciliar, 1981

Outros parâmetros utilizados na análise das condições de vida da população são o grau de escolaridade e alfabetização. Essas informações têm sido empregadas para estudos da correlação enquanto fatores intervenientes da mortalidade infantil e da mortalidade perinatal, entre outras. Na verdade este parâmetro já traduz uma determinação social da exclusão e marginalidade da população do acesso aos serviços educacionais regulares e institucionais. Assim, na sua utilização, deve ficar resguardado o caráter comparativo de acesso ao consumo da produção de serviços em nossa sociedade e mais, como um dos fatores diretamente determinantes das baixas condições de saúde.

Segundo dados do censo de 1980, 32% da população brasileira não sabem ler e escrever. Comparando os dados do Gráfico 1 e 2, que caracterizam a instrução da população residente na zona urbana e rural por sexo e anos de estudo, verifica-se que não há diferenças marcantes entre a população feminina e a masculina em ambas as áreas. A grande diferença está demarcada entre a população residente na zona urbana e na rural. A população residente na zona rural apresenta menor tempo de estudo em todas as variáveis, em comparação com a população residente na zona urbana. Quanto à população residente na área urbana, constata-se que mulheres e homens apresentam maior tempo de estudo — de 2 a 4 anos — o que equivale às 4 (quatro) primeiras séries do 1º grau.

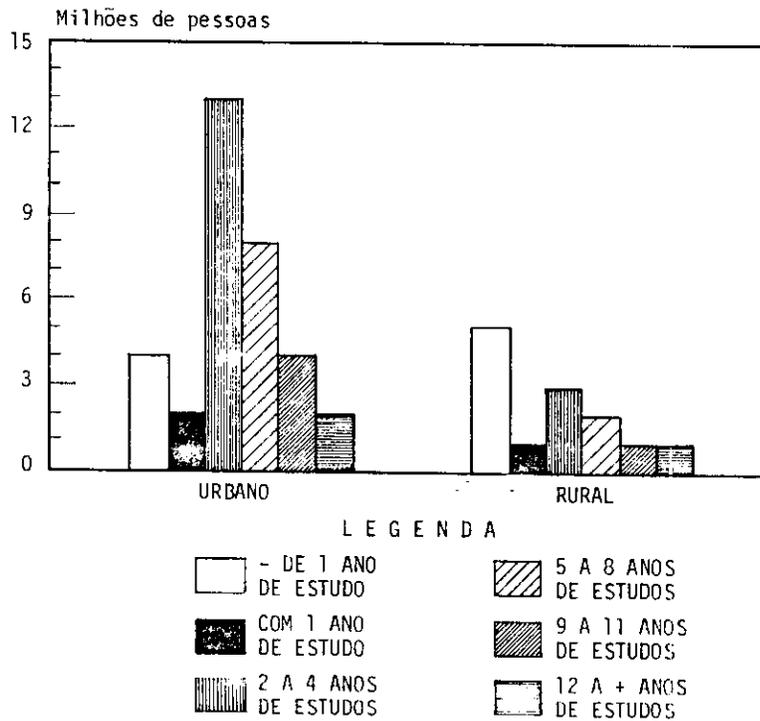
GRÁFICO 1 - CARACTERÍSTICA DE INSTRUÇÃO DA POPULAÇÃO FEMININA  
POR ANOS DE ESTUDO. BRASIL - 1983



FONTE. IBGE, Anuário Estatístico - 1985



GRÁFICO 2 - CARACTERÍSTICA DE INSTRUÇÃO DA POPULAÇÃO MASCULINA POR ANOS DE ESTUDO. BRASIL - 1983



FONTE: IBGE, Anuário Estatístico - 1985

O artigo "O DESEMPENHO" (1987), ao apresentar os dados do nível de escolaridade da população brasileira, esclarece que apesar do aumento da população entre 1981 e 1985, ocorreu uma diminuição na proporção de pessoas que cursavam o 1º grau. O artigo registra que, em 1981, entre 28.025.362 pessoas pesquisadas maiores de 5 anos, 80,2% estavam no 1º grau, enquanto que em 1985, numa população de 31.755.840, apenas 78,6% o cursavam.

Os dados referentes à ingestão calórica são também bastante alarmantes. Segundo documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 1985), 67% da população brasileira, estimada para 1988 em 79.731.809 habitantes, não consumiam as 2240 calorias/dias recomendadas como consumo mínimo pela Organização Mundial de Saúde, sendo que, de 1975 a 1983, o índice de disponibilidade de calorias por habitantes caiu a 13% e a de proteínas atingiu apenas 9%. Considerando que grande parte dos atuais problemas de saúde da população brasileira se devem a deficiências crônicas de nutrição, torna-se necessário ressaltar que a solução dos problemas de saúde depende de uma ação inter setorial, em que se deve ressaltar a necessidade de um novo sistema de produção agrícola. Para a concretização deste nosso sistema é imprescindível uma nova estrutura fundiária, com distribuição de terra e tecnologia apropriada.

Através destes dados pode-se inferir que, observadas as diferenças regionais, os padrões de condição de vida de grande parte da população do país, comparados aos de regiões muito pobres do mundo, contrastam com a característica do Brasil de potência industrial do mundo capitalista. Este quadro determina um perfil de morbi-mortalidade bastante crítico. Merece registro a avaliação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, em 1985, que informa que "no Brasil há uma convivência das denominadas "doenças da pobreza", típicas de países subdesenvolvidos, com aquelas características de nações industrializadas (BRASIL, 1985). Assim, pode-se afirmar que, sem ter equacionado seus problemas básicos de saúde, peculiares ao Terceiro Mundo, o Brasil incorpora, aceleradamente as doenças características das sociedades industrializadas. No mesmo ano a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados aborda as disparidades evidenciadas na composição do perfil nosológico da sociedade brasileira, onde se identifica uma participação significativa dos distúrbios cardíco-vasculares, neoplasias, doenças do trabalho, acidentes de trânsito, violência, doenças mentais, associadas às doenças da pobreza como desnutrição, doença de Chagas, esquistossomose, malária e doenças diarréicas. Este quadro é agravado pelas doenças emergentes, como a Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS).

Considerando a amplitude e a gravidade do quadro retratado pelos estudos em tela, pode-se verificar que nos grupos

de doença prevalentes no País, as "endemias rurais" merecem atenção especial, pelos aspectos de magnitude, de vulnerabilidade e transcendência.

Os movimentos migratórios, nas últimas décadas, determinando o deslocamento de população rural para áreas urbanas, têm colocado para todos os especialistas na área da saúde coletiva os desafios do rompimento de barreiras epidemiológicas entre áreas urbano/rural, no eixo Norte/Sul e, mais recentemente, no Leste/Oeste. Para CARVALHEIRO (1983), o movimento migratório não é um fenômeno individual, mas um processo social integrante das modificações estruturais que acompanham o desenvolvimento.

Para o citado Autor este movimento, fenômeno de grandes massas, proporciona alterações do quadro nosológico tanto nas áreas de evasão quanto nas de atuação dos migrantes. Assim, ao caracterizar o perfil epidemiológico da população brasileira, torna-se fundamental uma abordagem das endemias.

Entre as endemias de alta prevalência e de maior interesse pela sua interferência na força de trabalho, na expansão de fronteiras agrícolas e no processo de avanço do Capitalismo no campo, destacam-se a malária, a esquistossomose e a doença de Chagas. A malária apresenta-se ainda hoje como um importante problema de saúde pública, mesmo considerando a diminuição de sua incidência e a ocorrência quase que restrita à

área da Amazônia. Os dados publicados no Boletim Epidemiológico (1981), confirmam, pela notificação, a ocorrência de 143.200 casos da malária, em 1981; destes, 72,3% situam-se na região região Norte, os demais 27,7% estavam distribuídos pelas outras regiões. Quanto às perspectivas de controle da doença, estudos realizados por PATARROYO (1988) indicam a descoberta de uma vacina que poderá contribuir para a sua diminuição e até mesmo a erradicação total da malária no País.

A esquistossomose vem apresentando um comportamento diferente, quanto à área de ocorrência. Até o final da década de 30 e início de 40, ela estava limitada quase que exclusivamente à região Nordeste. A partir da década de 40, por força também dos movimentos migratórios, a doença espalhou-se por todo o País, excetuando-se a Amazônia e áreas do Centro-Oeste. (LAURENTI, 1982). A Superintendência de Campanhas (SUCAM), baseando-se nos resultados de exames de fezes de amostra da população, estima a existência de 6 a 7 milhões de doentes em todo o País, não sendo possível uma mensuração real do número de casos, mas chega-se a estimativas que atingem a dez (10) milhões de pessoas infectadas e/ou doentes. O controle da esquistossomose representa um desafio à comunidade científica do País pela ausência de uma política sólida de saneamento básico.

Outra endemia que constitui um grave problema desaúde para a população brasileira é a doença de Chagas. De caracte

rística até pouco tempo rural, ela hoje atinge áreas suburbanas, sendo prevalente em quase todo o território, excluindo-se, apenas, áreas da Amazônia. Apesar das dificuldades em estimar o número de doentes, calcula-se em 6 milhões os portadores da moléstia no Brasil. (LAURENTI, 1982).

Outras endemias se apresentam com destaque no quadro de morbidade do País, com significância expressiva no processo saúde/doença tanto para a população rural como para a população periurbana. Entre estas, cita-se a Peste, que em 1974 acometeu 700 pessoas nos Estados da Bahia, Ceará e Pernambuco. Segundo LAURENTI (1982), "embora a Peste seja considerada doença sob controle, não deixa de merecer citação pelo potencial que apresenta, ainda que restrita ao Nordeste do País".

A Leishmaniose cutâneo-mucosa e visceral também tem importância, tanto pela sua expressão numérica quanto pela sua invasão nas áreas suburbanas, principalmente sob a forma cutâneo-mucosa.

Verifica-se assim que, apesar do processo de industrialização, o País convive com doenças características de fronteiras agrícolas e da migração interna. Isso deve ser básico na organização dos serviços, além de considerado na definição do perfil dos profissionais de saúde, em especial das categorias de enfermagem.

Outro grupo de doenças bastante significativo são aquelas incluídas como de notificação compulsória por força da

Lei 6259 de 30/10/75, que dispõe sobre a Organização das Ações de Vigilância Epidemiológica. LAURENTI (1987) considera que a notificação compulsória, como fonte de dados de morbidade, tem-se mostrado bastante precária, assim como todo o sistema de informação em saúde. Segundo o Autor, este não é um problema apenas do Brasil e cita a queixa apresentada por vários países na conferência da Organização Mundial de Saúde, realizada em Viena, em 1983, quanto às dificuldades e obstáculos para a notificação compulsória.

Apesar da imprecisão dos dados obtidos através de notificação compulsória, os mesmos oferecem informações úteis sobre mudanças na incidência e têm sido utilizados para o estudo de tendências e para definição de prioridades e de estratégias no controle destes agravos.

Outro aspecto, talvez o de maior importância, refere-se ao fato das doenças de notificação compulsória estarem definidas a partir de convenção internacional baseada em uma visão ainda restrita ao campo biológico do processo saúde/doença, abrangendo somente as afecções infecto-contagiosas. Assim, a notificação compulsória não trabalha com agravos que vêm se mostrando de grande importância na composição do quadro de morbidade, como por exemplo as doenças mentais, os acidentes, incluindo os ocorridos no local de trabalho e as doenças crônicas e degenerativas, como a hipertensão, as artrites e a diabetes entre outras.

Reconhecendo todos os graus de limitação destes dados e até mesmo incorrendo no erro de uma descrição apenas quantitativa, utilizar-se-ão os dados de incidência das doenças de notificação compulsória, com o objetivo de caracterizar o perfil nosológico da população brasileira.

Os dados da tabela VIII evidenciam uma queda na incidência, por 100.000 habitantes, de algumas doenças imunoprevisíveis. A poliomielite, a difteria e o tétano foram as que apresentaram quedas mais significativas. O sarampo, apesar da disponibilidade de uma vacina com excelente grau de potencialidade, não apresenta queda no número de casos. Várias hipóteses podem ser levantadas para explicar este fato, entre as quais destacam-se a baixa cobertura vacinal, a idade de vacinação e/ou revacinação e a conservação do imunobiológico administrado. Os dados ainda permitem verificar a persistência da incidência da tuberculose, que após uma queda acentuada de sua prevalência, decorrente da descoberta e utilização dos quimioterápicos específicos ocorridos na década de 50, vem apresentando ultimamente um recrudescimento.

A hanseníase apresenta uma taxa de incidência crescente nos últimos anos. Segundo dados do Health Ministry (s.d), em 1987 estima-se que o Brasil possuía 239.328 casos de hanseníase, com prevalência de 1,7 doentes por 1000 habitantes. Pode-se afirmar que muitos dos hansenianos existentes no Brasil

**TABELA VIII** - Incidência de algumas doenças transmissíveis de notificação compulsória. Brasil - 1970/1983.

DOENÇAS	INCIDÊNCIA NA POPULAÇÃO (100.000 HABITANTES)													
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Tuberculose	39,4	37,7	87,7	45,7	45,9	51,0	47,7	49,5	51,2	56,3	59,6	71,1	70,6	67,9
Sarampo	38,3	49,0	40,5	51,4	19,6	18,9	68,5	47,4	45,5	56,7	83,8	50,5	31,6	45,7
Poliomelite	2,6	2,5	1,6	1,6	2,2	3,4	2,3	2,2	1,5	2,2	1,1	0,1	0,1	0,0
Difteria	6,7	5,1	5,1	5,4	3,6	3,8	4,6	5,2	4,5	3,9	3,9	3,2	2,6	2,6
Tétano	2,7	2,1	2,1	2,5	1,8	1,9	2,8	3,0	2,9	2,5	2,6	2,4	2,3	2,2
Coqueluche	-	-	-	-	-	17,9	26,6	30,1	30,3	28,6	38,6	34,8	44,0	20,6
Peste	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,5	0,1	0,0	0,0	-	0,1	0,0	0,1	0,1
Hanseniose	5,9	6,3	6,6	6,8	8,0	8,9	9,0	8,7	10,6	12,4	12,2	14,0	13,7	14,6
Malária	56,6	80,7	84,6	76,2	62,9	84,5	80,4	91,8	103,9	124,7	143,3	162,3	178,3	233,4
Febre Tifóide	4,0	3,9	4,4	3,9	8,3	3,3	3,5	4,7	2,7	3,4	4,0	3,3	3,1	3,0
Raiva Humana	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Doença Meningocócica	0,2	0,7	1,6	5,1	30,8	9,2	2,6	2,1	2,4	1,9	1,3	1,0	1,0	1,1
Meningites em Geral	2,3	3,7	5,1	16,6	79,2	24,3	16,2	14,1	15,8	13,5	11,5	11,4	12,4	5,2

FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL, 1984

recebem, hoje, precário ou nenhum acompanhamento e controle, o que dificulta a descoberta de novos casos e o controle de contatos.

A apresentação destes indicadores confirma a gravidade do nosso quadro sanitário, com a persistência de doenças para as quais a sociedade já dispõe de tecnologia capaz de produzir impacto no controle e até mesmo, para algumas destas erradicação. Neste sentido pode-se levantar a hipótese de que os serviços não têm se estruturado e funcionado de maneira a dispor estas tecnologias para a população dentro dos princípios de universalidade, equidade e oportunidade. Mas infelizmente "o tempo não pára" e o quadro nosológico se agrava com o aparecimento de doenças como a AIDS, e aquelas características de uma população que está trabalhando muito e vivendo mais, sob forte tensão econômica e social.

Assim, sem ter conseguido implementar medidas de impacto para o controle e/ou erradicação das doenças já referidas, coloca-se também para o País o desafio das doenças crônicas degenerativas, o das doenças mentais, o dos acidentes, o da violência e o das doenças orais.

Merecem destaque as doenças mentais que, segundo dados do MINAS GERAIS (1985), atingem cerca de 10% da população brasileira, o que representava, em 1988, aproximadamente, 14 milhões de pessoas. Considerando a determinação social desta doen

ça é a marginalização dos doentes mentais pelas instituições, pela família e por outros segmentos da sociedade, pode-se constatar a gravidade da situação a que os "doentes mentais" estão submetidos. Tal marginalização pode ser percebida pela concepção de asilar institucionalmente os "doentes mentais" até os dias atuais.

Quanto aos dados de doenças do trabalhador, o artigo APESAR DA SUBNOTIFICAÇÃO (1987), demonstra que, de 1970 a 1985, foram registrados 23 milhões de acidentes de trabalho, com 63 mil mortes. De acordo com o citado artigo, para se chegar aos dados reais, esta cifra teria que ser triplicada. Entre as doenças do trabalho encontram-se as dermatoses, a surdez, as intoxicações, o "stress", o câncer, as doenças do aparelho respiratório e locomotor e as doenças cardiovasculares. Nem mesmo o movimento de organização dos trabalhadores tem conseguido dar conta da gravidade deste quadro que espelha, com fidedignidade, a imensa desigualdade prevalente da concepção da "saúde ocupacional" tanto na descrição quanto na intervenção deste quadro, sem considerar as relações no modo de produção e, conseqüentemente, do processo de trabalho na determinação dos riscos e doenças do trabalhador.

Quanto à saúde oral, a situação não é diferente. MORAIS (1985) caracteriza o Brasil como o País possuidor de maior índice de cárie/prótese/obturação (CPO) do mundo, com a média

geral de 8(oito) dentes estragados, sendo 4 (quatro) dentes caria- dos requerendo restauração, 2 (dois) restaurados e 2 (dois) ex- traídos ou por extrair. Segundo a Autora, em números absolutos, os brasileiros possuem um bilhão e 300 milhões de dentes caria- dos. Este quadro contrasta com a realidade dos serviços de odon- tologia, verificando-se que 75% de horas/dentista disponíveis es- tão alocadas como atividade do setor privado de prestação de serviços, fato que permite inferir quanto à impossibilidade de acesso da população aos serviços odontológicos. Associado a es- te quadro, chama-se a atenção para a inexistência de programas de saúde a nível de atenção primária, talvez uma das estraté- gias possíveis de serem implementadas para reverter esta situa- ção. Neste quadro sanitário grave, onde "doenças da pobreza" as- sociam-se com doenças características do processo de desenvolvi- mento, surge a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida-AIDS, que tem sido analisada como um problema grave para a saúde pública. Na verdade, mais do que a surpresa dos números de casos existen- tes, verifica-se a perplexidade quanto aos aspectos referentes à sua vulnerabilidade. A confirmação de uma cadeia epidemiológi- ca com variáveis de difícil controle e a impossibilidade de ob- ter recursos tecnológicos capazes de, a médio prazo, asse- gurarem a prevenção e a cura da doença, provocam um clima de apreensão próximo ao pânico em grupos de risco e na po- pulação em geral. Dados publicados no artigo AS AITs (1988) da

World Health Organization demonstram que a incidência de AIDS vem aumentando em proporções assustadoras. Todavia, este aumento pode estar relacionado, além do aumento real de casos, ao controle de doadores de sangue e aos avanços obtidos por meios diagnósticos. Por outro lado, também deve estar contribuindo para o diagnóstico precoce a maior preocupação e preparação dos profissionais de saúde, assim como a maior informação da população sobre a doença em seus aspectos de transmissão e possibilidade de diagnóstico. O Brasil contava em abril de 1988 com 2956 casos de AIDS, representando uma taxa de 21,81 por 1000.000 habitantes, o que o colocava em 3º lugar em número de casos entre os demais países, ficando em primeiro lugar os Estados Unidos, com 60.862 casos, e em 2º a França, com 3.268 casos. A situação da cadeia de transmissão da AIDS coloca para o País uma situação urgente para o controle do sangue e seus derivados e para os serviços de saúde o desafio quanto ao diagnóstico precoce e assistência aos indivíduos contaminados e/ou doentes a nível individual e o coletivo.

Outro grupo de informações que pode ser bastante útil na caracterização do perfil epidemiológico da população refere-se ao indicador de mortalidade. LAURENTI (1982), considera que, embora os dados de mortalidade constituam-se em informações com finalidade precípua para o estudo da mortalidade, podem ser considerados importante fonte para o estudo da morbida

de de uma área e para o País. Neste sentido, a mortalidade é um outro indicador proposto para análise, neste estudo.

Apesar das críticas que são levantadas, quanto aos aspectos quantitativos e qualitativos das informações para a composição das taxas e índices de mortalidade, e o fato de se referirem, apenas, à causa básica de morte, estes têm significância para demonstrar doenças não detectadas, ou difíceis de serem detectadas pelos inquéritos de morbidade, pelo registro especial de doenças, pelo registro médico de indústrias ou pelas estatísticas hospitalares.

Neste sentido, ao apresentar os dados de mortalidade, buscar-se-á compreendê-los em sua dupla identidade, ou seja, da ocorrência da doença e/ou da morte.

Segundo BARRÓS (1984), embora os dados de óbito representem a fonte mais simples e comum para obter indicações dos níveis de saúde da população, as deficiências do sistema de informação podem esconder uma realidade ainda mais grave.

**TABELA IX** - Cobertura dos dados do sistema de informações sobre mortalidade por regiões geo-políticas. Brasil - 1980.

GRANDES REGIÕES	MUNICÍPIOS COM INFORMAÇÃO REGULAR	POPULAÇÃO RESIDENTE ABRANGIDA	TOTAL DE ÓBITOS DE RESIDENTES CONHECIDOS
Norte	53,6	78,4	28.754
Nordeste	57,6	68,2	193.877
Sudeste	97,3	99,2	375.821
Sul	98,2	99,5	119.895
Centro-Oeste	38,9	69,8	32.380
Brasil	77,2	87,3	750.727

FONTE: Estrutura de Mortalidade. DADOS, 7 (2-3) ago 1984

Os dados da Tabela IX endossam as afirmações de BARROS (1984), quando demonstram que apenas 77,2% dos municípios brasileiros, nos quais vivem 87,3% da população do País, apresentam, em 1980, informações regulares sobre óbitos registrados. Estes dados demonstram que esta situação é mais grave nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, nos quais apenas 38,9%, 53,6% e 57,6% dos municípios, respectivamente, têm informações

regulares sobre os registros de óbitos. Ressaltando estas deficiências, pode-se inferir que os dados de mortalidade da população brasileira permitem apenas uma aproximação sobre a mortalidade real.

**TABELA X** - Mortalidade proporcional por grupos etários, segundo regiões geo-políticas. Brasil - 1980.

GRANDES REGIÕES GRUPOS ETÁRIOS	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO OESTE	BRASIL
< 1	31,7	34,7	20,4	18,2	21,6	26,4
1 + 5	8,1	7,9	3,1	3,4	4,8	5,4
5 + 20	6,5	4,1	3,6	4,3	6,1	4,2
20 + 50	19,3	14,2	19,7	18,0	24,7	17,5
50 e +	34,4	39,1	53,2	56,1	42,8	46,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Estrutura e Mortalidade. DADOS, 7 (2-3) ago. 1984

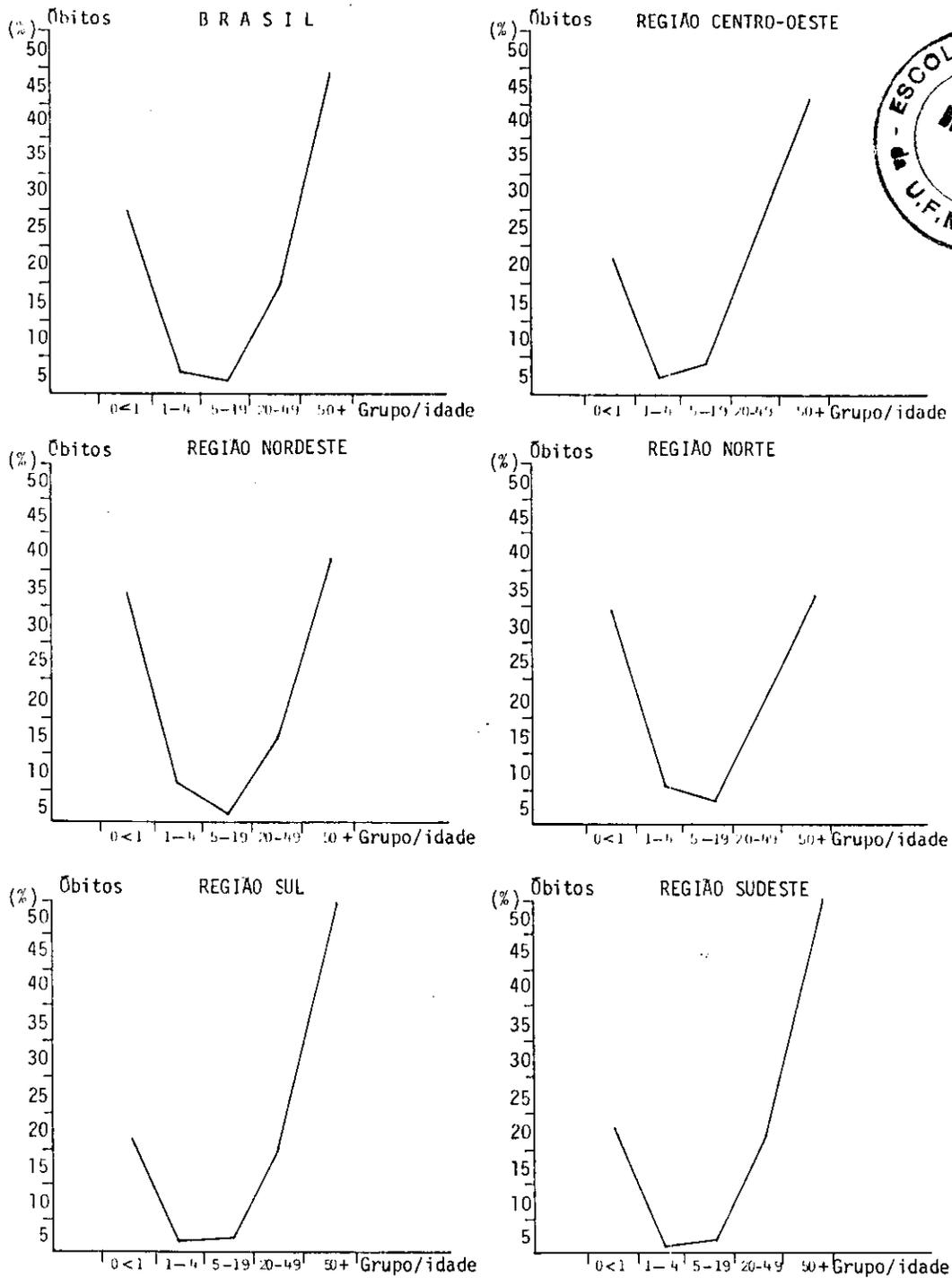
Os dados da tabela X demonstram que, em todas as regiões geo-políticas do Brasil, a mortalidade proporcional está polarizada nos grupos etários de 0+1 ano e 50 e mais. Analisando os dados por região, observa-se que nas regiões Norte e Nordeste o percentual da mortalidade é maior para os menores de 1

ano, enquanto que nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, é maior no grupo etário de 50 e mais, demonstrando um perfil de mortalidade bastante diverso no País e reafirmando que graus diferentes de desenvolvimento relacionaram-se com diferentes níveis de saúde.

Ao estudar a razão de mortalidade proporcional, também denominado indicador de SWAROOP e UEMURA, MORAES (1959) propôs a curva de mortalidade proporcional, que permite uma projeção gráfica dos valores nos seguintes grupos etários: menores de 1 ano; 1 a 4 anos completo; 5 a 19 anos completos; 20 a 49 anos completos e 50 anos e mais. Com a utilização da curva, o Autor propõe 4 (quatro) tipos esquemáticos, caracterizando níveis de saúde diferentes. Enquanto apresentação gráfica, o indicador permite uma visualização rápida do estado de saúde da população, a partir da contribuição de cada grupo etário no conjunto dos óbitos (LAURENTI, 1982).

Aplicando os dados de mortalidade proporcional do Brasil conforme o indicador de SWAROOP e UEMURA encontra-se para o Brasil uma classificação de nível 3, ou seja, de baixo nível de saúde. A comparação da representação gráfica por região geo-política, gráfico 3, destaca a marcada diferença regional no País.

GRÁFICO 3 - CURVAS DE MORTALIDADE POR FAIXA DE IDADE INDICADORAS DE SAÚDE,  
POR REGIÕES GEO-POLÍTICAS. BRASIL -1980



FORNE: RADIS, dados 7 e 6

Cruzando as informações contidas nas Tabelas XI e XII quanto às causas de mortalidade dos menores de 1 ano, verifica-se que as oriundas de causas perinatais assumem a liderança, no País, independente da divisão geo-política. Esta situação pode indicar uma precária atenção à saúde da mulher, no que diz respeito aos serviços de assistência pré-natal, ao parto e de planejamento familiar. Pela tab XII constata-se que a região Norte, no que se refere às doenças infecciosas e parasitárias, assume a liderança, contribuindo com 26% do total de óbitos. Esses agravos têm relação direta com as condições de saneamento do meio, como está demonstrado na tab VII. No tocante aos óbitos por causas perinatais (12,4%), esta região contribui expressivamente no cômputo geral. No tocante às causas externas, a Região Centro-Oeste ocupa lugar de destaque no cenário nacional, contribuindo com 17,2% do total de óbitos. Os dados de óbitos agrupados por causa de afecções do aparelho circulatório demonstram que nas Regiões Sudeste e Sul estes atingiram a cifra de 34,5% e de 35,7%, respectivamente. Quando se analisam essas informações associadas com a esperança de vida ao nascer nestas regiões, pode-se inferir que esse alto índice é esperado pela própria condição de envelhecimento da população.

Quando apresentados os dados de mortalidade proporcional por grupos de causas e por faixa etária, como mostra a Tab XI, verifica-se, como era de se esperar pelos dados de saneamento básico, nutrição e renda apresentados anteriormente,

**TABELA XI** - Mortalidade proporcional por grupos de causas, segundo grupos etários. Brasil - 1980.

<u>GRUPOS ETÁRIOS</u> GRUPOS DE CAUSAS	MENORES DE 1 ANO	1-4 ANOS	5-19 ANOS	20-47 ANOS	50 E + ANOS	TODAS AS IDADES
Infecciosas e parasitárias	28,7	34,7	9,4	7,7	3,9	14,8
Neoplasmas	0,2	3,1	7,6	10,6	16,0	9,5
Aparelho circula- tório	0,7	2,3	7,2	24,3	54,5	29,4
Aparelho respira- tório	15,4	25,8	7,5	5,4	8,5	9,8
Causas perinatais	38,3	0,1	0,0	0,0	0,0	9,2
Causas externas	0,7	12,2	50,7	33,8	4,7	12,2
Todas as demais	16,0	21,8	17,6	18,2	12,4	15,1
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Estrutura de Mortalidade. DADOS, 7: (2-3) agosto. 1984.

**TABELA XII** - Mortalidade proporcional por grupos de causas por regiões geo-políticas. Brasil - 1980.

GRANDES REGIÕES						
GRUPOS DE CAUSAS	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO OESTE	BRASIL
Doenças Infecciosas e parasitárias	26,0	21,0	9,1	8,0	14,8	14,8
Neoplasmas	7,1	7,4	10,8	13,3	8,7	9,5
Doenças do aparelho circulatório	19,9	24,3	34,5	35,7	26,1	29,4
Doenças do aparelho respiratório	8,2	9,3	10,6	9,9	9,3	9,8
Causas Perinatais	12,4	9,8	8,8	7,0	9,1	9,2
Causas Externas	13,3	12,3	11,1	12,4	17,2	12,2
Todas as demais	12,1	15,9	15,1	13,7	14,8	15,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: Estrutura de Mortalidade. DADOS, 7: (2-3) agosto. 1984.

que o maior percentual de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias ocorre no grupo de 1 a 4 anos, seguido do grupo de menores de 1 ano. Estes dados confirmam que a principal causa de mortalidade infantil no País ainda são as doenças infecciosas e parasitárias. Esses dados permitem verificar, ainda, que as doenças neoplásicas são prevalentes no grupo de 50 anos e mais, atingindo 16%, acompanhado de decréscimo da proporcionalidade dos óbitos, à medida em que também decresce o grupo etário.

Os óbitos por doenças do aparelho circulatório atingem percentuais mais elevados na faixa de 50 anos e mais, correspondendo a 54,5% dos óbitos nesta faixa etária, seguida do grupo etário de 20 a 49 anos, com percentual de 24,3% dos óbitos neste grupo. Quanto a este dado, pode-se levantar a relação deste com as condições do meio ambiente, do trabalho, enfim das condições de vida das pessoas, fazendo com que estas doenças acometam a população na faixa etária que corresponde ao adulto jovem.

Ao se estudar os dados da Tab XI, e ao contrapô-los às informações já apreciadas anteriormente, no tocante ao saneamento básico, estado nutricional, renda familiar e cobertura vacinal, verifica-se que o maior percentual de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias ocorre nos grupos etários de 1 a 4 anos de idade e de menores de 1 ano de idade, onde os fatores supracitados têm papel preponderante na manutenção do alto índice de mortalidade infantil no País.

Os infortúnios ocorridos por doenças do aparelho circulatório predominam na faixa etária de 50 anos e mais, correspondendo a 54,5% do total de óbitos desta faixa de idade. É importante verificar os dados referentes à faixa etária anterior, de 20 a 49 anos de vida, que são também bastante expressivos para o conjunto total de óbitos nesta faixa etária. Existe a premissa de que as condições ambientais e de trabalho, enfim, as condições de vida podem estar aumentando a incidência de doenças cardio-vasculares nesta faixa composta de adultos jovens. Para a economia do País este fato representa importante perda, porque está acometendo parte significativa da população economicamente ativa.

A mortalidade por doenças do aparelho respiratório predomina nos indivíduos com idade inferior a 5 anos. Imunologicamente, estes indivíduos possuem menores potenciais de resposta às agressões do meio ambiente, em especial, àquelas ligadas aos poluentes existentes no ar e à exposição de produtos alérgicos, de modo geral.

Nas causas classificadas como externas, que incluem os acidentes de trânsito e excluem os de trabalho, o grupo etário mais acometido é o de 5 a 19 anos. Integram esta faixa etária os pré-escolares, escolares e adolescentes que, pela própria caracterização de suas atividades de lazer e condições de vida, se expõem a riscos de acidentes de várias naturezas.

Analisando os dados da tabela a partir da característica por grupo etário, verifica-se que, no grupo de menores de 1 ano, as principais causas de óbito se relacionam com afecções perinatais, independentemente da região geo-política. Pode-se levantar a hipótese de que este dado deve estar representando uma melhoria no sistema de informação, uma vez que, ao se compará-lo com a curva de Nelson de Moraes, verifica-se que o aumento proporcional da mortalidade perinatal e a diminuição do percentual de mortalidade por doenças infecciosas podem indicar melhorias no nível de saúde da população.

Apesar dos limites deste estudo, a análise do quadro sanitário possibilita observar a gravidade da situação epidemiológica do País. Os dados levantados demonstram a determinação econômica e social do processo saúde/doença. A observação das diferenças regionais corrobora a relação do nível de sociiedade e suas necessidades e demandas de saúde. Neste sentido, a gravidade desta situação pode ser sintetizada por:

- . transição demográfica da população, com repercussão para as próximas décadas traduzidas por diminuição da taxa de natalidade e mortalidade.
- . aumento da esperança de vida ao nascer que, combinada e até mesmo determinada por fatores sociais, exige estratégias e um novo modelo assistencial para atender a este grupo etário;

- . situação que revela a coexistência de formas de adoecer e morrer próprias das nações subdesenvolvidas com aquelas características de nações desenvolvidas e industrializadas;
- . mudança no perfil da mortalidade da população com o decréscimo dos óbitos provocados por doenças infecciosas e parasitárias e o aumento proporcional de óbitos por doenças crônicas-degenerativas;
- . apesar da diminuição acentuada da mortalidade perinatal, em relação a outras causas de mortalidade infantil, ela assume papel de destaque como causa de óbitos em menores de 1 ano, considerando-se o aspecto de vulnerabilidade.

Frente a este quadro, conclui-se pela necessidade de ações intersetoriais capazes de produzir mudanças na estrutura econômica e social possíveis de determinar maior impacto nas condições de vida da população e, por conseqüência, no quadro sanitário.

Para o Setor Saúde coloca-se o desafio, político e técnico, de implantar e implementar os princípios definidos pela Reforma Sanitária e incorporados em parte pela nova Carta Constitucional. Pela importância da estrutura do sistema de saúde neste contexto, o mesmo será estudado em separado, constituindo-se em um capítulo deste trabalho.

Na perspectiva da construção de um sistema que, integrado às demais estruturas sociais, responda com eficiência e eficácia para transformar o quadro sanitário, torna-se fundamental destacar a composição tecnológica do setor. Como parte dos objetivos deste estudo, destaca-se como estratégia para garantir os princípios finalísticos da "Reforma Sanitária" a preparação de Recursos Humanos em seu aspecto mais amplo de preparação e qualificação. Para a enfermagem esta estratégia se torna fundamental, tanto pelo aspecto quantitativo de sua representação na força de trabalho no Setor Saúde, quanto ao aspecto de qualificação desta força de trabalho.

A enfermagem tem necessariamente que redefinir sua composição tecnológica e incorporar no processo de preparação de sua força de trabalho elementos necessários para um novo perfil profissional das categorias que a compõem. A enfermagem vem desempenhando suas atividades a nível hospitalar com forte ênfase nos aspectos curativos. Sem abandonar esta prática, é necessária a incorporação de novos papéis, que a tornam competente técnica e politicamente para atuar de forma cooperativa na resolução dos problemas apontados no quadro sanitário.

Os aspectos apontados na análise do padrão nosológico, demonstra a necessidade da oferta de Serviços de Saúde que contribua na qualificação da assistência e maior grau de resolutividade dos serviços. A enfermagem enquanto força de trabalho preponderante no setor saúde deverá ampliar sua ação para além das instituições hospitalares. Respondendo assim as demandas do processo de ambulatorização na produção de serviços de saúde.

### 3.2. ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo pretende-se analisar a estrutura dos serviços de saúde no País, tendo-se como referência a produção de serviços que deve estar voltada para atender às necessidades e demandas de saúde da população. Além desta função, os serviços devem ter papel antecipatório a partir de uma concepção epidemiológica que incorpore os determinantes sociais e históricos do processo saúde/doença, o que possibilitará a análise da evolução dos agravos e a intervenção através de medidas e ações capazes de impedir, controlar ou erradicar os fatos epidemiológicos.

O quadro sanitário descrito anteriormente demonstra a gravidade da situação epidemiológica do País, apontando a necessidade de produção de serviços de saúde contextualizados na realidade social, historicamente determinada.

Outro aspecto que justifica a análise dos serviços de saúde neste estudo está diretamente relacionado ao objeto deste trabalho. Os serviços, enquanto setor de produção, estão determinados por elementos de macro-estrutura, ao mesmo tempo que determinam e configuram uma necessidade de mão-de-obra que se insere na estrutura de produção do setor de serviços dentro de um padrão de quantidade e qualidade pré-estabelecido. Neste sentido, propõe-se neste capítulo abordar a evolução histórica dos serviços de saúde, a construção de modelos alternativos com

vistas à nova política de saúde e aspectos do movimento da Reforma Sanitária. Com estes elementos, buscar-se-á compreender a evolução dos serviços de saúde dentro da óptica de extensão de serviços à população a partir das relações entre saúde e sociedade.

### **3.2.1. Bases gerais da caracterização dos serviços de saúde no Brasil**

O processo de desenvolvimento da sociedade brasileira vem sendo marcado por crises políticas e econômicas que têm reflexo no desenvolvimento das políticas sociais, em especial das políticas de saúde e educação.

O estudo das Instituições de Saúde no Brasil se torna relevante à medida que expressa, claramente, a relação entre o Estado e a sociedade e revela, através das políticas de saúde, definidas e/ou implementadas, as contradições dessa relação. Percebe-se que o papel do Estado nas questões de saúde tem sido marcado, historicamente, pelas medidas expansionistas dos serviços médicos. Esta expansão tem significado, ao longo do processo histórico, uma seleção e um "privilegiamento" de grupos sociais a serem atendidos pelo sistema de atenção à saúde, estabelecendo em cada momento e para cada "tipo de cliente" ações de saúde que correspondem e traduzem a importância de cada

grupo social, no processo de desenvolvimento econômico e político. (DONNANGELLO, 1979). Nestes termos, compreende-se o modo como a intervenção do Estado, na constituição das Instituições de Saúde, se consolida, desarticulando o Setor Saúde em dois níveis distintos de atenção.

MACHADO et alii (1979) relatam que, antes do século XIX, não se percebe, seja nas instituições médicas, seja no aparelho do Estado, relação explícita entre saúde e sociedade. Até esta época, o Estado só se fazia presente quando ocorria alguma irregularidade ou infração às leis, caracterizando-se como instância fiscalizadora, tanto para os aspectos econômicos quanto para os políticos, sustentados por instâncias transferidas da corte para a colônia. Essa relação entre Estado, sociedade e medicina, predominante no período, modifica-se a partir da transferência da Corte para o Rio de Janeiro e a abertura dos Portos, momento este de profundas mudanças na estrutura econômica e política do País. (SOMARRIBA, 1984). Segundo LUZ (1982), essas transformações que ocorrem, prioritariamente, nas formas de produção, modificam o conjunto das relações sociais, próprias da estrutura econômica e social da Colônia, e se tornam particularmente importantes pelas alterações que determinam nas relações de poder político e pela constituição de um complexo aparelho de Estado Nacional.

No plano da saúde é de grande relevância a transferência de Instituições e Órgãos de Saúde da Metrópole para a

Colônia, apesar desta medida não se ter mostrado capaz de realizar uma política médica para a sociedade, limitando sua função à restrição dos direitos, à coibição dos excessos, à fiscalização e à punição.

O século XIX caracteriza-se pelo desenvolvimento de "projetos e modelos institucionais que buscam, no controle do Estado, uma estratégia de dominação e de controle médico do conjunto da sociedade. Neste período é definida uma série de intervenções sobre o espaço urbano com o propósito de saná-lo".(LUZ, 1979). Demarcando a iniciativa do Estado, na consolidação de estruturas técnico-burocráticas, a exemplo, cita-se a transformação da Junta de Higiene Pública em Junta Central de Higiene Pública, ocorrida em 20 de setembro de 1851, que marca uma nova etapa na organização da higiene pública no Brasil. Estas iniciativas têm consonância com o momento no qual as cidades passam a ter importância crescente como centro de comércio e produção econômica. O espaço urbano se configura como o objeto privilegiado, quase exclusivo, da intervenção médica. (MACHADO et alii 1979). A intervenção do Estado vai-se caracterizar por medidas que objetivam o saneamento das cidades e portos, fundamentado na doutrina miasmática da doença, predominante neste período. Apesar do delineamento do espaço urbano como prioritário, a medicina procura intervir em toda a vida social, configurando-se como "fundamento racional de uma boa política de Governo, o que

significa que o tipo de poder que a caracteriza implica necessariamente numa medicalização da vida social" (MACHADO et alii-1979).

Ao estudar as Instituições Médicas no Brasil, LUZ (1979) pondera que o modelo merece críticas desde o início do século XIX, tanto por parte dos setores médicos, quanto do proletariado emergente. O importante é que essas críticas não só questionam o modelo do saber e as práticas médicas, mas buscam compreender as condições sociais de produção e relacioná-las com os fatores de produção e reprodução da doença. Em 1902 é lançado um amplo programa de obras públicas que contempla o saneamento do Rio de Janeiro e o combate à febre amarela urbana, constituindo-se a base das propostas higienistas do Estado brasileiro para o controle de doenças endêmicas, que marcam as ações de controle de doenças até os dias atuais.

Segundo LUZ (1982), o início do século XX é marcado pelo avanço do movimento operário, com "proliferação dos Centros Operários, Grêmios Populares, Círculos Educativos, Ligas de Resistência, culminando com a realização do I Congresso Operário do Brasil (1906), regulamentação dos sindicatos profissionais (1907), criação da confederação, greves de grande mobilização e organização no período de 1906 a 1908, o que possibilitou a criação de serviços de saúde próprios por essas agremiações".

Do ponto de vista econômico, neste período se consolida a participação do País no mercado internacional, através

da exportação de produtos tropicais, gerando profundas transformações econômicas e sociais, no interior da sociedade brasileira (LUZ, 1982). Neste contexto o Estado não consegue dar resposta aos problemas de saúde que se acumularam, restringindo-se às soluções imediatistas, procurando diluir os conflitos que pudessem comprometer o processo político econômico vigente. Na análise de BRAGA et alii (1981) "a situação refletia um Estado que, apesar de nacional, possuía bases estreitas, o que lhe restringia a capacidade de responder satisfatoriamente aos problemas sociais". Todo este processo visava a consolidar as bases sociais para a implantação do modelo de produção industrial. As transformações decorrentes deste modelo aceleram a deteriorização das condições de vida e trabalho da população, levando a "uma nova ordem, que procura, de um lado, agregar as novas e amplas forças sociais, inclusive dando-lhes condições de crescer, e por outro lado, perpetuar-se como ordem". - (LUZ, 1979). Para BRAGA et alii (1981), "neste contexto, a saúde pública cresce como questão social, conjuntamente com o capitalismo, mas vai ganhar contornos novos e mais nítidos durante a década de 20 (...). A partir de então as medidas de saúde pública vão se caracterizar pela tentativa de extensão de seus serviços a camadas cada vez mais expressivas da população".

Marco desta proposta extensionista foram a reforma Carlos Chagas e a Lei Elói Chaves que, em 1923, estabelecem e criam, respectivamente, atribuições, a nível nacional, para o

Departamento Nacional de Saúde Pública e as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). Esta última traz para o aparelho de Estado as estruturas criadas e gestadas pelos trabalhadores. A reforma Carlos Chagas, ao estender o atendimento à saúde a partir do poder central, constituiu-se uma das peças do amplo movimento do Estado para ampliar seu poder nacional, no interior da grave crise deflagrada, em 1922, pelos tenentes ("O tenentismo"). Neste momento de crise não se pode negar que a Lei Elói Chaves representou uma medida importante para a população, pois até então grande parte dos assalariados encontravam-se excluídos de qualquer benefício. Apenas trabalhadores de algumas grandes empresas contavam com benefícios previdenciários. No entanto, LUZ (1982) chama a atenção para alguns pontos negativos referentes à criação das Caixas de Aposentadorias e Pensão. O primeiro, talvez o mais importante, refere-se ao caráter autoritário da lei, criando estrutura de cima para baixo, sem considerar e respeitar as experiências da organização e manutenção de Caixas, Associações, Grêmios, que os operários desenvolveram através de suas lutas. O segundo aspecto caracteriza o caráter excludente da Lei, pois nem todas as categorias foram beneficiadas: a cada empresa correspondia uma Caixa de Aposentadoria e Pensão, dificultando sua consolidação.

A partir de 1930 verifica-se que o Estado se configura como instrumento da classe dominante para fortalecer e ampliar seu poder sobre os movimentos populares, garantindo que

as reivindicações da classe operária se fizessem dentro da legalidade permitida. É nesta época que foi promulgada a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT).

Corroborando esta análise, POSSAS (1981) afirma que a constituição das Instituições de Saúde no Brasil, desde o início do século, pode ser analisada segundo duas formas de organização social. De um lado, as ações chamadas de saúde pública, como as campanhas sanitárias destinadas, em tese, à população em geral; de outro, a assistência médica individualizada, adotada tanto pelas empresas como pelas instituições previdenciárias, voltada para os trabalhadores urbanos. Isto posto, fica demonstrado que os trabalhadores rurais ficavam à margem de qualquer tipo de assistência.

Inegavelmente a criação das CPs e mais tarde dos Institutos de Assistência e Pensões constituíram-se a base, até nossos dias, de consolidação de um sistema de saúde nacional e unificado. O processo de unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão em Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), é marcado pela contradição entre a tendência histórica de estender os serviços de saúde à maioria da população brasileira, segundo a política de bem-estar social, e o padrão de desenvolvimento econômico e social, que exclui considerável parcela da população de bens e serviços (POSSAS, 1981).

Para MALLOY (1976), o modelo previdenciário brasileiro, longe de constituir-se em resposta a uma plataforma de

reivindicações sindicais, surge como um projeto da própria classe empresarial, interessada em garantir condições mínimas de estabilidade aos trabalhadores, atenuando, desta forma, conflitos e tensões que ameaçavam despontar no seio da classe trabalhadora.

Outro pressuposto destacado pelo Autor refere-se ao fato do mesmo não ter sido, desde o início, baseado no conceito do direito à previdência social inerente ao "status" do indivíduo como cidadão, mas no conceito de previdência social em que a proteção é um direito contratualmente obtido, baseado em contribuições ao longo do tempo.

A insuficiência dos recursos arrecadados pelas CAPs, principalmente nas pequenas empresas e a crescente demanda de extensão dos benefícios sociais, representaram as bases para a criação dos Institutos de Assistência e Pensões, por categorias. Outro aspecto apontado por POSSAS (1981), talvez o de maior importância, é que, sendo estes constituídos enquanto autarquias, possibilitaram maior subordinação e controle dos seus recursos pelo Estado.

Na verdade, a criação de cada Instituto, a heterogeneidade de benefícios concedidos e as taxas de contribuição pagas pelos segurados estavam diretamente relacionadas com a importância da categoria no processo econômico e, conseqüentemente, com o seu poder de barganha. A montagem do Sistema Previ-

denciário, baseado em Institutos, deve ser entendida como forma do Estado controlar política e economicamente a classe trabalhadora. Nestes termos, o Estado, por um lado, responde ao potencial de organização dos trabalhadores, mantém as condições de lucratividade do setor industrial e sua capacidade de acumulação e, por outro lado, assegura os níveis mínimos de reprodução da força de trabalho. (BRAGA et alii, 1981). Assim, pode-se compreender que, a partir do momento em que a dinâmica da acumulação, sob dominação do capital industrial, produz seus resultados característicos - aceleração da urbanização, ampliação da massa trabalhadora - surgem novas exigências que pressionam no sentido da efetivação e ampliação das políticas sociais, entre elas, a do Setor Saúde. Neste contexto já se identificava uma política de caráter nacional, organizada centralmente em dois sub-setores: o de Saúde Pública, e o de Medicina Privada. Marcas desta política podem ser percebidas a partir do final da década de 40, com a implementação de diretrizes políticas indicadas no Plano de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia (SALTE) onde a questão de saúde era uma de suas prioridades (propôs-se a criação do Instituto Nacional de Previdência Social — (INPS), ocorrido em 1967. QUADRA (1982) considera que "a primeira referência acerca do Planejamento Governamental, aceito como típico, é o PLANO SALTE, proposto no decorrer do governo Dutra 1946-1951 como resultado da chamada "conciliação Nacional". A política econômica da época vai propugnar por uma redução da intervenção do

Estado na Economia e as iniciais da sigla SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) resumiam os setores nos quais era admissível ou imprescindível a atuação direta de um modelo propício à acumulação capitalista, estimulada por uma política operária autoritária e pela contenção salarial. Nesta época já se configurava o caráter secundário dos setores sociais. É o Plano SALTE que caracteriza o delineamento de uma Política de Saúde que reserva ao setor estatal as ações sobre o meio ambiente, o combate às endemias e os programas de imunização, e, ao setor privado, as ações de caráter lucrativo, baseado na assistência médico-hospitalar. Um aspecto que deve ser destacado e que, apesar dos delineamentos do Plano SALTE ocorre, é o distanciamento entre o que propunha e a efetivação dessas propostas. Entre elas, cita-se a de unificação dos institutos de aposentadoria e pensão. A necessidade de maximizar os recursos disponíveis, submetendo o patrimônio dos diferentes institutos a uma mesma racionalidade, só viria a configurar-se como política, na década de 60. Para POSSAS (1981), a unificação dos institutos teve sua primeira manifestação em 1941, com o Plano do Conselho Atuarial do Ministério do Trabalho, seguido pelo projeto de Lei Orgânica da Previdência Social em 1943, sancionada apenas em 1960, devido às resistências que suscitou. A mesma Autora ressalta que, se de um lado a unificação representou perda de direitos considerados já adquiridos pelas categorias de maior poder de bargan

nha, de outro, possibilitou o desmantelamento de grandes feudos políticos, eleitoreiros e de vantagens espúrias, existentes nos Institutos. Vale salientar que, do ponto de vista da classe trabalhadora, apesar de propor a extensão dos serviços de saúde, a unificação representou um nivelamento "por baixo" em termos de acesso, vantagens e qualidade de atenção médica prestada POSSAS (1981). Pode-se afirmar que o maior impacto desta medida foi fazer com que o sub-setor da medicina previdenciária sobrepujasse o de saúde pública. Porém o setor previdenciário, a despeito desse crescimento, convive, não sem ônus, com os problemas agudos e crônicos da saúde pública. O processo de unificação dos Institutos consolidou o modelo de expansão de serviços de saúde, tendo por um lado uma precária política de saúde pública, carregando uma herança de problemas endêmicos, e de outro, um sistema previdenciário incapaz de atender às demandas de assistência médica individual, e àquelas referidas à saúde coletiva, acumuladas ao longo do tempo.

A expansão do setor previdenciário veio atender à demanda criada pelo aumento da capacidade de produção industrial e conseqüente urbanização dos centros industriais. Esta expansão determinou alterações profundas no processo de trabalho, mobilizando grande volume de recursos e mão-de-obra. Assim é que a força de trabalho, que se faz necessária, migrou das áreas rurais do País, amontoando-se na periferia das grandes ci-

dades, surgindo novas exigências para o Setor Previdenciário, que passa a buscar uma nova racionalidade, uma vez que o aumento das arrecadações não fazia frente às despesas da assistência médica prestada. O Estado opta então pela privatização da assistência médica e para tal transfere recursos previdenciários, destinados à assistência médica, para o setor privado, através da compra de serviços. A tendência privatizante do setor é tão marcante que, já em 1969, cerca de 90% dos recursos previdenciários era destinados a compra de serviços de terceiros e transferidos em sua maior parte — estima-se 75% — às empresas médicas e aos hospitais privados.

Para POSSAS (1981) "a interferência estatal crescente no Setor, longe de significar uma "estatização" da medicina no País, representou, ao contrário, um importante estímulo para o surgimento de organizações privadas hospitalares e para-hospitalares, ao garantir o poder de compra de serviços médicos para a população que, de outra forma, não teria condições de custear uma medicina de custo crescente".

MELO (1977) agrupa as formas de assistência médica no Brasil em três grandes áreas:

- . **Medicina Privada** - compreende a área liberal, clássica, exercida nos hospitais, casa de saúde e consultórios particulares;

- . **Medicina Institucional** - compreende os órgãos públicos federais, estaduais, municipais, fundações, autarquias ou empresas públicas. Nesta área estão incluídos INAMPS, os Institutos Estaduais de Previdência, Serviços próprios do Ministério e Secretarias Estaduais e Municipais, Legião Brasileira de Assistência (LBA), Serviços específicos de Categorias (Servidores Públicos, Forças Armadas);
- . **Medicina Privatizada** - são as empresas médicas, consultórios conveniados, profissionais isolados pagos por unidade de serviços médicos e cooperativas médicas.

Na tentativa de explicar a crise da Previdência podem-se levantar várias hipóteses, entre as quais destacam-se, em primeiro lugar, a irracionalização administrativa e a diminuição da arrecadação de receitas, com conseqüente descompasso entre a receita e a despesa. Em segundo lugar, salienta-se a forma de pagamento por unidade de serviços (U.S.) que gerou sérias distorções, estimulando intervenções médicas desnecessárias e até mesmo fraudulentas. Por último levanta-se a hipótese de que o achatamento salarial dos trabalhadores tende a diminuir a receita.

Para BRAGA et alii (1981) era inevitável que os dez anos de "boom" da medicina previdenciária acabassem por tra

zer a necessidade da criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), ocorrido em 1988. A criação do SINPAS significa, na prática, mais uma medida racionalizadora do sistema em crise. Estabelece-se uma nova estrutura, passando o INPS a responsabilizar-se pelos programas PREVIDENCIÁRIOS, criando o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social — IAPAS, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esta reforma representa mais uma tentativa de alteração burocrático-administrativa, uma vez que não propõe nenhuma correção do real problema da crise da previdência, caracterizada pelo privilegiamento do setor privado através da compra de serviços. Importante ressaltar que este privilegiamento não está ligado apenas aos interesses do capital nacional do Setor Saúde, mas também ao grande capital da indústria farmacêutica, de equipamentos hospitalares e médicos, ao denominado "complexo médico industrial". Neste contexto as propostas de extensão do Serviço de Saúde, através do Setor Público, propondo a extensão de cobertura e tendo como estratégia a atenção primária pode ser vista como uma alternativa que buscar resposta à crise crônica e aguda do Sistema de Atenção à Saúde no País.

### 3.2.2. A incorporação das propostas de extensão de cobertura dos serviços de saúde no Brasil

O exame da situação de saúde na América Latina, realizado no início da década de 70 como subsídio à elaboração do Plano Decenal de Saúde para as Américas diagnosticou e demonstrou que aproximadamente 40% de uma população de 287 milhões de habitantes não tinham acesso aos serviços de saúde e que grande parte desta população estava localizada em áreas rurais ou em zonas marginalizadas das grandes cidades. Segundo análise do Plano Decenal de Saúde, este quadro demonstra que aproximadamente 50 milhões de habitantes estavam confinados atrás de uma fronteira de extrema pobreza e que o grupo de maior vulnerabilidade constituía-se de mulheres na idade fértil e de menores de 15 anos, representando um contingente de 63% da população total da América Latina. Este diagnóstico identificou ainda que os principais agravos à saúde expressavam um quadro de morbi-mortalidade em que predominavam as enfermidades transmissíveis, a desnutrição e problemas do meio-ambiente, fatores estes relacionados com as condições de vida dessa população combinados com doenças decorrentes do processo de desenvolvimento, ou seja, doenças crônicas, degenerativas, doenças mentais. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1972). Este diagnóstico demonstrou a existência de um "déficit" quantitativo da atenção

à saúde, expressando baixa cobertura da população pelos serviços de saúde, situação agravada pela má qualidade desses serviços, marcados por deficiências estruturais e operativas e apontadas por ROBAYO (1977), tais como:

- . Inadequada distribuição geográfica dos serviços de saúde, com uma alta concentração em áreas urbanas e com acentuada escassez em áreas rurais;
- . grande quantidade de instituições públicas e privadas participando da prestação de serviços, com ausência total de coordenação entre as mesmas;
- . utilização de sistema anacrônico de organização e manejo de instituições de saúde, com uso de métodos e técnicas administrativas obsoletas, conduzindo a um funcionamento ineficiente e de baixa produtividade;
- . utilização de tecnologia altamente sofisticada, não adaptável às necessidades reais, levando a distorções e a sub-utilização de instalações e equipamentos.

Este diagnóstico retrata também a situação brasileira, agravada pela crise do sistema previdenciário, desencadeada no início da década de 60.

Ao analisar a crise do sistema de atenção à saúde no País, BRAGA et alii (1981) demonstram que, de um lado, o sistema previdenciário mostra-se incapaz de responder à crescente pressão da massa assalariada urbana pela ampliação e melhoria dos serviços e de outro, convive com a estreiteza financeira do Estado, comprometido com os interesses do "complexo médico-industrial". A incapacidade do setor em responder às necessidades crescentes da população é apenas sintoma de uma grave crise. Na verdade, os fatores determinantes da crise estão ligados à própria formação do Estado brasileiro.

MACEDO (1980), ao analisar a situação do sistema previdenciário no País, identifica a origem da crise nos recursos destinados ao Setor Saúde, que são consumidos por serviços desvinculados, concentrados e sofisticados, que funcionam para atender aos interesses dos produtores de serviços de saúde, atendendo à doença, que os alimenta. Ao realizar esta análise, o Autor afirma que a questão de demanda por ações de saúde é insolúvel, a menos que os problemas sejam atacados globalmente, integrando-se a medicina previdenciária com a saúde pública, promovendo-se a elevação dos níveis de renda e de consumo dos assalariados, melhorando-se as condições sanitárias gerais. Como resposta à situação diagnosticada, a década de 70 é marcada, na América Latina, como também no Brasil, pela implantação de projetos alternativos objetivando a extensão de cobertura, rece-

bendo várias denominações: medicina simplificada, medicina comunitária, atenção primária. Independente da denominação, estas propostas tinham como objetivo a extensão da rede de serviços à população até então desassistida, visando ao máximo de resolutive e baixo custo. Sua origem são os modelos implementados nos Estados Unidos e que são difundidos para as sociedades dependentes com o suporte das agências internacionais: Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS), (DONNANGELO, 1979).

A estratégia adotada para a difusão e incorporação destas propostas tem o planejamento como eixo central do projeto de modernização, racionalização e busca de eficácia do setor, através do delineamento das políticas e planos de saúde.

Estas idéias tiveram uma grande aceitabilidade, pois já faziam parte das discussões no setor de saúde desde a década de 60, como pode ser confirmado quando da realização da III Conferência Nacional de Saúde, BRASIL (1963), que define uma linha filosófica a respeito da saúde, e demonstra a íntima relação entre saúde e economia, assim como as necessidades da existência de uma estrutura permanente de saúde. Além destes aspectos, a III Conferência demonstrou que esta estrutura permanente deveria ter um nível de responsabilidade municipal com assistência técnica da área estadual e da área federal. Por último, defendeu a extensão das ações prestadas nas unidades de saúde, recomendando a ampla utilização de pessoal de nível auxiliar.

É necessário identificar o limite dessas propostas à medida que não se propõem alterações profundas na relação entre Estado e Sociedade.

Para MACEDO (1980), elas surgem em decorrência das "dificuldades em acelerar a criação de condições básicas para grande parte da população, em reduzir desigualdades sociais e distribuição de renda e ainda, em produzir os bens necessários ao atendimento das necessidades essenciais da população". Muitas hipóteses são apresentadas na tentativa de explicar os reais interesses na implantação destes Projetos, dentre as quais se destacam:

- . ao estender os serviços de saúde às populações marginais, estar-se-ia criando uma rede básica para implementação do projeto de controle de natalidade, proposta pelos Estados Unidos para países do 3º mundo; (FONSECA, 1984).
- . manutenção e recuperação da força de trabalho. Para PELLEGRINE, (1979), esta hipótese deve ser vista como de caráter secundário, uma vez que a abundância da força de trabalho no campo e a sua baixa qualificação determinam um custo de produção reduzido, o que não se justifica, a nível puramente econômico. Neste caso, as propostas de extensão de cobertura à zona rural responderiam à criação

de condições superestruturais, ideológicas e políticas visando ao controle dos conflitos sociais;

- . como espaço de atuação de técnicos a nível das instituições, que vêm nestas propostas a expansão de benefícios para a população (MACHADO et alii, 1984).

Deve-se ressaltar também as fortes manifestações de rejeição a estas propostas, principalmente da comunidade técnico-científica, que muitas vezes as "interpreta como artimanhas de um Estado conspiratório que utiliza a cumplicidade de técnicos para o controle político-ideológico das populações". (MACHADO et alii, 1984).

Do ponto de vista do setor privado, que em muitos momentos representa os interesses das grandes indústrias de equipamentos, as manifestações têm sido desfavoráveis todas as vezes que estas propostas apresentam qualquer tipo de interferência ou modificação no seu privilégio em relação ao Estado.

As manifestações da população quanto a estas propostas têm-se caracterizado ora pela explicitação das suas reivindicações, ora interpondo as suas formas peculiares de resistência, quando da operacionalização das mesmas. Todavia, deve ser ressaltado que, de maneira geral, as propostas desenvolvidas

até então não conseguiram incorporar a população como força participante do processo de decisão, execução e avaliação.

### **3.2.3. Das propostas de extensão de cobertura à construção de uma proposta de transformação para os serviços de saúde**

No Brasil, o surgimento e incorporação das propostas de extensão de cobertura tem-se caracterizado pela implementação de programas experimentais baseados em modelos de organização e funcionamento dos serviços de saúde, que propõem:

- . hierarquização dos serviços de saúde, sua estruturação e organização, a partir de uma estrutura básica, em nível crescente de complexidade;
- . regionalização dos serviços, através da descentralização do poder decisório, possibilitando um sistema de referência, a partir dos serviços básicos (atendimento primário) até níveis de maior complexidade (atendimento secundário e terciário);
- . universalidade do atendimento, possibilitando acesso aos serviços de saúde a toda a população urbana e rural;
- . utilização de tecnologia apropriada;

- . utilização de recursos humanos adequados, com absorção do trabalho do auxiliar de saúde (elemento da própria comunidade incorporado ao sistema para prestar cuidados a nível de atenção primária);
- . participação comunitária.

Pode-se afirmar que no desenvolvimento dessas propostas existe um eixo central, que é um amplo movimento modernizador, que busca a integração dos serviços de saúde, com possibilidade de cobertura cada vez maior da população e correção das distorções do Sistema Nacional de Saúde.

Verifica-se que este movimento de modernização busca viabilizar um modelo de atenção à saúde não discriminatório, mas eficiente, eficaz e viável. Neste movimento participam técnicos das várias instituições do Setor Saúde e da Educação, buscando concretizar um projeto mais global para a sociedade brasileira. Busca também esse projeto incorporar amplos setores da sociedade, comprometidos com os interesses populares. O primeiro projeto inovador de aplicação desse modelo foi implantado em Minas Gerais em 1971, no Vale do Jequitinhonha. O Projeto de Desenvolvimento do Vale do Jequitinhonha surge no momento em que se intensifica o desenvolvimento capitalista, nos espaços até então não capitalistas de produção. O "Vale" se caracterizava, como ainda hoje, por constituir-se um extenso "bolsão de pobreza". Neste sentido, o Governo Federal e o Estadual se associam

para o desenvolvimento "capitalista" desta região. No bojo do Projeto de Desenvolvimento da região é destinada uma significativa parcela de recursos para o Setor Saúde. Coincidentemente, neste mesmo momento a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais implantava uma reforma administrativa de amplo efeito na reorganização e reestruturação dos serviços de saúde a nível do Estado. O "Programa de Saúde para o Vale do Jequitinhonha" é então proposto para uma região de mais ou menos 75.000 km<sup>2</sup>, no Nordeste de Minas (...), considerada um dos principais bolsões de pobreza existentes no País". (MACHADO et alii, 1984).

O programa, a princípio, apresentava no seu conteúdo uma proposta preventivista, contemplando ações de saúde, dirigidas ao combate de doenças endêmicas na região: Doença de Chagas, Tuberculose, Hanseníase, Doenças Transmissíveis, com metas muito precisas de desempenho e atividades bem definidas.

Em entrevista sobre o impacto do Projeto implantado no norte de Minas Gerais, MACHADO<sup>1</sup> (1985) relata que um dos seus fatores mais importantes foi o fato da população nele tentar imprimir os seus interesses, que diferiam daqueles determi-

---

<sup>1</sup> MACHADO, F.A. Programas de extensão de cobertura em Minas Gerais. Comunicação pessoal. 1985. (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena, 190 - 9º andar).

nados pelos tecnocratas, rejeitando o caráter tecnicista e preventivista do projeto. Neste sentido, apesar de se ter conseguido ampliar razoavelmente as metas estabelecidas, não se conseguiu imprimir caráter preventivista no desenvolvimento de suas ações. A partir da resistência e das reivindicações manifestadas pela comunidade, o projeto teve que atender às necessidades imediatas das comunidades, na sua maioria ligadas a medidas curativas. Neste processo toda a equipe foi obrigada a repensar a proposta inicial e a incorporar a participação da população através de suas lideranças formais, entendendo assim as manifestações de forma de resistência à proposta inicial e a incorporação das reivindicações e necessidades imediatas da população, como forma de viabilizar o Projeto.

Em Diamantina, sede do projeto, toda a equipe foi envolvida na discussão da idéia de uma medicina integral. Implantaram-se os primeiros mini-postos, incorporando o trabalho do auxiliar de saúde. Para MACHADO<sup>1</sup> (1985), fato importante é a iniciativa do Diretório Acadêmico Alfredo Balena, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em propor o primeiro estágio voluntário de estudantes de medicina nesses mini-postos, representando o embrião para a criação do Estágio

---

<sup>1</sup> MACHADO. F.A. Programas de extensão de cobertura em Minas Gerais. Comunicação pessoal. 1985. (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Av. Alfredo Balena, 190 - 9º andar).

Rural, incorporando assim modificações no Currículo da Faculdade de Medicina, iniciado em 1976. Enquanto o Projeto do Vale do Jequitinhonha é desenvolvido, alcançando grande concretude, "no Norte de Minas, o Instituto de Preparação e Pesquisa para o Desenvolvimento de Assistência Sanitária Rural (IPPEDASAR), reunindo esforços da Universidade de Tulane (USA), da Universidade Norte Mineira e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, busca um modelo mais adequado de organização de serviços de saúde para áreas rurais (MACHADO et alii, 1984).

Em 1975, foi implantado o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, através de esforço conjunto do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, com apoio financeiro da Agência Interamericana para o Desenvolvimento, amplamente conhecido como Projeto de Montes Claros, que incorporou a experiência desenvolvida no Vale do Jequitinhonha. Apesar da marca tecnicista de modernização, ele recupera a necessidade de adequar a proposta à realidade e às necessidades imediatas da população. Neste sentido, MACHADO et alii (1984) entendem que ocorre um grande avanço em relação a Diamantina, quando propõe de maneira mais ampla a "experimentação de um modelo de organização de serviços de saúde caracterizado pela regionalização e hierarquização dos serviços em escala de complexidade crescente, pela descentralização do processo decisório, pela delegação das funções ao pesso-

al-de nível elementar e pela ativa participação da Comunidade". Talvez o aspecto mais marcante do Projeto Montes Claros seja identificado no processo de democratização do trabalho da equipe que o implementava e que irá refletir na concepção da participação comunitária e no treinamento dos auxiliares de saúde. Quanto ao processo de trabalho da equipe, destaca-se a forma pioneira e inovadora da incorporação dos auxiliares de saúde como elemento fundamental na viabilização do Projeto. Do ponto de vista do entendimento da participação comunitária, esta era vista não apenas como consumidor dos serviços, mas como agente na priorização de suas necessidades, bem como na programação, produção e avaliação dos serviços.

Para MACHADO<sup>1</sup> (1985), coordenador do Projeto Vale do Jequitinhonha e do Projeto de Montes Claros, um dos aspectos de maior impacto foi a transformação que ocorreu dentro da equipe técnica, que passa a perceber que o Projeto tem que ser viável. Neste sentido, a equipe reconhece que certos pressupostos originais têm que ser reformulados ou até mesmo abandonados. O Projeto "descobre" o poder político, identifica a necessidade de articulação com as lideranças locais — vereadores, prefeitos, deputados — como paradigmas essenciais a sua implementação e viabilização. O Projeto de Montes Claros (PMOC) privilegiava, na sua formulação original, uma rigorosa racionalidade técnica,

---

<sup>1</sup> MACHADO, F.A. Op. Cit.

que foi rejeitada pela equipe e pela população. A concepção da necessidade de incorporar o poder político como estratégia para viabilidade do projeto foi mais tarde resgatada no Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento - PIASS. O PIASS foi criado em 1976, com a participação dos Ministérios da Saúde, da Previdência Social e da Secretaria de Planejamento da Presidência da República. Segundo SOUZA (1980), o PIASS, o Programa naquele momento, apresentou-se como o de maior abrangência territorial e de maior extensão de cobertura populacional, ao propor a implantação de serviços básicos de saúde nas comunidades de até 20.000 habitantes e contribuir para a melhoria do nível de saúde da população (BRASIL, 1976).

Nestes termos, os pressupostos, princípios, estratégias e metas do PIASS resgatam todas as experiências de extensão de cobertura, que ocorriam no País, como projetos-pilotos, circunscritos a determinada região geográfica. O cotejamento do Projeto Montes Claros com o PIASS é um exemplo deste resgate, quando se verifica que está presente neste último o "modus operanti" daquele, como citado a seguir:

- . a ampla utilização de pessoal de nível auxiliar recrutado na própria comunidade a ser beneficiada;
- . a atuação destes auxiliares a nível dos mini-postos, que por sua vez estão apoiados em unidades de maior complexidade;

- . a localização dos mini-postos referidos em núcleos populacionais estratégicos;
- . a participação comunitária em todo o processo, ou seja, desde a identificação das prioridades até a avaliação do serviço.

De agosto de 1976 até setembro de 1977, o PIASS desenvolveu apenas seminários, encontros, reuniões, traduzindo as sim os obstáculos políticos para operacionalizar o "Programa". Configura-se dessa maneira uma situação de crise. Entre os fato res desencadeadores desta crise, deve ser considerado o fato da coordenação ser composta por representantes de vários órgãos do Setor Saúde. Se por um lado esta composição poderia representar um avanço no processo de integração e até a racionalização no setor, por outro a diversidade e as divergências que se estabeleceram no momento de definição de uma única estratégia de implantação do Programa nos Estados praticamente impediram a sua operacionalização. A saída da crise acontece quando se resolve que a cada Estado envolvido caberia a definição das diretrizes norteadoras do Programa. Para MACHADO et alii (1984), inaugura-se uma nova etapa do PIASS, que incorpora o princípio que norteou o Projeto Montes Claros, ou seja, contar com a força do po der político como estratégia de conquistar os aliados e evitar o confronto. O PIASS, por sua ação específica, a nível dos municípios, enfrentou uma explícita resistência de grupos que vi-

am na proposta uma ameaça à seus interesses. Na conferência realizada no Congresso Brasileiro de Higiene, foram identificadas as principais dificuldades na implementação do PIASS, dentre as quais se destacam:

- . adequação e criação de tecnologia para grandes coberturas populacionais;
- . inexistência de avaliação concreta da relação custo/benefício;
- . delegação de funções e responsabilidades, alterando a tradicional ação centrada no ato médico;
- . descentralização administrativa, possibilitando a diluição do poder;
- . falta de disponibilidade real para a integração e até mesmo para as articulações das várias instituições do Setor Saúde;
- . predominâncias da visão setorial, não apenas das Instituições, como também de determinados grupos de interesses.

SOUZA (1980), ao analisar o desenvolvimento do PIASS, classifica os Estados envolvidos em 3(três) grupos, de acordo como o grau de avanço do Programa. O grupo A incluiu os Estados de Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Alagoas. O grupo B, Ceará e Paraíba e por último o grupo C,

que incluiu os Estados do Maranhão, Piauí e Sergipe.

Destes, apenas os Estados do Grupo A conseguiram atingir uma "massa crítica", destacando-se o Estado de Minas Gerais, que já vinha desenvolvendo este tipo de proposta, anteriormente. Para MACHADO et alii (1984), a grande inviabilidade do PIASS se deu no momento em que um número significativo de técnicos envolvidos no Programa assumiu postos de destaque no Ministério. Instalados nos Postos dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, eles procederam a uma macro avaliação da saúde no País e concluíram que deveriam avançar na perspectiva de um Projeto global e não mais em Projetos especiais como o PIASS. Neste sentido, decide-se então por uma proposta completa para o Setor Saúde que se configurou e se consolidou na elaboração do ante-projeto do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE.

É fundamental compreender o PREV-SAÚDE como uma proposta cujas raízes absorvem as experiências dos projetos desenvolvidos até então. Após o período de elaboração do PREV-SAÚDE — 6 a 8 meses — iniciou-se uma ampla discussão, inclusive com a participação da comunidade técnico-científica, objetivando o apoio necessário à sua viabilização. Na verdade o PREV-SAÚDE representou, naquele momento, uma proposta bastante ambiciosa, pretendendo criar um modelo definitivo para o Sistema Nacional

de Saúde". (MACHADO<sup>1</sup>, 1985). O PREV-SAÚDE não sobreviveu, ficando restrito a várias versões de ante-projetos. Quanto à sua inviabilidade, várias hipóteses podem ser formuladas. A primeira estaria ligada à excessiva centralização do poder de decisão do grupo do qual a doutrina do PREV-SAÚDE eclodiu, caracterizado por um discurso técnico que não aglutinava força política necessária para sua viabilização. A segunda estava relacionada a aspectos políticos traduzidos pela falta de articulação das forças políticas favoráveis à doutrina contida no PREV-SAÚDE e à falta de participação dos setores subordinados, na elaboração da proposta. Por último, apontava-se como a mais importante a hegemonia do setor privado, que se posicionou frontalmente contra o PREV-SAÚDE, tendo como porta-voz a poderosa Federação Brasileira de Hospitais. MACEDO (1980), ao fazer uma exposição sobre o PREV-SAÚDE na IV Conferência Nacional de Saúde, afirmava que a viabilidade da proposta dos Serviços Básicos era, sobretudo, um problema político, dependente das relações de poder real na sociedade, da importância dos agentes sociais e dos grupos de interesse que a apoiavam. O PREV-SAÚDE acenava com profundas modificações na relação do Estado com o setor privado e na tentativa de recompor as forças políticas. A proposta é seguidamente reformulada, distanciando-se, a cada versão, da sua concep-

---

<sup>1</sup> MACHADO, F.A. Op. Cit.

ção inicial. O PREV-SAÚDE, apesar de não se ter consolidado enquanto uma política real de saúde para o País, deve ser entendido como um marco histórico, na medida em que explicitou amplamente as contradições do Setor Saúde, constituindo-se como mecanismo para denúncia mais objetiva da crise do sistema previdenciário, além de ampliar as bases para a formulação de uma política de saúde para o País.

A inviabilização do PREV-SAÚDE criou uma lacuna no processo político de enfrentamento da crise do sistema de saúde, que na prática obrigou o Estado a assumir uma postura que naquele momento significasse uma busca de solução para a crise que se corporificou e passou a ser discutida ampla e popularmente por todos os segmentos da sociedade, instituições, movimentos sociais, partidos políticos e grupos. Na tentativa de responder às críticas e reivindicações do setor popular e dos trabalhadores, bem como ao buscar soluções para a crise da Previdência, que se aprofundava, o Governo cria em 1980 o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que retoma as propostas de efficientização e racionalidade do Sistema.

Em 1982, o Ministério da Previdência Social, considerando a necessidade de mudanças do sistema de prestação de serviços de saúde, reconheceu que "além do sistema apresentar baixos índices de qualidade de atendimento, produtividade, resolutividade e reduzido aproveitamento da capacidade própria insta-