

lada, induz a distorções indesejáveis, ao desperdício de recursos e à imprevisibilidade de gastos; cabendo ainda mencionar a freqüente ocorrência de fraudes" (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - Portaria nº 3.062 de 23 de agosto de 1982)

Baseando-se nestas considerações, o Ministério da Previdência e Assistência Social aprova o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência. Dentre as determinações da Portaria nº 3.062/82, chama a atenção a que prevê medidas de racionalização e controle preconizadas no Plano, definindo absoluta prioridade àquelas que forem capazes de produzir efeitos imediatos, seja quanto à racionalização dos gastos quanto à qualidade do atendimento. O Plano de reorientação da Assistência à Saúde define como objetivos e princípios fundamentais para reversão do atual modelo médico assistencial: a melhoria de qualidade da assistência de saúde prestada à população, pelo INAMPS, direta ou indiretamente e o aumento da cobertura assistencial, em igualdade de condições, a toda a população rural e urbana, traduzindo o princípio de universalidade e equidade. Quanto ao planejamento, objetiva que este deve estar de acordo com parâmetros assistenciais aceitáveis, respeitadas as disponibilidades orçamentárias do INAMPS e das demais instituições envolvidas no processo. Inclui, ainda, entre os objetivos, o aumento da produtividade dos recursos da Previdência Social aplicados em saúde, com racionalização das formas de pres-

tação dos serviços. Quanto aos propósitos gerais, o Plano de Reorientação reafirma a necessidade de um modelo não discriminatório que se estruture em um sistema regionalizado, hierarquizado, equiparando progressivamente seus benefícios a toda a população rural e urbana. Se do ponto de vista do discurso o Plano incorpora idéias sustentadas pelos movimentos sociais que reivindicam melhoria da atenção à saúde no País, do ponto de vista prático ele não tem o impacto necessário. Propõe, entre outras, duas medidas que a médio prazo poderiam significar modificações na estrutura do Sistema. A primeira proposta diz respeito à implementação de soluções racionalizadoras da assistência ambulatorial e controle das internações hospitalares através da autorização para internação hospitalar que, apesar de se caracterizar enquanto medida burocrática tem, no mínimo, um poder moralizador. Em segundo lugar, propõe a destinação de recursos razoáveis para a assistência ambulatorial, através das Ações Integradas de Saúde (AIS), representando inicialmente pouco mais de 3% dos recursos destinados à atenção médica e ampliando-se no decorrer do processo.

Para MACHADO¹ (1985), a implantação da AIS representa a recuperação do PIASS de uma maneira mais realista e, mais, propõe a extensão dos serviços de saúde à área rural. Analisando os princípios e propósitos das Ações Integradas de Saúde, pode-se inferir que as mesmas constituem uma estratégia para a

¹ MACHADO, F.A. Op. Cit.

Constituição de um Sistema Unificado de Saúde. Para assegurar sua implantação, definiu-se uma metodologia que possibilitou a integração das instituições de saúde a nível de cada município, através de mecanismos gestores locais que seriam comissões constituídas por representantes das instituições executoras da prestação de serviços que deveriam acompanhar as ações de saúde a nível municipal. Todavia a implantação das AIS nos Estados depende e é determinada pela correlação de forças entre as diferentes expressões políticas e sociais que marcam o campo da saúde, representando concepções divergentes tanto a nível teórico quanto a nível operacional e estratégico.

No momento, configurado como de transição democrática, e caracterizado por propostas de transformações políticas e sociais na sociedade brasileira, as forças democráticas, aglutinadas no Setor Saúde, buscam incorporar as suas reivindicações ao Programa do novo Governo, através da discussão de prioridades nacionais de saúde e na proposição de um novo Sistema Nacional de Saúde.

No esforço de aprofundar a discussão sobre os problemas do Setor Saúde e ampliar as bases de sustentação do novo modelo, realizou-se em novembro de 1984 o V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Este evento reuniu políticos, intelectuais e representantes de várias instituições do Setor. Após uma aná-

lise da crise do Setor Saúde e seus determinantes, o documento final afirma que "a todos os problemas de ordem estrutural, que fazem da saúde um setor em crise permanente, agrega-se a crise financeira. Nesse particular as ações racionalizadoras implementadas através de Ações Integradas mostravam-se insuficientes para a reversão ampla e necessária do sistema".

Neste Simpósio, é claramente defendido o equacionamento dos problemas e a reorientação da Política de Saúde, que passa por um amplo debate, com participação de profissionais, trabalhadores de saúde, organizações sindicais, movimentos de base, abrangendo amplos segmentos da sociedade. Neste sentido, percebe-se a intenção da ampliação da discussão para além do fórum dos políticos e intelectuais; propõe-se uma ação governamental que contemple a implantação de uma política econômica que evite o desgaste e a espoliação da saúde da população, associada à adoção de políticas sociais que tenham por objetivo a universalização do acesso aos serviços de saúde, educação, habitação, entre outros, bem como a equidade desses serviços, sob o controle democrático da sociedade. Os participantes do Simpósio aprovaram a implantação de um Sistema Unificado de Saúde federalizado e democrático, constituído a partir do aprofundamento das experiências das Ações Integradas de Saúde. Apesar de aprofundar a análise das características básicas do Sistema Unificado e das formas de financiamento do setor, as resoluções finais des

se evento não apresentam propostas que possam contribuir, a curto prazo, para a implantação da Unificação do Sistema, nem apontam saídas para a crise da Previdência, pois na verdade a crise está enraizada nos problemas estruturais da sociedade brasileira. LUQUE (1985), afirma que "a crise da Previdência pode ser explicada, de um lado, pelos fatores de caráter mais estrutural, que refletem falhas ou distorções inerentes à própria organização do sistema e, de outro, pelos fatores de natureza con-juntural, que contribuem para a crise do sistema". O Autor inicia sua análise afirmando que a redução de empregos, que ocorre a partir de 1981 como um dos resultantes do processo recessivo, diminuiu a principal fonte de financiamento do sistema, qual seja, a massa salarial. Em 1975 altera-se o teto de contribuição, anteriormente fixado em termos de salário mínimo (o teto máximo era vinte salários mínimos, estabelecendo-se o chamado "valor de referência". Com o decorrer do tempo, houve queda no valor real desse novo parâmetro, quer em termos de salários mínimos, quer em termos do Índice Geral de Preços. Isto implicou queda na receita de contribuições. Em 1981, retorna-se à situação inicial, isto é, o teto máximo passa a ser novamente vinte salários mínimos. Outro fator apontado pelo Autor refere-se à expansão das atividades do SINPAS, particularmente nas áreas de assistência social como, por exemplo, as rendas vitalícias a idosos e inválidos e a assistência médica de urgência. Assim a

lei salarial, estabelecida a partir de 1979, ao instituir os reajustes salariais diferenciados por faixas de salários mínimos, acabou também por ser um fator de agravamento do "déficit" do sistema, pois a folha de pagamento dos benefícios apresenta maior concentração nas faixas salariais inferiores do que a folha de salários de contribuição. Por último, menciona os custos financeiros da dívida acumulada junto à rede bancária, que atinge magnitude cada vez mais significativa. Baseando-se nesta análise, pode-se inferir que as mudanças exigidas pelo Setor Saúde devem ultrapassar os propósitos de racionalização e modernização, que não dariam conta de responder aos aspectos estruturais da crise.

3.2.4. O Movimento da Reforma Sanitária — a luta pela democracia em saúde.

No período denominado "transição democrática", segmentos do Setor Saúde mobilizaram-se, na tentativa de interferir nas proposições do Governo com projetos que propunham transformações no Setor Saúde. Neste sentido o IV Encontro Municipal "do Setor Saúde" e o II Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, realizado em Montes Claros, em 1985, representaram importantes instâncias de debate detectando-se um avanço em relação às proposições apresentadas até então. No relatório

final do Encontro foi incluído um documento denominado "Carta de Montes Claros/Muda Saúde", onde foram indicadas as diretrizes a serem propostas ao novo Governo, das quais se destacam as decisões quanto à formulação da política econômica. Propunha-se que as políticas para o setor devessem refletir o anseio de mudança manifestado pelo povo nas praças durante a campanha pelas eleições diretas para Presidente da República. Nestas políticas deveriam ser garantidas medidas de reativação da economia, ampliação do nível de emprego, reposição salarial, reajustes salariais de acordo com a inflação, além da garantia de recursos orçamentários para os gastos estatais na área social. Quanto às políticas sociais e econômicas, o Encontro recomendou o estabelecimento de uma nova relação, onde o desenvolvimento social não fosse entendido como mero reflexo da retomada do crescimento econômico. A história recente do País demonstra que o crescimento econômico não é por si só suficiente para garantir a solução dos problemas sociais que afetam a grande maioria da população brasileira. Neste contexto as políticas de saúde deverão estar orientadas pelo princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Deve-se estabelecer portanto, a curto prazo, o objetivo da universalização do acesso às ações de saúde. O setor público precisa ser considerado como parte indispensável ao cumprimento deste objetivo, tendo o setor privado uma atuação complementar. Desta forma, as ações de saúde devem ser consideradas como um serviço de interesse públi

co. As relações entre Estado e setor privado deverão, portanto, ser revistas, passando a ser orientadas pelo princípio da concessão de serviço público. Outro aspecto que mereceu destaque no Encontro foi a reformulação do Setor Saúde, indicando a transferência, para o âmbito do Ministério da Saúde, do INAMPS, da Central de Medicamentos (CEME), do setor de ocupacional e a formulação da política de saneamento básico, com o acompanhamento do repasse de recursos financeiros. Para o cumprimento destes objetivos, observou-se que a definição de uma política de formação ao Desenvolvimento de Recursos Humanos e de Ciência e Tecnologia adequados à nova política de saúde e às realidades regionais assume particular relevância, sendo essencial desenvolver as bases da tecnologia nacional de medicamentos, de imunobiológicos e de equipamentos. Ainda foi recomendado que o ingresso ao serviço público de saúde, sob qualquer regime contratual, se faça exclusivamente por concurso e a contratação dos demais serviços o será por licitação.

Todas estas propostas contextualizam o Setor Saúde na conjuntura política do início da década de 80, que marcou a ascensão dos movimentos sociais que buscavam a transformação da sociedade brasileira. Sua expressão máxima foi a luta pelas eleições diretas, apogeu do enlace de frentes progressistas que se rearticularam desde o final da década de 60 e ampliaram suas bases na década de 70. Neste contexto os segmentos progressis-

tas do Setor Saúde, expressando suas diferenças ideológicas e de táticas políticas, aproximaram-se, confluíram em torno da luta ampla pela democratização da sociedade brasileira. Mesmo com a grande derrota da luta pelas eleições diretas, o movimento progressista do Setor Saúde se manteve articulado em torno de uma proposta para o setor, apresentando-a como subsídio para definição do programa do Governo de Transição.

RODRIGUEZ NETO (1985), ao discutir os subsídios para a definição de uma política de atenção à saúde para o Governo de Transição Democrática, afirma que "face às reconhecidas insuficiências financeiras e técnicas do setor e o seu baixo impacto social, este tem sido objeto de cogitação, em termos de se identificar alternativas para enfrentamento das crises que... se apresentam". Para o Autor, desde a década de 70 algumas correntes se enfrentam com alternativas para o setor correspondentes aos projetos político-ideológicos para a sociedade em geral, apresentadas em 3 (três) tendências principais: proposta conservadora, modernizante/privatista e racionalizadora.

Com uma versão bastante crítica ampla e profunda da crise e das necessidades do setor, RODRIGUEZ NETO (1985) apresenta um quadro bastante elucidativo das correntes que demarcam as propostas para o Setor Saúde no País. Cada uma destas correntes esboça um projeto que tem estratégias bem definidas no plano político-institucional e operacional.

QUADRO I

PROPOSTA	CARACTERÍSTICAS	IMPLICAÇÕES	BASES POLÍTICAS DE SUSTENTAÇÃO
<p>PROPOSTA CONSERVADORA</p>	<p>Defende a manutenção do modelo pluralista atual, baseado na compra de serviços ao setor privado, pelo setor público.</p> <p>atribui as insuficiências atuais desse modelo à conjuntura econômica, que contraiu o orçamento do Setor e à deficiência técnica do controle do poder público, acusando de inépcia.</p>	<p>Esse modelo, baseado na oferta de serviços pelo setor privado, vem demonstrando ao longo dos anos a sua extrema voracidade financeira, responsável pela inversão de prioridades assistenciais, no setor, na medida da maior lucratividade das atividades de caráter capital intensivo, que caracterizam a tecnologia diagnóstico-terapêutica atualmente disponível, mas nem sempre adequada e necessária à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes.</p>	<p>sustentada pela aliança entre os empresários hospitalares e produtores de equipamentos e insumos e os profissionais (médicos) neo-liberais que, defendendo uma relação médico/paciente individualizada, encontram no Estado a única condição para viabilizarem financeiramente esse projeto através do credenciamento de médicos e odontólogos pelo Ministério da Previdência.</p>
<p>PROPOSTA MODERNIZANTE PRIVATISTA</p>	<p>propõe uma "modernização" do Setor do ponto de vista de sua maior organicidade com as regras capitalistas de mercado, defendendo uma maior autonomia concorrencial entre os prestadores de serviços privados, supondo, daí, uma tendência a uma melhoria das relações custo/benefício no setor.</p> <p>contempla um afastamento do poder público da prestação de serviços de saúde à população urbana e regularmente inserida no mercado de trabalho, cabendo a este as ações de alcance coletivo e a prestação de serviços à população rural é/ou carente.</p>	<p>embora em um primeiro momento essa proposta possa parecer mais racional e atender tanto aos reclamos imediatos da população quanto ao atendimento médico-hospitalar mais personalizado, como à questão de melhorar as relações custo/benefício no setor, trazendo uma imagem de modernização, ela pode trazer sérias consequências do ponto de vista técnico e político-ideológico. Isso advém de seu propósito de dar maior organicidade capitalista à organização interna do Setor.</p>	<p>sustentada pelos interesses dos representantes da medicina empresarial. A exemplo, cita-se: medicina de grupo, convênio-empresa e outros.</p>
<p>PROPOSTA RACIONALIZADORA</p>	<p>o corpo doutrinário que dá suporte a essa proposta supõe a saúde como um direito de cidadania e portanto implica: responsabilidade do Estado sobre o sistema de saúde, cabendo ao setor privado um papel complementar e subordinado; integração inter-institucional; organização dos serviços em uma rede única, regionalizada e hierarquizada com mecanismos de referência e contra-referência; universalidade e equidade no atendimento à população a todos os níveis de atendimento, participação entendida como mecanismos de controle social, integralidade das ações, eliminando a dualidade entre ações individuais, coletivas preventivas e terapêuticas.</p>	<p>propõe a expansão e qualificação do setor público, adequando-o às exigências do modelo econômico, político e social.</p> <p>além dos aspectos de racionalidade em termos de adequação de estrutura de recursos à estrutura de necessidades de saúde, torna o modelo viável numa situação de recuperação da economia.</p> <p>implica gestão colegiada, descentralizada e participativa; cobertura assistencial planejada, de acordo com as necessidades epidemiológicas; co-participação financeira das várias instituições convenientes, de forma a viabilizar o funcionamento efetivo dos serviços.</p>	<p>setores progressistas da sociedade representados por Associações profissionais, Sindicatos, Conselhos Regionais de Profissionais de Saúde, Associações de bairros, partidos políticos, intelectuais e lideranças de movimentos sociais.</p>

Ao apresentar estas propostas, o Autor enfatiza suas características, implicações e bases políticas de sustentação. (ver Quadro 1).

A partir dos dados do quadro 1, verifica-se que a proposta racionalizadora contorna o projeto do movimento progressista do Setor Saúde e possibilita os avanços políticos do início de Governo da "Nova República", propondo a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Este movimento amplia seu espaço no Governo da Nova República e, através de articulações, alianças e negociações, convoca-se a VIII Conferência Nacional de Saúde precedida pela convocação e realização de conferências estaduais preparativas e pela elaboração de uma série de documentos que delinearam o conteúdo teórico do temário.

Em março de 1986, realiza-se em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Previdência Social. Essa Conferência reuniu delegados e representantes das diversas instituições de saúde e diversos setores da sociedade civil, constituindo-se no fórum mais amplo e democrático de discussão da área social no País.

Durante cinco dias, 1000 delegados, autoridades e representantes de sindicatos, de associações de moradores, da Central Única dos Trabalhadores e da Central Geral dos Trabalha

dores e entidades de classe, discutiram temas referindo-se à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, bem como à reformulação do sistema nacional e ao financiamento do setor.

Entre as conclusões da VIII Conferência destacam-se:

1. garantir a plenitude do direito à saúde através de:
 - . trabalho para todos em condições dignas;
 - . alimentação suficiente e adequada para todos;
 - . moradia higiênica para todos;
 - . educação e informação plena;
 - . qualidade adequada de meio ambiente;
 - . transporte seguro e acessível;
 - . repouso, lazer e segurança.
2. Sistema Único de Saúde, coordenado por um único Ministério, com fortalecimento do setor público de saúde.
3. O novo Sistema Nacional de Saúde deve ter como princípio:
 - . universalização em relação à cobertura populacional;
 - . equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção à saúde;
 - . integração das ações, superando a dicotomia preventivo/curativo;
 - . regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.
4. Quanto a Recursos Humanos, propõe:
 - . isonomia salarial com estabelecimento de planos de cargos e salários;



- . . composição multi-profissional das equipes;
- . capacitação e reciclagem permanente.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde foi sustentada pelo "movimento sanitário", precursor do Projeto de Reestruturação do Setor Saúde no País, aliado a outras forças progressistas da sociedade civil organizada. Ocorre numa conjuntura política onde as forças de base da Nova República se apresentam minadas pela reorientação e mobilização em torno do projeto conservador para a sociedade brasileira. No Setor Saúde o projeto conservador tem sua máxima expressão nas propostas privatizantes de grupos nacionais e de capital internacional, tendo o Estado como seu principal interlocutor. Neste sentido, a VIII Conferência Nacional de Saúde toma um significado político de fundamental importância, transformando-se no espaço de manifestação democrática, onde forças progressistas contrapõem seus projetos, ressentindo-se da ausência dos representantes do setor privado. No seu relatório final, conclui-se que é "evidente que as modificações necessárias ao Setor Saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito a promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar de "Reforma Sanitária". (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Entre os pontos polêmicos, 2(dois), se destacaram. O primeiro, referente à natureza do novo Sistema Nacional de Saúde — polemizando-se entre a proposta de imediata estatização e a outra, na qual ocorreria estatização progressivamente. Foi aprovada a proposta de estatização progressiva, com fortalecimento e expansão do setor público. A partir dessa definição foi consensual que a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público "concedido" e sob contrato regido com base nas normas do Direito Público. O segundo ponto polêmico refere-se à separação entre "Saúde" e "Previdência". Entende-se que a "Previdência" deve encarregar-se das ações próprias do seguro social (pensões, aposentadorias e demais benefícios) enquanto a "Saúde" estaria sob a responsabilidade de um único órgão, a nível federal.

Quanto ao financiamento do setor, foi definido que os recursos seriam de várias receitas a nível federal, estadual e municipal, oriundos de impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde. Defendeu-se a constituição do "orçamento social composto pelos recursos destinados às políticas dos diversos ministérios e aos distintos fundos sociais". A parcela destinada ao Setor Saúde seria o FUNDO ÚNICO FEDERAL DE SAÚDE — com modelo análogo a nível estadual e municipal. Definiu-se, ainda, que os recursos destinados à saúde seriam determinados através da pré-fixação de percentual mínimo sobre as receitas públicas.

No seu aspecto político, a realização e os resultados da VIII Conferência reafirmaram o projeto da Reforma Sanitária, ampliando suas bases populares, constituindo-se na plataforma básica do setor progressista de saúde para a conjuntura de transição.

Como resultado organizativo da VIII Conferência, deliberou-se a constituição de uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que deveria ampliar as bases de sustentação da proposta e acompanhar seus desdobramentos.

O relatório final da VIII Conferência passou a substanciar o trabalho de Setor Saúde, servindo como plataforma para partidos e políticos; posteriormente, orientou todo o trabalho junto à constituinte. Sua inarguível representatividade, quantitativa e qualitativa, possibilitou ao movimento sanitário um apoio de amplos setores da sociedade com isso, ele se contrapôs a uma conjuntura que se mostrava desfavorável para os avanços que a sociedade brasileira expressou na nova república.

A Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA SANITÁRIA (1987) nomeada por portaria interministerial — Ministério da Saúde, Previdência e Assistência Social e Educação — contou com representação institucional dos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, Educação e do Conselho Nacional de Secretários de Estado e dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde, entidades re

representativas de várias categorias profissionais do setor, e da Comissão de Saúde do Senado e da Câmara, além de sindicatos de trabalhadores.

RODRIGUES NETO (1988b) considera que, embora a CNRS tivesse representação de várias entidades, ela estava organizada para atender a interesses dos Ministérios da Saúde e Previdência Social. Neste sentido a Comissão não teve uma atuação política para viabilizar as posições majoritárias ou que fossem um desdobramento da VIII CNS. Após a constituição da comissão foi designada uma secretaria técnica e uma coordenação de oito (8) grupos técnicos para estudos de temas específicos — Propostas para a Constituição, arcabouço institucional, financiamento, recursos humanos, ciência e tecnologia, informação em saúde, saúde do trabalhador e saneamento e meio ambiente. Em maio de 1987 a secretaria técnica e a coordenação dos grupos técnicos reúnem em um documento os estudos e análises realizados pela CNRS, no qual reafirmam os princípios finalísticos da Reforma Sanitária, apontando que "embora em seu sentido mais abrangente a Reforma Sanitária deva ser entendida como um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democratização de saúde, seria um grave erro político ignorar a importância da definição de um novo arcabouço institucional para o Sistema Nacional de Saúde que propicie — a partir de bases adequadas de financiamento — uma nova configuração dos serviços de saúde a nível local, ampliando o leque de atividades numa nova relação com o

representativas de várias categorias profissionais do setor, e da Comissão de Saúde do Senado e da Câmara, além de sindicatos de trabalhadores.

RODRIGUES NETO (1988b) considera que, embora a CNRS tivesse representação de várias entidades, ela estava organizada para atender a interesses dos Ministérios da Saúde e Previdência Social. Neste sentido a Comissão não teve uma atuação política para viabilizar as posições majoritárias ou que fossem um desdobramento da VIII CNS. Após a constituição da comissão foi designada uma secretaria técnica e uma coordenação de oito (8) grupos técnicos para estudos de temas específicos — Propostas para a Constituição, arcabouço institucional, financiamento, recursos humanos, ciência e tecnologia, informação em saúde, saúde do trabalhador e saneamento e meio ambiente. Em maio de 1987 a secretaria técnica e a coordenação dos grupos técnicos reúnem em um documento os estudos e análises realizados pela CNRS, no qual reafirmam os princípios finalísticos da Reforma Sanitária, apontando que "embora em seu sentido mais abrangente a Reforma Sanitária deva ser entendida como um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democratização de saúde, seria um grave erro político ignorar a importância da definição de um novo arcabouço institucional para o Sistema Nacional de Saúde que propicie — a partir de bases adequadas de financiamento — uma nova configuração dos serviços de saúde a nível local, ampliando o leque de atividades numa nova relação com o

usuário". (COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA SANITÁRIA - 1987).

Neste documento o CNRS expressa que a irracionalidade do Setor Saúde, que responde a lógicas bem determinadas, e o sucateamento das instituições públicas de saúde, são herança cruel do autoritarismo e não se modificam com um processo suave e indolor. A implementação do projeto da Reforma Sanitária passa por mudanças estruturais que removem privilégios e distorções incrustadas na cultura de poder de uma sociedade, sendo necessário, como condição "sine qua non" de uma nova ordem, reafirmar a cidadania. O documento reitera que existem muitas razões para a mudança e que o direito à saúde tem sido sufocado por discriminações inaceitáveis em uma sociedade civil moderna e que se constitui na 8ª economia mundial. Reafirmando a Reforma Sanitária enquanto movimento que tem com um de seus objetivos a instalação de um novo sistema nacional de saúde, a CNRS conclui que a consecução dos princípios e recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde pressupõe que:

- . a saúde seja entendida como um processo resultante das condições de vida e a atenção à saúde não se restrinja à assistência médica, mas a todas as ações de promoção, proteção e recuperação;
- . a saúde seja um direito de todos e um dever do Estado, assegurado constitucionalmente, daí decorrendo a natureza social dessas ações e serviços de saúde, subordinados ao interesse público;

- . o Setor Saúde seja reorganizado e dimensionado , de forma a permitir o acesso universal e igualitário de toda a população a todas as ações e serviços necessários, dentro do conhecimento e da tecnologia disponíveis.

Considerando estes pressupostos, a CNRS elaborou uma proposta do Capítulo de Saúde para o texto constitucional que foi apresentado à Assembléia Nacional Constituinte.

Com esta proposta a CNRS estabelece, em forma de lei, os princípios definidos na VIII Conferência Nacional de Saúde e expressa para os constituintes, Ministérios e toda a sociedade uma proposta para o Setor Saúde que deveria subsidiar os constitucionais. Para RODRIGUEZ NETO (1988b), apesar da CNRS recolocar as conclusões da VIII Conferência Nacional de Saúde, a proposta perdeu a organicidade de seu relatório final. Para o Autor, este fato decorre do processo instalado nos trabalhos da CNRS que, para não colocar as questões polêmicas em votação, acabou por assimilar pontos que, embora insuficientes, se apresentavam mais ou menos como consensuais. Assim, a proposta da CNRS passa a representar muito mais a proposta de Governo da Nova República, que já não tinha mais nenhuma aderência com as propostas de democratização para o País. Neste momento, a sociedade brasileira passa a viver a conjuntura da Assembléia Nacional Constituinte, eleita pelo voto direto em escrutínio univer-

sal, o que representou, para grande parcela da população, a esperança da retomada dos mecanismos institucionais com vistas à consolidação do processo democrático.

Após o rompimento de mais de vinte anos de governo autoritário/militar, a elaboração de uma nova Carta Constitucional representava a possibilidade de remover o entulho autoritário, capaz de conduzir a nação a estabelecer um novo modelo econômico com base numa maior distribuição de renda, em consonância com um modelo político no qual prevalecesse o interesse da grande maioria da população.

Apesar da expressão de suas necessidades e expectativas, a população não viu realizados seus anseios na composição de uma Assembléia Constituinte progressistas. Ao eleger os constituintes, reproduziram-se os velhos mecanismos eleitorais e a Assembléia Nacional Constituinte tendeu a uma composição predominante de centro direita, conforme a análise de RODRIGUEZ NETO (1988b).

No âmbito da Assembléia Constituinte é aprovado o Regimento Interno, onde se definem as sub-comissões que deveriam discutir, junto à sociedade civil organizada e entidades governamentais, temas específicos e apresentar seus resultados em forma de proposta.

A saúde constituiu-se parte da sub-comissão de Segurança e do Meio Ambiente, que posteriormente fundiu-se na comissão de Ordem Social, juntamente com a sub-comissão do Direito

dos Trabalhadores, de Negros, Minorias, Deficientes e Populações Indígenas.

A partir dos trabalhos da comissão da Ordem Social, onde cada sub-comissão apresentava seus relatórios e emendas dos constituintes, o relator formulou um projeto que recebeu várias emendas, foi reelaborado e, finalmente, votado. A sub-comissão de saúde foi composta por 24 constituintes com tendências, compromissos e posições diversas. Segundo RODRIGUEZ NETO (1988b), dos 24 constituintes da sub-comissão de Saúde, três a quatro, à direita ou à esquerda, tinham posição definida quanto a um projeto para o Setor Saúde. A grande maioria dos constituintes estavam sem posição, ou seja, não tinham uma proposta pronta formulada. Durante entrevista realizada pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília, que teve entre seus trabalhos acompanhar a Constituinte, os parlamentares respondiam vagamente sobre seu nível de conhecimento das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde.

A partir da constituição das sub-comissões, a proposta da Comissão Nacional de Reforma Sanitária passou a ser incorporada pela mesma. O Sistema Único tornou-se uma palavra de ordem muito difundida, mas não hegemônica na Comissão.

A saúde, enquanto capítulo da Ordem Social, apresentava-se como foco de atenção para duas forças polares: de um lado as forças aglutinadas em torno da proposta da reforma sanitária e, do outro, as forças do modelo privatizante.

Ao mesmo tempo, grande mobilização se fez para acompanhar as audiências públicas da subcomissão de Saúde, onde foram ouvidos representantes das entidades governamentais, entidades representativas dos trabalhadores em saúde e outras organizações da sociedade civil. As propostas colocadas pelas forças progressistas foram direcionadas na defesa dos princípios e recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde. Por outro lado, as colocações em oposição a este projeto foram inconsistentes do ponto de vista da correlação de forças que se apresentavam a se direcionavam na defesa da iniciativa privada (RODRIGUEZ NETO, 1988b).

Para se contrapor às forças conservadoras organizadas e representadas por "lobbies" junto aos constituintes, o movimento sanitário e demais forças progressistas do Setor Saúde constituíram um "forum" denominado de "Plenária das Entidades de Saúde" para organizar e mobilizar forças em torno do Projeto da Reforma Sanitária. No Forum da "Plenária Nacional pela Saúde" participavam 168 entidades que, segundo AROUCA (1988), se identificavam politicamente com setores comprometidos com a superação das péssimas condições de vida e saúde da maioria da população brasileira e lutavam unitariamente pela inclusão das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde no texto constitucional como condição mínima indispensável para assegurar o pleno exercício do direito à saúde. Como corolário de seu trabalho a

Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte elaborou e mobilizou 54.133 assinaturas de eleitores a favor da emenda popular, entregue ao Presidente da Assembléia Nacional Constituinte em 28 de agosto de 1988.

Apesar das diferenças ideológicas e de estratégia das forças que compunham o pólo progressista na defesa da proposta da saúde na Constituição, o esforço de conseguir consenso sobre as questões mais importantes foi possível, o que fortaleceu enormemente o movimento e possibilitou influenciar nos acordos e articulação que se faziam entre os constituintes dos vários partidos e tendências políticas.

No ofício de encaminhamento da referida emenda popular, lê-se que a "Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte" assume neste momento histórico a luta unitária pela inclusão das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde no texto da futura constituição como condição mínima e indispensável para assegurar o pleno exercício do direito à saúde, o qual implica a garantia pelo Estado de condições dignas de trabalho, alimentação, moradia, educação, transporte, meio ambiente, repouso, lazer e segurança, além do direito à liberdade, à livre organização e expressão, ao conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente do trabalho, bem como o acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis". (RODRIGUEZ NETO, 1988 b)

Ao final de seu trabalho, a subcomissão de Saúde, ao votar o ante-projeto, incorpora as propostas da "VIII Conferência Nacional de Saúde e coloca a questão de saúde como função de natureza pública, cabendo ao Estado a sua normatização, execução e controle", (RODRIGUEZ NETO, 1988b). Para o Autor, a proposta da subcomissão avançou em relação à proposta da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, quando incluiu a palavra "execução", definindo assim a natureza do papel do Estado quanto ao pressuposto de direito de saúde de todos os habitantes do território nacional e o dever do Estado na sua execução, normatização e controle. Mas a aprovação na subcomissão não concluía o processo, uma vez que era apenas a primeira instância de luta. Neste sentido é que se viu a organização das forças conservadoras em torno de uma proposta, configurando-se o que se denominou "proposta do Centrão". RODRIGUEZ NETO (1988b) considera que diante da correlação de forças existentes na Constituinte e as propostas que eram difundidas pelos setores ligados à iniciativa privada através do "CENTRÃO", o texto aprovado significa uma expressiva vitória do movimento de Reforma Sanitária. Assim, o embate entre as forças conservadoras e progressistas ocorreu durante todo o trabalho da comissão da Ordem Social e obteve um avanço significativo, principalmente se comparado ao capítulo de Ordem Econômica.

Em artigo publicado no jornal, "Propostas de Reforma Sanitária" — AROUCA (1988) afirma que, entendendo a Reforma

Saⁿit^ária como um processo de transformaç^ão que busca elevar atrav^és de v^ários elementos o n^ível de vida da populaç^ão, pode-se considerar que o ciclo iniciado pela VIII Confer^ência Nacional de Sa^úde e encerrado com a aprovaç^ão do texto constitucional representou a base fundamental para o desenvolvimento deste processo no Brasil. Apesar da proposta aprovada n^ão representar totalmente os anseios da manifestaç^ão popular, expressa inclusive em emenda, o texto reflete o "poss^ível" que se atingiu atrav^és das articulaç^ões e negociaç^ões pol^íticas realizadas pelos constituintes e acompanhadas e apoiadas por representantes de entidades de trabalhadores, associaç^ões e outras organizaç^ões de sociedade civil. Elas representaram perdas sucessivas, tanto a n^ível do conte^údo quanto a do detalhamento.

AROUCA (1988) considera o texto aprovado pela Constituinte "um dos mais avançados em mat^éria de direitos individuais e coletivos, estabelecendo um alto grau de dignidade à cidadania e uma verdadeira revoluç^ão na legislaç^ão trabalhista brasileira, al^ém de colocar como princ^ípio b^ásico da seguridade social a universidade de cobertura do atendimento, o car^áter democr^ático e descentralizaç^ão da administraç^ão e a participaç^ão da comunidade".

Na verdade, todas as forç^{as} pol^íticas aglutinadas em torno da aprovaç^ão da proposta da VIII CNS no texto constitucional foram capazes de reconhecer o esforç^o despendido e o pa

pel que jogou a mobilização dos trabalhadores de saúde, entidades e de movimentos populares para conseguir o que foi aprovado. Ao mesmo tempo que se reconhece o avanço conseguido com a aprovação do texto constitucional, fica evidente que muito ainda está por fazer. Os próximos passos serão definitivos e entre eles destacam-se a elaboração da lei ordinária para o Setor Saúde e a elaboração das constituições estaduais e municipais. O artigo O QUE VAI MUDAR (1988) aponta os principais pontos que poderão possibilitar avanços no Setor Saúde e podem ser resumidos pelas seguintes propostas:

- . Criação de uma rede pública única, descentralizada e com prioridade às atividades preventivas e proibição de comercialização de sangue e seus derivados.
- . A saúde é um direito de todos e dever do Estado.
- . As ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e também por pessoa física de direito privado.
- . As ações e serviços públicos de saúde integram um sistema único, tendo como diretrizes a descentralização, com direção única em cada nível de gover

no, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços essenciais, e a participação da comunidade.

- . As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema, tendo preferência as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.
- . A lei disporá sobre as condições e requisitos que facilitam a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento; bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, vedado todo tipo de comercialização.
- . Ao sistema único compete controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos.

Na verdade, a luta pela aprovação do texto constitucional e a elaboração da lei ordinária e sua aprovação futura nas constituições estaduais e municipais representam apenas um pólo da luta para as transformações que se fazem necessárias em nossa sociedade, no que se refere ao Setor Saúde. MENDES (1988) aponta que o "processo de mudança de um sistema nacional de saúde em qualquer país democrático faz parte de um projeto políti-

co onde forças sociais que desejam a transformação em situação de poder em partido deverão atuar em pelo menos três diferentes planos políticos hierárquicos: no plano político-jurídico, no plano político-administrativo e no plano político-operativo". Reconhecendo como válida a proposição do Autor, reconhece-se que a luta pela aprovação da constituição e seu desdobramento na aprovação da lei orgânica e das constituições estaduais e municipais situa-se no plano político-jurídico, caracterizado como campo das regras básicas que regulam o funcionamento dos sistemas de saúde. O plano político-administrativo conduz, de conformidade com o plano político-jurídico, as estruturas e funções superiores e intermediárias de um sistema nacional de saúde, variando de acordo com o tamanho e complexidade de um determinado país e de suas instituições de saúde, com o estilo de descentralização e participação e com as características de organização político-administrativa. Neste sentido, observa-se que no Brasil o plano político administrativo vem sendo intensamente enfocado através da luta institucional pela implantação do Sistema Descentralizado de Saúde (SUDS).

Reconhecendo que a proposta da reforma sanitária é um movimento que tem suas ações precursoras organizadas no início da década de 70, a proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde tem um eixo institucional originário nos programas de extensão de cobertura de forma mais significativa, com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS).

Em documento encaminhado à CIPLAN, técnicos do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária afirmam que "a experiência acumulada ao longo da implantação das Ações Integradas de Saúde permite identificar amplos espaços para o aprofundamento da proposta, no sentido de sua consolidação como eixo estratégico da Reforma Sanitária, (COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA, 1987). Para sua viabilização, os técnicos propõem o aprofundamento dos mecanismos que garantam o aumento do gasto público em saúde, oriundos de todas as fontes participantes da AIS; recomendam o aprofundamento do processo de programação e orçamentação integrados e o desenvolvimento da gestão unificada nos níveis locais, além da incorporação dos prestadores de serviços privados especialmente filantrópicos, às redes municipais e estaduais e a implantação de sistemáticas de avaliação e acompanhamento das AIS.

O Sistema único Descentralizado de Saúde é institucionalizado a partir do Decreto Presidencial de número 94.657, de 20.07.87. Com este decreto fica configurado o arcabouço político-administrativo para um sistema que deve atender aos princípios de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade e integralidade da Assistência, sustentados pela municipalização e pela participação popular no controle social dos serviços de saúde. Na exposição de motivos número 31, de 10.07.87, dos ministros da Previdência e Assistência Social e da Saúde,

está fundamentado o decreto presidencial e definidas as atribuições dos níveis federal, estadual e municipal. O decreto define ainda que a cada nível deveriam ser reforçadas as instâncias decisórias já consolidadas pela AIS. FELIPE (1988) considera que a "unificação resultante da criação do SUDS faz parte de todas as propostas como elemento estratégico para a consecução da reforma sanitária".

Apesar dos esforços na institucionalização do SUDS através da assinatura dos convênios a nível de cada Estado, o processo foi obstacularizado pelas distorções e tendências do Sistema de Saúde existente e pela correlação de forças entre os projetos "privatizantes" e o da "Reforma Sanitária". Assim, estabeleceram-se as condições para a institucionalização do novo Sistema Nacional de Saúde, de acordo com as peculiaridades de cada Estado, prevendo-se ajustes e correções ao longo de sua implantação (COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA, 1987).

Segundo CORDEIRO (1988), "o objetivo inicial do SUDS era encontrar um caminho para iniciar o processo de unificação do Setor Saúde, superando impasses, divergências e opiniões conflitantes. Essa procura de soluções foi um dos motivos para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, e a proposta de criação do SUDS veio dar operacionalidade às conclusões desta conferência. Neste sentido, o Autor afirma que foi uma opção para iniciar um processo de unificação pela base, ao invés de se esperar pelas decisões a nível federal. Para ele

a implantação do SUDS objetivou também iniciar o processo de descentralização, vencendo as pesadas máquinas burocráticas, tanto as do Instituto de Assistência Médica como as do Ministério da Saúde, transferindo aos Estados e Municípios todos os recursos, dando-se inclusive autonomia para adaptar o projeto às suas próprias realidades. Assim, o processo de institucionalização, estadualização e consolidação do SUDS teve seu perfil delineado em cada Estado, a partir da correlação de forças favoráveis ou desfavoráveis ao projeto. Pode-se afirmar que não ocorreu a implantação do SUDS, mas de um SUDS de acordo com as demandas políticas e os acordos possíveis a nível de cada unidade federativa.

Também dentro do movimento de sustentação política da Reforma Sanitária, a proposta do SUDS enquanto estratégia de luta institucional levantou polêmicas que estiveram substanciadas em divergências de caráter estratégico, suscitando debates em vários fóruns e publicação de diversos artigos, entre os quais se destaca o "MPAS - o vilão da Reforma Sanitária" (FELIPE, 1988), publicado na Revista da Saúde em Debate.

Apesar das divergências e diferenças estaduais, muitas foram as experiências acumuladas com a implantação do SUDS enquanto estratégia de luta pela institucionalização da Reforma Sanitária. Entre as de maior destaque citam-se as dos Estados de Alagoas, São Paulo e Bahia. Na verdade o processo de implantação não só é diferente como tem tempos políticos bem demarca-

dos. Como exemplo, pode-se citar a própria assinatura dos convênios, que dependeu de acomodações e negociações políticas que refletem o grau de resistência à proposta em cada Estado. Também merecem ser destacadas as experiências a nível municipal, que têm tido caráter demonstrativo, apontando para a viabilidade e factibilidade do SUDS. Entre muitas, devem ser citadas as experiências de Campinas (SANTOS, 1988), Cachoeira de Macacu (TRINIDADE, 1988), Cambé (MARTINS et alii, 1988), Paraná (ALMEIDA et alii, 1988) Bauru (PIMENTA FILHO, 1988). Mesmo reconhecendo o avanço que o SUDS atingiu em alguns Estados enquanto estratégia político-organizacional, seu principal saldo fica por conta da possibilidade de direcionar recursos do INAMPS para o setor público, o que possibilitou a ampliação de bases sociais para as mudanças no Setor Saúde, envolvendo atores sociais fundamentais como prefeitos, associações de moradores e lideranças sindicais, que estão construindo de forma ascendente e participativa, "tijolo-por-tijolo num desenho lógico", o novo sistema de saúde dentro do velho. (PAIM - 1988).

Na verdade, a construção do SUDS passa por questões extra-setoriais, muitas das quais fazem parte da pauta das principais discussões nacionais. A primeira refere-se à reforma tributária, que deve constituir-se em um dos mecanismos de legitimação de poder do município, através da recomposição dos tributos fiscais. A segunda refere-se aos mecanismos de descentra-

lização, que possibilitarão aos municípios arregimentar forças políticas, técnicas e legais para dar conta de resolver seus principais problemas com ações geradas, executadas e avaliadas a seu nível. A terceira, maior significância dentro do processo democrático, refere-se à participação social, que está represada ainda sob os efeitos dos mecanismos institucionais autoritários, que sempre estiveram presentes no Estado brasileiro com uma demonstração mais evidente nos anos de governo militar. Essa última é, sem dúvida, o grande desafio da sociedade brasileira e passa pela constituição de uma prática democrática permeada pelo convívio das diferenças e o respeito à justiça e à igualdade social. Tomando esses aspectos externos ao setor apenas como exemplo, podem-se identificar aspectos internos que têm como determinantes um modelo econômico injusto, que marginaliza grande parte da população brasileira ao acesso a bens de consumo e serviços indispensáveis para garantia de uma vida com qualidade. Neste sentido, pensar em uma proposta que define a descentralização e unificação de um sistema marcado pelo privilégio do setor privado lucrativo é, em si, um confronto que se traduz por focos de resistência. FELIPE (1988), falando sobre os focos de resistência à implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, salienta que falta "alinhar" o avanço político institucional com as atividades de ponta dos serviços. Considera também que o SUDS "pavimentou" o caminho para

o Sistema Único de Saúde. Quanto às resistências, afirma que a primeira foi de caráter político, havendo diversas críticas ao esvaziamento das Superintendências Regionais do INAMPS e à crise gerada pelo aumento do poder federativo, decorrente da divisão de poder e da distribuição de verbas. O Autor identifica como segundo foco os "interesses específicos contrariados", entre os quais se identifica a manutenção de privilégios, acarretando inclusive arguição legal dos prestadores de serviços privados, que reclamam a inconstitucionalidade da redução do INAMPS a "mero órgão" de planejamento. Em terceiro lugar, o Autor observa que neste contexto emergem os interesses comparativos contrariados, apontados como um dos fatores de maior obstáculo à evolução da implantação do SUDS. Por último despontam a "l^{er}deza institucional", a inércia e a resistência à mudança dentro das Instituições. A nível do Município, verifica-se que uma resistência ao avanço do SUDS tem sido a visão deste como um simples mecanismo de captação de recursos.

Apesar da constatação destes obstáculos, muitos podem ser identificados e o rompimento dos mecanismos e estruturas institucionais, antes definidos como imutáveis, já podem ser observados. Como exemplo dos avanços tem-se o repasse de orçamento do INAMPS para as AIS/SUDS e, atualmente, para o Sistema Unificado de Saúde (SUS). Em 1984, 207 bilhões de cruzeiros foram repassados, representando 4% do orçamento do INAMPS

e em 1985 esta cifra saltou para 1,7 trilhões de cruzeiros, representando 10%; em 1986, para 5,6 bilhões de cruzados, ou seja, 12% do orçamento do INAMPS. (FELIPE - 1988). Este repasse orçamentário veio acompanhado de instrumentos de planejamento integrado denominado "programação orçamentária integrada"(POI), que representou um mecanismo importante de programação interinstitucional. Estes fatos apontam para a irreversibilidade do processo do SUDS, tanto no que se refere aos seus aspectos políticos-jurídicos, quanto àqueles que se traduzem em instrumentos político-administrativos, restando uma investida no plano político operacional capaz de gerar mecanismos de participação da população que transforma, a curto prazo, em instrumentos e fóruns para o controle social dos serviços de saúde. Esta universalidade pode ser confirmada por compromissos que vêm sendo expressos por autoridades governamentais. Em reunião do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, em 19 de agosto de 1988, o Ministro da Previdência Social e Assistência Médica assumiu o compromisso de dar continuidade à implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, de avançar o processo com medidas que acelerassem o repasse de bens de pessoal e verbas do Instituto Nacional de Assistência Médica e Social para os Estados, além de criar uma Comissão de Acompanhamento do SUDS - composta pelo INAMPS, o CONASS e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com a abertura de canais diretos para o diálogo entre os secretários e o Ministro de Previdência.

Para FELIPE (1988), os mecanismos de separação dos impasses e focos de resistência passam pela imediata e objetiva instalação dos Escritórios Regionais do INAMPS, com as atribuições já definidas, de repasses de verbas automáticas para os Estados e Municípios, como solução dos problemas de cessão de pessoal e bens e não retração dos orçamentos estaduais e municipais para os gastos com assistência à saúde. Neste sentido a consolidação do SUS pode estar subscrito na Portaria nº 4.370, de 02 de dezembro de 1988, pelo Ministério do Estado da Previdência e Assistência Social. A Portaria estabelece normas complementares para o funcionamento do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados de Saúde nos Estados - SUS estabelecendo, entre outros, o prazo de 60 dias para a implantação do quadro de pessoal dos escritórios regionais do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, configurando-se em mecanismo que extingue definitivamente as Superintendências regionais do INAMPS (BRASIL, LEIS E DECRETOS, 1988).

Neste momento é importante que as forças que defendem o projeto da Reforma Sanitária se mobilizem para garantir os avanços inscritos na Carta Constitucional, com a possibilidade de ampliá-los por ocasião da elaboração da Lei Orgânica do Setor Saúde e das Constituições estaduais e municipais.

Mas todos estes instrumentos políticos administrativos exigem que as atenções daqueles que estejam comprometidos com as transformações dos serviços priorizem as estratégias no

plano político-operativo que, segundo MENDES (1988), adquire concretude mediante o estabelecimento de uma relação direta e de correspondência bilateral entre unidades produtoras de serviços e a população que vive em um tempo e em um espaço determinados.

Para o Autor, o plano político-operativo deve ser tomado como elemento fático e, em consequência, dependente dos acertos das propostas teóricas que estão sendo consolidadas na América Latina, inclusive no Brasil, através de propostas que acelerem as mudanças e favorecem o desenvolvimento e o fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde. Nesta mesma direção apontam-se os modelos baseados nos Distritos Sanitários. Estas propostas delinham modelos de intervenção no "espaço local" onde, em última instância, vão-se dar as modificações no plano político-operativo e onde, concretamente, vão-se organizar os sistemas locais de saúde. (MENDES, 1988).

Em Seminário sobre Sistemas Locais de Saúde promovido pela organização Panamericana de Saúde (OPS), em abril de 1988, com representantes da Argentina, Brasil, Chile e Paraguai, considerou-se que é impostergável melhorar a qualidade e a oportunidade das prestações de saúde que se outorgam aos habitantes dos países da região, fazendo-as eficientes e equitativas, ao mesmo tempo em que é necessário garantir o livre e igualitário acesso às ações de fomento, proteção e recuperação da saúde. O documento subscreve, ainda, que a disponibilidade de

recursos, relativamente insuficiente, agravada pelos efeitos recessivos do custo dos serviços, da dívida externa dos países da região determinada, é impostergável para a melhoria e otimização do aproveitamento dos recursos disponíveis com critérios de focalização para os setores mais necessitados e despossuídos dos países.

Esse Seminário, realizado com o objetivo de discutir e estabelecer estratégias de consolidação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) nos países citados anteriormente, reforçou os princípios finalísticos de reforma sanitária; neste sentido é necessário ressaltar que os SILOS aparecem como um modelo adequado no contexto e realidade dos países para alcançar o acesso de todos os habitantes a todas as ações e como estratégias para reorientar os recursos para que as políticas de saúde sejam cada vez mais eficientes e equitativas. Outro aspecto importante é que o SILOS possibilita a integração inter e extra setorial para lograr saúde para todos, promovendo uma ativa e enriquecedora participação social, nas ações dos serviços locais de saúde. Por último, o Seminário reafirmou que, para que a proposta se concretize, deve-se considerar como requisitos fundamentais a descentralização, o financiamento adequado e a estrutura organizativa que aproveita o já existente e evite a atomização, garantindo a capacidade resolutiva e a participação social.

Analisando estes pressupostos, verificamos que existe uma complementariedade de dependência não hierárquica entre os três planos — político, jurídico/administrativo e operativo. Na verdade, para operacionalizar é necessário o arcabouço institucional e as bases jurídicas. Mas ao mesmo tempo as alianças e ampliações das bases sociais, garantidas através da operacionalização de um serviço que tenha resolutividade, são a sustentação social do projeto que se define no plano político-jurídico e que sustenta o arcabouço político-administrativo.

Portanto, os níveis de luta têm a mesma importância e devem integrar-se na busca e na consolidação da Reforma Sanitária como definição de estratégias complementares e coerentes. Tomando a tese de MENDES (1988), de que o plano político, operativo deve configurar-se como elemento fático, torna-se necessário aprofundar alguns aspectos conceituais do modelo. O Autor ressalta que os sistemas locais não podem configurar-se apenas como pólos de importância geográfica de ação, mas um espaço demográfico, epidemiológico, tecnológico, econômico, social e político, referenciado numa totalidade histórica e onde se articulam, de um lado, as unidades produtoras de serviços e, de outro, a população, com suas diferenças, necessidades e possibilidades em relação unívoca.

Corroborando esta concepção, OLIVEIRA (1988) esclarece que o espaço local e a combinação de uma epidemiologia específica

ca, tendo como determinante a estrutura sócio-econômica específica, define uma estrutura de poder e uma organização técnica também específica. Estão na base das relações entre estas estruturas específicas os recursos onde a realidade social é o resultado da interação de todas essas estruturas.

Neste sentido, os espaços locais si constituem no palco onde atores representando interesses institucionais da população em geral e dos trabalhadores do setor de saúde devem mobilizar-se para a concretização dos princípios finalísticos de Reforma Sanitária, em especial na definição e implementação de mecanismos que efetivem o controle social dos serviços de saúde.

Com esta compreensão e tomando como exemplos as tentativas que vêm sendo implementadas em alguns Estados brasileiros, pode-se considerar que ainda estamos no processo inicial da implementação nos sistemas locais. É necessário ressaltar que a concepção desses sistemas exige uma revisão nos princípios conceituais, como a incorporação do serviço de saúde enquanto direito inalienável de todos os brasileiros, a definição de mecanismos de participação de sociedade no planejamento, e a execução e avaliação de produção de serviço de saúde.

Para tanto, faz-se necessária uma revisão de toda concepção impregnada de um serviço ineficiente, ineficaz, desqualificado e de baixa absorção tecnológica e distante da população.



Entende-se que os objetivos adotados por MENDES (1988), para os SILOS de eficiência e eficácia social, equidade e democratização exigem um primeiro lugar a redefinição da composição tecnológica de força de trabalho em saúde com programas de educação que recuperem a competência técnica dos profissionais e apresentem um novo perfil para a equipe de saúde. Em seguida a otimização dos recursos existentes, com recuperação e instalação de rede física que permita a incorporação das categorias de eficiência enquanto expressão da relação de produção obtida, insumos e de eficácia, como a relação entre a quantidade de recursos, as atividades ou resultados programados e a quantidade efetivamente obtida. Por último, a ampliação do conceito de prestação de serviço de saúde que, dentro do princípio de espaço local, adquira uma amplitude na busca das relações do modo produtivo no qual participa a população adstrita, com suas condições de vida e trabalho.

Neste sentido, acredita-se que o trabalhador, enquanto força de trabalho que efetiva a produção dos serviços de saúde, deve constituir-se estratégica e taticamente em uma das prioridades para o investimento no setor, principalmente nos aspectos referentes à sua preparação (formação, capacitação, educação continuada). Considerando que os trabalhadores de enfermagem representam mais de 50% da força de trabalho no Setor Saúde e contam na sua composição interna com grande contingente de

trabalhadores sem nenhuma formação específica para o setor, eles merecem ser definidos como prioritários para a implementação do plano político-operacional, dentro da proposta de Reforma Sanitária. A sua qualificação, através de programas de formação, eleva-os a categorias de maior preparo. Esta força quantitativa deve constituir-se em força propulsora para qualificar os serviços de saúde e ao mesmo tempo responder às necessidades de saúde da população.

A análise histórica da estrutura dos Serviços de Saúde no País possibilita concluir que a extensão de cobertura de serviços de saúde priorizada pelas políticas de saúde nas últimas décadas cumpriu papel importante na ampliação da rede física de serviços. Esta ampliação possibilitou uma aproximação dos serviços de saúde junto à população, embora não tenha ocorrido absorção de tecnologia nem tampouco da tecnologia da força de trabalho do setor capaz de responder às necessidades e demandas de saúde da população.

Neste momento, as propostas de municipalização devem ser entendidas como parte de um processo que permite ampliar a infra-estrutura dos serviços e de sua base social. Para alcançar a construção dos propósitos da Reforma Sanitária é necessária a incorporação de tecnologia bem como o aumento e recomposição tecnológica da força de trabalho nos serviços de saúde.

Tomando o objetivo deste estudo na dinâmica do mercado de trabalho em saúde, é fundamental destacar:

- . a extensão dos serviços de saúde a camadas amplas da população teve como um de seus pilares a incorporação de mão-de-obra não preparada para o setor;
- . grande parte desta mão-de-obra desempenha ações de natureza diversa, caracterizada como trabalho de enfermagem;
- . a extensão dos serviços ocorreu sem absorção tecnológica e a recomposição tecnológica de força de trabalho polarizou-se entre o médico e o pessoal de nível elementar;
- . a ampliação foi importante, mas não incorporou a infra-estrutura tecnológica e não contou com bases sociais capazes de garantir o alcance dos objetivos finalísticos da reforma sanitária.

Frente a estas questões, torna-se fundamental reafirmar o movimento da reforma sanitária enquanto aglutinador de forças que propõem e buscam a democratização do Setor de Saúde dentro da luta de democratização de sociedade brasileira. Incorporar esta concepção representa estabelecer mecanismos jurídicos institucionais e ampliar as bases sociais que possibilita-

rão a concretização dos princípios definidos pela reforma sanitária que são muito mais amplos do que a luta institucional traduzida, hoje, pela criação do Sistema Único de Saúde.

Para a enfermagem, assim como para os demais profissionais de saúde, cabe um posicionamento firme e decidido no engajamento desta luta.

Este engajamento exige uma tomada de posição que se deve traduzir pela busca de maior competência para a resolução dos problemas de saúde apontados no capítulo anterior. Para esta tomada de decisão é importante que a enfermagem compreenda seu perfil social e sua determinação histórica, os fatores intrínsecos e extrínsecos na definição de sua "praxis".

Incorporando esses aspectos, na definição do quadro sanitário e da estrutura dos serviços de saúde, pretende-se analisar a força de trabalho em enfermagem, enquanto majoritária no Setor Saúde.

3.3. FORÇA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM: CARACTERÍSTICAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS NA DINÂMICA DO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE

Frente ao quadro epidemiológico do País, desenhado anteriormente e considerando a estrutura e a organização dos serviços de saúde, assim com as políticas e estratégias criadas para intervir no processo saúde/doença da população brasileira, importante se faz analisar a força de trabalho em enfermagem enquanto parte que é de todo o modo e processo de produção de serviços de saúde.

Realizar esta análise demanda considerar aspectos históricos da enfermagem no Brasil, enquanto referencial para a compreensão do significado e do papel da enfermagem no mercado de trabalho do Setor Saúde. Além deste aspecto é necessário caracterizar o fazer da enfermagem brasileira enquanto uma prática social determinada e essencial no processo e na qualidade da assistência de saúde que é prestada no País. A essencialidade da enfermagem e sua efetiva presença no Setor Saúde, por si só, justificam a análise da enfermagem enquanto força de trabalho na dinâmica do mercado de trabalho de saúde do Brasil.

Neste sentido, e considerando o perfil epidemiológico do País, a estrutura dos serviços de saúde e as políticas e condições que os determinam, este capítulo aborda os principais momentos do desenvolvimento da enfermagem no Brasil. Partindo da prática da enfermagem brasileira, analisa os aspectos quanti-qualitativos da força de trabalho de enfermagem, principalmente enquanto parte relevante do processo de produção em

saúde que, neste momento, pretende organizar-se e produzir de conformidade com os princípios finalísticos de Reforma Sanitária.

3.3.1. Aspectos históricos da enfermagem no Brasil

Seguramente não há uma história da enfermagem enquanto tal. Há, sim, a história do País enquanto processo social, político, econômico e cultural, que vem construindo as características do "modo de ser" da sociedade brasileira como um todo e o perfil dos vários segmentos que a compõem, inclusive o da enfermagem. Com esta compreensão, alguns movimentos e fatos históricos estão aqui indicados pela sua significância e relação com a constituição da enfermagem enquanto parte do setor terciário de economia, incorporada à produção de serviços de saúde. São os movimentos de aproximação, afastamento, reciprocidade, identificação e dependência da enfermagem frente à história do País que indicam os momentos e/ou fatos que marcam historicamente a enfermagem e a conformam, em nossa sociedade.

Considerando o período colonial, constata-se que estudos sobre a assistência de saúde prestada naquela época são bastante escassos. Nesse período predominava a utilização do escravo (índio e negro) como força de trabalho e a lógica que presidia tal utilização não incluía a adoção de serviços de assistência à saúde. Sabe-se que as longas jornadas e as precárias condições de trabalho somadas à má qualidade de habitação e alimentação, além da inexistência de saneamento básico nas cidades geravam graves problemas de saúde pra aqueles que tra-

balhavam como escravos. A reprodução da força de trabalho escrava ocorria, predominantemente, fora do País e era garantida pelo mercado abastecedor, através do livre tráfico. No entanto, não se encontra referência a nenhuma assistência de saúde sistematizada, acessível aos escravos. Médicos vindos de Portugal atendiam às necessidades e problemas de saúde da Corte e daqueles ligados a ela. Fora deste segmento social, os doentes eram atendidos pelas congregações religiosas e voluntários leigos, que definiam o modelo de assistência de saúde que era prestada tanto aos escravos como àqueles marginalizados por qualquer motivo. Conforme GERMANO (1983), o surgimento da enfermagem no Brasil pode ser localizado neste contexto e, praticamente, se mantém com este perfil até a Velha República.

Ao analisar as características da enfermagem na sociedade brasileira, SILVA (1986) apresenta antecedentes da profissionalização na área de enfermagem que estão marcados pelo surgimento, em 1808 e 1832, de cursos de parteira nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, respectivamente.

A criação das primeiras Santas Casas de Misericórdia, ainda no século XVI, para atender a pobres e órfãos, sistematiza a assistência de enfermagem, sem contudo definir novos parâmetros para a mesma. O cuidado aos doentes continua sendo prestado por religiosos e voluntários leigos que aprendiam "o ofício" através do ato de fazer. Não existia nenhuma preocupação com a formação dos que prestavam assistência de enfermagem.

Referindo-se a este momento, GERMANO (1983) afirma que "esta situação perdurou até o início do século XX", quando a enfermagem permaneceu sendo "exercida em bases puramente empíricas". Os religiosos, além de prestarem os cuidados, supervisionavam os voluntários e os escravos que cuidavam dos doentes, delineando, a partir daí, bases filantrópicas para o exercício da enfermagem, onde a caridade e a abnegação se sobrepunham a qualquer princípio de uma possível relação de trabalho. SILVA (1986), estudando sobre "Medicina e Enfermagem no Pré-Capitalismo", afirma que "a história da enfermagem pré-profissional é a história de uma prática social que nasceu vinculada às atividades domésticas, à mercê exclusivamente de empirismo das mães de família, de monjas ou de escravos". A Autora observa que tal prática gera falta de poder e de prestígio para o trabalho, uma vez que o mesmo, enquanto saber, disseminado no meio social, é reconhecido como de "senso comum", o que rompe com o etos esotérico que permeia o saber especializado, de domínio de poucos, tão privilegiado na construção do poder na Grécia Antiga. Vê-se portanto que, no Brasil, o exercício da enfermagem nasce do trabalho de religiosos, escravos e voluntários e se instala como trabalho "desprovido de poder e prestígio", mesmo quando institucionalizado.

A partir da metade do Século XIX, ocorrem no Brasil grandes transformações, determinadas pelo aprofundamento do modelo econômico agrário-exportador que modifica, fundamental-

mente, a vida das cidades portuárias, e, em particular, a do Rio de Janeiro. A manutenção deste modelo exige do Império estratégias de ação social, entre as quais se destaca a saúde, uma vez que endemias como a febre amarela, a varíola e a peste ameaçavam as relações comerciais do Brasil e, portanto, sua base econômica e política. Nesta época, a Junta de Higiene existente foi transformada em Junta Central de Saúde Pública, com o objetivo de sistematizar e organizar medidas e ações que viessem controlar as doenças de caráter coletivo e estabelecer um sistema de vigilância sanitária para as endemias e a higiene das cidades. Estas medidas trazem novas exigências para a enfermagem da época, que se mantinha nos limites do cuidado hospitalar. Tais exigências se consubstanciam na criação da primeira Escola de Enfermagem do Brasil em 1890 — Escola Profissional de Enfermagem e Enfermeiras — posteriormente Escola Alfredo Pinto. Esta Escola surge vinculada ao Hospital Nacional de Alienados do Rio de Janeiro e tem como corpo docente os médicos da própria Instituição. (GERMANO, 1983).

A chamada "enfermagem moderna" (ou Sistema Nightingale) chega ao Brasil em 1892, quando o Hospital da Associação de Estrangeiros, também no Rio de Janeiro, recruta enfermeiras inglesas para organizar seus serviços de enfermagem e treinar estagiários. Segundo o CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (1985), inicia-se neste momento a influência da enfermagem inglesa na atenção de enfermagem no Brasil. No ano de 1899 é criado em São

Paulo o Curso de Obstetrícia. O início do século XX é marcado pela expansão de instituições de preparação de enfermeiros, com a criação da Escola de Enfermeiros do Hospital Samaritano(1901) e da Escola de Parteiras (1902). (SILVA, 1986). Para a área de saúde no Brasil, o início deste século se caracteriza por grave crise nas relações comerciais decorrentes, entre outras causas, do recrudescimento de novas epidemias de febre amarela, nos principais portos. Todas as medidas adotadas até então para o controle das endemias não tinham tido o impacto esperado, mesmo porque os fatores determinantes do grave quadro sanitário não se alteravam, principalmente aqueles diretamente ligados às condições de saneamento básico das cidades portuárias. A ameaça dos países que negociavam com o Brasil nas relações comerciais levou o Governo a definir medidas enérgicas de controle e combate das endemias. O sanitarista Oswaldo Cruz foi convidado para elaborar um plano de controle da febre amarela, da varíola e da peste, no Rio de Janeiro. Assim é que a adoção de um Programa de grande abrangência de controle das endemias faz surgirem novas demandas de necessidade de mão-de-obra especializada de enfermagem para executar as ações estabelecidas no Plano Oswaldo Cruz. Apesar da existência de instituições responsáveis pela preparação de pessoal de enfermagem, o grande contingente da força de trabalho caracterizava-se por não possuir preparação sistematizada, uma vez que o exercício da enfermagem se restringia quase que exclusivamente às Santas Casas de Misericórdia, onde a preparação prévia era secundarizada.

Para responder à precariedade quanti-qualitativa da força de trabalho de enfermagem, solicitou-se "a cooperação e assistência dos Serviços Internacionais de Saúde, cabendo à Fundação Rockefeller um papel importante na organização de um modelo de formação de enfermeiras de saúde pública que pudessem auxiliar nas várias atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública, cujas funções, a nível Nacional, foram definidas em 1921. Surge, assim, o Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, sob a direção de enfermeiras americanas. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - 1985). As necessidades foram aumentando e, na tentativa de solucionar o problema de formação de profissionais para atuar a nível de Saúde Pública, criou-se, em 10 de novembro de 1922, através do Decreto nº 15.799, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. (GERMANO, 1983). Segundo a Autora, "é nesse quadro que emerge o ensino sistematizado de enfermagem, tendo como propósito formar profissionais que contribuíssem nas ações de saneamento de portos, iniciando no Brasil a atuação da enfermagem fora dos hospitais". A criação desta Escola traz um fato novo e de grande relevância para a história da enfermagem no País: o de ser organizada administrativa e academicamente, sob a responsabilidade de enfermeiras.

Esta instituição se transforma na Escola de Enfermagem Ana Néri, através do Decreto nº 17.268/26, constituindo-se

em importante marco da enfermagem brasileira, e caracterizando o início da formação de enfermeiros dentro dos parâmetros da denominada "enfermagem moderna". Coerente com os princípios para os quais foi criada, a escola Ana Néri tinha um currículo com patível com a pretensão de formar enfermeiras visitadoras para atuar em saúde pública. Assim, "a enfermeira recém-formada participava dos programas de combate às endemias, cuidando do isolamento dos enfermos e do acompanhamento dos contatos". (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - 1985). Em 1931, através do Decreto nº 20.109/31, a Escola Ana Néri foi definida como escola oficial padrão, tendo servido de modelo para a criação das demais Escolas de Enfermagem, que deveriam atender aos seguintes requisitos:

- . direção ocupada por uma enfermeira;
- . critérios de seleção e admissão de alunos;
- . duração igual à do curso ministrado pela Ana Néri;
- . condições de campo de prática.

Assim, durante vários anos, as Escolas de Enfermagem criadas no País seguiram o modelo da Escola de Enfermagem Ana Néri, incorporando seus princípios, valores e modelo curricular, cuja estrutura previa o oferecimento do conteúdo subdividido em 5 (cinco) fases, sendo a última de especialização em Enfermagem Clínica ou Médico-Cirúrgica ou Saúde Pública ou

Administração Hospitalar. Estabelecia-se como requisito para admissão o diploma de normalista, permitindo-se a entrada de candidatas que não possuissem esta habilitação, após seleção prévia. Pelo programa da Escola era obrigatório o estágio de oito horas diárias no Hospital São Francisco, com direito a residência, pequena remuneração mensal e duas meias folgas por semana, o que significava 48 horas semanais de atividades, além daquelas de caráter teórico e estudos (SILVA, 1986). Assim, a implantação do ensino de enfermagem, no Brasil, se constrói pela absorção de um modelo exógeno que tem como base as escolas de enfermagem americanas. Para SILVA, (1986), esta influência é marcada por paradoxos. Em primeiro lugar, porque se buscou atingir o objetivo de atender a problemas imediatos de saúde pública de um País pobre, implantando-se um modelo de escolarização de país rico. Em segundo lugar, porque o escopo primordial da fundação das primeiras Escolas de Enfermagem dos Estados Unidos estabelecia o atendimento, a baixo custo, da demanda de mão-de-obra de instituições hospitalares privadas, enquanto que, no Brasil, a sua finalidade básica foi responder a interesses de políticas do setor público. Finalmente, estando os programas caracterizados como sendo para a resolução de problemas de saúde coletiva, afigura-se paradoxal o tempo dispendido pelas alunas em estágios hospitalares. Estes paradoxos podem ser confirmados quando se verifica que a partir desta época houve um crescimento significativo do número de Escolas de Enfermagem, ca-

bendo às egressas o papel de assumir a direção administrativa e acadêmica das mesmas.

Segundo o documento "Força de Trabalho em Enfermagem" (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - 1985), o aproveitamento da enfermeira em hospitais públicos se dava em menor escala e em geral elas se ocupavam do atendimento domiciliar a doentes particulares. Afirma o documento que as oportunidades no mercado de trabalho para a profissional enfermeira eram limitadas, havendo obstáculos sociais à sua expansão, sobretudo nas instituições hospitalares. A nível hospitalar, a força de trabalho em enfermagem continuava a ser constituída, fundamentalmente, de religiosas ou pessoal preparado por elas, em serviço. A criação, em 1916, pela Cruz Vermelha Brasileira, de uma Escola de Auxiliar de Enfermagem não respondeu, especialmente à demanda de pessoal de nível médio de enfermagem no País. por vários motivos; entre eles, porque a mesma foi fundada a partir do movimento internacional, para melhorar as condições de assistência aos feridos da I Guerra Mundial.

Apesar de todas as limitações, há evidências do importante trabalho realizado pelas primeiras enfermeiras brasileiras no controle das endemias. Marca este período a criação, em 1926, da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, que congregava enfermeiras brasileiras e estrangeiras, entidade existente até os dias atuais com o nome de Associação Brasileira de Enfermagem, e que cumpre o papel importante de representar

os enfermeiros junto às instituições e organizações sociais.

As transformações econômicas ocorridas no início do século XX resultaram na incorporação de um modelo econômico com base no desenvolvimento industrial, que impõe profundas mudanças na estrutura político-econômica e social do País. Sobre o modelo industrial, SINGER et alii (1978) afirmam que a implantação do "capitalismo industrial criou condições inteiramente novas de vida para a maioria da população que, predominantemente, no campo, produzia boa parte de sua subsistência direta e, dificilmente, sucumbia à desnutrição crônica. O contato direto com a natureza e sua maior dispersão deveriam torná-la menos sujeita ao contágio e, talvez, mais resistente às epidemias. Era notório que antes do surgimento do que se poderia denominar de serviços de saúde modernos, as condições de saúde no campo eram muito melhores que nas cidades". Reconhece-se assim que o processo de industrialização modifica as condições de vida e de trabalho, definindo um novo perfil de morbi-mortalidade. Para o Autor, as doenças decorrentes do processo de industrialização e urbanização afetam primeiramente o proletariado, mas também se apresentam enquanto risco para as classes dominantes, gerando preocupações quanto à manutenção da força de trabalho qualificada, quando da necessidade de resguardar as camadas privilegiadas dos riscos coletivos.

Para SILVA (1986), "sob a égide do modelo capitalista, a área da saúde desprende-se institucionalmente da assistên

ciã social genérica (característica da sociedade feudal), passando formalmente para a responsabilidade do Estado, cujas formas de assumí-la estão intimamente vinculadas às necessidades materiais do sistema produtivo, bem como ao jogo das forças políticas envolvidas no problema". As relações complexas, inter-setoriais, definidas pelo modo de produção capitalista, passaram a exigir dos setores sociais uma reordenação das formas de trabalho até então vigentes, para se articularem direta ou indiretamente com a esfera produtiva. Na verdade, esta reordenação não ocorre de uma só vez. O que se observa é a organização gradativa do novo modelo em substituição ao velho, que vai se exaurindo aos poucos. A implantação do modelo industrial, no Brasil, por um lado determina o surgimento das instituições privadas de assistência à saúde, através da expansão dos hospitais; por outro, a consolidação do projeto social do Estado. Com a expansão dos serviços de assistência à saúde, por iniciativa do Estado e do setor privado, amplia-se o mercado de trabalho na área hospitalar e, conseqüentemente, a demanda de emprego para as categorias da enfermagem.

ALMEIDA (1981), em estudo sobre a Prática da Enfermagem, demonstra que a expansão deste mercado modifica o quadro de emprego das enfermeiras no País. A Autora constata que, das 334 enfermeiras em exercício em 1943, 66% trabalhavam em saúde pública e 9,5% em hospitais e que, em 1950, 49,9% das enfermei-

ras encontravam-se no campo hospitalar e 17,2% na saúde pública. No processo gradativo de consolidação do novo modelo econômico emergem exigências que a nível do Setor Saúde se refletem no ensino e na assistência de enfermagem. No bojo de uma série de diretrizes traçadas para atender às novas necessidades, destaca-se a primeira reforma curricular do ensino do enfermeiro, que ocorre em 1949. Através do Decreto nº 27.426/49, define-se um período de 7 (sete) anos para que as Escolas de Enfermagem exijam o curso secundário completo ou equivalente como um dos critérios para admissão de seus alunos. Apesar dos paradoxos já apontados, não se observaram alterações fundamentais quanto ao conteúdo. Assim, tanto no currículo definido em 1923, quando da criação da Escola, quanto naquele definido pelo Decreto de 1949, as disciplinas de caráter preventivo foram privilegiadas. Apesar dos avanços do modelo de produção industrial e da consequente inversão da oferta de emprego pelo mercado de trabalho, somente em 1962 - através do Parecer 271/62, do Conselho Federal de Educação - define-se uma mudança no currículo de formação do enfermeiro, com forte ênfase no conteúdo de assistência a nível hospitalar.

Esse currículo privilegia as disciplinas de curso curativo, em detrimento daquelas de saúde pública, que não aparecem mais como disciplina obrigatórias.

Para viabilizar este ensino e coerentes com o modelo de expansão de serviços privados para assistência médico-

hospitalar, as Escolas de Enfermagem assumem o serviço de enfermagem dos Hospitais, passando a dirigi-los e a prestar assistência com efetiva participação da força de trabalho dos seus docentes e alunos.

Segundo REZENDE (1985), no estudo realizado pela Associação Brasileira de Enfermagem, em 1958, a análise sobre o trabalho da enfermagem demonstrou que das 33 Escolas de Enfermagem existentes à época, 61% eram responsáveis pelos serviços de enfermagem dos hospitais e 82% destas utilizavam o estudante como força de trabalho, o que se denominava "atividade prática", com carga horária de até 50 horas semanais.

A Lei de nº 4024/61, que estabelece as diretrizes e as bases da Educação Nacional (LDB) traz para a enfermagem do Brasil determinações de grande impacto: o enfermeiro passa a ser profissional de nível superior; permite-se formar o técnico de enfermagem e determina-se o currículo mínimo para o ensino das carreiras universitárias no País, entre elas a do enfermeiro.

A implantação e a expansão dos parques industriais passam a exigir mão-de-obra qualificada, para atender às necessidades das políticas de consolidação e aprofundamento do modelo capitalista industrial e, para atender a estas exigências, as políticas sociais buscam adequar-se às mesmas. Na área da educação, define-se a reforma universitária na Lei nº 5540/68 - que, por via de consequência, conforme parâmetros para o ensino

de 1º e 2º graus, através da Lei nº 5692/71. Na área de saúde, no final da década de 60, e mais marcadamente, a partir do início da década de 70, implanta-se no País uma política de extensão de cobertura, tendo como estratégia a atenção primária. Paradoxalmente os cursos de enfermagem continuam sua formação nos limites do currículo mínimo definido pelo Parecer 271/62 do Conselho Federal de Educação, que exclui conteúdos de saúde pública e ciências sociais.

No Brasil, a implementação da política de extensão de cobertura tem, como uma de suas características, a utilização, na assistência, de grande contingente de pessoal de nível médio e elementar, sem qualificação adequada para o desempenho das funções que lhe são atribuídas, sendo a enfermagem o segmento onde a incorporação de trabalhadores sem qualificação específica é mais relevante. Assim é que, hoje, 63% do pessoal empregado como força de trabalho na enfermagem no País, nos hospitais ou nas unidades de saúde, se caracteriza por serem de nível médio elementar.

O enfermeiro, tanto no nível hospitalar quanto no nível dos serviços de saúde pública, tem exercido a função de supervisor técnico-administrativo do pessoal de nível médio e elementar. Esta utilização do enfermeiro se consolida frente à escassez do número de enfermeiras e sua má distribuição geográfica-institucional e tem gerado uma série de contradições que

serão analisadas dentro da dinâmica do mercado de trabalho em saúde no País, enquanto oferta/demanda. Neste mercado de trabalho, a prática do enfermeiro tem-se caracterizado pela realização de atividades eminentemente administrativas e burocráticas. O cuidado direto ao paciente, à exceção de algumas áreas, como o cuidado intensivo, tem sido confiado a auxiliares de enfermagem e, majoritariamente, aos atendentes de enfermagem, pessoal sem formação prévia e específica, treinado nos serviços à semelhança do que ocorria há quatro séculos atrás. OLIVEIRA (1983) afirma que "as exigências ao enfermeiro são mais em termos de cumprimento de tarefas administrativas, sobretudo aquelas mais diretamente relacionadas com o controle e organização e menos relacionadas com a coordenação da assistência de Enfermagem".

Na área da saúde coletiva, a situação se configura com maior gravidade, pela escassez do profissional enfermeiro. Atualmente, apenas 23,8% da força de trabalho de enfermagem é de enfermeiro que atua nos serviços ambulatoriais — centros e unidades de saúde. Reproduzindo a prática exercida na área hospitalar, o enfermeiro de saúde pública tem assumido, quase sempre, apenas funções administrativos-gerenciais e a supervisão das demais categorias.

A proposta de reordenação do Sistema Nacional de Saúde, conforme Resolução da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) busca uma nova ordem dos Serviços de Saúde,

teúdo como princípio o privilegiamento do setor público e o nível primário como porta de entrada para o Sistema Nacional de Saúde. Este movimento de reordenação do sistema, preconizando a universalização hierarquização, equidade e maior nível de resolutividade dos serviços de saúde prestados à população, exige um novo perfil técnico-científico e tecnológico dos trabalhadores de saúde, o que impõe à enfermagem uma revisão da sua qualidade da assistência, buscando contribuir para a execução dos princípios finalísticos da Reforma Sanitária.

Assim, a enfermagem, por constituir-se no maior contingente da força de trabalho no setor e, conseqüentemente, no maior produtor de serviços, busca redefinir seu perfil, garantindo um maior espaço e uma prática profissional que seja socialmente reconhecida pela sua capacidade de prestar assistência de qualidade universal e integral à população.

3.3.2. Considerações sobre a prática da enfermagem no Brasil

Para compreender a participação da enfermagem na dinâmica do mercado de trabalho em saúde, é necessário considerar a prática de enfermagem enquanto parte do processo de trabalho do Setor Saúde no País. Como "Processo de Trabalho", entende-se todo trabalho materializado e/ou objetivado em valor de uso. Nesse caso o trabalho é uma interação da pessoa que trabalha com o mundo natural, de tal modo que os elementos deste último

são conscientemente modificados com um propósito. Assim entendido, identificam-se 3(três) elementos do processo de trabalho. O primeiro caracteriza-se pelo trabalho em si, enquanto atividade produtiva; o segundo elemento é o objeto sobre o qual o trabalho é realizado, denominado de matéria-prima e, por último, os meios que facilitam o processo de trabalho como, por exemplo, a tecnologia. Os aspectos do trabalho e os meios em conjunto são denominados como "meios de produção" (BOTTOMORE, 1988). Tendo como referência esta definição, utiliza-se como pressuposto o caráter coletivo do processo de trabalho em saúde, compartilhado e complementarizado por diversos profissionais que constituem as equipes multidisciplinares e multiprofissionais, onde a especificidade determina diferentes níveis de hierarquia e divide o processo, objetivando a consecução dos objetivos comuns.

Entende-se, portanto, o "trabalho em saúde" como um processo social historicamente determinado, do qual o trabalho de enfermagem é parte integrante (SOUZA et alii, 1988).

Os estudos que buscam analisar o desenvolvimento da prática de enfermagem no Brasil, tomando por base estes pressupostos, são recentes. Surgem a partir da década de 70 e estão vinculados à instalação e incremento dos cursos de pós-graduação, configurando-se enquanto estudos acadêmicos, em sua maioria através de monografias e teses para cumprimento de crédito e/ou obtenção de títulos acadêmicos.



MELO (1986) afirma que os enfermeiros produtores do saber profissional se restringiram ao estudo de questões técnicas e internas à profissão, que, apesar de importantes, se desenvolveram numa linha de interpretação da realidade, marcada por uma visão conservadora e utilizando elementos da corrente de pensamento positivista, onde a essência é a harmonia social, tratando de modo histórico os fatores sociais, negando a existência de classes sociais diferentes, opostas e em permanente conflito. Mais recentemente, estão sendo apresentados e publicados estudos que buscam analisar a natureza social da prática de enfermagem, suas influências ideológicas, as transformações e a criação de novos conhecimentos que refletem as mudanças históricas na área de saúde e na formação social do País, (SOUZA et alii, 1988).

Os estudos de SOUZA (1982), ALMEIDA (1984), SILVA (1986), MELO (1986), ALVES (1987), SILVA (1987), SOUZA et alii (1988), destacam-se pela adoção de referenciais teóricos construídos a partir dos princípios do materialismo histórico. Também a Associação Brasileira de Enfermagem tem, mais recentemente, adotado pressupostos não positivistas quando analisa a prática de enfermagem. Reflexo desta mudança é a abordagem dada aos temas centrais dos dois últimos Congressos Brasileiros de Enfermagem, realizados em 1987 e 1988. Tal mudança é bastante relevante, pois poderá significar que a Entidade, enquanto re-

presentante da Corporação, passa a ter um discurso ideologicamente comprometido com a definição da enfermagem como prática social. Assim, pode-se verificar uma mudança na compreensão do trabalho da enfermagem pelos seus agentes, elaboração ainda que inicial, de conceitos para o do trabalho em enfermagem referido ao contexto das relações produtivas da sociedades brasileira. É fundamental contextualizar o trabalho em enfermagem a partir da compreensão da produção de serviços de saúde como componente do setor terciário de produção e a relação deste com o setor primário e secundário da economia. Assim, o processo de trabalho em saúde apresenta suas características intrínsecas enquanto setor de produção de serviços, dentro dos pressupostos da divisão social e técnica do trabalho de acordo com o do modelo de produção capitalista. Como princípio, "o modo de produção capitalista pressupõe que as condições para sua realização estejam dadas, isto é, que a separação dos produtores diretos de seus meios de produção já tenham sido historicamente satisfeitos" (SOUZA et alii 1988). Com a divisão social do trabalho, o produto não é o resultado de uma atividade independente de um trabalhador particular, mas uma característica de todas as sociedades conhecidas. A divisão do trabalho na oficina é produto peculiar da sociedade capitalista. A divisão social do trabalho divide a sociedade entre ocupações, cada qual apropriada a certo ramo de produção. A divisão pormenorizada do trabalho des-

trói as ocupações consideradas neste sentido e torna o trabalhador inapto a acompanhar qualquer processo completo de produção.

Nestes termos confirma-se que a divisão social do trabalho não é uma característica de uma dada formação econômica, ao contrário da divisão técnica do trabalho, que é própria do modo de produção capitalista. Torna-se necessário diferenciar a divisão social e a técnica do trabalho. A primeira é entendida como o sistema complexo de todas as formas úteis diferentes de trabalho que são levadas a cabo, independentemente umas das outras, por produtores privados, ou seja, no caso do capitalismo, uma divisão do trabalho que ocorre na troca entre capitalistas individuais e independentes que competem uns com os outros. A segunda se caracteriza pela divisão do trabalho entre trabalhadores, onde cada um executa uma operação parcial de um conjunto de operações que são todas executadas simultaneamente e cujo resultado é o produto social do trabalhador coletivo (BOTTOMORE - 1988). Nestes termos constata-se que a enfermagem participa do coletivo, que produz os serviços no Setor Saúde e também incorpora, no seu interior, o parcelamento do seu trabalho. Configura-se, assim, uma participação da enfermagem na linha horizontal da produção de trabalho em saúde, compartilhado e complementar ao trabalho de outros profissionais ou grupos de profissionais. O parcelamento interno significa uma produção verticalizada, onde um conjunto de trabalhadores hierarquizam-

se e se complementam para realizar o seu trabalho. Tomando como referência as informações anteriores, verifica-se que a enfermagem existia enquanto parte da realização do trabalho de "cuidar" de pessoas. Mas é com o desenvolvimento do Capitalismo que ocorre a organização e a sistematização de seu trabalho de forma parcelada e complementar.

Ao estudar a divisão do trabalho em enfermagem, MELO (1986) observa que a enfermagem moderna se conforma a partir da divisão do trabalho médico, quando este passa a exercer as funções de "natureza intelectual, deixando as tarefas de "natureza manual" como função da enfermagem. Assim, a enfermagem moderna surge reproduzindo, em seu interior, a divisão técnica do trabalho entre duas categorias distintas: a "lady-nurse" e a "nurse". A primeira, oriunda de uma classe social mais elevada, era preparada para o ensino e supervisão de pessoal. A "nurse" morava e trabalhava no hospital durante todo o curso e, ao concluí-lo, era incorporada ao serviço do hospital, prestando cuidado direto ao paciente sob supervisão da "lady-nurse". Até os dias de hoje a divisão técnica do trabalho em saúde e, especialmente, em enfermagem, se reproduz, incorporando agentes com níveis de preparação e funções diferenciadas para a consecução de ações e atividades que sustentam o objeto de trabalho da enfermagem.

Atualmente, os agentes que realizam a prática de enfermagem estão reconhecidos pela Lei 7498 de 25 de junho de

1986, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem. Os agentes foram descritos, pelo Estudo sobre Tendência da Pesquisa sobre a Prática de Enfermagem no Brasil - 1983-1987, como um grupo heterogêneo quanto à preparação e à inserção nas estruturas institucionais do qual fazem parte:

- . **Os enfermeiros** - são os profissionais com preparação a nível de 3º grau, com participação minoritária na força de trabalho em enfermagem. Historicamente o enfermeiro tem assumido a função de coordenador do processo de trabalho, realizando ações de planejamento, organização e controle e ações de reprodução do conhecimento e pesquisa;
- . **Os técnicos e auxiliares de enfermagem** - são habilitados a nível de segundo grau, através do ensino regular ou do ensino supletivo, nas suas modalidades de aprendizagem, qualificação e suplência;
- . **Os atendentes** - que recebem denominação diferente em cada região do território nacional, instituição ou mesmo pela função que desempenham. Caracterizam-se por não possuírem preparação específica e grande parte destes tem apenas a escolarização básica. Representam o maior contingente da força de trabalho em enfermagem e assumem funções assistenciais tanto no âmbito hospitalar como no ambulatorial.

A composição da força de trabalho em enfermagem foi apresentada de forma sistemática, pela primeira vez, através do estudo realizado pela Associação Brasileira de Enfermagem, para o período de 1956/1958, constatando que, na composição da equipe de enfermagem, incluíam-se os atendentes, os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1980). Em 1983, o Conselho Federal de Enfermagem, em cooperação com a Associação Brasileira de Enfermagem realiza, sob os auspícios da Organização Panamericana de Saúde, um novo estudo, onde constata que a equipe estava configurada por atendente, auxiliar e técnico de enfermagem, além do enfermeiro. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1985). Comparando os dados dos dois estudos, verifica-se que houve um significativo movimento na participação de cada categoria de enfermagem na força de trabalho de enfermagem, que contou, inclusive, com a incorporação do técnico de enfermagem que, a partir da implantação da Lei nº 5692/71, que fixa as Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, determinando a obrigatoriedade de profissionalização do nível do ensino de 2º grau.

TABELA XIII - Pessoal de enfermagem por categoria. Brasil 1956/1983.

PROFISSIONAIS PERÍODOS	ENFERMEIROS	TÉCNICOS DE ENFER- MAGEM	AUXILIAR DE ENFER- MAGEM	ATENDE- DENTES	TOTAL
1956	4.831	-	1.982	36.118	42.931
1983	25.889	19.935	64.289	194.174	304.287

FONTE: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (1985)
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (1980)

Considerando o aumento da população brasileira em 2,1 vezes, no período de 1956 a 1983, o aumento da força de enfermagem correspondeu, no mesmo período, a 7,1 vezes (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - 1985).

Os dados da Tabela XIII demonstram que a relação enfermeiro/atendente, de 1 (um) para mais de 7 (sete), manteve-se inalterada no período de 1956/1983. Observa-se que a relação enfermeiro/auxiliar/técnico sofreu modificações, de 2 (dois) enfermeiros para 1 (um) auxiliar, em 1956, para 1 (um) enfermeiro, em 1983, para 3 (três) auxiliares e técnicos. Fica demonstrado, assim o aumento de profissional com formação em nível médio em 42,5 vezes.

O crescimento de força de trabalho em enfermagem pode ser verificado na análise da evolução de empregos de enfermagem em todos os estabelecimentos de prestação de serviços de saúde no País, como demonstrado na Tabela XIV.

TABELA XIV - Evolução do emprego de enfermagem em todos os estabelecimentos.

ANO	1976		1978		1980	
	N	%	N	%	N	%
Enfermeiro	12.251	6,6	13.104	5,7	15.158	5,7
Téc.Enfermagem	3.831	2,1	5.869	2,5	7.203	2,7
Aux.Enfermagem	44.204	24,0	53.583	23,2	64.227	24,4
Atendente	124.079	67,3	158.241	68,6	176.891	67,2
TOTAL	184.365	100,0	230.797	100,0	263.479	100,0

FONTE: AMS/IBGE/UFMG-NESCON, 1986

Os dados da Tabela XIV demonstram que, em 1984, os profissionais de enfermagem ocupavam 316.057 empregos nas instituições de prestação de serviços de saúde, representando 52% do total de empregos no Setor Saúde. Apesar de observar um crescimento negativo do emprego de atendente, este é a força preponderante na equipe de enfermagem (58,5%) correspondentes a 29,8% de emprego no Setor.

Ao analisar a composição das categorias de enfermagem no período referido, MEDICI (1987) verifica que não houve

alteração no peso de cada profissão, o que traduz um padrão de utilização de pessoal de enfermagem praticamente intacto na segunda metade dos anos setenta. O Autor levanta a hipótese de que as novas estratégias de utilização de recursos humanos em saúde, definidas pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério da Previdência e Assistencial Social, em 1976, nas quais o pessoal de nível médio deveria substituir paulatinamente o atendente de serviços, não tiveram nenhum impacto nesse período.

Esta composição confirma a heterogeneidade do coletivo que realiza o trabalho em enfermagem, o que tem repercussões na prática dessa atividade e, mais diretamente, na assistência de enfermagem ofertada à população.

Nesta óptica entende-se a prática de enfermagem como aquela que é realizada por todos os seus agentes, que se organizam a partir de uma divisão interna do trabalho, onde os trabalhadores compartilham parcelas do trabalho para compor um conjunto complementar e interdependente referido ao todo (XAVIER et alii, 1987).

O documento Subsídios para a Conceituação de Assistência de Enfermagem Rumo à Reforma Sanitária define assistência de enfermagem como "um conjunto de ações de natureza diversa que se articulam e se completam sobre si na consecução da finalidade do trabalho em saúde. A garantia do cumprimento dessa

finalidade requer a continuidade e a oportunidade dessa assistência" (XAVIER et alii, 1987).

Analisando a assistência de enfermagem realizada atualmente no País, o documento da Associação Brasileira de Enfermagem (1987) conclui que a mesma se caracteriza por:

- . Fragmentação e descontinuidade do processo de assistência;
- . Alta probabilidade de risco para a clientela;
- . Favorecimento à iatrogenia;
- . Improvisação das atividades de apoio, ou seja, as de natureza administrativa e pedagógica;
- . Insuficiência de cobertura;
- . Insatisfação da clientela e da categoria.

Por fim, o documento afirma que, como consequência deste conjunto de características, a assistência de enfermagem no País é, de uma maneira geral, desqualificada, não contribuindo para a resolutividade dos serviços de saúde.

Para a compreensão dos determinantes dessa realidade, é necessário retomar os aspectos já apresentados anteriormente, que caracterizam as Políticas de Saúde no País no contexto das Políticas Sociais, em uma sociedade organizada sob a égide do modelo capitalista dependente, em que predomina a discriminação e a marginalização de grupos sociais.

Frente a esta análise, podemos afirmar que "a assistência de enfermagem que se realiza hoje no País tem aderência às políticas de saúde, cuja lógica intrínseca privilegia a quantidade em detrimento da qualidade dessa assistência. Nas últimas décadas, observou-se uma tendência marcada de deteriorização da assistência em geral e especialmente da enfermagem" (XAVIER et alii, 1987).

Diante da imperiosa necessidade de mudanças no Setor Saúde, e tomando como base os princípios na Reforma Sanitária, torna-se primordial e urgente alterar a ordem estabelecida, tanto nos aspectos relativos à organização do processo de trabalho em enfermagem, como na incorporação dos trabalhadores de enfermagem nas transformações do Setor Saúde e da sociedade brasileira.

Neste sentido, a contribuição da enfermagem no avanço do processo de democratização da sociedade brasileira deverá concretizar-se com sua contribuição para o aprofundamento do modelo proposto pela Reforma Sanitária, através da qualificação de seu trabalho dentro dos princípios de relevância social. Verifica-se uma mobilização e organização de grupos da enfermagem, nesta direção, buscando, a partir da análise de seu processo de trabalho, interferir no processo de mudanças do próprio grupo e da sociedade em geral. Entre os estudos que buscam analisar a prática de enfermagem enquanto processo parcelado, cole

tivo e historicamente determinado, destaca-se o documento produzido por um grupo de enfermeiros de instituições de serviço e de ensino, em Seminário promovido pela ABEn, sob os auspícios do INAMPS.(XAVIER et alii, 1987). O Seminário partiu do princípio de que a conceitualização da assistência da enfermagem utilizada até então, em sua maioria, tem assumido uma característica formal estática, sem contemplar a dinâmica do contexto social de onde e de quando se realiza. A partir desta análise, afirma que a "praxis" da enfermagem tem construído e consolidado um conjunto de conhecimentos que, enquanto "saber", deve ser analisado e contextualizado, criticamente, de tal maneira que seja capaz de acompanhar e inserir-se no processo de mudança sócio-político-econômica e técnico-científica. Com base neste pressuposto, os enfermeiros participantes do Seminário realizaram um detalhamento do processo de trabalho em enfermagem, identificando os procedimentos, tarefas e atividades realizadas pelo conjunto dos trabalhadores de enfermagem nos serviços de saúde do País. Após o detalhamento e análise de relação entre os elementos identificados foi possível verificar que os mesmos apresentavam semelhanças essenciais, o que possibilitou ao grupo realizar uma análise da natureza dos mesmos e categorizá-los em:

- . "Ações de natureza propêutica e terapêutica complementares ao ato médico e de outros profissionais"

Essas ações são determinadas em função do ato mé-

dico e/ou outros profissionais. As ações propedêuticas complementares são aquelas que apóiam o diagnóstico e o acompanhamento do processo; nelas se incluem, entre outras, a observação do estado do paciente, o controle de sinais vitais, o controle de líquidos, a colheita de amostra para exames laboratoriais, o preparo para exames específicos, o controle ponderal e de estatura. As ações terapêuticas complementares são aquelas que asseguram o tratamento prescrito. Como exemplo, citam-se a administração de medicamentos, a administração de dietas especiais, a aplicação de calor e frio e a oxigenoterapia, entre outros;

- . Ações de natureza terapêutica e propedêutica da enfermagem - O foco dessas ações está na organização da totalidade da atenção de enfermagem prestada à clientela. Essa totalidade se dá através do diagnóstico e encaminhamento de situações que se verificam na relação entre a clientela, demais profissionais e a Instituição. Elas caracterizam a necessidade de tempo e continuidade do trabalho da enfermagem. Como exemplo, temos as atividades que promovem conforto e segurança, assim como aquelas referentes ao trabalho educativo realizado com a clientela;

- . Ações de natureza complementar de controle de risco - A essência dessas ações prende-se à diminuição da probabilidade de agravos à saúde e/ou de suas complicações. Esse caráter de complementariedade refere-se ao fato de que tais ações são desenvolvidas pelo coletivo de profissionais de saúde. Estão incluídas nessa categoria as atividades referentes à vigilância epidemiológica e nutricional, às ações sobre o meio, o controle de clientela de alto risco (mulher e criança), o controle de infecção hospitalar, o controle de doenças crônico-degenerativas e o controle de agravos produzidos à população trabalhadora no processo produtivo, entre outras;
- . Ações de natureza administrativa - A essência dessas ações está na organização do processo do trabalho coletivo da enfermagem. Consideram-se nessa categoria todas as ações referentes ao planejamento, gestão, coordenação, supervisão e avaliação da assistência de enfermagem;
- . Ações de natureza pedagógica - Nessa categoria inscrevem-se todas as ações de treinamento, formação e educação continuada dirigidas à força de trabalho de enfermagem empregada na rede de servi

ços. Este conjunto de ações que caracterizam o trabalho de enfermagem nas instituições de saúde, quando visto em sua globalidade, permite a visualização de dois aspectos importantes: um primeiro, ligado à essência da assistência, ou seja, os serviços concretamente ofertados à clientela: e um segundo, correspondente ao apoio e à qualificação da assistência prestada.

Os participantes do Seminário consideram este estudo uma primeira aproximação para a construção de uma análise da natureza da "praxis" da enfermagem, que busca incorporar os princípios apregoados no documento sobre a reforma sanitária; o estudo aponta uma nova abordagem na compreensão do trabalho em enfermagem, agregando os princípios da universalidade, integralidade e equidade da assistência de enfermagem. Ao direcionar seu enfoque aos aspectos essenciais da assistência enquanto serviços ofertados à clientela, descortinou-se um desafio que consiste na possibilidade de tornar acessível a toda a população, ou seja, mais de 140 milhões de brasileiros, uma assistência de qualidade, sem risco e resolutiva. Para atingir estes fins, as ações de natureza propedêutica e terapêutica complementares ao ato médico e de outros profissionais, as ações de natureza propedêutica e terapêutica da enfermagem, além das ações de natureza complementar de controle de risco deveriam ser entendidas enquanto possibilidade da concretização quantitativa e extensiva da prática de enfer

magem que, para ser reconhecida socialmente, deve ter alto grau de eficiência, eficácia e resolutividade. As ações de natureza administrativa e pedagógica devem sustentar, com seus pressupostos, o desenvolvimento das três ações anteriores, viabilizando a prática de enfermagem contextualizada, integral, oportuna em todos os níveis de atenção de saúde e sua reprodução, através do ensino regular e das demais modalidades de preparação de pessoal de enfermagem para o Setor Saúde.

Para o avanço e concretização da assistência de enfermagem com esta caracterização, é imprescindível que a mesma tenha como referência a análise do processo de trabalho em saúde. Acredita-se que é significativa a representação dos profissionais de enfermagem enquanto mais de 50% de força de trabalho em saúde. Assim, as mudanças que ocorram internamente na enfermagem enquanto grupo, seja por determinações intrínsecas ou extrínsecas, repercutirão na produção de serviços de saúde.

Outro aspecto relevante é que as transformações exigidas na reorientação e reorganização dos serviços de saúde acarretarão uma redefinição do perfil de cada um dos profissionais e, conseqüentemente, na composição tecnológica das equipes de saúde, o que determina, em última instância, uma reorientação das práticas profissionais.

Neste sentido, a enfermagem deve preparar-se quantitativa e qualitativamente para estas novas exigências, não

ficando à margem enquanto receptadora dos determinantes externos, mas realizando transformações internas de tal forma que, de grupo marginalizado, se transforme em grupo de ponta enquanto força de trabalho majoritário da produção do Setor Saúde.

Para tanto, a análise da força de trabalho da enfermagem na dinâmica do mercado de trabalho em saúde adquire uma essencialidade para a construção da análise global da enfermagem no contexto da produção de serviços de saúde.

3.3.3. Força de trabalho em Enfermagem: aspectos quanti-qualitativos

Com o estudo quantitativo e qualitativo da força de trabalho em enfermagem, pretende-se demonstrar a expressão do pessoal de enfermagem na composição da força de trabalho em saúde e no impacto da oferta/demanda de profissionais de saúde no mercado de trabalho específico. Busca-se, assim, compreender as determinações da evolução e das tendências do mercado de trabalho em saúde na situação da força de trabalho de enfermagem. A análise tomará como básicos os aspectos relacionados à oferta e à demanda para conhecer o "movimento" da força de trabalho em enfermagem no contexto da dinâmica do mercado de trabalho em saúde.

Os estudos sobre o mercado de trabalho em saúde, no País de NOGUEIRA (1986 a, b), MEDICI (1986 e 1987), GIRARDI (1986 e 1988) MACHADO (1986) têm contribuído para definir um modelo metodológico que tem possibilitado a compreensão da força de tra-

balho como objeto do processo social político e econômico da sociedade brasileira.

Atualmente os pesquisadores na área têm buscado a compreensão da dinâmica do mercado de trabalho em saúde, tendo como referencial teórico a dialética marxista, que se define sinteticamente por seu caráter inclusivo, histórico e antimecanicista (SILVA - 1986).

Com este enfoque teórico e conceitual, as pesquisas de forças de trabalho compõem um desenho metodológico que incorpora elementos sócio-demográficos, políticos, ideológicos e econômicos. Os estudos já sistematizados possibilitam a cada categoria profissional do Setor Saúde buscar um referencial para compreender os determinantes históricos de sua presença enquanto força de trabalho no mercado, bem como para caracterizar sua participação na produção de serviços no Setor.Saúde.

Para melhor entendimento dos 2(dois)aspectos básicos, incorporam-se neste texto as definições de oferta e demanda propostas por NOGUEIRA et alii (s.d.). Para o Autor, a "oferta" refere-se à procura de oportunidades de trabalho dadas pelos que ingressam no mercado, por exemplo os jovens e recém-formados, ou por aqueles que se encontram em trânsito, de um emprego ou ocupação, para outro. A "demanda" é definida como sendo a totalidade de postos de trabalho ocupados ou vacantes proporcionados por empresas ou instituições do setor. A utilização dos elemen-

tos teóricos conceituais e metodológicos dos estudos de análise da força de trabalho por determinada categoria ou conjunto de categorias deve considerar que os mesmos são expressão do modo de produção vigente em nossa sociedade. Neste sentido, estes elementos são historicamente determinados e sua evolução e tendências estão diretamente vinculadas ao grau de desenvolvimento econômico e social do País. Por "modo de produção" entende-se o conjunto das relações sociais de produção correspondente a um estágio definido de desenvolvimento das forças produtivas materiais (MARX, 1977). Ao analisar as relações sociais de produção, SILVA (1986) afirma que as mesmas derivam do trabalho destinado a garantir a sobrevivência do homem, enquanto as forças produtivas se referem aos instrumentos e fatores necessários à produção de bens e serviços, em determinada época. Os modos de produção que existiram antes do Capitalismo — modos de produção pré-capitalistas — tinham por objetivo a manutenção do proprietário individual, de sua família e da comunidade, caracterizando a produção simples de valores de uso. No Capitalismo os modos de produção objetivam os valores de troca, a acumulação incessante do Capital. Para MARX (1977), no Capitalismo, a produção é o objetivo do homem e a riqueza é o objetivo da produção. Aceitando o conceito de "população economicamente ativa" (PEA) como o conjunto de pessoas que se encontram efetivamente trabalhando — ocupadas ou procurando emprego — mais aqueles que estão, por

qualquer motivo, desocupadas — pode-se definir a população economicamente ativa do Setor Saúde (PEAs) como a parcela da PEA geral que detém alguma formação, preparo ou conjunto de destrezas específicas para o exercício das atividades inerentes à produção de serviços de saúde, mesmo que se encontre trabalhando em outro ramo de atividade, bem como as pessoas que se encontram desocupadas e procuram ingressar no setor. A partir desta conceitualização, a PEAs inclui empregados assalariados, empregadores autônomos, profissionais liberais, trabalhadores não remunerados e os desocupados. (NOGUEIRA et alii, s.d.).

Para o Autor, podem-se identificar 3 (três) grupos principais no interior dos ocupados no Setor Saúde. O primeiro grupo, mais numeroso, compõe-se dos empregados em entidades privadas ou públicas, cuja finalidade última é a prestação de serviços no setor. O segundo refere-se aos trabalhadores por conta própria ou autônomos, ou seja, aqueles que executam suas tarefas para terceiros ou por conta própria. Por último, o grupo dos empregados em estabelecimentos de outra natureza, ou seja, aqueles que, detendo preparação específica em saúde, estão trabalhando em atividades de saúde fora do setor.

A partir desta configuração da população economicamente ativa em saúde, torna-se fundamental conceituar profissional de saúde, pessoal de saúde e trabalhador de saúde.

Segundo NOGUEIRA et alii, (s.d.) "trabalhadores de saúde são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente

na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor". Como exemplo, o Autor cita o engenheiro que trabalha no setor de reparos de um hospital ou um auxiliar administrativo que trabalha no serviço de estatística de um posto de saúde. Complementando, o Autor cita, como exemplo, um médico que trabalha no ambulatório de uma fábrica, ou um dentista que atua em um grupo escolar, que são profissionais de saúde, apesar de não estarem empregados em instituições do sistema de saúde. Assim, profissionais de saúde "são todos aqueles que, estando ou não ocupados no Setor Saúde, detêm formação profissional específica ou capacitação através de treinamentos ou formação para o desempenho de atividades ligadas à produção das ações de saúde. O pessoal de saúde corresponde aos ocupados em atividades de saúde com preparação específica em saúde.

Ao discutir o conceito de profissionais de saúde, é necessário reafirmar o caráter histórico e social na determinação dos perfis profissionais. NOGUEIRA et alii (s.d.) explicam que os perfis profissionais estão configurados segundo o grau de desenvolvimento sócio-econômico de uma dada sociedade. Exemplificando, o Autor faz uma comparação entre os perfis profissionais em países capitalistas desenvolvidos e em países capitalistas dependentes e sub-desenvolvidos. Os primeiros são em geral mais integrados inter-regionalmente; em consequência,