MUNICIPALIZACAO É O CAMINHO

IX CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE

Volume 3



Cadernos da Nona

DESCENTRALIZANDO E DEMOCRATIZANDO O CONHECIMENTO

NACIONAL EM BRASÍLIA DE 9 A 14 DE AGOSTO DE 1992 - UNB - BRASÍLIA
Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora

APRESENTAÇÃO

A IX Conferência Nacional de Saúde expressou o resultado da luta de muitos anos da sociedade brasileira pela democratização da saúde. A I Conferência ocorreu em 1947, mas a descentralização dos serviços só foi proposta pela primeira vez em 1963, na III Conferência Nacional de Saúde. A VIII Conferência, que teve a participação de 5.000 pessoas, estabeleceu os marcos conceituais da política de saúde que culminou no Sistema Único de Saúde, aprovado na Constituição de 1988.

A IX Conferência Nacional de Saúde mostrou a determinação da sociedade ao afirmar: CUMPRA-SE A LEI. A etapa nacional foi realizada vinte meses após a promulgação das Leis 8.080 e 8.142, efetivando um momento de reflexão e debate sobre os avanços e os entraves do processo de Reforma Sanitária, além de ter sido um passo importante na consolidação de seus princípios e diretrizes. Concretizou, também, a prática democrática representada pela ampla mobilização da sociedade brasileira em torno das questões da saúde, nas etapas estaduais e municipais, mesmo numa conjuntura de crise econômica e política.

O período que se inicia após a realização da etapa nacional da IX Conferência Nacional de Saúde traz para as instituições de saúde a responsabilidade da implementação de suas decisões. Assumir esta responsabilidade é também um desafio.

Durante a realização da etapa nacional aconteceram, além dos painéis centrais que abordaram o temário oficial, os painéis específicos. Os **Cadernos da Nona Nº 3** são a síntese destes painéis. Acrescentamos ainda alguns textos relativos ao temário dos painéis específicos, redigidos por alguns dos palestrantes.

No trabalho de revisão dos relatórios encontramos muita disparidade na forma e conteúdo de apresentação pelos relatores escolhidos. Por este motivo, o Grupo de Trabalho Técnico, após longo e minucioso trabalho de reelaboração dos textos, optou por incluir textos de palestrantes em temas considerados de interesse não específico.

Cabe ainda esclarecer que os relatórios aqui apresentados são relatos dos debates e suas propostas e sugestões não tem caráter deliberativo. São sugestões de técnicos do setor e resultado de debates com participantes.

O relatório final é que, sendo o produto dos grupos de trabalhos dos delegados, posteriormente aprovado na Plenária (que reuniu 2.000 delegados e 1.000 participantes credenciados), aglutina as proposições oficiais da IX Conferência Nacional de Saúde.

Muitas das propostas e sugestões que surgiram nos painéis específicos foram encaminhadas e submetidas à aprovação dos grupos de trabalho e à plenária final.

Desta forma, com o propósito de disseminar informação e contribuir para o debate democrático na implantação do Sistema Único de Saúde é que estamos, mais uma vez, editando um Caderno da Nona. Reiteramos que a distribuição é gratuita, com edição de dez mil exemplares, cujo objetivo é o de atingir todos os municípios do país e inúmeras entidades da sociedade civil e instituições de saúde.

Reafirmamos, portanto, nossa ação democratizadora e descentralizadora do saber.

À SAÚDE DO POVO BRASILEIRO!

A COMISSÃO ORGANIZADORA.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO
1. Relatórios de Painel Específico
1.01. Ciência, Tecnologia e Saúde 9
1.02. Sistema de Atenção Médica Supletiva no Brasil 11
1.03. Violência e Saúde 13
1.04. Controle Epidemiológico no Brasil 19
1.05. Medicamentos 21
1.06. Alternativas de Gestão Pública 27
1.07. Políticas Públicas e Saneamento Ambiental 31
1.08. Mulher: O Corpo Lesado 35
1.09. Equipamentos Biomédicos 45
1.10. Sistema de Controle e Avaliação do SUS 51
1.11. A Saúde da Criança: Prioridade Nacional? 53
1.12. Sistemas Comparados de Saúde 55
1.13. Deficiência, Reabilitação e SUS 57
1.14. Financiamento do SUS 59
1.15. Abordagens Alternativas da Saúde 63
1.16. O SUS e os Hospitais Contratados e Conveniados 65
1.17. Recursos Humanos em Saúde 67
1.18. Imunobiológicos, Sangue e Derivados 71
1.19. Comunicação Social em Saúde 75
1.20. Reforma Psiquiátrica no Brasil 77
1.21. Os Povos Indígenas e o SUS 79
1.22. Saúde Bucal e Cidadania 81
1.23. Saúde do Trabalhador 85
1.24. Informação em Saúde 87
1.25. A Política Nacional da Alimentação e Nutrição 89
1.26. Política de Vigilância Sanitária 93
1.27. Reforma Sanitária: Corrente de Pensamento 97

2. Ciência e Tecnologia em Saúde
Moisés Goldbaum 103

3. Ciência, Tecnologia e Saúde: Políticas Públicas
Maíra Baungarten Corrêa 109

4. Informação, Saúde e Cidadania
Maíra Baungarten Corrêa 125

5. Participação no SUS das entidades sem fins lucrativos
Lenir Santos 129

6. A Política da Saúde Pós - IX CNS
Maria Elizabeth Diniz Barros 135

EXPEDIENTE 145

1.01- "CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SAÚDE"

Coordenador: Hermann Gonçalves Schatzmayr

Painelistas: Wanize Macedo
Nicanor Pinto
Moisés Goldbaum
Maíra Baumgarten Corrêa

Relator: Reinaldo de Menezes Martins

PROBLEMAS IDENTIFICADOS:

Falta de competência científica e tecnológica, ocasionada pela inserção subalterna do Brasil na economia mundial;

- Obtenção de novas tecnologias através da compra junto aos países produtores, sem conhecer a essência de seus mecanismos de operação;
- Ênfase na tecnologia mais próxima à produção industrial, relegando a capacitação científica para planos terciários;
- Abandono por parte do Estado da atenção ao processo de produção de conhecimento, o que pode ser medido diretamente pelos recursos postos à sua disposição;
- Desconsideração de que até para comprar tecnologia é necessário conhecer a essência da mercadoria, o que exige desenvolvimento científico;
- Formação de recursos Humanos em Saúde inadequada face às necessidades do SUS e às reais condições de Saúde da população;
- Problemas na produção/incorporação de insumos estratégicos para atenção à Saúde.

PROPOSTAS:

- Considerando a importância do tema e suas repercussões nas condições de atenção à Saúde da população;
- Considerando a necessidade de melhor apreender as consequências do modelo de desenvolvimento sócio-econômico sobre a produção do conhecimento em Saúde de forma a poder traçar estratégias para a reversão dos problemas enfocados, propões-se:

A imediata convocação de uma Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia aplicada à Saúde, obedecendo aos mesmos moldes amplos e democráticos de convocação das recentes conferências de Saúde.

A realização desta conferência possibilitará o desencadeamento de definição de prioridades e estabelecimento de políticas a partir de ampla discussão do nível da Sociedade, envolvendo todos os setores possíveis de representação (Congresso Nacional, Executivo, pesquisadores, usuários, etc.)

SUGESTÕES:

- O Estado deve formular políticas claras de Ciência e Tecnologia em Saúde, ouvidos os interlocutores da produção de conhecimentos e principais interessados nos resultados, articulando as áreas de Saúde intra e extrasetorialmente de forma a atender às necessidades da atenção à Saúde no Brasil. Isto, principalmente, no que diz respeito aos insumos estratégicos para o setor: medicamentos, imunobiológicos, equipamentos, sangue e hemoderivados e áreas básicas como epidemiologia e informação em Saúde.

A estratégia para definição das políticas na área deve seguir os seguintes passos:
a) estudo da arte das tecnologias
b) definição de prioridades
c) utilização de critérios de eficácia, eficiência, efetividade e impacto epidemiológico.

- Compatibilizar a formação de recursos humanos na área da Saúde e Ciência e Tecnologia aplicada a Saúde com a realidade da população brasileira e com as necessidades do SUS.
- Ampliar a dotação orçamentária de Ciência e Tecnologia de forma a viabilizar o desenvolvimento científico e tecnológico no País.
- Incentivar o desenvolvimento de pesquisas na Graduação, estimulando, também, o estudo dos métodos de pesquisa.

1.02 - SISTEMA DE ATENÇÃO MÉDICA SUPLETIVA NO BRASIL

Coordenador: Eleutério Rodriguez Neto

Painelistas: Eugênio Villaça Mendes
Arlindo de Almeida
Wanderley Ribeiro
Edmundo Castilho
Ivan Araujo Moura Fe

Relatores: Márcio Almeida
Julio Strubling Muller Neto

O SISTEMA DE ATENÇÃO MÉDICO SUPLETIVA

Os representantes das modalidades de medicina de grupo, da Autogestão e do Seguro Saúde reconhecem a necessidade da presença do Estado na Saúde e definem a sua clientela como aquela que os procuram pelo bom padrão dos serviços, exemplificando inclusive com as empresas estatais federais e do Estado de São Paulo que firmam convênios de assistência médico-hospitalar com as modalidades supletivas. Referem que aliviam o Estado, atendendo os seus segurados individuais e os empregados das grandes empresas através de convênios. Referem também que de suplementares, vão se tornando substitutivos e obrigatórios no atendimento de parte da população, devido ao caráter social e de satisfação da clientela, e queixam-se da duplicação das despesas das empresas com saúde (contribuições previdenciárias + convênios particulares).

Os representantes da modalidade UNIMED e da Associação Paulista de Medicina enfatizam a necessidade de lutar pela ética médica e ética social, acima da polarização estatização x privatização, tendo em vista a atual escalada mercantilista e predatória na nossa sociedade, inclusive na assistência médico-hospitalar. Concordam com a caracterização complementar do setor privado conforme consta na Lei Orgânica da Saúde e preconizam a organização dos usuários em cooperativas de consumo para defender seus direitos, e no pluralismo do sistema, escolher o que mais lhes interessar. Preconizam também o funcionamento dos Conselhos de Saúde com participação dos usuários, da comunidade, que possam se balizar em normas e padrões de qualidade para os médicos e hospitais, inclusive auditorias. Reconhecem a existência de 100 milhões de brasileiros excluídos de assistência médico-hospitalar mínima, e reconhecem as Santas Casas como uma rede hospitalar fundamental para a população.

QUESTÕES LEVANTADAS

1. Como ficam os 100 milhões de excluídos: não será perverso chamar os supletivos de substitutivos? Quem utiliza os supletivos não acabam sendo os mais privilegiados?

2. Os serviços de alto custo e complexidade para a clientela dos supletivos são realizados em sua grande maioria pelos serviços públicos, gratuitamente, sem qualquer ressarcimento dos supletivos.

3. Os serviços públicos de alto custo e complexidade, inclusive com a conivência dos médicos, atendem, preferencialmente à clientela dos supletivos e reprimem a demanda dos 100 milhões de excluídos.

4. A articulação crescente entre as modalidades supletivas e os serviços públicos de alto custo e complexidade (a maior parte em hospitais universitários) caracteriza a nova hegemonia e realidade do setor saúde no Brasil, aumentando a exclusão dos 100 milhões mais pobres e o sucateamento da rede de serviços do SUS (tanto públicos como contratados e conveniados).

5. Como equacionar os problemas dos segurados das modalidades supletivas, ao não serem atendidos quando se trata de determinadas doenças?

6. Como equacionar a grande diferenciação de planos e preços das modalidades supletivas, que vão desde o não atendimento dos desempregados até planos com preços abusivos, o que dificulta enormemente, e que confronta o preceito constitucional da universalidade e equidade, o que é do direito de cidadania.

7. Como implementar a oferta da modalidade de Medicina de Grupo, de participar da vacinação e outras ações protetoras da saúde? Estas ações deveriam constar dos planos de saúde desta modalidade ou o Poder Público deve abastecer esta modalidade com os recursos necessários, entre os quais as vacinas, seringas, etc?

1.03 - VIOLÊNCIA E SAÚDE

Coordenador: Agop Kayayan
Painelistas: Dom Mauro Morelli
Luíza Erundina
Joãozinho Trinta
Maria Helena de Mello Jorge
Maria Cecília de Souza Minayo
Relatora: Maria Cecília de Souza Minayo

INTRODUÇÃO

As exposições e debates resumiram fatores sociais e dados que tornam a violência hoje, de um problema policial e jurídico, em questão emergente, estratégica e central para a área de saúde pública. Isso porque, além de ser reponsável na Classificação Internacional das Doenças pelos dados e indicadores, possui uma tarefa impostergável de responder, através dos serviços e de sua participação cidadã, ora para responder às seqüelas, traumas, sofrimentos mentais gerados por essa "epidemia social", ora para juntar sua voz à dos que lutam por uma sociedade mais justa na qual a vida supere a morte. Sem seguir, neste relatório a "fala particular" de cada orador, destacam-se aqui os dados e as análises apresentadas.

Ao longo da década de 80 ocorreram mudanças importantes no perfil de mortalidade do país. As chamadas "doenças do desenvolvimento" assumiram o papel das principais causas de óbito. Realizou-se a transição epidemiológica em que as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e as causas externas são, nessa ordem, responsáveis pela maioria dos óbitos da população brasileira.

Na década, por um lado ressurgem epidemias de doenças anteriormente controladas. Por outro, observa-se o crescimento de outras tantas epidemias, refletindo a deterioração das condições de vida e saúde associada à precária atuação da combalida rede de serviços públicos de saúde.

A violência apresenta-se, nessa década, como fenômeno cujas facetas são objeto de apreensão no cotidiano, pelo desencadeamento de um temor generalizado aos assaltos, seq estros e assassinatos. Também passa a ser objeto de reflexão por parte de várias áreas do saber, entre elas a saúde pública, pelo papel que assume diante da morbimortalidade, vitimizando crianças, jovens , adultos e idosos, indiscriminadamente.

Tendo como característica essencial o fato de ser fenômeno social, travando em nível das relações sociais, a violência é também responsável , em suas manifestações específicas, por uma série de agravos à saúde (como maus tratos à crianças, espancamento de mulheres e outros). Sua pior consequência vem a ser a morte, especialmente pelos crimes cometidos no trânsito e pelos assassinatos. Esses últimos ceifando sobretudo jovens brasileiros.

As formas específicas de violência estão presentes, em maior ou menor intensidade, em todas as regiões do país e nos diversos grupos sociais. Perpassam as várias fases da vida e se instauram nas mais variadas relações humanas. Juntos, os vários tipos de violência ,constituem uma rede intrincada e complexa, na qual todos (cada um a seu modo) são vítimas e autores a um só tempo. Tal como numa epidemia, todos são afetados pela fonte comum de uma estrutura social desigual e injusta, que alimenta e mantém ativos os focos específicos de violência que se expressam nas relações domésticas, de gênero, de classes e no interior das instituições.

A violência, que atinge a todos enquanto sujeitos e vítimas, atinge também a população do campo, sobretudo os trabalhadores, seja nas suas formas fatais, seja em manifestações tais como: lesões físicas, psíquicas e simbólicas. Mas o fenômeno assume maiores proporções nas relações sociais das grandes regiões metropolitanas e urbanas, onde se concentra hoje a maioria da população, 75% segundo dados recentes do IBGE. Daí que esta reflexão se centraliza na violência urbana.

Por outro lado, do ponto de vista explicativo, não se pode separar o que ocorre nas cidades sem referenciá-lo à política industrial e agrícola que a partir da década de 50 (e vem se configurando de formas diferenciadas até o presente momento) tem sido responsável pela expulsão de populações rurais para os centros urbanos seja como forma de se criar mão-

de-obra industrial, em um primeiro momento, ou como forma de racionalizar a produção agrícola. Portanto, a violência social urbana resulta de relações que não se dissociam em termos de urbano-rural, e sim se completam embora haja diferenciações profundas na configuração de ambas, tendo em vista as estruturas, os sujeitos e os interesses envolvidos nas suas formas particulares de expressão.

2. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

1. Mortalidade nas Capitais das Regiões Metropolitanas

Nas capitais das principais Regiões Metropolitanas do país a mortalidade por causas externas (acidentes, suicídios e homicídios) representa, entre 1980 e 1988, mais de 10% de todos os óbitos ocorridos. Esse percentual tende a crescer lentamente no período: em 1980 corresponde a 10,5% e em 1988 a 12,3%.

Em 1988 as causas externas situam-se, pelo menos, entre as quatro principais causas de óbito nas capitais brasileiras. No período estudado, Curitiba e Goiânia aparecem com maiores percentuais. Em Recife e Salvador observam-se os maiores crescimentos(4,1%) passando de 6ª causa, em 1980, para 2ª e 3ª respectivamente, no final da série histórica. Em seguida vem Goiânia, com os maiores percentuais no período e São Paulo com 2,7 pontos percentuais de crescimento da proporção de mortes por causas externas, passando da 4ª para a 3ª posição.

Dados ainda não publicados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, informam que em 1989 as causas externas assumem a segunda posição no obituário geral da capital, com a proporção 13,8% de óbitos, equivalente a um crescimento de 1,4% em relação a 1988.

O sexo masculino responde por 81,8% dos óbitos por causas externas, sendo que cerca de 65% deles compreendidos entre 15 e 39 anos. Entre as mulheres essas proporções diminuem bastante: são, respectivamente, de 18,2% e 36,3%.

Entre os homens existe uma mortalidade proporcionalmente maior entre os 15 e 39 anos de idade.

Por outro lado, os percentuais de óbitos entre as mulheres nas faixas mais extremas da vida são maiores do que os observados no sexo masculino.

Esses diferenciais na distribuição dos óbitos por sexo e faixas de idade também aparecem nas causas específicas que compõem o grupo das externas.

Mais da metade dos óbitos por causas externas nas capitais brasileiras em 1985, são devidos aos acidentes de trânsito (27,9%) e aos homicídios (25,7%).

Enquanto a maior parte dos acidentes em geral concentram-se nas faixas etárias mais jovens ou mais velhas, os suicídios e especialmente os homicídios incidem mais entre os 15 e os 49 anos.

Os acidentes de trânsito conseguem ter elevados percentuais ao longo de toda a vida, mas chama atenção sua contribuição em 43,8% dos óbitos ocorridos entre crianças dos 5 aos 14 anos.

As taxas de mortalidades por causas externas nas principais capitais brasileiras oscilam ao longo do período, embora em algumas delas sejam observadas certas tendências. É crescente a mortalidade no Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre, Goiânia e Recife. Esta última representa a capital que teve o maior crescimento no período. Decrescem as taxas de Belém e Fortaleza, enquanto permanecem estáveis as de Salvador, Belo Horizonte e Curitiba.

O Rio de Janeiro e Goiânia são as capitais que detêm, respectivamente, as primeiras e segundas maiores taxas ao longo de todo o período.

Destaca-se ainda o incremento significativo das taxas, nos últimos três anos, em Recife, Rio de Janeiro e São Paulo, passando para patamares bem mais elevados do que os observados no início do período.

A partir dos dados já colocados e a despeito do ,que é reiteradamente anunciado, o Brasil não é o campeão de atos fatais de violência. Por outro lado não temos uma série histórica suficientemente abrangente e consistente para fazermos prognóstico sobre a situação futura do país e do presente em relaçao a seu passado.

Comparativamente aos outros países da America e Europa, ele ocupa uma posição intermediária, porém preocupante, devido à forma como se constitui no país esse grupo de

mortes. Enquanto em alguns países europeus, os fenômenos violentos se expressam terminalmente, em primeiro lugar nos suicídios e em segundo, nos acidentes de trânsito; enquanto nos Estados Unidos e no Canadá, as estatísticas revelam que os acidentes de trânsito e os suicídios, constituem as principais explicações para as mortes violentas; no Brasil esse perfil é diferenciado. Ocupando hoje o terceiro lugar na mortalidade geral, a violência se apresenta configurada pela primazia dos acidentes de trânsito, seguida pelos homicídios e com índices pouco expressivos para os suicídios.

Na década de 80, a tendência de crescimento das taxas de mortalidade por causas externas é dada sobretudo pelo aumento proporcional dos homicídios no conjunto dessas causas, já pareando-se com os acidentes de trânsito, ou por vezes ultrapassando-os nas regiões metropolitanas. É importante ressaltar que a maior freqüência e gravidade dos homicídios ocorre nas faixas etárias de 15 a 39 anos, idade produtiva. Portanto, é em nível dos homicídios que reside o sentido da gravidade da situação de violência no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar sobre violência atualmente no Brasil é um exercício de reflexão que requer alguns questionamentos. O primeiro deles é indagar sobre o que aconteceu com a sociedade brasileira que no início dos anos 60 se mobilizava pela maior participação e integração social dos seus jovens (e para os quais acenava com a construção de um projeto político nacional) e na década de 80 adota como prática social a eliminação de crianças e adolescentes. Ou seja, o que terá levado as elites econômicas, sociais, políticas e culturais do país, a partir do golpe militar de 1964, a abandonar seu projeto de construção de identidade e integração e a se encastelar no pragmatismo individualista do "salve-se quem puder"? De onde terá brotado essa "razão cínica", cada vez mais explícita na década de 80, que leva os privilégiados a proteger ferrenhamente seus patrimônios (inclusive as universidades), seus privilégios e sua vida, atrás das grades e sob armas de seguranças, como se fosse possível esconder a complexa cumplicidade entre a fonte do eternos privilégios e a situação dos excluídos que parece não ter fim?

Não se pode responder simplistamente a essas questões fundamentais, mas é importante reconhecer que elas estão na raiz da guerra surda cujos reflexos se projetam no quadro de mortalidade por violência, com destaque para os homicídios.

Pelos dados aqui analisados observa-se que, ao longo da década de 80, cresceu a mortalidade por homicídios, sendo estes uma expressão particular de violência interpessoal.

Esse fenômeno parece refletir o aprofundamento ou a intensificação da violência estrutural. Concretamente essa forma de violência no país tem por determinantes o crescimento da desigualdade sócio-econômica, baixos salários e renda familiar para a maioria da população associados à inflação e conseqüentemente perda do poder aquisitivo (SABÓIA, 1991). Essa forma de violência é acompanhada da descrença e afastamento da população em relação às instituições sociais que não realizam as funções às quais se destinam e quando o fazem, atuam de modo violento, discriminatório; da ausência de políticas públicas integradas e condizentes com as necessidades da população na conjuntura atual, em relação às áreas de assistência, educação, saúde, moradia e segurança; da priorização do desenvolvimento econômico (frustrado na década) e endividamento externo, em detrimento do desenvolvimento social e às custas do sacrifício da população em geral, mas sobretudo, com maior ônus para os pobres; do intenso apelo ao consumo, conflitando com o empobrecimento do país.

Em termos de conjuntura social da década de 80, três fatos podem ser relacionados ao aumento das taxas de homicídio nas grandes regiões metropolitanas.

(a) A consolidação do crime organizado em torno do tráfico de drogas criando uma economia e um poder paralelos, assumindo o papel do estado na assistência, e na segurança e se confrontando, no imaginário social e na realidade das classes populares com a segurança pública;

(b) A consolidação dos grupos de extermínio;

(c) O aumento da população vivendo e trabalhando nas ruas, sobretudo uma população infantil e juvenil compelida ao trabalho pelo aumento da pobreza absoluta em todas as regiões metropolitanas do país na década (SABÓIA, 1991); e pela falência das instituições "totais" de assistência e recuperação dos "menores".

Esses três fatores se interrelacionam sinergeticamente com a violência estrutural das extremas desigualdades e com as mudanças de valores e visão das novas gerações em relação às elites, à pobreza, à riqueza, aos bens de consumo e à própria felicidade.

O mais problemático em relação à organização do crime é que ela se constitui em uma rede cuja trama principal se articula com as instituições mais "respeitáveis" da sociedade, conforme tem sido estudado por vários autores e também divulgado pela imprensa. Na medida em que nela estão envolvidos juízes, policiais, empresários e membros do governo, esse tipo de criminalidade apresenta-se difícil de ser combatido na sociedade. Ou seja, há profundos interesses econômicos e de poder que tornam legítimas cúmplices da organização da ilegalidade.

A vítima mais expressiva do crime organizado é a juventude, enquanto consumidora e força de trabalho nesse mercado paralelo, mas também como alvo do extermínio. Essa vitimização, entretanto, não se distribui de forma homogênea. Estudos mais aprofundados dos dados de mortalidade por violência entre os jovens evidenciam um perfil em que predomina baixa escolaridade, baixa renda, pouca qualificação profissional, o sexo masculino e a cor negra. Esses achados demonstram que são os jovens pobres as malhas frágeis dessa rede de violência. São eles que, na ânsia de viverem numa sociedade que muito pouco tem para lhes oferecer, buscam na alternativa do crime o prazer imediato e efêmero (na forma de aquisição de bens através de roubos no porte de armas como de ostentar poder).

Embora exista entre eles a consciência do risco que tais atividades envolvem, assim mesmo, na falta de um modelo legítimo adotam como herói, o bandido. Este ultimo simbolizando a encarnação do protetor e do assistencialista mas sobretudo do rebelde social, que vai de encontro e que despreza os valores estabelecidos, mas que contraditoriamente, obtém certo sucesso, É esse o modelo e a via mais próximos com os quais esses jovens procuram se indentificar e assumir como possibilidades de participação e sobrevivência social.

Por outro lado, criam-se na década, os grupos organizados e muitas vezes profissionalizados de extermínio para servir a interesses diversos ligados ao tráfico, a comerciantes ou para outros fins. Esses grupos, remanescentes dos esquadrões da morte e dos extermínios políticos das décadas de 60 e 70, possuem uma lógica implícita: a de eliminar hoje o provável bandido de amanhã.

No acirramento dos conflitos legitíma-se e até se justifica um modo de matar que antes de ocorrer concretamente no ato do extermínio, já havia sido decretado social e politicamente.

Muitos jovens cujas mortes estão representadas nos dados aqui mostrados, quando não são assassinados por briga entre as "gangs", como queima de arquivo ou mesmo como uma medida "preventiva", acabam caindo nas malhas do sistema carcerário e superlotando os presídios do país. Para eles as alternativas são anomia, criminalidade, reclusão ou morte.

No Brasil, hoje, os alarmantes índices de homicídios são superiores aos de alguns conflitos bélicos travados em outras áreas e épocas. Esta "guerra civil" não declarada tem entretanto um alvo bem preciso e os dados mostram onde ela está fazendo baixas. Seus princípios parecem se fundamentar numa ética perversa em que a sociedade para se preservar necessita promover a morte do novo (na figura de seus jovens). De um novo, cuja relação real e simbólica com a propriedade, com as instituições, com a religião, com o consumo, com os valores tradicionais, enfim, não repete padrões anteriores. Pelo contrário, constitui-se em ameaça efetiva para a sociedade dominante que não possui, por seu turno, nenhuma resposta, modelo ou projeto capaz de satisfazer a esses jovens. Neste sentido, a exclusão social que gera em algum momento a escolha pela ilegalidade produz, em primeiro lugar, a morte política antes de eliminar fisicamente o "novo" que se teme e

que se quer banir à custa do extermínio em sentido amplo.

É só nesses termos que se consegue compreender a ocorrência e a impunidade de tantos assassinatos. É preciso também denunciar a hipocrisia da pseudo-discussão sobre a legalização da pena de morte no país. Na verdade ela já vem sendo decretada socialmente e executada na ilegalidade em relação aos jovens ceifados tão precocemente. Por fim, é preciso articular essa segunda seleção social que é o extermínio de crianças e adolescentes por violência física, ao momento em que a primeira seleção social se realiza, e que é traduzida pelos índices de mortalidade infantil, cujas causas são principalmente desnutrição, diarréia e doenças imunopreveníveis. Em ambas seleções o grupo condenado à morte é exatamente o mesmo, sobretudo nas regiões metropolitanas.

1.04- "CONTROLE EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL"

Coordenador: Pedro José de Novaes Chequer

Painelistas: Paulo Sabroza
MariaCristinaL.GuedesdeMendonça
Gerson Oliveira Penna
José R. Cavalheiro
Luíz Augusto Fachini

Relatores: Ozélia Pereira Evangelista
Alberi Nascimento Grando

"... nós usuários achamos que o serviço de Saúde deve atender a pessoa quando está com uma doença, não apenas como um portador de um micróbio que tem que se matar, mas, ao mesmo tempo, como um ser físico que está contaminado com um determinado micróbio, como um ser psicológico, um ser social, um ser cultural. São nessas dimensões que gostaríamos de ser atendidos pelo sistema de Saúde, pelo SUS..." (Trecho do depoimento de usuário no Painel Específico: "Controle Epidemiológico no Brasil")

I - INTRODUÇÃO

A construção do modelo de atenção a Saúde, referenciada no conceito ampliado de Saúde-doença pode, a depender do nível de participação popular no processo, significar a medicalização excessiva da parcela da população mais exposta a problemas sócio-econômicos. Estes correm o risco de serem transformados autoritariamente em questões médicas, possíveis de serem controladas através do poder estatal, como acontece com a hanseníase, a malária e outras doenças que grassam no Brasil, onde a atuação do Estado se limita principalmente a nível de "Controle estatístico das doenças", ficando apenas na retórica o enfrentamento das situações de risco e a definição de um modelo operacional que contribua definitivamente com a impactação do problema.

Historicamente a epidemiologia oficial tem sido utilizada principalmente para legitimar a lógica autoritária da ação estatal. Na medida em que é acionada para justificar a necessidade de alocação de recursos para programas e projetos usualmente definidos como sendo responsabilidade do Estado, ela responde com a elaboração de diagnósticos enviesados reforçando as decisões já tomadas empiricamente pelo poder estatal.

Aqui se coloca uma questão: De que forma pode a epidemiologia, numa sociedade desigual e complexa como a nossa colaborar com a efetiva impactação dos problemas prioritários de Saúde da população?

II - EPIDEMIOLOGIA E CIDADANIA

Se por um lado, a desigualdade social determinada pelo caráter excludente do desenvolvimento do capitalismo em nosso país, vem produzindo um perfil epidemiológico que combina doenças crônico-degenerativas com doenças infecto-contagiosas, e que confirma a complexidade da realidade brasileira, por outro lado, os indicadores mais comumente usados pela epidemiologia para estabelecer o perfil, carecem de algumas ressalvas.

De modo geral os dados da mortalidade ao mesmo tempo que indicam as doenças que mereceriam a intervenção estatal, não revelam os momentos anteriores do andar da vida da população. Os dados de morbidade disponíveis são extremamente parciais, tanto do ponto de vista da quantidade como da qualidade, desde que, na maioria das vezes, os dados secundários se referem a doenças e problemas que a população leva aos serviços de acordo com a oferta, ficando de fora outras doenças e problemas que os serviços não se propõe a dar respostas.

Em se considerando que o perfil epidemiológico é o retrato de um momento histórico da vida da população, somada à inexistência de informações quantitativas e a não participação da sociedade nas diversas fases do processo de análise e planejamento de Saúde, vem equivocadamente orientando a adequação dos serviços de Saúde a este perfil, passando a idéia de um perfil epidemiológico estático e comprometendo o planejamento de ações que tenham como finalidade precípua a superação do quadro nosológico existente. Em resumo, o perfil epidemiológico desta forma delineado vem reproduzindo as condições vigentes.

Face as questões até aqui levantadas, o que fazer para reverter a situação?

Um dos caminhos a ser trilhado para superação dos viéses acima destacados, é aquele que leva a epidemiologia ao compromisso social. A academia e os serviços de Saúde devem permanentemente trabalhar integrados nessa questão e colocarem os conhecimentos epidemiológicos adquiridos à disposição da sociedade. Só após a apropriação destes conhecimentos por parte da sociedade, esta terá condições de utilizá-los como instrumento de mobilização social no sentido de estabelecer diretrizes de luta pela Saúde coletiva e pela garantia dos direitos de cada cidadão.

A estratégia básica para tanto é a criação de mecanismos intermediários (entre a sociedade e o poder estatal), que assegurem o controle social das políticas de Saúde.

Outro caminho a ser buscado é a efetiva aplicação da epidemiologia como instrumento de planejamento e de organização dos serviços de Saúde. Nesse campo, a utilização da epidemiologia não deve se limitar aos métodos, mas sobretudo, incorporar o conjunto de conhecimentos sobre o processo saúde-doença, indispensáveis à reprodução social, integrando uma articulação particular de formas de organização institucional, técnicas de intervenção e modelos explicativos.

III - A EPIDEMIOLOGIA E A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

Na proposta de municipalização, o perfil epidemiológico deve ser delineado a nível local. Para tanto podem e devem ser utilizados dados de diversas fontes que funcionam como indicadores da qualidade de vida do município (dados demográficos, sócio-econômicos e aqueles gerados pelos serviços de Saúde). Estes dados devem ser trabalhados na ótica epidemiológica e devem ser referentes aos serviços de Saúde locais, inclusive os privados. Ademais há de se criar mecanismos que possibilitem aos serviços captar sistematicamente a percepção das necessidades de Saúde por parte da população (inquéritos, estudos qualitativos, discussão com representantes da população). Estes mecanismos devem ser dinâmicos e retroalimentar a percepção do perfil epidemiológico local. Essas informações devem ter a mesma relevância dos dados secundários.

O perfil epidemiológico deve operar a nível local como investigador de mudanças e não como reprodutor das condições. Atuar com esta perspectiva pode significar uma posição de enfrentamento das condições de vida e Saúde.

O serviço público (em especial o serviço local de saúde) deve ter a coragem de recusar como tarefa a medicalização excessiva e exigir a prioridade de recursos para a Saúde. Deve negar radicalmente a justificativa de que a desigualdade de classe corresponde à possibilidade de acesso às tecnologias ou seja, negar a medicina pobre ou simplificada para pobres.

Os dados epidemiológicos locais devem orientar as ações locais, devem estar impregnados de objetivos que os movem. Não se trata de recusar o uso do dado epidemiológico para as práticas de controle e/ou vigilância epidemiológica. Ao contrário, trata-se de ampliar a abrangência do uso da epidemiologia, valorizando o perfil epidemiológico como parâmetro para as discussões e ações na área da Saúde. Trata-se de colocar o perfil epidemiológico como espaço permanente de reflexão sobre a prática do serviço, como instrumento de enfrentamento e superação das condições de Saúde e na busca da qualidade de vida.

Por fim, a epidemiologia não pode estar a serviço do poder estatal e sim da população. Neste sentido é imprescindível a criação do Sistema Nacional de Epidemiologia, com estruturas estaduais e municipais, coordenado pelo Centro Nacional de Epidemiologia, integrado pelo Ministério da Saúde e pelos Centros Nacionais de Pesquisa em Epidemiologia.

"... Temos que pensar na questão da epidemiologia no sentido de que a gente busque soluções para uma coisa que está matando pessoas iguais a nós. São milhares de pessoas que morrem de malária, diarréia, cólera; são milhares de pessoas que morrem destas doenças que vivem nos desafiando. No nosso ponto de vista, não são os micróbios os culpados disso. Acho que é porque não existe uma decisão de acabar com estas doenças em nosso país, em nosso planeta. Nós estamos aqui buscando caminhos para solucionar isso, para lutar em favor da vida..." (Trecho do depoimento de um usuário no Painel Específico "Controle Epidemiológico no Brasil"

1.05 - MEDICAMENTOS

Coordenador: Thiers Ferreira

Painelistas: Dante Alário Junior
José Carlos C. Gerez
Jorge A. Zepeda Bermudez
Marilena I. Lazzarini
Deputado Aldo Rebelo
Elisaldo L. de Araujo Carlini

Relatores: Francisco de A. M. Reis
José Aleixo Prattes
Orlando Mario Solero

LEI DE PROPRIEDADE INDUSTRIAL

Jorge Bermudez fez uma análise do mercado farmacêutico brasileiro ressaltando o monopólio nele exercido pelas empresas multinacionais: "o Brasil é o 9º mercado mundial de medicamentos, com 2,5 bilhões de dólares, 1,5% do mercado mundial. Apenas 15% do mercado está nas mãos das empresas nacionais. Continuamos importando muitas matérias-primas, o que eventualmente gera crise no abastecimento nacional de medicamentos pela falta delas, às vezes até, faltas crônicas, causando crises que se explicam pelas seguintes razões:

1)domínio da produção de matérias-primas;
2)grande dependência na importação;
3)limitação de fornecedores;
4)desestímulo P&D;
5)número excessivo de marcas e lobby;
6)desemparelhamento de órgãos oficiais;
7)desestruturação de órgãos oficiais e sistema oficial de produção;
8)aumento da demanda;
9)oferta de insumos e produtos acabados.

O grau de dependência de matéria-prima é de 80 a 82%, embora a ABIFARMA diga ser de 75%. Continua a desnacionalização das empresas nacionais. Em 1957 ainda eram 5, em 1975 é apenas umas, sendo que aumenta o número de multinacionais no capital nacional. As multinacionais negam a existência do monopólio, mas, na realidade, elas monopolizam, por exemplo, 97,8% do mercado de vitaminas B e 96,6% do mercado de vitamina C. No mercado nacional, essa representatividade é de 24,83%; no mercado norte-americano é de 28,75%. Daí a grande luta das multinacionais da indústria farmacêutica americana quanto à lei de patentes. Elas querem reserva de mercado para as empresas através das patentes".

Quanto à carta da PMA, 15.02.91, que propõe sanções a países sem lei de patentes - Argentina, Brasil, Canadá, Índia, México e Tailândia - diz Bermudez: "Só adotaremos a lei de patentes quando for conveniente aos interesses nacionais e não para atender imposições das multinacionais".

Dante Alário Jr. reforça a discussão sobre patentes lembrando que o Brasil foi o terceiro país do mundo (ou o quarto) a assinar o Acordo Internacional de Patentes, em 1884. Em 1971 o Brasil deixou de ser signatário do acordo, mediante Lei, nas áreas do alimento e do medicamento. O Brasil se permitiu entrar num processo de aprendizado de matérias-primas. Produzir medicamentos no Brasil não é o problema; a dificuldade são as matérias-primas. Medicamento é um bem produzido para a saúde. Mas em 1971 nós ainda não tínhamos a indústria de base. Patente não leva a desenvolvimento. Até 1971 nós não tínhamos indústria de química fina. As universidades não tinham escolas para formar esses técnicos, porque ainda não tínhamos esta indústria. O governo americano ainda hoje subsidia empresas para o desenvolvimento de alguns produtos. Até 1971 o Brasil não podia desenvolver qualquer pesquisa nessa área. A petroquímica teve início, em nosso país, na década de 70. Felício Scárdua, quando na Presidência da CEME, iniciou um acanhado programa para entrar no desenvolvimento da tecnologia químico-farmacêutica. A empresa CODETEC, em seis anos, desenvolveu cerca de 70 matérias-primas da RENAME. Mostrou competência. Com o Governo Collor, a CODETEC passou a sofrer ação recessiva. Se formos nos reportar a países que adotaram a lei de patentes, antes esses mesmos países não eram signatários. Até 1977, a Suíça, por exemplo. O Brasil só saiu em 1971; a Suécia e a Itália entraram em 1978; a Dinamarca em 1973; a Espanha em

1986, mas pediu carência de 7 anos, ou seja, em outubro de 1992 a Espanha deveria adotar a lei de patentes, mas o governo espanhol vai conceder mais 2 anos de carência. Entretanto, o governo brasileiro quer a lei para já. A China e a Tailândia só subscreveram em 1992. Há outros aspectos a considerar: são os fatos em si. Dezesseis países mais desenvolvidos detêem 100% das inovações do setor farmacêutico. Nenhum país subdesenvolvido ou em desenvolvimento participa desse percentual. A patente não desenvolve nada. Os países citados só ingressam no sistema de patente **após** seu desenvolvimento **econômico**. O Projeto Executivo, com o substitutivo do Deputado Ney Lopes, conseguiu uma façanha extraordinária, absolutamente original, porque nenhum dos 10 países mais desenvolvidos do mundo tem as aberrações do substitutivo do Dep. Ney Lopes. Além disso, estas impropriedades não são divulgadas pela imprensa, fortemente subsidiada pelas multinacionais. As multinacionais fazem forte pressão sobre deputados que pressionam a Presidência da Câmara para aprovar esse projeto.

O Deputado Aldo Rebelo fez uma retrospectiva da tramitação do projeto demonstrando o interesse do governo em obter sua aprovação em regime de urgência urgentíssima. Relata as manobras governistas e a reação encontrada. "Apesar disto, um grupo de deputados se mobilizou para ampliar o tempo da discussão dando oportunidade para que setores interessados fossem ouvidos. Simultaneamente, esses setores foram articulados para impedir a rápida tramitação do Projeto. Qual a tática deles?". Reportou-se a um relatório da INTERPHARMA, com o objetivo de apressar a aprovação do Projeto. Dizia o memorando apócrifo que o caminho do Projeto deveria se basear em dois princípios: 1 - os interessados diretos nao deveriam aparecer; só o governo, para dar a parecer que o interesse era do governo brasileiro; 2 - o Projeto não deveria ser exposto publicamente à discussão e 3 - o Projeto deveria ser aprovado o mais rápido possível. Em razão disso, os deputados decidiram: 1 - procastinar a votação, com debates, visitas e discussões; 2 - desenvolver ações para que o debate ganhasse domínio público. O Deputado se reporta a uma manchete do jornal O ESTADO DE SÃO PAULO, quando aqui chegou um representante do governo americano: "ISTO JÁ DEVIA TER SIDO FEITO - ERA PIRATARIA". Juristas conhecidos tem emitido pareceres que traduzem a farsa, o cinismo e a hipocrisia. Alegam, diz o Deputado, que a nova lei de patentes "traria investimentos e tecnologia". Mas já se provou que nenhum país ganhou com isso, abrindo mão da sua liberdade quanto a patentes. "Todos adotam", também dizem. Mas se for para seguir o que aconteceu lá fora, precisam saber e ver o que fazem. Os EUA sobretaxam calçados, laranjas,... Quando usam o argumento de que a nova lei traria tecnologia e conhecimento, geralmente perguntam: - "O que os laboratórios nacionais fizeram?" Mas isto depende de uma política de Estado. Como, por exemplo, o investimento norte-americano na geração de computadores. O setor farmacêutico, no Brasil, não é nem citado pelo governo na relação dos grandes objetivos. Os países que mais recentemente adotaram a lei de patentes é porque não interessa mais, como a Suíça. Neste início de semestre o governo retomou interesse na Câmara pelo Projeto de Lei sobre Patentes. O Congresso foi até pressionado. O governo ameaçou editar Medida Provisória sobre o assunto, mas o governo não percebe que não existe um setor, nem mesmo da indústria como da comunidade técnico-científica, a favor desse Projeto de Lei. Até mesmo figuras altamente representativas da Igreja, como D. Lucas Mendes Neves, da Bahia e D. Luciano Mendes, da CNBB, se manifestaram contra o Projeto. Qualquer ato que as entidades nacionais possam fazer - e devem mesmo fazer - é para fortalecer a ação da Câmara dos Deputados contra o Projeto de Lei. Deve-se acionar toda repulsa ao projeto do Presidente Collor que, já condenado, nos últimos de seus dias, tem primeiro que pagar pelos crimes cometidos antes de pretender outro crime como o da Lei de Patentes.

Elisaldo L. A. Carlini considera um sonho distante admitir universidades realizando pesquisas de fronteira e justifica seu ceticismo: "Minha experiência se refere às plantas medicinais, que, apesar de tudo, alcançou bons resultados". Reporta-se ao Banco de Dados de Plantas Medicinais, do CNPq, com milhões de verbetes. Tentou uma consulta

simples e não encontrou resposta. Uma segunda experiência, com a FINEP, para tentar recolher informações de domínio popular para produzir medicamentos, conseguiu organizar um sistema para isso. "Pessoalmente, organizei o Sistema de Psicofarmacologia, com troca de experiências com outros interessados. Tudo ficou reduzido a um simples programa, sem resultados". O terceiro foi o da CEME. Começou bem, organizou uns quinze grupos de pesquisa, que já estavam apresentando resultados, mas então aconteceu o cataclisma - e há dois anos parou tudo, estão todos a zero. E não é possível recomeçar de imediato. Teriam quase que começar da estaca zero novamente. É imperioso evitar a descontinuidade das pesquisas. Nossa experiência de 30 anos demonstra que muitas iniciativas foram frustradas. Desenvolvem-se agora estudos sobre a senescência da população. A pessoa idosa produz pouco e consome muito medicamento. Isto implicará custos elevados. A utilização da flora - a medicina popular sabe - dá mais força, mais vigor, tem poder afrodisíaco e esta deve ser pesquisada. Temos um plano para o Brasil desenvolver grupos de pesquisa, mas isto seria para o próximo século, dado que agora estamos a zero. Quanto à produção, há coisas que podem ser feitas desde agora, de imediato. De vez em quando faltam medicamentos essenciais. Por que não se cria no Brasil um Banco de Insumos? Acho que qualquer coisa feita nesse sentido, para o controle de insumos essenciais, pode ser resolvida em seis meses. Mais: produzir muitas substâncias essenciais. Não se trata de criar, mas sobretudo de cópia sem inovação - não se adapta sem capacidade. Estou no Conselho Nacional de Saúde e lá chegam problemas. Por exemplo: falta no Brasil um produto essencial para transplantes. E um projeto de longos anos, de decênios, para criar cientistas na área, acaba comprometido. Vejam o problema da vigilância: enquanto não mudarmos a cultura e a tradição da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, os problemas na área persistirão. Ela se organiza e simplesmente atende, com relativa eficiência, à indústria farmacêutica. À sociedade, não. Por exemplo, quanto à licença e propaganda, nada é feito. Quando se diz que a SNVS tem poucos técnicos, é verdade, mas estes só servem à indústria farmacêutica. Senão vejamos: "61 atos administrativos sobre medicamentos, 444 atos sobre medicamentos, 129 novos medicamentos. A seguir o Prof. Carlini faz uma grave denúncia: "Não é novidade: o nome da fantasia do medicamento é o mesmo, mas a fórmula já é outra. São 650 medicamentos com princípios ativos mudados nos últimos 9 a 10 meses. Há laboratórios pequenos que conseguem licenciar medicamentos e depois vendem a licença. Mudam o rótulo, mudam bula, sem licença. O medicamento BENTYL mudou de um laboratório para outro e continua à venda, mesmo proibido. As prioridades devem ser para atender aos pleitos de médicos e de farmacêuticos para corrigir tais erros".

Marilena I. Lazzarini admite que medicamento é considerado uma mercadoria qualquer, como cosmético. As práticas das multinacionais visam ao lucro e não à saúde da população. Novos produtos, grandes inovações, mesmo nos grandes países, são uma balela. Segundo o Food and Drug Administration (FDA), apenas 3% (12) dos **novos** medicamentos de fato oferecem alguma contribuição à saúde. As empresas criam novos produtos e criam necessidades para assim aumentar o mercado. Não tem doenças suficientes, diz Marilena, para atender ao ímpeto do mercado. Como fenômeno global, a propaganda de medicamentos junto aos profissionais de saúde e do consumidor é imensa. A despesa chega a 3.935 dólares por profissional/ano". Cita a SOBRAVIME, que pede a supressão do TRIAZOLAM do mercado. Esclarece que é muito novo no Brasil organizações do próprio povo contra produtos nocivos. O governo não aceita bem entidades como o IDEC e SOBRAVIME. Na gestão do Ministro de Saúde anterior, cujo nome prefiro não citar, a postura dos técnicos era até violentamente contra as den ncias apresentadas.

A CEME E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Presidente em exercício da CEME, Mauro Jorge, constata que: "Na verdade, no presente, não existe medicamento CEME de norte a sul. Não adianta ficar esperando pelos resultados da CPI. O que temos de fazer de inédito, é medicamento".

Jorge Bermudez constata que em 1990 os EUA, com 137,1 bilhões de dólares de PIB, investiram 2,94% em P&D. A CEME consome 96% do seu orçamento na atribuição de medicamentos e apenas 1,3% em pesquisa. É urgente repensar a CEME. Não faz sentido a CEME existir apenas para comprar e distribuir medicamentos, sendo que a participação dos laboratórios do Sistema CEME é cada vez menor, aumentando a participação das empresas nacionais e multinacionais. A RENAME deve ser entendida como instrumento de luta pela auto-suficiência do Brasil. Se somos ainda dependentes na ind stria química-farmacêutica, somos auto-suficientes na formulação farmacêutica e podemos alcançar plena auto-suficiência mediante:

1)o fortalecimento do sistema oficial de produção;
2)repensar e consolidar o papel da CEME;
3)fortalecer os órgãos de fiscalização;
4)promover o desenvolvimento tecnológico; e
5)nacionalização.

Devemos alcançar auto-suficiência quanto às multinacionais da RENAME e só adotarmos a lei de patentes **quando quizermos** e não quando as multinacionais quizerem. Medicamento é insumo essencial que a população deve ter acesso para ter saúde, através do SUS.

Dante Alário Jr. propõe que se coloque em destaque o aspecto amplo sobre o medicamento, desde a geração até a distribuição. Diz-se que o mercado farmacêutico é de 2,5 bilhões, concentrado em não mais de 40% da população. Os demais, ou recebem medicamento CEME, ou não têm acesso ao medicamento. Não existe assistência médica se não houver assistência farmacêutica e esta não está sendo devidamente considerada.

OS MEDICAMENTOS GENÉRICOS

José Carlos C. Gerez fala sobre os MEDICAMENTOS GENÉRICOS, iniciando com uma abordagem histórica da indústria farmacêutica. "Até 1930, o arsenal terapêutico contava mais com plantas medicinais, conquanto em 1920 já se divulgavam trabalhos sobre o L-DOPA. Entre as duas Grandes Guerras Mundiais a indústria farmacêutica se expande, alcançando nível internacional e gerando os primeiros monopólios com lançamentos de fármacos. A partir de novas drogas obtém grandes lucros, passando a investir fortemente na pesquisa. Na verdade, a indústria farmacêutica multinacional vende **inovação terapêutica**, às vezes efetiva, outras obtida a recurso de propaganda, alcançando, em certos casos, lucros de até 20.000%. As empresas multinacionais utilizam cada vez mais as patentes para se proteger do ingresso de mais competidores no mercado. Ao longo das décadas 60/70 cessam as bases de assentamento das multinacionais, que detêm cerca de 60% do mercado internacional. As 15 maiores empresas alcançam um faturamento de 55,5 bilhões de dólares, com investimento de 14 a 15% em P&D. Na década de 60 surge outro tipo de empresa - a dos **medicamentos genéricos**. Empresas americanas investem de 8 a 9 bilhões de dólares em pesquisas, enquanto as empresas de medicamentos genéricos não investem em pesquisa e vendem seus medicamentos a custo mais baixo. Por exemplo, no mercado norte-americano, com 44,5 bilhões de dólares de faturamento anual, 30% correspondem a **genéricos**, 38% a medicamentos **sob marcas** (aqueles com patentes já vencidas) e 32% sob patentes, sendo que os genéricos se contrapõem ao mônopólio das multinacionais. No mercado brasileiro, com 3 bilhões de dólares de faturamento, o quadro e o seguinte: **genéricos** 8%, **sob marcas** 89% e **sob patentes** 3%. Depreende-se daí que a população brasileira não tem condições econômicas de comprar as "modernidades" da indústria farmacêutica. As multinacionais no Brasil não trazem novidades terapêuticas para o nosso País, onde a produção da maioria dos genéricos fica a cargo da CEME, através dos laboratórios estatais.

O estabelecimento de uma legislação que regule a produção de medicamentos genéricos é elemento estrutural pará o bom funcionamento dos serviços de assistencia à saúde. Assim, os países desenvolvidos utilizam-se desse mecanismo legislativo para fomentar a competição por preços e minimizar o efeito do monopólio patenteario sobre os custos da assistencia farmacêutica.

Os conceitos de essencialidade e nomes genéricos há algum tempo vêm se consolidando nos países ricos como a única forma de ampla cobertura da assistência farmacêutica; as listas dos medicamentos reembolsáveis dos governos europeus e o reembolso ao limite do preço genérico nos EUA, além da autorização pela substituição, pelo farmacêutico, de um produto de marca registrada por um similar genérico, têm trazido as despesas com medicamentos a patamares aceitáveis a seguridade social.

A competição por preços não existe na induústria farmacêutica por razões estruturais intrinsecas já largamente estudadas, fazendo-se necessária a legislação específica para que esta competição se estabeleça, para benefício dos consumidores e da seguridade social.

Na iminência do reconhecimento de patentes (que devemos lutar **pelo seu adiamento**), a única saída para enfrentar o monopólio das multinacionais é que o País tenha **uma legislação sobre genéricos** e que toda a política de saúde seja desenvolvida sobre ela? a CEME **deve** desenvolver uma política de Genéricos. Esta é a unica saída para as empresas nacionais e a sociedade. Com esse objetivo, o papel da CEME, como instrumento de política do Governo, deve ser revisto.

Painelistas e participantes repudiaram a aprovação do Projeto de Lei 824/91 - NOVO CÓDIGO DE PROPRIEDADE INDUSTRIAL (Lei das Patentes, uma agressão à vida, ao conhecimento e à soberania nacional) e apresentaram a seguinte proposta:

Considerando que a assistência farmacêutica deve ser desenvolvida tendo como base os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e que o medicamento deve ser inserido, definitivamente, dentro do SUS;

Considerando que o sistema privado de distribuição de medicamentos, hoje em vigor, não consegue suprir as necessidades da população; e

Considerando a integralidade e a universalidade das ações de saúde,

Propomos: que a partir das diretrizes do SUS, os municípios assumam a implantação dos serviços de assistência farmacêutica.

1.06 - ALTERNATIVAS DE GESTÃO PÚBLICA

Coordenador: José Carlos Seixas

Painelistas: Sinoel Batista
Guido Ivan M. de Carvalho
Gonzalo Vecina Neto
Emerson Elias Mehry
Francisco Braga
Mozart de Abreu e Lima
José Maria Borges

Relatores: Samara Nitão
Márcio Almeida

O agravamento da crise econômica e as retrações das inversões no setor social têm gerado para o setor saúde uma responsabilidade desmesurada. As demandas crescentes da população exigem uma gestão eficaz e eficiente dos serviços públicos de saúde. Por não atender a estas exigências é reconhecida a crise da forma estatal clássica de gestão pública. Sucateamento e desperdício de recursos, morosidade, força de trabalho desmotivada, burocratismo, clientelismo, desumanização do atendimento são malezas da rede pública em âmbito federal, estadual e municipal. Os sistemas locais ou serviços que não se encaixam neste quadro são exceções.

Neste contexto, florescem e ganham "**status**" de verdades inquestionáveis as afirmativas de natureza neo-liberal do tipo "**os melhores serviços de saúde são privados**" e "**não há serviços privados ruins como a maioria dos serviços públicos**". Sobretudo quando socobra o estatismo do leste-europeu e aumenta o fôlego dos defensores do Estado mínimo. A eficiência empresarial do privado pode se transformar numa armadilha quando incorporada acriticamente e transportada mecanicamente da área privada para a pública. Os atuais indicadores de ineficiência e eficiência dos serviços públicos altos custos operacionais, ociosidade de equipamentos, alto custo-benefício - devem ser analisados considerando-se fatores conjunturais e histórico-estruturais.

Além da crise econômica, da redução das inversões, há outros componentes que contribuem para caracterizar o contexto em que ocorre atualmente a gestão do público no setor saúde brasileiro: a ausência de objetivos institucionais explícitos em virtude da dependência das organizações públicas do poder político; o cartorialismo dos controles ritualísticos em que os resultados almejados são colocados de lado; a centralização administrativa e o mito do planejamento desvinculado da execução; o corporativismo profissional e a inexistência de planos de desenvolvimento de Recursos Humanos; a desprofissionalização e a dupla militância (público/privado) dos gerentes do serviço público.

Diante disso, duas situações vêm se configurando. A primeira é o notável crescimento dos sistemas de assistência médica supletiva. A segunda é o surgimento de propostas alternativas de gestão pública. Estas partem do pressuposto que há interesse do Estado em fazer funcionar os serviços de saúde com eficiência e eficácia sem perda se sua natureza e compromisso públicos.

Pelas condições em que se desenvolveram as atividades do painel não houve condições de aprofundamento de análise acerca de duas alternativas polêmicas que foram sumariamente mencionadas: o contrato de gestão e a microgestão privada dos serviços públicos. Em que medida são propostas exequíveis; até que ponto não se configuram como alternativas privatizantes?

Reconhecendo-se a diversidade de situações que podem ocorrer no Sistema Único de Saúde, foram apontadas várias considerações pelos participantes do painel. Algumas são de caráter mais geral e dizem respeito à própria aplicação da legislação federal do Sistema Único de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/91) nos seus artigos que explicitam competências e relações entre os níveis de governo da federação. Outros referem-se à propostas de gestão de serviços públicos que deveriam ser analisadas como alternativas à condições específicas de determinadas unidades de saúde que, pelas características das ações prestadas, necessitariam uma gestão diferenciada.

Tendo como referência a Constituição Federal, seção saúde, e a legislação posterior

que a complementa e para por em prática os postulados de integralidade, universalidade e da eqüidade, apontam-se:

Gestão descentralizada com base na municipalização - sustentada na transferência de recursos necessários ao gerenciamento, pelo município, de todas as ações a serem desenvolvidas em seu território, com autonomia e poder de decisão. Alguns requisitos são fundamentais para que a municipalização represente uma mudança efetiva das práticas na área de saúde:

a) um novo modelo assistencial no qual o planejamento não seja orientado exclusivamente pela demanda espontânea, ou seja, pela necessidade da população na percepção de um processo de enfermidade ou pelos indicadores negativos de saúde, mostrados através da mortalidade e morbidade. Nessa ótica é essencial considerar o conceito de territorialização, como área programática, onde trabalhadores de saúde e população, num processo integrado de busca das razões epidemiológicas dos agravos, possa orientar o planejamento e determinar prioridades;

b) formação de recursos humanos dentro do enfoque desse novo modelo assistencial, com acompanhamento e avaliação em todos os momentos do processo de trabalho em saúde. Ainda que as mazelas do sistema de saúde não tenham origem no processo gerencial e na busca de uma maior eficiência e eficácia social das ações e recursos do setor, é fundamental que se tenha uma base de capacitação técnica e profissionalização da gerencia em saúde;

c)nova ética de relação entre ós profissionais de saúde e os usuários.

A perda do poder de compra dos salários, as deficientes condições de trabalho no campo da saúde, a falta de financiamento à modernização, manutenção e crescimento dos serviços públicos de saúde são uma inegável fonte de sustentação dos permanentes movimentos de greve. A constatação inequívoca da existência de razões objetivas e permanentes para a greve não comporta contestação.

O grande problema é decidir qual o momento apropriado em que os trabalhadores de saúde, com seus movimentos corporativos, podem causar um impacto político e conseguir um retorno efetivo para si, melhorando as condições de trabalho e salário e para os usuários, aprimorando a qualidade dos serviços. Sem a concretização desses dois objetivos, a greve torna-se um instrumento perverso. Corrói a confiança do usuário no sistema e nos profissionais de saúde, deteriora ainda mais a qualidade do serviço, além de alimentar a argumentação dos neo-liberais, da incapacidade do serviço público prestar assistência de boa qualidade.

O gestor público não pode, na maioria das vezes, ser identificado como o patrão privado. Há necessidade de se encontrar mecanismo de discussão política que permita resolver essa contradição, sem maniqueísmos . O exercício da democracia através dos Conselhos de Saúde, apesar das dificuldades iniciais, pode ser a grande saída.

Conselhos de Saúde - Há necessidade de que eles sejam estabelecidos e funcionem nos três níveis de governo. Os Conselhos são, para o setor saúde, a possibilidade de aprender juntos - sociedade civil e governo - pelo debate das posições muitas vezes conflitantes, a encontrar um ponto de equilíbrio entre os recursos e as necessidades, entre o desejo e a possibilidade efetiva, entre os sonhos e a realidade, tendo em vista o cidadão, o usuário, priorizando o fundamental e conferindo ao sistema a capacidade de garantir à maioria, através de critérios pactuados e não de retorno de capital, acesso a todos os níveis do sistema e à tecnologia disponível.

Fundos de Saúde - Assim como os Conselhos deverão funcionar nos três níveis de governo, com autonomia e principalmente com recursos.

Do Fundo Nacional de Saúde deverão os recursos serem transferidos para os Estados e Municípios. No nível municipal, os recursos próprios da arrecadação municipal destinados à saúde deverão permanecer no Fundo Municipal de Saúde e serem administrados pelo Secretário de Saúde em função de um Plano Municipal, aprovado pelo Conselho Municipal.

Os Fundos de Saúde devem ser constituídos por todos os recursos, a cada nível de governo, destinados ao setor.

Ainda no marco jurídico já existente, foram ressaltados componentes, que nao são

excludentes, para o gerenciamento em busca de uma maior resolutividade e eqüidade das ações e serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde.

a) **Componentes Abrangentes**

*utilização da gerência por objetivos com participação dos servidores na definição e avaliação;
*utilização intensiva dos processos eletrônicos de dados;
*descentralização executiva, com liberdade de utilização de recursos dentro dos objetivos traçados e com prestação de contas periódicas;
*controle social via conselhos deliberativos, inclusive nos aspectos fiscais.

b) **Componentes da Administração Financeira Orçamentária**

*orçamentação com base nos objetivos;
*prestação de contas global;
*flexibilidade das rubricas dentro dos programas;
*repasses automáticos;
*possibilidade de movimentação bancária e aplicação dos recursos;
*financiamento público

c) **Componentes de Administração de Pessoal**

*Planos de carreira em nível mais próximo possível da instituição, de maneira a atender as suas peculiaridades.

Importante ressaltar que o Regime Jurídico Único não é empecilho para se criarem instrumentos de qualificação e valorização do servidor, atribuindo-lhe vencimentos e vantagens compativeis com a natureza e relevância de sua tarefa e conferindo-lhe estímulos para o aperfeiçoamento continuado e permanente dedicação.

Se as unidades de saúde estiverem na Administração Direta em que os planos de carreira não dão margem a muita flexibilidade, pode-se outorgar um certo grau de autonomia às unidades de saúde, que passariam a constituir-se "**órgãos relativamente autônomos**", como prevê a Reforma Administrativa Federal de 1967 (Decreto Lei Nº 200).

As autarquias ou fundações hospitalares não precisam, nem devem, ter o mesmo plano de carreira das demais autarquias ou fundações públicas, e isto sem ferir o princípio da isonomia, porque há vantagens funcionais ligadas à natureza e ao local de trabalho.
*Plano de desenvolvimento de recursos humanos para todos os níveis;
*Administração de pessoal adequada aos objetivos da organização, com descentralização dá autorização para preenchimento de vagas, vinculadas aos programas e à realização orçamentária;
*Dedicação exclusivà ao serviço público do gerente de serviços de saúde.

d) **Componentes da Administração de Materiais**

*Simplificação e racionalização do processo licitatório na compra de materiais e serviços.

e) **Componentes do Processo de Manutenção de Instalações e equipamentos**

*Planos gerenciais de controle de Tecnologia disponível tanto no que respeita a sua manutenção como reposição, de acordo com os objetivos fixados e orçados.

f) **Componentes do Processo de controle**

*Controles definidos com base na realização dos objetivos e exercidos a nível local e externamente por órgãos de auditoria e Tribunal de Contas;
*Controle executado pela população presente nos Conselhos de Saúde;
*Possibilidade de responsabilização e punição de dirigentes desonestos.

g) **Componentes do Processo de Formação de Gerentes**

Os gerentes deverão ser formados buscando uma matriz de capacidades: Capacidade para gerenciar a complexidade, orientada para a articulação social; capacidade para gerenciar conflitos na adversidade; capacidade para gerenciar na fronteira tecnológica (busca de eficiência em organizações altamente flexíveis); e com alto grau de compromisso com a coisa pública.

Como alternativas à gestão estatal clássica são citadas a autonomia relativa a órgãos da Administração Direta; a autarquização em

regime especial dos hospitais de grande porte; a contratração de Terceiros para a realização de determinadas atividades ao paciente; a concessão de uso de bem móveis (equipamentos) em algumas situações especiais; a formação de consórcios intermunicipais entre outras.

Em termos de qual figura jurídica ou do tipo de relação administrativa que podem adquirir as instituições de saúde para prestar serviço de forma mais ágil e utilizando recursos públicos, foi ainda apresentado o modelo de gestão dos serviços sociais autônomos (fundações, sociedades civis ou associações). Esses serviços são definidos como entes paraestatais de cooperação com o poder público e por este amparados, sem subordinação hierárquica, mas sob controle finalístico e de prestação de contas dos recursos públicos recebidos para sua manutenção.

Podem ser instituídas por Lei, com personalidades de direito privado para manifestar assistência sem fins lucrativos, sendo mantidos por dotações orçamentárias ou por contribuições parafiscais autorizados por Lei.

Flexíveis administrativa e financeiramente, podem operar com o Poder Público mediante compromissos celebrados através de contratos de gestão. Esses instrumentos resolvem dificuldades de coordenação e integração ao SUS. São regulados pela Lei 2.613/55 (artigos 11 e 13), Decreto Lei 200/67 (artigo 183), Decreto 74000/74 e 74296/74.

Seu controle é realizado mediante a comprovação da legalidade e avaliação de resultados derivados de aplicação de recursos públicos por entidades de direito privado. (Art. 74, II da Constituição Federal).

A crítica a esse tipo de modelo é de que ele atua em uma lógica de mercado e portanto contrário à definição constitucional de serem as ações de saúde de relevância pública. Ademais, por não se subordinarem hierarquicamente ao responsável pelo SUS no nível de governo correspondente, comprometeria o princípio da integralidade na medida em que ficaria essa instituição contratada fora da rede regionalizada do sistema.

Finalmente, considerou-se que a gestão tradicional ou inovada dos sistemas e/ou serviços de saúde no contexto do SUS, não pode permitir, sob o risco de infringência aos preceitos constitucionais e maior prejuízo à saúde da população, a adoção de mecanismos ou instrumentos que situem o mercado como regulador das ações de saúde. As alternativas inovadoras ou a gestão clássica do público não prescindem de competência té-cnica e vontade política. A conquista de eficácia e eficiência do público é viável e deve ser conformada por mecanismos e instrumentos democraticamente formulados e aprovados.

1.07 - POLÍTICAS PÚBLICAS E SANEAMENTO AMBIENTAL

Coordenador: Elisa Vianna Sá

Painelistas: Marcos Helano J. Montenegro
Mara Lúcia Barbosa C.de Oliveira
Antônio Carlos Paellattoni
Márcio Paes Leme
Lúcia Helena

Relatores: Carlos Henrique de Melo
Heloísa Helena Fiori

O painel foi aberto pela coordenadora, que enfatizou dois aspectos básicos:
- a importância e a necessidade da integralização das ações de saneamento e suas interfaces nas ações de saúde, que se configura a partir de 1988, dentro dos princípios constitucionais;
- a não correspondência no Brasil de hoje entre a política oficial e a política pública, que se entende como emanada da sociedade e com o objetivo de expandir as suas demandas.

Completou historiando o papel das instituições públicas na área de saneamento e sua atuação no controle das endemias.

Marcos Helano J. Montenegro fez breve histórico do setor de saneamento desde a década de 60, salientando os seguintes pontos:
- Instalação do PLANASA
- Sistema Financeiro baseado no FGTS
- Isolamento da Fundação SESP
- Fortalecimento das Companhias de Saneamento
- Ausência de alocação de recursos para os municípios autônomos

Em relação à situação atual, colocou que 3.500 municípios são atendidos pelas companhias de saneamento e que 1.000 municípios atuam com seus próprios sistemas, dos quais, cerca de 300 são administrados pela Fundação Nacional de Saúde.

Ressaltou como problema a ausência de recursos e a falta de critérios na alocação dos mesmos, bem como a necessidade de contingenciamento dos recursos orçamentários como os do FGTS.

Denunciou a proposta neoliberal de privatização do setor de saneamento com a justificativa, por parte do governo, da capitalização de recursos, perguntando: com este desafio que se coloca, como fazer saneamento?

Fez ainda uma forte crítica ao modelo de relação estado x município, sem permitir que os municípios assumam suas responsabilidades através dos contratos econômicos de concessão, tendo como consequência política de interesse local sendo traçadas pelo governo estadual, sem a visão real da saúde do município.

Concluiu apresentando três propostas resumidas nos seguintes temas:
- Projeto de Lei 053, tramitando no Congresso Nacional, que organiza o Sistema Nacional de Saneamento;
- Reformulação da proposta do CONASEMS de extinção da FNS;
- Reformulação nas Companhias de Saneamento, dos contratos de concessões com os municípios.

Afirmou que o "Saneamento é um modo de vida, é uma qualidade de viver e como tal, deve vir do povo, crescer como um ideal, como forma de relação humana".

Solicitou que ao se fazer políticas públicas para o setor devem ser consideradas as peculiaridades e diferenças regionais do país.

Colocou alguns aspectos do setor de saneamento desde o início do século e, principalmente, do desinteresse da iniciativa privada, abandonando sistemas nos quais operava, sem dar satisfação.

Não é contra a privatização mas considera que tem que ser levado em conta o estágio de desenvolvimento, a evolução da sociedade, ficando atento ao que for mais produtivo.

Citou o êxodo rural como agravante da grande crise porque passa o setor. Relembrou, ainda, a criação da Fundação SESP. Escola de Saúde Pública e a revisão municipalista, ocorridas na década de 40, dizendo que a tônica de um país em desenvolvimento é um municipalismo sadio, sem retrocesso e

não autofágico.

Em relação ao PLANASA, através do BNH, embora tendo feito várias realizações e acertos, errou muito, principalmente por não considerar a autonomia municipal e se afastou da população.

Quanto à extinção da FNS considerou anti-social porque o Estado, em seus diversos níveis de gestão, é brasileiro e tem um acervo técnico a ser preservado.

Antônio Carlos Paellattori descreveu a atual estrutura e o funcionamento do SNS, lamentando que, como no resto do País, a mesma carece de planejamento sistêmico. Salientou também a característica do setor de só planejar a partir de determinadas linhas de créditos, dentro de programas específicos, o que considerou inoportuno. Lembrou também que o SNS é o reflexo da inércia pela qual passou o setor nos últimos 20 anos.

Reforçou a necessidade de se estabelecer a institucionalização do setor, principalmente a partir do vácuo criado pela extinção do PLANASA-BNH.

Salientou ser necessário reverter essa situação, resgatando um processo clássico de planejamento no qual os recursos são baseados a partir do levantamento de necessidades e traçando-se uma política pública que represente a vontade da população.

Ressaltou ainda ser fundamental, no momento, a agilização do Projeto de Lei 053, em tramitação no Congresso Nacional, resultante de toda uma discussão do setor nos últimos quatro anos e que se encontra parado desde o dia 24 de julho de 1992, por solicitação de vista por parte da Comissão de Seguridade. Sendo assim, entende que esse Projeto de Lei, que resgata o conceito de saneamento, não pode sofrer solução de continuidade. Faz-se necessário a institucionalização do setor.

Márcio Paes Leme, reforçando as posições dos palestrantes anteriores, diagnosticou o Brasil do final do século, avançando nos processos de degradação ambiental e com precária situação sanitária.

Colocou que após a grande dança institucional pela qual passou o setor, é fundamental a aprovação do Projeto de Lei 053, consolidando um acervo técnico e de recursos humanos que não podemos dispensar.

Ressalta que a postura crítica do passado deve ser também comprometida com as ações do futuro e que o município se perdeu na sua própria visão, que deveria ser integrada, como decorrência de suas próprias características.

Concluindo, disse que a partir de uma definição de linhas políticas, devemos transformar o Estado brasileiro em um estado público, de interesse coletivo.

PROPOSTAS:

a) Sobre o Projeto de Lei nº 53/92 em tramitação no Congresso Nacional

Considerando que:

- o Projeto de Lei nº 53/92 define as políticas públicas para o setor de saneamento;
- é fruto de longo debate e amplo entendimento entre o Congresso Nacional, representantes da sociedade civil organizada e de instituições, órgãos e entidades de todos os níveis de gestão;
- ressalta as interfaces do setor com o setor saúde e de meio ambiente; e
- amplia o conceito de saneamento dando-lhe o caráter de promotor de saúde pública.

Propõe-se que:

- haja um esforço dos parlamentares ligados ao setor saúde no sentido de promover o exame e o debate pelo setor saúde, em caráter urgente, do Projeto de Lei nº 53/92 em tramitação na Comissão de Seguridade Social do Congresso Nacional, na busca da obtenção de uma proposta satisfatória para o Sistema Nacional de Saneamento.

b) Sobre políticas públicas para o setor saneamento

Considerando que:

- as políticas oficiais implementadas hoje não correspondem às políticas públicas entendidas como emanadas da sociedade para atender sua demanda;
- o saneamento é um modo de vida, é qualidade de viver e como tal deve vir do povo, crescer como um ideal e como forma de relação humana;
- a diversidade sanitária do País, resguardadas as peculiaridades regionais;
- a estadualização na formulação das políticas

para o setor saneamento contrapõe-se às demandas do nível municipal, visto que as ações são na sua maioria de caráter e interesses locais;
- a falta de critérios na alocação de recursos no setor saneamento;
- as ações de saneamento só são realmente eficazes quando atingem cem por cento da população;
- o Estado brasileiro não representa hoje um Estado público a serviço da sociedade.

Propõe-se que:

- o saneamento seja entendido e implementado no seu conceito mais amplo: abastecimento de água, coleta e destino adequado de resíduos líquidos e sólidos, drenagem urbana, controle de vetores e reservatórios de doenças transmissíveis, educação sanitária, melhorias sanitárias domiciliares e demais ações que venham a se tornar importantes nas interfaces da saúde com o meio ambiente, inclusive urbano;

- as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde busquem reverter o atual quadro de centralização do setor saneamento, com a participação na formulação dos planos municipais de saneamento, na definição de prioridades, bem como das discussões dos problemas de saneamento e suas interfaces com a saúde e o modo de viver da população;

- haja uma efetiva municipalização das ações de saneamento, através da revisão dos termos de concessões dos serviços de água e esgoto às Companhias Estaduais de Saneamento, possibilitando que os Municípios assumam as responsabilidades que lhes cabem na formulação de políticas e na execução das ações de saneamento;

- o planejamento das ações de saneamento, a nível municipal, seja sempre conduzido em função e em sintonia com o planejamento do desenvolvimento global da qualidade de vida local e regional, levando-se em consideração suas interfaces com as políticas públicas de habitação, de saúde, de urbanização e de desenvolvimento;
- não haja endividamento público na área de saneamento sem que antes seja ouvido o respectivo Conselho de Saúde, em cada nível de gestão;
- haja revisão nos atuais sistemas tarifários no sentido de que a população de maior renda e maior consumo financie a maior parte dos investimentos demandados ao setor saneamento, visto que tais investimentos devem estender os serviços de saneamento a cem por cento da população;
- sejam implementadas as taxas de contribuição de melhoria nas áreas de especulação imobiliária através da valorização do solo urbano.

c) Sobre a redefinição do papel da Fundação Nacional de Saúde
Considerando que:

- o saneamento é importante na prevenção e na promoção da saúde, da qualidade de vida e do direito à cidadania;
- o conceito de saneamento preconizado e implementado pela FNS é amplo, agregando ações de abastecimento de água, coleta e destino adequado de esgoto sanitário e lixo, drenagem urbana, controle de vetores e reservatórios de doenças transmissíveis e melhorias das condições sanitárias domiciliares;
- a FNS originou-se da fusão de alguns órgãos e instituições do nível federal, dentre eles a Fundação SESP e SUCAM, as quais têm, historicamente, suas atuações predominantemente voltadas para o assessoramento municipal;
- a FNS tem sido um órgão do País que, efetivamente, assessora os municípios na área de saneamento e o acervo técnico em saneamento urbano e rural de meio século de experiência acumulada pela FNS, corre o risco eminente de extinção.

Propõe-se que:

*a FNS tenha como principais atribuições:
*o apoio técnico aos estados e municípios no sentido de garantir que os municípios assumam os serviços de saneamento de interesse local;
*o apoio às ações de vigilância epidemiológica e sanitária reforçando os papéis do Ministério e das Secretarias Estaduais de Saúde no

cumprimento de normas e padrões estabelecidos;

*o apoio à execução de ações onde os estados e/ou municípios ainda não têm condições de executar, mas onde a prioridade epidemiológica exige uma ação estratégica imediata;

*o estabelecimento de macanismo de avaliação periódica das ações de saneamento com indicadores diretamente ligados à saúde pública; e

*a promoção da articulação entre os Ministérios da Saúde e da Ação Social para a definição de diretrizes condizentes com a ótica epidemiológica para implementação da Política Nacional de Saneamento.

1.08 - MULHER: O CORPO LESADO

Coordenadora:

Painelistas: Albertina Duarte Takiuti
Ana Maria Costa
Eleonora Menicucci de Oliveira
Maria José Araújo
Jandira Feghali
Lourdes Barreto
Benedita da Silva

Relatoras: Sara Sorrentino
Lourdes Bandeira

Diante da riqueza dos conteúdos apresentados durante a realização deste painel, o Grupo Técnico da IX Conferência Nacional de Saúde, responsável pela edição deste Caderno, deliberou pela inclusão da íntegra dos textos elaborados pelas painelistas e que serviram de base à suas exposições.

Abrindo o relatório segue o emocionante depoimento da prostituta Lourdes Barreto, representante do Movimento das Prostitutas, que, realística e humanamente, introduz a problemática da mulher brasileira de baixa renda.

"Sou prostituta há 38 anos. Não tenho vergonha de dizer porque sei o quanto sofri e sofro nesta luta. Não tenho cidadania garantida dentro do Estado, não tenho direito à escola, nem fiz o curso primário. Sou quase analfabeta, mal sei escrever o nome. Não tenho direito à saúde porque sou mulher prostituta e como tal sou jogada fora.

Quero dizer que tem meninas de 4 e 5 anos de idade que já estão prostituídas. Meninas da noite, meninas do dia, meninas de qualquer hora. Essa é a realidade da maioria das meninas das regiões Norte e Nordeste deste país, sobretudo do Pará, na região do garimpo. As meninas são violentadas, estupradas, usadas, escravizadas pelos patrões, pelos filhos dos patrões e por todos os homens que se acham no direito de usar o corpo e até mesmo a vida das meninas e das mulheres

Vocês pensam que a prostituta não é importante, mas é ela que inicia a vida sexual, posso até dizer, a educação sexual da maioria dos homens, é a trabalhadora do sexo. Só que hoje vale tudo. As meninas são para estar na escola, não para estar no garimpo se agarrando na prostituição para garantir a sua sobrevivência e a da sua própria família.

Sou prostituta, tenho filhos e filhas. Inclusive minha filha estuda Comunicação Social. Consegui criá-los com melhorias que não tive. Me orgulho disso.

Quero dizer ainda que muitas mulheres são prostitutas de seus próprios maridos, porque se submetem ao machismo, à violência dos maridos e não reivindicam melhor trato. A mulher prostituta também tem direitos. Direitos de escolha, de dizer não quero deitar com esse ou aquele. Quando não quer, não vai.

O homem quando é rejeitado ele bate, maltrata, machuca, agride, sente esse direito porque paga. Não entende que ele paga um serviço como se fosse um remédio, um corte de cabelo. Não é só o homem que maltrata a mulher prostituta, é talvez a própria sociedade".

*Albertina Duarte Takuitu

Quem somos nós? Mulheres sobreviventes em 1992!

Embora queiram apagar da memória dos que sabem ou ocultar dos que não sabem, as mulheres sempre estiveram ao lado dos homens na luta por dias melhores.

Foi assim contra o colonialismo e nas lutas de resistência indígena, foi assim contra a escravidão, nos movimentos pela independência e pela república, nas campanhas pela regularização da jornada de trabalho, por salários dignos, pelo direito à maternidade e à participação social e política.

Sua luta pelo voto foi apagada, sua participação na resistência ao Estado Novo e no movimento internacional pela Paz, ignorada. Lesa-se a memória dos Anos Rebeldes, ignorando-se que tivemos de sufocar emoções em favor de uma esperança maior, em seriados clips que esteriotipam jovens que entregaram seu tempo e suas vidas por um Brasil livre, igual e com justiça.

Nesses anos, o corpo da mulher, a oficina da vida, foi um investimento altamente

lucrativo.

As significativas taxas de cesárias, chegando a apresentar índices superiores a 50% no total de partos; a denúncia de que 44% de mulheres que utilizaram os serviços de saúde estão esterilizadas em idade reprodutiva, fazendo da laqueadura o principal método anticoncepcional; os 41% de uso de métodos hormonais, em grande número sem acompanhamento médico; o uso de DIU sem controle e avaliação, alguns já condenados em outros países e que continuam no corpo das mulheres brasileiras; as taxas de mortalidade materna semelhantes às da África, onde as complicações da gravidez, do parto e do puerpério chegam a 62% dos casos, sendo que a eclâmpsia, a hipertensão e as infecções pós-parto tiram a vida de 14 mães a cada 10.000 nascidos vivos e o aborto chega a 10% dos casos de mortalidade materna, isto é, a cada 10.000 nascidos vivos, morre uma mulher por aborto. Tudo isso remete-nos à luta pelo PAISM, implantado a partir de 1984 e com poucos resultados favoráveis à saúde da mulher oito anos depois, embora mulheres e homens valentes tenham se esforçado para torná-lo realidade.

Se fizéssemos uma CPI do corpo da mulher visualizaríamos quantos acordos fantasmas, pelo tráfico de influências, usufruíram do controle da natalidade através de concessão de empréstimos.

Os resultaqos estão aí! Diminuição da fecundidade com "programas" tão eficazes como em nenhum outro país. talvez nunca se saiba o preço dessa dívida com as nossas mulheres, vendidas e consumidas.

A auto-estima das mulheres que, antes dos anos 70, a faziam culpadas por terem muitos filhos e responsabilizadas pela pobreza, hoje fazem culpadas por serem mal sucedidas, pobres de beleza e de oportunidades. Culpa, cobrança e desvalorização que põem no corpo e na cabeça das mulheres o ônus do seu fracasso social e o de seus filhos.

Falar de corpo lesado significa falar de sonhos lesados das mulheres e dos profissionais que lutam por um país digno e soberano.

A 8ª Conferência foi um sonho dos Anos Dourados e a IX Conferência deve se caracterizar como um marco de resistência de um País que necessita do Sistema Único de Saúde.

A violação dos direitos da mulher é uma violência que perpassa pelos 28,2% de analfabetismo; pelos 63,7% da população cujo rendimento mensal é de até 1/2 salário mínimo; pelos 13% de mães sem cônjuges, sobrevivendo com até 03 salários mínimos; pelos coeficientes de mortalidade materna de 150 por 10.000 nascidos vivos; pelos 16,7% de acidentados ou que sofreram algum tipo de violência e pelos 15,7% atingidos por neoplasmas típicos de populações subdesenvolvidas e em grande parte evitáveis (15,2% no colo do útero e 14,5% de mama); pelos poucos 5% da população feminina que usufruem do teste de Papanicolau e pelos 30% que utilizam de cobertura de acompanhamento pré-natal na Rede Pública; pelos 4,0% de mulheres que morreram assassinadas e pelos 3,1% das que se suicidaram; pela violência doméstica e sexual; PELO CORPO LESADO DAS 73.283 MILHÕES DE MULHERES BRASILEIRAS, 50,1% DA POPULAÇÃO TOTAL.

A esperança de vida da mulher atinge hoje os 67,6 anos. Não se mensura, no entanto, com que qualidade de vida vivenciam o seu papel e aceitam passivamente as chamadas doenças de mulher, as cólicas menstruais, a tensão pré-menstrual, as agressões no momento do parto, os males da menopausa, a culpa de não atingir o orgasmo, o aguentar das cobranças do companheiro e dos filhos; o grito contido das dores físicas e psicológicas, o sufocar das ang stias, dos medos, das inseguranças e das insatisfações e o sepultar dos sonhos.

Hoje, eu, que sou fruto da geração de 1968, pergunto: Passaram-se 24 anos ou não? Estou orgulhosa de ser Assessora da OPS, de dar aula na Universidade de São Paulo e ser Coordenadora de Saúde do Adolescente do SUDS-SP e poder contribuir para transladar o eixo do A de anti para o A de ação.

O Programa Saúde do Adolescente em São Paulo representa uma conquista semeadora de esperança que se constrói na luta pelo homem novo e a mulher nova.

A implantação dos serviços, em 86 Postos distribuídos entre a Capital, Grande São Paulo, Litoral e Interior é uma marca de resistencia e compromisso com a saúde públi-

ca, onde autoridades, profissionais, comunidades de diferentes credos e ideologias somaram, dividiram e multiplicaram esforços no combate aos fatores desencadeadores de risco à saúde e à vida do adolescente, numa proposta de fortalecimento dos fatores protetores.

Quando a mulher adolescente puder transformar a menstruação, conforme falamos na 8ª Conferência, não no ciclo do útero, mas no seu relógio biológico, será então o marco de um vínculo com um novo papel na vida.

Entendemos que esse papel há de ser mais gratificante se 20% das adolescentes não engravidarem sem desejarem, se 13% não forem analfabetas e se os filhos de mães adolescentes deixarem de engrossar as fileiras dos 90% dos filhos de aidéticos.

Nosso programa hoje expande-se nacionalmente, é uma nova proposta que resgata a integralidade, a multiprofissionalidade e a intersetorialidade.

Desta forma, entendemos que os medicamentos lucrativos serão substituídos por equipamentos sociais que incentivem os estilos de vida saudáveis.

Hoje, acreditamos que estamos resistindo, refletindo e vislumbrando novos tempos, onde o Prazer de Ser Mulher substitua o desespero de estar ligeiramente grávida ou de ter o corpo lesado. Que o prazer seja uma somatória do prazer de pensar, sonhar, amar, ter tesão, ter orgasmo; mais que esses prazeres individuais, que o prazer seja um conjunto de prazeres de ser cidadã brasileira, onde os verbos cobrar, culpar e desvalorizar sejam substituídos pelo conjugar de corpo e cabeça, na música movida pela construção do cami-nhar de flores, de unir o fazer o nosso tempo e a nossa hora.

POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DA MULHER: UMA ASPIRAÇÃO

Ana Maria Costa

Posto que as diferenças e especificidades entre os gêneros são determinantes nas formas de viver, adoecer e morrer, a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde não poderá se omitir da formulação de uma Política de Saúde Integral da Mulher.

Esta política deve contemplar não só o aspecto assistencial, mas todos os mecanismos do financiamento, da incorporação tecnológica, que ao longo destes últimos anos tem definido um modelo assistencial perverso para toda a população, em especial para as mulheres. Da mesma forma, a pesquisa, especialmente sobre os aspectos reprodutivos, deve ser orientada consoante princípios éticos e diretrizes políticas do Estado.

A omissão do Estado no estabelecimento de mecanismos de controle eficaz sobre os recursos financeiros de infra-estrutura internacional, que entraram e entram no País, aliado à discriminação do gênero feminino dentro da prática médica, permitiram a consolidação de uma ideologia de assistência violenta à saúde, marcada por altas taxas de cesarianas, indicadas, em sua maioria, para a esterilização simultânea, e pela prática de anticoncepção sem critérios, incorrendo em risco cumulativo para as mulheres.

A estratégia usada para este fim foi a da intervenção nas Escolas Médicas e entre as instituições criadas dentro desta concepção estão a BENFAM, o CPAIMC, que agem livre de qualquer controle governamental, recebendo vantagens para sua condição, conferida pelo Estado como de "utilidade pública".

Esta política deve conter a regulamentação de todos os aspectos referidos na Constituição Federal, com relação ao tema da saúde da mulher, dos direitos reprodutivos e da população. A expressão desta política na prestação de serviços assistenciais deve constituir o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, elaborado pelo município ou distrito sanitário, de acordo com o quadro epidemiológico de cada local.

A configuração do Sistema Único de Saúde exige a redefinição de papéis políticos e gerenciais das instituições que o compõem. Portanto, aos níveis centais da esfera federal cabe assegurar diretrizes assistenciais, normatização técnica, fomento à pesquisa e apoio aos níveis estaduais na assunção de seu papel junto aos municípios, cenário derradeiro da resolução dos problemas de saúde das pessoas, portanto, das mulheres.

O conceito de integralidade deve aqui ser compreendido na perspectiva de assegu-

rar às mulheres o direito de assistência à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da assistência curativa à prevenção, permitindo uma abordagem da mulher na sua totalidade. O modelo assistencial capaz de contemplar este princípio tem uma rede hierarquizada disposta de forma descentralizada, contendo mecanismos formais de referência e contra-referência e garantida quanto aos recursos de apoio laboratorial e terapêutico.

Compõe ainda o conceito de **integralidade** a oportunização da presença da mulher nos serviços para uma investigação clínico-epidemiológica completa. A oferta de práticas alternativas de assistência, como a homeopatia, acupuntura, fitoterapia e outras, é também entendido na âmbito da integralidade assistencial.

Apesar do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher constituir a política oficial para o setor público desde 1983, o que se observa ao longo de todos estes anos é uma ausência de ações na rede assistencial, que a cada dia determinam piora do quadro de saúde da mulher brasileira. Segundo o INAMPS, entre as seis primeiras causas de internação hospitalar está o parto, as cesareanas e a curetagem.

O descompasso entre o discurso oficial de direitos reprodutivos e a prática assistencial se expressam na abrupta queda de crescimento demográfico observada no último censo: a redução de 2,5% em 1970 para 1,9% em 1980 marca a evidência de que o corpo das mulheres, em seu aspecto reprodutivo, está lesado. Às mulheres cabe a opção pelo planejamento de sua prole, assim como pelo método contraceptivo que lhe for mais adequado. Mas, definitivamente, não podemos supor que todo este contingente de mulheres tenha escolhido a esterilização como método, visto a ausência de outras alternativas na rede pública.

A manutenção dos altos índices de mortalidade materna evidencia o pouco realizado nas áreas de atenção ao pré-natal, parto e puerpério. Da mesma forma, o câncer ginecológico segue sendo importante causa de morte em mulheres, enquanto há décadas se sabe que o diagnóstico precoce altera substancialmente seu prognóstico. A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tem hoje nas mulheres alvo certeiro: no seu surgimento, a proporção de mulheres acometidas pelo vírus era de 1/120 homens, hoje esta proporção é de 1/7 homens. Agravante para esta situação é o fato de que o único meio preventivo, o condon, é de difícil incorporaçao na prática sexual, dado o caráter sexista da sociedade.

Embora haja o entendimento de que a epidemiologia seja a norteadora das ações de saúde a serem prestadas à população, os níveis de coordenação central do sistema têm que incorporar, dentro das diretrizes assistenciais, os aspectos da saúde da mulher trabalhadora e da saúde mental.

A politização da saúde da mulher, o acúmulo de discussão e de conhecimentos no âmbito do movimento organizado de mulheres exigem a participação das mulheres nas estruturas colegiadas do Sistema Único de Saúde, desde os municípios até o estado e nível nacional. Dessa forma é que o movimento de mulheres exige a estruturação, dentro do Conselho Nacional de Saúde, de um sistema de controle da saúde da mulher e dos direitos reprodutivos. Ao mesmo tempo, que nos estados e municípios as mulheres tenham assento permanente e exerçam seu papel na fiscalização e no controle dos serviços de saúde.

MORTALIDADE MATERNA: DO TÉCNICO AO POLÍTICO

Maria José Araújo

A mortalidade materna tem sido tema de discussão, estudos e campanhas, não apenas pelos organismos internacionais. Segundo a OMS, Morte Materna "é a morte da mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devido à qualquer causa relacionada com/ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém, não devido à causas acidentais ou incidentais".

Nos países subdesenvolvidos os índices de Morte Materna (MM) são de 270 MM P/ 100.000 habitantes nascidos vivos, uma cifra muito maior do que a do Canadá, por exemplo.

Muitos dados são omitidos ou subesti-

mados, tanto por ineficiência dos serviços de saúde no preenchimento do atestado de óbito, omitindo informações sobre gravidez, quanto pelo fato de envolver situações ilegais, como morte resultante de aborto.

Estudos realizados pela OMS em nove países concluiu que 88% a 98% da mortalidade materna poderia ter sido evitada se houvesse condições apropriadas para o atendimento adequado das mulheres. Na verdade, nenhuma mulher deveria morrer por complicações devido à gravidez, ao parto, puerpério e aborto. 98% das mortes maternas nos países do Terceiro Mundo ocorrem por causas evitáveis:

1º)Pressão alta
2º)Hemorragia
3º)Infecções
4º)Aborto provocado

O IBGE/1981 demonstra, através de dados, que quanto menor a renda familiar menos condições de acesso ao pré-natal. Para uma renda familiar de até 1 Salário Mínimo, 35,1% das gestantes não tiveram acesso ao pré-natal e para as mulheres de mais de 10 Salários Mínimos essas porcentagem descia para 1,8%. Esse fato (político) é de fundamental importância para as causas de mortalidade materna, pois sabemos que a baixa renda da população constitui-se no grupo de maior risco de morte e por isso mesmo, o de maior necessidade dos cuidados da saúde.

Nos países subdesenvolvidos a maioria da população não tem acesso às condições mínimas de subsistência - condições de cidadania política. Esta situação é agravada pela violência e pela discriminação social, sexual, racial (negra e indígena), comprometendo ainda mais a qualidade de vida da maioria da população.

O Sistema de saúde, apesar das tentativas da Reforma Sanitária, continua privilegiando a privatização dos serviços médicos e a medicalização, que transforma os processos corporais normais em doenças, não desenvolvendo o caráter educativo preventivo que deveria ter um sistema de saúde adequado às necessidades dos países do Terceiro Mundo.

A partir deste diagnóstico, o Movimento das Mulheres formula suas propostas para o rendimento das políticas de saúde da mulher, considerando "sa de como algo indivisível, que leva em conta as características individuais do ser humano, interagindo com as características sociais, sexuais e de classe".

O PAISM envolve todos os ciclos biológicos, da infância à velhice, e deve contemplar a especificidade sexual (menstruação, contracepção, gravidez, parto, aleitamento, doenças venéreas, infertilidade, prevenção do câncer ginecológico, saúde mental e as doenças clínicas mais comuns), tudo isso integrado com a prevenção e tratamento das doenças do trabalho doméstico, dentro e fora de casa.

Nesse contexto emerge o aborto como problema político e de saúde pública, assim como as demais mortes e agravos das mulheres, resultantes de uma assistência médica de difícil acesso, da má qualidade técnica e da falta de respeito pela paciente como ser humano e como mulher.

Ações destacadas:

*a efetiva implantação do PAISM, de acordo com a filosofia do Movimento das Mulheres;
*legalização do aborto com a garantia da execução pelos serviços médicos de saúde pública;
*garantia de participação nas Políticas Públicas de Saúde que digam respeito à saúde da mulher;
*investir na formação e sensibilização dos profissionais de saúde tanto a nível da Universidade, quanto a nível de serviços;
*estimular o intercâmbio de ações através das campanhas contra a mortalidade materna, divulgando as propostas políticas do Movimento das Mulheres a setores cada vez mais amplos;
*fortalecer e integrar o trabalho das Redes Nacional e Internacional de Saúde das Mulheres.

PENSANDO A SAÚDE DA MULHER TRABALHADORA

Eleonora Menicucci de Oliveira

A Questão da saúde e da reprodução humana, no âmbito da questão democrática,

já não pode mais prescindir do princípio da igualdade de direito entre os gêneros, iluminado pelo profundo respeito às diferenças próprias à cada um dos sexos. Destas diferenças decorrem direitos específicos, necessários à construção plena da cidadania da classe trabalhadora. A cidadania é sexuada, como a sociedade e a divisão social do trabalho.

Desta maneira, se faz necessário e urgente repensar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM - incorporando em seu âmbito as questões da saúde da mulher trabalhadora, numa abordagem que vá além da reprodução e alcance as condições de vida que possibilitariam o exercício pleno de sua cidadania.

Essa abordagem, que só é possível a partir das relações de gênero, indicando que o mundo do trabalho tem dois sexos, nos aponta o caminho para compreendermos a saúde para além da assistência, visto que o sistema produtivo não concebe a saúde enquanto um valor e recebe as melheres enquanto mão-de-obra, vindas de um sistema de assistência à saúde que em sua essência lesa o corpo da mulher.

Esse corpo é lesado tanto pela produção quanto pela reprodução. Pelo lado da produção podemos apontar a organização perversa e sexista do trabalho, o ritmo e o tempo repetitivo das tarefas. Pelo lado da reprodução humana, o controle das idas aos banheiros, o controle da menstruação, a exigência do teste de laqueadura, a indução ao aborto para não perder o emprego e outras tantas violências. Essa violência provoca distúrbios graves a nível psico-físico nas trabalhadoras, levando-as a uma situação extremamente conflituosa, eivada pelo dilema de exercerem o direito à maternidade livre e ao trabalho com salários dignos e possibilidades iguais entre os gêneros.

SOBRE A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER TRABALHADORA

Se as condições de trabalho, a toxicidade da produção e a forma de organização dos processos de trabalho adoecem e matam os trabalhadores, podemos e devemos investigar que tipo de alterações provocam no organismo feminino com seu funcionamento, seus ritmos e ciclos próprios e com suas especificidades de gênero.

O capitalismo, como modo de produção articulado ao patriarcado, como sistema sócio-político, provoca na mulher uma dissociação no mercado de emprego: ela é considerada igual como indivíduo que pode vender sua força de trabalho, mas diferente e desigual quando é tratada como sujeito portador de uma identidade referenciada na esfera doméstica da reprodução. Essa ideologia, na prática, vem lhe impedindo o acesso ao emprego, à promoções, vem lhe atribuindo tarefas monótonas e repetitivas, incluindo as tarefas de cuidado da família.

A divisão sexual do trabalho social ao remeter a mulher para o trabalho doméstico, assalariado ou não, urbano ou rural, ao não lhe atribuir o status de trabalhadora, ignora a casa e a roça como locais de trabalho, assim como os processos de trabalho e os produtos químicos aí utilizados como origem de inúmeras doenças.

A vivência da feminilidade, entendida como processo exclusivo do corpo feminino - menstruação, fecundação, gestação/parto, amamentação, desmame, menopausa - ao ser experimentado como discriminação negativa no mercado de emprego vem sendo negada pelas próprias mulheres, acarretando consequências negativas na sua saúde física e mental.

No âmbito da assistência pública da saúde, a questão das diferenças de gêneros exigem hoje a incorporação do conhecimento produzido pelo resgate das experiências das trabalhadoras a partir dos seus locais de trabalho.

ALGUNS PROBLEMAS DE SAÚDE DA MULHER TRABALHADORA

*abortos provocados e, muitas vezes, induzidos pelos chefes de trabalho, para não perderem o emprego;

*abortos ou prematuridade de nascimentos, como espontâneos e sem investigação sobre as condições de trabalho (peso excessivo, posturas, substâncias tóxicas, radiações, jornada sem pausa, insalubridade, hipertensão arterial, etc.

*intoxicações e doenças de pele devido à exposição a produtos usados nos trabalhos de limpeza, lavagem de roupas, etc;
*sintomas e patologias crônicas específicas (como por exemplo, problemas osteoarticulares, provocados por condições gerais de trabalho feminino, como o trabalho estático), que não são valorizadas ou reconhecidas como doenças profissionais;
*cólicas, tensões e alterações gineco-menstruais acarretadas por sobrecargas de trabalho, temperaturas excessivas, ritmo de produção, etc;
*escolhas reprodutivas como a esterilização, sem condições de opções por outras práticas contraceptivas, bem como a exigência de atestado de esterilização para entrada no emprego como nas Lojas C&A, Mesbla, Pão de Açúcar e várias outras;
*os horários dos postos de saúde são incompatíveis com os horários da jornada de trabalho do mercado formal, agravada pela jornada extensiva de trabalho que a mulher desenvolve.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A saúde é um valor que deverá ser incorporado à todas as atividades de produção de tecnologias e processos de trabalho, levando em conta tanto seu conceito geral como o viés de gênero.

O PAISM não pode mais prescindir da discussão sobre a saúde da mulher trabalhadora.

O PAISM tem que ir além da assistência, incluindo como uma de suas atividades fundamentais a vigilância sanitária nos locais de trabalho, essencial para a prevenção aos riscos que as mulheres trabalhadoras estão submetidas no exercício de seus empregos.

DIREITOS REPRODUTIVOS

Deputada Jandira Feghali (PC do B - RJ)

Ao longo dos séculos construiu-se um modelo social e econômico que vem impedindo a mulher de ser sujeito da história, que vem discriminando-a e submetendo-a a uma situação de cidadã de segunda categoria. Apesar disso, as mulheres têm avançado e conquistado o seu papel no processo histórico. No entanto, não podemos esquecer que esta situação de opressão específica e submissão, imposta pelo modelo de desenvolvimento, predetermina formas de conhecimentos e ações que se refletem, inclusive, na área da saúde.

Pensar sobre a saúde e a mulher é pensar numa nova sociedade, em que o eixo central seja o ser humano, sua condição e qualidade de vida. Sendo assim, entendemos que é preciso reverter este quadro social e econômico, para que possamos de fato interferir na saúde.

O capitalismo se arvora do fato de ter contribuído com a emancipação da mulher, pelo fato de ter alcançado avanços técnicos e tecnológicos, como o advento dos métodos contraceptivos, em especial a pílula, que permitiram-na desvincular sexualidade de reprodução. De fato, os avanços técnico-científicos trouxeram, sem dúvida nenhuma, contribuições significativas para a humanidade e a mulher. No campo da sexualidade, os métodos contraceptivos provocaram mudanças qualitativas na vida da mulher, a partir dos anos 60. Podemos exercer nossa sexualidade dissociada da reprodução. Mas é preciso fazer um parêntese aqui. Essa mesma sociedade que criou tais instrumentos não reconhece a todas as mulheres o direito de exercer livremente sua sexualidade, na medida em que esses métodos, seu conhecimento e acesso, não estão ao alcance de todas.

Falar de direito reprodutivo, portanto, é falar em direito humano, em direito à vida e à liberdade.

Na verdade, a esta parcela de mulheres, que é a maioria, principalmente nos chamados países do Terceiro Mundo, o que se tem é a imposição de um controle de natalidade. As estatísticas estão aí para comprovar esta afirmação e é do conhecimento de todos.

O número elevado de laqueaduras tubárias realizadas no Brasil é assustador. Dos 71% das mulheres que usam algum método anticoncepcional, 44% estão esterilizadas.

Não menos assustadora é a estimativa extra-oficial sobre os milhões de abortos clandestinos realizados por ano no Brasil. Uns falam em 4 milhões, outros em 2 milhões. O

fato é que é uma cifra altíssima e com cerca de 400 mil mortes anuais.

Precisamos retirar a discussão do aborto do campo moral ou religioso. É preciso colocá-lo no campo da saúde e do direito democrático. Direito democrático inclusive à vida, pois se essas mulheres que estão morrendo por sequelas de aborto fossem atendidas devidamente nos hospitais públicos, não estariam fazendo parte dessa estatística. Precisamos retirar o aborto do código penal e regulamentar a sua prática.

É preocupante também quando vemos a questão do meio ambiente, do desenvolvimento e população associados de forma a colocar a culpa da miséria em nosso úteros. Precisamos estar alertas quando os jornais veiculam matérias como uma do **Correio Braziliense**, publicada no dia 11/07/92, sob o título ONU ALERTA NO DIA MUNDIAL DA POPULAÇÃO, onde diz: "O crescimento demográfico desordenado é uma das principais preocupações do Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP)... O programa do FNUAP feito para o Brasil para o período de 1992 a 1996 prevê uma quantia de 15 milhões de dólares.

Dentro do programa estão incluídos diversos objetivos. Entre eles, a redução de doenças e do índice de mortalidade materno-infantil, a melhoria e ampliação dos serviços de planejamento familiar e a contribuição para a melhoria do status sócio-econômico da mulher brasileira".(?)

E agora vêm as prioridades. Vejamos:

"A estratégia de aplicação dos recursos resume-se em concentrá-la em um número limitado de estados selecionados... Entre as regiões, o Nordeste será assistido prioritariamente. O programa abrangerá principalmente mulheres e adolescentes da classe de baixa renda".

E isso tudo ocorre depois da aprovação do documento do Fórum Global na ECO-92, colocando a questão do planejamento familiar no âmbito do direito democrático e individual e condenando o controle de natalidade que vem sendo, na prática, imposto a nós, países do Terceiro Mundo, como forma de acabar com a pobreza.

Na tentativa de legitimar suas ações controlistas, os governos dizem que as mulheres querem controlar sua fecundidade. Que elas desejam realizar seu lado profissional e aí não cabe uma prole numerosa. É a chamada "cultura da família pequena". Só o que o capitalismo não diz é que mesmo tendo desenvolvido os instrumentos que permitem a mulher separar sexualidade de reprodução, estes não estão acessíveis a todas para que possam usar como quiserem e entenderem. Esquecem-se de dizer que o PAISM (Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher), quando implementado, só o foi em parte, dando prioridade ao Planejamento Familiar e, dentro deste, à contracepção. Esta é apenas um ítem do PAISM e o único implantado nos países pobres. Senão como explicar como principais causas de morte, a mortalidade materna e o câncer ginecológico, na maioria dos casos, preveníveis? Queremos a implantação do PAISM de forma integral e universal.

Falar em direito reprodutivo, em saúde, é preciso que estes temas sejam abordados nos seus aspectos psicológicos, sociais e econômicos e isso exige novas posições frente aos modelos de desenvolvimento.

O capitalismo nunca permitirá a emancipação da mulher ou da sociedade. Por isso reafirmamos a necessidade de continuar lutando concretamente por avanços imediatos, sem perder de vista a conquista da sociedade socialista.

A CPI DA ESTERILIZAÇÃO DE MULHERES NO BRASIL

Deputada Benedita da Silva (PT/RJ)

No final do ano de 1991 encaminhamos requerimento ao Senado Federal no sentido de que fosse criada uma COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO para investigar a esterilização em massa de mulheres brasileiras. O propósito da CPI foi o de investigar a coerência dos princípios assinados na Conferência Mundial de População, ocorrida no México em 1986, os preceitos definidos na Constituição Federal de 1988 e a prática de saúde observada em nossa população: a saúde reprodutiva sendo claramente manipulada por ideologias controlistas que ferem nosso princípio de soberania nacional.

Não podemos desviar nossa atenção

dos fatos que estão ocorrendo neste país, que conduzem inexoravelmente ao controle do crescimento demográfico, visando, de forma perversa e anti-ética, a redução de nosso contingente populacional. A CPI que nós presidimos está apurando que 44% das mulheres em idade fértil, em uso de método contraconceptivo, já estavam esterilizadas em nosso país em 1986, quando foi realizada a pesquisa do IBGE de Amostra Domiciliar (PNAD). Este percentual médio adquire características ainda mais alarmantes quando observamos que mais de 70% destas mulheres estavam esterilizadas nos Estados do Maranhão, Goiás e Mato Grosso. Para que saibamos interpretar com alguma referência esta informação é bom lembrar que, nos países desenvolvidos, as taxas de esterilização cirúrgica ali encontradas não ultrapassam os 11%.

Nossas mulheres estão procurando a esterilização como recurso derradeiro, desesperado, frente à omissão do Estado de uma responsabilidade que é princípio constitucional, onde o parágrafo 7 do artigo 226, capítulo VII da Ordem Social, consta o seguinte texto: "fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte das instituições oficiais ou privadas".

Desde 1983 o Ministério da Saúde definiu uma política que é traduzida no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. No entanto, este Programa, apesar de ter recebido o apoio dos setores organizados dos movimentos de mulheres, nunca foi implementado devidamente. Neste Programa é contemplada a reivindicação das mulheres pela oferta de anticoncepção segura, contextualizada na assistência à saúde, com diversidade de métodos contraceptivos e oferta de informações que permitam às mulheres e ao casal participar efetivamente da escolha do método que irão utilizar. Além disso, este Programa se propõe a oferecer outras tantas ações de saúde às mulheres, de forma a atendê-la integralmente em todas as suas necessidades clínicas decorrentes da sua condição de gênero. Mas, infelizmente, o descaso com que a população é tratada neste País, o abandono do setor social promovido pelo governo Collor de Mello, relegam a população brasileira a um atendimento cada vez mais precário da saúde e, em especial, no caso das mulheres, que a cada dia se arriscam mais a uma anticoncepção sem critérios, sem escolha, que acaba por acrescentar um risco a mais a seu baixo nível de vida.

Esta CPI está apurando que, com a conivência do governo do Brasil, Instituições Internacionais injetaram recursos financeiros nas Escolas Médicas, durante as décadas de 60 e 70, com o sentido de criar uma ideologia do controle de natalidade nos futuros profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, cria-se a BENFAM, instituição reconhecida como de utilidade pública, que promove em mais de dois mil municípios brasileiros, convênios de prestação de serviços de planejamento familiar, onde o que era e é realizado, de fato, é a oferta apenas de ações de anticoncepção, através de métodos de alta eficácia, já que esta instituição tem fins publicamente reconhecidos de exercer no Brasil o controle do crescimento demográfico, atendendo mulheres sem qualquer padrão ético de saúde.

O Conselho Federal de Medicina, órgão responsável pela fiscalização do exercício profissional da categoria médica, ao depor na CPI, reconheceu a transgressão ética e penal da categoria e apontou a necessidade de regulamentação da prática de esterilização cirúrgica no país. Recentemente, o Conselho cassou diploma de médico do vereador goiano, José Hidase, que elegeu-se às custas de realizações de esterilizações de mulheres. Como vêem, esta questão é bastante complexa nos seus aspectos éticos, políticos e não poderemos nos omitir de um posicionamento firme de cobrança do Poder Executivo para a prática de ações que coíbam a prática indiscriminada de esterilizações, além de exigir que a rede pública seja eficiente no cumprimento de seu papel, definido na Constituição brasileira.

O relatório desta CPI, em elaboração quando da realização da IX Conferência Nacional de Saúde, contêm indicativos e projeto de lei que visam a regulamentação da esterilização cirúrgica feminina como método contraceptivo, ao mesmo tempo que exige que o executivo implante, de fato, a sua política de

assistência integral à saúde da mulher. No conjunto das indicações consta que sejam criados mecanismos de controle deste procedimento e de outros que tem a ver com os direitos reprodutivos das mulheres.

*** A coordenadora da Mesa, Maria José do Espírito Santo Tavares Santos, encerrou os trabalhos, destacando os seguintes aspectos:
*a necessidade de mudanças na relação médico-paciente, considerando o predomínio do poder médico, o autoritarismo do saber, o controle exercido sobre o corpo, sobre a sexualidade;
*a necessidade de rediscutir os processos de controle da natalidade frente às práticas de esterilização, cujas principais vítimas são as **mulheres, pobres** e **negras**, que estão dentro dos segmentos populares;
*a necessidade de discutir as "novas tecnologias" reprodutivas e suas consequências; "o bebê de proveta é um ardil de limpeza da raça, para melhorar a qualidade da população": até hoje não houve nenhum caso de bebê de proveta oriundo das camadas pobres da população.

1.09 - EQUIPAMENTOS BIOMÉDICOS

Coordenador: Edmur Flávio Pastorello

Painelistas: Carlos Cesar Silva de Albuquerque
José Lodovici
José Maria Bastos
Leilton Pereira Guedes
Newton de Arújo Leite
Roberto de Almeida Magalhães

Relatores: Cezar Luciano C. de Oliveira
Lizete Castanho Ribeiro

APRESENTAÇÃO

Os elevados investimentos e aumento da complexidade tecnológica dos equipamentos biomédicos, aliados à incorporação desordenada e nem sempre adequada destas tecnologias ao sistema de saúde do País, conduziram à necessidade de se realizar um Painel específico sobre estes equipamentos durante a IX Conferência Nacional de Saúde, visando debater as diretrizes de uma política de saúde para esta área.

Assim sendo, os debates deste Painel discorreram sobre os temas com maiores consequências nesta área, especificamente, a formação de recursos humanos, a gerência e manutenção destes equipamentos, sua qualidade e tecnologia, à luz dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

I.FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Os Engenheiros Clínicos e os Técnicos em Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalares, são os profissionais de saúde imprescindíveis para a gerência e manutenção dos equipamentos no sistema de saúde do País.

I.1. DIAGNÓSTICO

No Brasil estima-se a disponibilidade de um Engenheiro Clínico para 10.000 leitos, e um Técnico em Manutenção para 5.000 leitos, muito aquém dos parâmetros recomendados pela Organização Mundial de Saúde - OMS, de um Engenheiro Clínico para 350 leitos, e um Técnico em Manutenção para 150 leitos.

Esta situação é justificada pela inexistência no País de Cursos para formação de Engenheiros Clínicos e de Técnicos em Manutenção destes equipamentos.

A ausência destes profissionais identificados com estas tecnologias, tem conduzido à distorções na aquisição, instalação, manutenção, uso e desativação destes equipamentos no sistema de saúde, levando ao desperdício de elevados investimentos, uso ineficiente ou ineficaz destas tecnologias, bem como expondo ao risco seus usuários.

I.2 RECOMENDAÇÕES

A participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento destes recursos humanos para saúde, são atribuições comuns da União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

É imprescindível a implantação dos Cursos de Técnico em Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalares e de Engenheiros Clínicos, para suprir o expressivo deficit destes profissionais no sistema de saúde do País.

O uso intensivo de equipamentos biomédicos no sistema de saúde tem exigido a inclusão de matérias referentes a esta área nos currículos de formação dos profissionais de saúde.

Em contrapartida, a constante evolução tecnológica dos equipamentos biomédicos, recomenda-se a educação continuada dos profissionais de saúde desta área, através de cursos de atualização.

A enorme demanda existente por Engenheiros Clínicos e Técnicos em Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalares no sistema de saúde do País recomenda que os Cursos para formação destes dois novos tipos de profissionais de saúde, que estão sendo implantados pelo Programa de Equipamentos Odonto-Médico-Hospitalares - PROEQUIPO, do Ministério da Saúde, em algumas universidades e escolas técnicas, seja estendido a mais instituições educacionais, inclusive com o apoio dos órgãos responsáveis pela política educacional no País, visando a consolidação

destes Cursos.

II. GERÊNCIA E MANUTENÇÃO

A implantação de sistemas de gerência e manutenção de equipamentos médico-hospitalares (engenharia clínica) nos Estados, Municípios e estabelecimentos de saúde, é essencial para garantir o uso econômico, eficiente, eficaz e seguro destes equipamentos na prestação dos serviços de assistência à saúde da população.

II.1. DIAGNÓSTICO

A importância da gerência e manutenção dos equipamentos biomédicos em estabelecimentos de saúde é justificada se considerarmos que:

*cerca de 70% do patrimônio dos estabelecimentos de saúde são equipamentos biomédicos e
*em torno de 60% do tempo de intervenção clínica em um paciente inclui o uso destes equipamentos.

No Brasil apenas 1% dos hospitais possuem equipes de gerência e manutenção de equipamentos médico-hospitalares, em contraposição com aproximadamente 80% dos hospitais de países desenvolvidos.

A quase inexistência de equipes de gerência e manutenção destes equipamentos nos estabelecimentos de saúde do País contribuiu, significativamente, para o sucateamento de mais de 30% do parque instalado destes equipamentos no País.

A implantação de sistemas de gerência e manutenção de equipamentos médico-hospitalares em alguns estabelecimentos de saúde no País, tais como o Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA e o Hospital Universitário da UFPB, contribuiu, entre outros benefícios, para:

*o lucro social - assegurando a incorporação das tecnologias mais adequadas à solução dos problemas de saúde da população local, assim como garantindo a segurança dos usuários destes equipamentos;
*a otimização da capacidade instalada - reduzindo os dispêndios na aquisição e assistência tecnica destes equipamentos;
*a produtividade - ampliando o tempo de disponibilidade destes equipamentos para prestação dos serviços de assistência à saúde.

A resolutividade, segurança e qualidade dos serviços de assistência à saúde prestados à população tem sido maiores e melhores na mesma proporção das prioridades atribuídas pelas políticas de saúde de estados ou municípios à gerência e manutenção dos equipamentos que compõem suas redes de saúde.

II.2. RECOMENDAÇOES

Pelos princípios da descentralização político - administrativa e regionalização da rede de serviços, a implantação de sistemas de gerência e manutenção de equipamentos passaram a ser competência dos Estados e Municípios, os quais devem formular a política nesta área, em articulação com a União.

A inexistência de equipes de gerência e manutenção destes equipamentos em diversos Estados e Municípios recomenda a realização de Consórcios entre estas Unidades da Federação e os Estados e Municípios que possuem estruturas técnicas nesta área.

A incipiência do conhecimento técnico desta área no País recomenda a elaboração, pelos órgãos responsáveis pela política de saúde, de documentos para orientar a gerência e manutenção destes equipamentos.

A regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde indica a necessidade de se adotar um modelo, nesta área, semelhante ao proposto pelo projeto de Sistema de Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalares - SISMEq, do Ministério da Saúde, que prevê a implantação, pelos Estados e Municípios, de Centro de Referência e Divisões Regionais a ele vinculadas, destinadas à gerência e manutenção dos equipamentos médico-hospitalares que compõem as redes estaduais ou municipais de saúde.

III. QUALIDADE

A qualidade dos equipamentos biomédicos é essencial para garantir a segurança e aumentar a produtividade dos serviços de

assistência à saúde prestados à população.

III.1. DIAGNÓSTICO

A crise econômica dos últimos anos no País reduziu o mercado interno de materiais médico-hospitalares de US$ 950 milhões em 1989 e US$ 670 milhões em 1991, obrigando os fabricantes nacionais a buscarem os mercados externos, como estratégia de sobrevivência, nos quais são estritas as exigências de qualidade destes produtos.

Paralelamente à política nacional de modernização industrial e à internacionalização da economia do País, aumentou a participação dos materiais médico-hospitalares importados no mercado interno de 26% em 1989 para 60% em 1991, exigindo dos fabricantes nacionais a adoção de padrões internacionais de qualidade, para competir no mercado interno.

Apesar dos esforços dispendidos pelos fabricantes e governo, tem sido fatores limitantes para implantação de um sistema que assegure a qualidade dos equipamentos biomédicos usados no sistema de saúde do País:

*a reduzida qualidade de normas técnicas brasileiras aplicáveis a estes equipamentos;
*a inexistência no País de laboratórios de ensaios credenciados para fins de certificação de conformidade destes equipamentos a normas técnicas.

Embora inexista dados referentes à qualidade dos equipamentos usados no sistema de saúde do País, as matérias divulgadas pela imprensa indicam que esta qualidade ainda está aquém daquela exigida nos países desenvolvidos.

A falta de regulamentos técnicos na política de saúde, que discipline o uso de equipamentos biomédicos no sistema de saúde, privilegiando os produtos com qualidade, tem contribuído para ampliar o fator risco da população e reduzir a produtividade dos serviços de saúde que utilizam estes equipamentos.

Ainda, a aquisição dos equipamentos biomédicos pelo menor custo, em detrimento da qualidade, tem desestimulado os produtores destes equipamentos que investem em qualidade.

III.2. RECOMENDAÇÕES

A redução do mercado interno de equipamentos biomédicos e o aumento da participação de produtos importados neste mercado, aliados à importância da participação da indústria nacional no fornecimento destes equipamentos ao sistema de saúde, bem como a necessidade de melhoria da qualidade destes equipamentos, recomendam ações no sentido de corrigir distorções da política industrial nesta área, visando privilegiar a qualidade, a exemplo das atividades que estão sendo desenvolvidas no âmbito do Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade - PBQP.

A reduzida quantidade de normas técnicas brasileiras aplicáveis aos equipamentos biomédicos solicita esforços para ampliar a produção destas normas pelas entidades normalizadoras credenciadas, tais como a Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT.

O credenciamento de laboratórios para ensaiar a conformidade de equipamentos biomédicos à normas técnicas é essencial para certificar a qualidade dos equipamentos usados no sistema de saúde do País.

É recomendável a adoção de sistemas de gestão da qualidade pelos produtores de equipamentos biomédicos, a exemplo dos esforços que estão sendo realizados pela Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios - ABIMO.

A adoção de um modelo que assegure a qualidade dos equipamentos a serem usados no sistema de saúde, deve promover a elaboração de normas técnicas, a implantação de sistemas de gestão da qualidade nas empresas produtoras destes equipamentos e o credenciamento de laboratórios de ensaios para Certificação destes produtos, tal como o modelo proposto pelo Programa de Ensaios de Conformidade em Equipamentos para Saúde - PECES, do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes nesta área.

O necessário registro de equipamentos biomédicos, visando garantir a segurança de seu uso no sistema de saúde do País, de responsabilidade da vigilância sanitária, deve

privilegiar a qualidade destes equipamentos, comprovada por sua certificação.

A aquisição de equipamentos biomédicos pelos Estados, Municípios e estabelecimentos de saúde, deve privilegiar a qualidade em detrimento do custo destes equipamentos, visando garantir a segurança e aumento da produtividade dos serviços de assistência à saúde prestados às suas populações.

IV. TECNOLOGIA

As tecnologias de equipamentos biomédicos devem ser apropriadas e estar disponíveis para solucionar os problemas de saúde de todas as classes sociais.

IV.1. DIAGNÓSTICO

Embora não dispondo de estatísticas específicas do desenvolvimento científico e tecnológico da área de equipamentos biomédicos, os dados agregados das pesquisas na área de saúde, financiadas por órgãos de fomento à ciência e tecnologia, indicam uma redução nos investimentos em ciência e tecnologia nesta área nos últimos anos.

Apesar de se reconhecer a importância dos investimentos em ciência e tecnologia, contemplando esta matéria no artigo 46 da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), as direções nacional, estaduais e municipais do SUS ainda não estabeleceram os mecanismos e incentivos previstos no referido artigo.

Os órgãos governamentais responsáveis pela política de ciência e tecnologia de interesse à área de equipamentos biomédicos, realizam investimentos nem sempre coerentes com as prioridades da política de saúde.

A inexistência no País de sistemas para avaliação tecnológica de equipamentos biomédicos tem resultado na incorporação nem sempre apropriada destas tecnologias ao sistema de saúde do País.

Os equipamentos biomédicos de alta complexidade tecnológica, embora representem elevados investimentos e sejam de rápida absolescência, são geralmente incorporados ao sistema de saúde sem:

*avaliação dos reais benefícios dos serviços por eles prestados à saúde da população, inclusive com a elitização de seu uso;
*planejamento dos recursos materiais, humanos e financeiros necessários para seu funcionamento durante sua vida útil.

IV.2. RECOMENDAÇÕES

Para evitar a desagregação de importantes equipes que desenvolvem pesquisas na área de equipamentos biomédicos, em universidades e centros de pesquisa do País, é necessário reverter a atual tendência de redução dos investimentos em ciência e tecnologia, criando incentivos reais à pesquisa, ao desenvolvimento e a industrialização de novas tecnologias nesta área.

A adoção de medidas para o estabelecimento de mecanismos e incentivos para ciência e tecnologia, previstos no artigo 46 da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), muito contribuirá para reverter esta tendência de redução dos investimentos em ciência e tecnologia.

O estabelecimento de diretrizes para a política de ciência e tecnologia na área de equipamentos biomédicos, fundamentais para otimizar os investimentos em pesquisa e desenvolvimento nesta área, deve, entre outros fatores, considerar:
*as prioridades das políticas de saúde, fundamentadas em critérios técnicos, regionalizados e democráticos;
*a implantação de sistemas e técnicas para avaliação tecnológica de equipamentos biomédicos, quanto sua eficiência, eficácia, custo, segurança e impacto social, para fins de sua incorporação ao sistema de saúde do País;
*a redefinição do papel da universidade quanto à capacitação de recursos humanos, geração de novos conhecimentos e integração entre pesquisa e produção.

A política para aquisição de equipamentos biomédicos de alta complexidade tecnológica, quase sempre associados a procedimentos de alto custo, deve contemplar:

*condições favoráveis para aquisição deste equipamentos pelas instituições de pesquisa usuárias destas tecnologias, tais como os hospitais universitários, visando a avaliação

destas tecnologias para fins de incorporação ao sistema de saude do País;
*o planejamento dos recursos materiais, humanos e financeiros necessários para o perfeito funcionamento destes equipamentos durante sua vida útil;
*a universalização do uso destes equipamentos, estendendo seus serviços a todas classes sociais;
*melhores condições para aquisição de novas tecnologias pelas instituições de saúde (redução de tributos, linhas de financiamento, entre outras).

V. CONCLUSÃO

A adoção de uma política em equipamentos biomédicos, cujo objetivo seja contribuir para que o sistema de saúde disponha, em todos os níveis, destes equipamentos, dentro de padrões técnicos e operacionais excelentes, para apoiar as ações e serviços de saúde, terá condições de sucesso se considerar as recomendações propostas neste Painel.

1.10 - SISTEMA DE CONTROLE E AVALIAÇÃO NO SUS

Coordenador: Henry Eugêne Jouval Júnior

Painelistas: Lynn Silver
Nelson Rodrigues dos Santos
Maria Luiza Jaeger
Haino Burmelter
José Ferraroni
Humberto de Moraes Novaes
Eduardo Leucowicz

Relatores: José Alberto Hermógenes de Souza
Gilson Caleman
Maria José Azevedo do Canto

Dentre os diversos aspectos discutidos pelos participantes do painel, existiram, em grande parte, pontos comuns destacados com maior e menor ênfase. Dentre ele ressaltamos:

I. Do ponto de vista histórico todo o sistema de controle e avaliação implantado pelo Estado teve as seguintes características:

a) Alto grau de centralização (INAMPS), com criação de mega-sistemas; ex: DATAPREV, SIASUS, SIHSUS, etc;
b) Os objetivos de tal sistema sempre priorizaram as ações de assistência médica individual;
c) A lógica do controle sempre se deu no sentido de controle administrativo burocrático (fluxo de caixa), tendo pouca ou nenhuma preocupação com os serviços prestados;
d) As necessidades "controladas" eram a dos prestadores e não priorizava-se as necessidades de saúde da população;
e) Ausência de controle social, com alijamento dos trabalhadores de saúde e população usuária no processo de planejamento, controle e avaliação.

II. Com a regulamentação do SUS torna-se necessária, na opinião de todos os painelistas, a inversão total do atual sistema. Tal inversão tem como premissas básicas:

a) Descentralização das informações, permitindo o acesso da população na discussão e análise dos dados, através dos Conselhos, mecanismo este facilitador do controle social. Tal descentralização implica necessariamente na municipalização do controle e avaliação, bem como do planejamento e gestão, como determina a lei 8080;
b) Estabelecimento de novos instrumentos de avaliação das ações, que ampliem tal atividade para todos os aspectos que envolvem a assistência à saúde, seja de caráter individual ou coletivo. Tais instrumentos devem levar em conta os postulados do SUS, como universalização, integralidade e equidade.

Foi ressaltado que muitos destes instrumentos já foram elaborados e aplicados em diversos municípios e estados, na perspectiva de serem apropriados pela população, isto é, como mecanismo de controle social;
c) A lógica da avaliação deve ser dirigida para a qualidade das ações de saúde, sendo propostas várias maneiras, entre elas:

* acreditação de todos hospitais, com estabelecimento de padrões mínimos, já elaborados pela OPAS;
* avaliação do impacto das ações de saúde no perfil de morbi-mortalidade da população;
* por consequência, implantação de programas de garantia de qualidade a nível dos serviços;
* tais atividades devem ser realizadas com a participação efetiva da população através dos Conselhos de Saúde.

d) Definição clara da participação de cada esfera de governo, principalmente na gestão da informação e na avaliação dos serviços. Este processo deve ser realizado rapidamente (a curto prazo), com as premissas já citadas acima;
e) A avaliação também deve ser orientada para a formação dos recursos humanos (aparelho formador), sendo proposta a necessidade de exames de qualificação, após o curso de graduação, principalmente para os médicos.

Foi destacado que além disso o que

deve ser estabelecido é a avaliação das escolas de profissionais de sauú, que de há muito atuam sem fiscalização e sem critérios de qualidade definidos.

Em relação aos mecanismos de controle hoje existentes, foram levantados os seguintes pontos:

* a inexistência de prontuários nas unidades de saúde;
* a resistência do médico em ser avaliado;
* ausência de trabalho multiprofissional;
* quais indicadores devem ser utilizados para avaliação de qualidade;
* a necessidade de municipalização dos serviços;
* papel das entidades profissionais no processo de avaliação:
* qual a forma de organização dos Conselhos de Saúde;
* a responsabilidade na distribuição e na qualidade dos medicamentos.

DOS DEBATES SURGIRAM AS SEGUINTES PROPOSTAS:

1) Criação, pelo Ministério da Saúde, de um banco de dados com experiências quanto ao critério de controle e avaliação dos serviços de saúde, com ênfase nos serviços públicos;
2) Realização de inquéritos periódicos, junto à comunidade de usuários, coordenados pelos Conselhos de Saúde (municipais e estaduais) visando acreditação dos serviços de saúde públicos e privados. Os quesitos devem ser elaborados através de Conferências municipais, estaduais e nacionais para a qualidade em Saúde, com a participação mais ampla possível de todos os segmentos da sociedade;
3) Que o Ministério da Saúde assuma a continuidade da discussão iniciada na OPAS para a definição dos critérios e aplicabilidade da "Acreditação de Hospitais".

1.11 - A SAÚDE DA CRIANÇA: PRIORIDADE NACIONAL?

Coordenadora: Zilda Arnz Neumann

Painelistas: Cesar Victora
Reinaldo Menezes Martins
Josenilda de A. Caldeira Brandt

Relatores: Hebe Tourinho
Paulo Henrique D'Angelo Seixas

Com referência aos tópicos expostos, os painelistas foram unânimes em ressaltar que apesar de se verificar queda apreciável na taxa de mortalidade infantil no Brasil, persistem, ou até estão se acentuando, desigualdades regionais e locais, onde é elevado o número de óbitos na infância, especialmente em menores de 5 anos.

A desigualdade das condições de sobrevida da criança brasileira, segundo os painelistas, em grande parte é devido às características sócio-econômicas e políticas gerais do país e às próprias de cada área. A elas vem se somar outros fatores de risco, específicos para cada região e comunidade, que colaboram para a instalação e nocividade dos quadros mórbidos, responsáveis pela doença e morte da população infantil brasileira. Entre eles foi apontada a atuação da própria rede de saúde que não prioriza o risco, valorizando atitudes curativas, em detrimento de ações preventivas e promocionais de saúde infantil.

O sistema não atende às necessidades da Saúde das crianças. A demanda é grande e o quadro de morbi-mortalidade depende, além dos cuidados médicos, de ações políticas, sociais e econômicas.

Foram discutidas estratégias e características programáticas oficialmente adotadas pelo Ministério da Saúde, sendo enfatizadas as preocupações e metodologia indicada para ampliar a cobertura assistencial e a eficiência das ações implantadas.

A adoção de metodologias complexas dispendiosas e de baixa rentabilidade, bem como a não integração com a comunidade, foram apontadas como atitudes inadequadas que o Sistema de Saúde segue, apesar das dimensões e características da população materno-infantil, precariamente atendida.

Foram lembrados leis, dispositivos constitucionais e recomendações de ordem científica ou técnica em favor da Infância, que são constantemente ignorados e descumpridos, agredindo os Direitos da Criança, tão arduamente conquistados.

PROPOSTAS

- Maior equidade na Atenção à Saúde Infantil. Os cuidados de saúde para a Infância devem ser distribuídos com maior justiça e racionalidade, atendendo prioritariamente à população mais vulnerável, exposta a risco de alta nocividade, prevenindo ou controlando suas consequências danosas a curto e longo prazos;
- Adotar diretrizes e estratégias básicas para nortear e tornar mais efetiva a atenção à Saúde da Criança, incluindo inclusive o conceito de alto risco.
- Reconhecer fatores sócio-econômicos e políticos como condicionadores de risco para a Saúde Infantil, caracterizando grupos e clientelas pediátricas merecedores de cuidados específicos, especiais e prioridades, estimulando e desafiando grupos técnicos, poder político e lideranças comunitárias a assumirem a responsabilidade conjunta de seu controle, lutando por sua anulação ou modificação;
- Considerar a participação de representantes da Comunidade nas Ações Básicas de Saúde como estratégias inerentes ou indissociáveis dos programas de Saúde Infantil;
- A criança deve ser apontada oficialmente e de fato como prioridade nacional, deixando de ser usada como motivadora de mudanças estruturais apenas em momentos críticos da política brasileira;
- Divulgar e implantar, de fato, as leis, dispositivos governamentais e recomendações de entidades técnico-científicas nacionais e internacionais, que estabelecem e reforçam os Direitos da Criança e as prioridades em Saúde Infantil;
- Esta informação deveria ser levada a todos

os níveis da Sociedade, Conselhos de Saúde comunitários, municipais e estaduais, para que possam apoiar o Sistema de Saúde na implantação de ações de saúde e Direitos da Criança, executando de modo efetivo e permanentemente os cuidados que ela merece e deve receber. Submeter estas diretivas inclusive aos candidatos a cargos eletivos, visando comprometê-los com as mesmas. Buscar junto às Procuradorias Gerais, ações e mandatos de segurança quando do não cumprimento das mesmas;

- Recomendar a execução efetiva do projeto "Mãe acompanhante" com presença materna como apoio afetivo junto à criança internada, oferecendo apoio e o carinho necessários ao paciente pediátrico em tal situação, o que tantas vezes lhe é negado pela rede hospitalar;
- Recomendar o cumprimento obrigatório de outros dispositivos como o do direito da criança ao rastreamento pós-natal de erros inatos de metabolismo e endocrinopatias congênitas (Teste do Pezinho para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito);
- Alertar as Secretarias de Saúde de todos os estados brasileiros para o diagnóstico, orientação e assistência médica e farmacêutica da fibrose cística do pâncreas, desconhecida mas presente entre as crianças brasileiras;
- Introduzir nos órgãos responsáveis pela atenção à Saúde Infantil, sistema de informação, com coleta adequada de dados e informatização dos mesmos, o que permitirá a supervisão continuada de indicadores e das ações de controle da morbi-mortalidade na infância, bem como a vigilância sobre situações de risco, epidemiológicas ou assistenciais

1.12 - SISTEMAS COMPARADOS DE SAÚDE

Coordenador: David Tejara D. Riveiro

Painelistas: Gilles Dussault (Canadá)
Francesco Ripa de Meana (Itália)
Catalina Eibenschutz (México)
Ernesto Miranda (Chile)
José Joaquim O'Shanahan (Espanha)
Susana Belmartino (Argentina)

Relatores: Sônia Terra
Julio Barrios
Roberto Luiz Brant Campos

As apresentações seguiram um roteiro previamente determinado, com o objetivo de possibilitar uma coerência básica, tanto em termos da apresentação dos painelistas como da análise posterior, dada a heterogeneidade das experiências expostas e a complexidade metodológica da abordagem comparativa. Este roteiro constou dos seguintes tópicos: princípios e diretrizes dos sistemas nacionais de saúde, papel do setor público e privado, processo de reforma dos serviços nacionais de saúde, políticas de descentralização e participação do cidadão.

Torna-se necessário, como ponto de partida, ressalvar a complexidade de comparar sistemas de saúde de países tão distintos, uma vez que cada qual obedece a uma lógica própria e única, fruto de seu processo de desenvolvimento histórico, político e social. No entanto, os contextos diferentes possibilitam observar algumas tendências e impactos que poderão contribuir para a reflexão sobre as perspectivas dos sistemas de saúde no momento atual.

Em primeiro lugar, em todas as experiências apresentadas, observou-se uma tendência ao avanço do modelo neo-liberal como uma resposta à crise econômica internacional que impõe, dada a lógica imperante, medidas de ajuste econômico com cortes importantes nos orçamentos e privatização dos setores sociais, incluindo a saúde. Todavia, o impacto destas medidas atinge os países de maneira diferenciada, dependendo, entre outros fatores, de seu grau de desempenho econômico, inserção no contexto internacional e a forma como os sistemas de saúde estão estruturados. Por exemplo, os países europeus, no caso Espanha e Itália, experimentam uma certa expectativa em relação à unificação européia em 1993 e o impacto neoliberal vem sendo atenuado pelo estágio avançado de seu desenvolvimento econômico e social. Por outro lado, nos países como o México observa-se um impacto com graves repercussões sociais. A seguridade social para os trabalhadores é cortada de forma brutal. Cria-se um programa social, o Pronasol, para a população de baixa-renda, de caráter assistencial e centralizado na pessoa do Presidente. Da mesma maneira, a Argentina sofre contração dos gastos fiscais deixando totalmente de lado a possibilidade de definir prioridades sociais. O caso do Canadá, abordado pelo expositor a partir da experiência da província do Quebec, constitui uma certa exceção, porquanto mantém um sistema público forte, bem administrado e responsável diante da população e que requer, através da alocação e do controle do uso de recursos, o cumprimento das políticas e das regras do jogo definidas a nível central.

É importante ressaltar que o movimento da contra-reforma é uma tendência citada pelos países que passaram por um processo de reforma sanitária, como a Itália e Espanha. Neste último país, por exemplo, assistimos a uma reorientação do Sistema Nacional de Sauúe (Ley General de Sanidad, 1986) para uma maior participação do setor privado e do seguro privado, paralelamente à deslegitimação dos serviços públicos. Na Itália, o serviço Sanitário Nacional (SSN, de 1978) está sendo objeto de diversas medidas de ajuste relacionadas com as responsabilidades gerenciais, o controle da demanda espontânea, a diminuição da rede da oferta e a redefinição da alocação nacional de recursos.

Um traço comum ao México, Argentina e Espanha é que as mudanças nos respectivos sistemas de saúde foram decididas de cima para baixo, com caráter centralizador.

Ao contrário, na Itália, o processo participativo foi decisivo para a reforma sanitária. No Canadá, a participação da comunidade se deu de maneira institucionalizada, porém bas-

tante representativa, tendo o atual sistema um alto grau de satisfação tanto dos profissionais quanto dos usuários. Nesta experiência foi destacada a eleição de usuários para participar dos Conselhos de Administração de Hospitais e Centros de Saúde e das Cooperações Profissionais.

Em termos de princípios e diretrizes, os países que os explicitam em termos legais e institucionais são o Canadá e a Itália. No primeiro caso, os princípios são: gestão pública dos serviços, universalidade, integralidade, acessibilidade econômica e transferência dos direitos do cidadão de uma província para outra. Não existe um sistema único devido ao fato de a responsabilidade constitucional do setor saúde pertencer às províncias. Quanto à Itália, o sistema é único, universal, territorializado, oferecendo assistência integral através de serviços públicos e conveniados de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Há um comando único hierarquizado, com autonomia gerencial descentralizada, participação dos municípios e controle democrático. A participação dos usuários é indireta - através da eleição das Câmaras Municipais e as Assembléias Regionais - e direta, através das organizações de massa (Sindicatos, movimento de mulheres, etc.), de organizações de bairro e do "Tribunal dos Doentes".

Na Argentina, a saúde não é uma demanda de cidadania. O sistema se caracteriza pela privatização e patrimonialização dos organismos prestadores de serviços. A crise na seguridade social vem da década de 50, apresentando duas deficiências básicas: fragmentação e heterogeneidade, o que provoca incapacidade do Estado para cumprir suas funções de normatização e controle, gerando uma grande estratificação da demanda. Existem mais de 300 instituições de prestação de serviços sem nenhuma coordenação. A transferência de responsabilidade para as províncias é realizada com barganha sobre os orçamentos públicos e exigências de cortes para a área social.

No México, a tendência é o desmantelamento do serviço público e o aumento do clientelismo. Observa-se uma ampliação do mercado privado. Cria-se uma cultura de compra de seguros ao setor privado. Em resumo, não existe participação popular, a construção da cidadania obedece a uma relação clientelista, é grande a desmobilização dos trabalhadores.

Na Espanha, vive-se um período de contra-reforma na saúde; a conjuntura exige cortes nos gastos públicos, porém sem afetar diretamente os serviços de saúde; existe uma reorientação do modelo com a criação de serviços regionais de saúde em 17 regiões; o orçamento público banca 70% dos gastos. Os serviços são regionalizados em áreas e zonas básicas de saúde; não há municipalização; foram criados conselhos assessores em áreas e zonas básicas que não estão sendo implementados; a orientação neo-liberal tende a desmembrar a saúde pública da assistência médica; existe uma atenção primária de bom nível, o modelo de assistência é centrado no médico, com pouca ênfase comunitária; a mídia vem desacreditando os serviços públicos hospitalares, sendo que os especialistas migram para o setor privado ou para as empresas públicas autônomas. Existe comando único hierarquizado, com autonomia gerencial a nível descentralizado, com participação dos municípios.

O sistema de saúde no Chile é atualmente subdividido em público e privado. Existe a possibilidade de opção pelos usuários. O setor privado é denominado ISAPRES. O setor público organiza-se na FONASA; foram municipalizados a administração de pessoal e os consultórios, com o objetivo de tornar os últimos mais eficientes. O sistema público tem uma função residual ou de último recurso, se concentrado entre os mais pobres e de maior risco.

1.13 - DEFICIÊNCIA, REABILITAÇÃO E SUS

Coordenação: Isabel Loureiro Maior

Participantes: Cândido Pinto Mello
Ana Maria Lima Barbosa
Ana Rita de Paula
Francisco Augusto Vieira Nunes
Sheila Miranda

Relatora: Cândida Carvalheira

Os painelistas colocaram que, até 1980, o movimento de pessoas portadoras de deficiência era defendido pelos prestadores de serviços filantrópicos. A partir do Ano Internacional da Pessoa Portadora de Deficiência, os próprios deficientes organizaram-se e formaram entidades de luta para exigir da sociedade, por sua própria voz, sua plena inserção.

Ressaltaram, também, o avanço do movimento nesta IX CNS, trazendo como proposta a inclusão, de forma mais concreta, dos portadores de deficiência nas políticas municipais de saúde, englobando o direito à saúde mental e assegurando a prevenção, o tratamento precoce, habilitação e reabilitação nas unidades públicas, com garantia dos equipamentos de auxílio necessários à sobrevivência e recuperação das pessoas, inclusive transplante de órgãos.

APRESENTARAM, AINDA, AS SEGUINTES PROPOSTAS:

- implementação da atividade de reabilitação já na fase hospitalar (emergência e geral), com o apoio de equipe multidisciplinar desde o início do tratamento;
- definição de verbas específicas para próteses, órteses e bolsas coletoras para os deficientes, bem como de recursos específicos para a capacitação, formação e ou atendimento/tratamento e orientação de pessoas portadoras de deficiência;
- necessidade de maiores investimentos nos serviços públicos ampliando a eficiência e qualidade da atenção;
- cumprimento integral da Constituição Brasileira: a saúde é um direito de todos, devendo ser descentralizada, regionalizada e hierarquizada, enfatizando ações preventivas e educativas aos portadores de deficiência;
- urgência no estabelecimento de políticas que assegurem a melhoria das condições de vida, alimentação, moradia, saneamento, transporte, lazer e outras;
- integração dos diversos movimentos de pessoas portadoras de deficiência, garantindo seu efetivo controle pelo exercício da cidadania, através da participação e fiscalização popular, exigindo que o Estado cumpra suas obrigações constitucionais e que haja plena participação da sociedade civil organizada, inclusive dos portadores de deficiência;
- assegurar a integralidade da assistência, a equidade, universalização e humanização da atenção à saúde (direitos à cidadania) do portador de deficiência, através da organização de um Fórum Nacional dos Movimentos de Pessoas Portadoras de Deficiência, que mantenha a mobilização na defesa de seus direitos;
- priorizar as ações preventivas de saúde da mesma forma que aquelas que previnem as deficiências, impedindo qualquer prática que promova a eugenia e superando a dicotomia preventiva/curativa em função de uma atenção integral à saúde do portador de deficiência.
- buscar a integridade nas políticas sociais através da articulação das diversas secretarias envolvidas direta ou indiretamente com a saúde, objetivando a prevenção e preservação da saúde;
- estabelecer uma política de saúde que promova ações básicas como visitas domiciliares aos portadores de deficiência;
- fiscalização do setor privado filantrópico, com ênfase em seu caráter complementar do setor público;
- obrigatoriedade de veiculação, pelas emissoras de rádio e televisão, de informações sobre saúde, incluindo campanhas educativas sobre deficiências, no sentido de retirar discriminações e preconceitos em relação aos deficientes;
- garantir linha especial de recursos para procedimentos complexos no setor público;
- estabelecer programas de reciclagem e desenvolvimento de recursos humanos espe-

cializados na área de deficiência.

O painel foi seguido de debate, no qual alguns participantes salientaram a ausência de representantes dos portadores de deficiência visual e mental na composição da mesa.

Foram colocadas considerações com muita emoção e garra, como o depoimento de Vanilda (RS), mãe de excepcional, que luta para arrecadar um milhão de assinaturas para regulamentar a lei que concede um salário mínimo ao deficiente carente.

A plenária também manifestou sua indignação em relação à crise moral que atravessa nosso país.

1.14 - FINANCIAMENTO DO SUS

Coordenador: Deputado Clóvis Assis

Painelistas: Solon M. Vianna
André C. Médici
Mozart de Oliveira Jr.
Gilson de Cassia M. de Carvalho

Relatores: Sérgio F. Piola
Maria Alicia D. Higá
Jocélio Drummond

I. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO FINANCIAMENTO SETORIAL.

A primeira questão destacada unanimemente pelos painelistas foi a **redução das receitas do setor Saúde a partir de 1990**, tanto em termos das receitas globais (que incluem os gastos em saude das três esferas de governo e, ainda, os gastos privados), como no que se refere às receitas de Saúde no âmbito do Orçamento da Seguridade Social.

Efetivamente, em função da política econômica recessiva (que afetou profundamente a base de captação das receitas), da evasão fiscal (decorrente do elevado índice de sonegação tributária atualmente vigente), do desvio de recursos do OSS para rubricas tais como os Encargos Previdenciários da União (que deveriam ser pagos com recursos do tesouro), dos vergonhosos mecanismos de corrupção amplamente divulgados pela imprensa e, principalmente, dado a atual disputa por recursos do OSS entre os setorés Saúde, Assistência e Previdência Social, na qual ficou evidenciado o baixo nível de prioridade destinado pelo governo ao nosso setor, verifica-se que:

a) o gasto público federal em saúde sofreu uma retração de 34% no período 1989-1991, representando hoje apenas 1,7% do PIB;
b) a queda da participação do setor Saúde na distribuição dos recursos do OSS que, de 32% em 1989, passou a 28% em 1990 e apenas 3,8% em 1991; e
c) deve-se observar, ainda, que nesse último percentual estão incluídos recursos destinados a programas como saneamento e construção de CIACs, tendo em vista que não há uma delimitação clara de abrangência do Setor Saúde.

O segundo aspecto do financiamento setorial abordado diz respeito ao **Sistema de Transferência de recursos às esferas estaduais e municipais de governo**. Destacou-se que o sistema instituído através de norma Operacional Básica nº 01/91, que introduz uma relação de compra e venda de serviços entre INAMPS e as esferas subnacionais bem como reitera a velha prática convenial, fere tanto os princípios descentralizadores como os critérios de partilha dos recursos estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde.

Outra questão que mereceu destaque no painel diz respeito às **perspectivas que se vislumbram a partir da proposta de reforma fiscal** veiculada pelo governo.

Esta foi interpretada como uma verdadeira reforma constitucional, na medida em que:

- ao extinguir o FINSOCIAL, a contribuição das empresas sobre o lucro e o PIS/PASEP e reduzir as contribuições das empresas sobre a folha de salários, de 20%, para 10%, aumentando, por outro lado, a dos trabalhadores, de 8,5% para 10%, retira do Orçamento da Seguridade Social suas principais fontes de sustentação financeira;
- ainda, através dessas medidas, transfere ao trabalhador a maior parte do ônus do financiamento das políticas sociais;
- ao elevar a idade de aposentadoria para 65 anos (extinguindo a aposentadoria por tempo de serviço), propor a cobrança do ensino universitário público e extinguir o dispositivo relativo à destinação de, no mínimo, 18% das receitas tributárias para a Educação, altera totalmente os compromissos do Estado para com a sociedade.

Destacaram consensualmente os painelistas que, se implementada a referida reforma fiscal, será certamente a área social a mais penalizada, tendo em vista que:
a) ela perderá suas principais fontes específicas, como visto acima; e
b) deverá disputar com os demais setores da

economia (Energia, Transporte, Comunicação, etc) recursos tributários provavelmente reduzidos, dado que:

- a reforma prevê a substituição de diversos tributos pela contribuição sobre Transação Financeira;
- projeções indicam que essa substituição trará uma provável queda da arrecadação de contribuições da ordem de 1,0% do PIB, tomando por base anual de arrecadação de CTF o montante de 12 a 14 vezes o PIB;
- essa queda da arrecadação poderá ultrapassar ainda essa porcentagem, se verificada a tendência à correção fiscal decorrente de um imposto dessa natureza, como mostra a experiência argentina recente.

Finalmente, ressaltou-se a necessidade de vincular a discussão do financiamento setorial ao modelo de política social que a sociedade deseja, no sentido de que ela traduza os princípios da relação Estado/Sociedade, definitivamente estabelecidos.

II - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Diante do quadro analisado anteriormente, o Painel chegou às seguintes conclusões gerais:

1. A supervisão dos problemas de financiamento da Seguridade Social e, em particular do setor Saúde, está estritamente relacionado à retomada do crescimento econômico, mais justo, equitativo e sustentado, o que depende de forte vontade política e social;
2. Pela rejeição do projeto de reforma fiscal apresentado pelo Executivo por entender que, na forma em que está proposto, retira direitos sociais conquistados na Constituição de 1988 e traz problemas incontornáveis para o financiamento do SUS, sobretudo por diminuir as receitas de Estados e Municípios, inviabilizando o processo de descentralização;
3. Necessidade de reforçar as atividades de fiscalização e controle da arrecadação das contribuições sociais destinadas à Seguridade Social, evitando-se as altas taxas de sonegação;
4. Manter o conceito de Seguridade Social aprimorando o processo de gestão de seu orçamento e criando mecanismos que possibilitem maior controle social sobre o mesmo;
5. Necessidade de combater e controlar todas as formas de desvios e mau uso de recursos que reduzem a eficácia e eficiência das ações setoriais;
6. Necessidade de recuperar a gestão em saúde que atingir níveis insustentáveis, comprometendo todas as esferas de governo na aplicação de um percentual mínimo de suas receitas com saúde;
7. Cumprir, efetivamente, os dispositivos da Lei Orgânica da Saúde.

III - PRINCIPAIS PROPOSTAS

1. Preservação do conceito de Seguridade Social com o objetivo de manter o espírito da proteção social constitucionalmente definido. A respeito da partilha dos recursos do OSS foram feitas três propostas alternativas:

a) Individualização ou especialização de fontes para cada área, segundo sua vocação. Assim, as contribuições sobre folha de salário financiariam basicamente, mas não exclusivamente, os benefícios previdenciários e à saúde corresponderiam, por exemplo, os recursos do FINSOCIAL (ou seu sucedâneo);
b) a criação de alíquotas específicas para cada uma das três áreas (Saúde, Assistência e Previdência Social) sobre cada uma das fontes que compõem o OSS. Nesse caso, à saúde corresponderia x% de cada fonte (contribuições sobre a folha de salários, sobre o FINSOCIAL, sobre as transferências do Tesouro, etc);
c) mantendo o OSS enquanto uma "caixa única", delegar ao Conselho Nacional de Seguridade Social o poder de definir anualmente o percentual de recursos destinados a cada uma das áreas envolvidas, para a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias.

2. Definir, com maior precisão as ações que integram o Orçamento da Seguridade Social e, além disso, o que deve ser financiado com recursos do Orçamento Fiscal transferidos para o OSS ou que ações e programas não podem ser custeadas com recursos de contribuições sociais;
3. Buscar formas de aumentar as receitas do SUS através do ressarcimento das despesas realizadas no atendimento de acidentados no

trânsito e no atendimento de pessoas que possuem cobertura de Seguro Saúde Privadas, Medicina de Grupo, etc;

4. Entregar ao Fundo Nacional de Saúde - FNS o papel que lhe foi legalmente atribuído;

5. Descentralização Financeira:

5.1. Substituição definitiva das transferências negociadas (conveniais) e da relação de "compra e venda de serviços" entre o nível federal e estados e municípios pela partilha automática dos recursos do Fundo Nacional de Saúde;
5.2. Considerar na partilha o gasto realizado diretamente pelo Governo Federal nos estados e municípios;
5.3. Delegar ao Conselho Nacional de Saúde a definição de instrumentos que operacionalizem de maneira mais ampla e objetiva os critérios de partilha legalmente estabelecidos pela Lei 8080;
5.4. Evitar a expansão de serviços federais próprios e retirar progressivamente o Governo Central da operação de serviços médico-assistenciais de qualquer nível de complexidade;
5.5. Reforçar o papel dos Conselhos e das outras instâncias de controle social na partilha, alocação e utilização dos recursos nas três esferas de Governo.

FINANCIAMENTO E GESTÃO DO SUS

1. Os tribunais de contas da União, Estados e Municípios só deverão aprovar contas de saúde após estas terem sido aprovadas pelos respectivos conselhos no que se refere ao orçamento de saúde;

2. Que os repasses para Estados e Municípios relacionados com programas sociais sejam sempre feitos em moeda corrente;

3. Destinar 30% do orçamento anual das secretarias de obras para saneamento;

4. Garantir que em todas as empresas de comercialização de produtos agrícolas seja feita a retenção de 50% do Funrural como já acontece com as cooperativas, repassando o valor para o Fundo Municipal de Saúde;

5. Estabelecer mecanismos de cobrança dos serviços prestados pelo setor público aos associados do Seguro-Saúde, Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas e Auto-Gestão.

1.15 - ABORDAGENS ALTERNATIVAS DE SAÚDE

Coordenador: Carlos Avelino Fonseca Brasil

Painelistas: Carmem Monari
Matheus Marvi
Pedro Benevenuto Junior
Roberto Crema
Rogério Fagundes Filho
Sílvio Siqueira Harres

Relatores: Clara Terko Takiaki Brandão
Beatriz Alves de Oliveira

A 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou a resolução de introduzir as práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida. Neste painel foi apresentada a síntese dos trabalhos realizados no período de 1986 a 1992 em Homeopatia, Acupuntura, Fisioterapia, Nutrição, experiências oficiais e ONG, com a avaliação da situação atual e encaminhamento de propostas.

Como consenso foi rejeitado o termo "Alternativo" e foi priorizada a necessidade da compreensão integral do ser humano.

SÍNTESE DOS DEBATES E PROPOSTAS

1. Alimentação Alternativa

É um programa de educação alimentar e nutricional que visa o enriquecimento da dieta habitual com um concentrado de minerais e vitaminas (farelos e pó de folhas verdes escuras) disponível em qualquer comunidade, visando a recuperação e a manutenção da saúde.

Proposta: - que as ações de educação alimentar e nutricional baseadas no potencial regional permeiem todas as terapêuticas e sejam consideradas como uma ação básica de saúde.

2. Acupuntura

A implantação dos serviços de Acupuntura no SUS teve início em 1988, a partir da resolução CIPLAN 05/88.

A efetividade de seus resultados levou a um grande aumento da procura pela população e à necessidade de ampliação e reestruturação do serviço para melhor atender à demanda reprimida, sendo realizados cursos de formação em Acupuntura aos profissionais médicos da rede.

Propostas:

- que os programas implantados não sejam interrompidos por alternâncias políticas;
- que a partir da plena implantação de cada serviço se busque, junto às gerências locais, a integração terapêutica com outras especialidades médicas.

3. Homeopatia

Desde 1983 foram implantados, em vários estados, serviços de atendimento médico homeopático, atendendo à normas e diretrizes regulamentadas pela CIPLAN. A prioridade foi dada à qualidade do atendimento.

Pelos resultados efetivos desta terapia ocorre aumento progressivo da procura dos serviços pela população e, como consequência, o problema da demanda reprimida.

A dificuldade na ampliação dos serviços é devida à descontinuidade administrativa, falta de incentivo e compreensão das gerências e pouco investimento nos profissionais.

Propostas:
- criar serviços de pronto atendimento homeopático;
- criar condições de atendimento hospitalar;
- reforçar a assistência farmacêutica especializada;
- recomendar o Manual de Normas Técnicas elaborado pelos farmacêuticos homeopatas para que seja seguido pelos profissionais de saúde da rede;
- garantir a continuidade nos programas de saúde;
- instruir o nível gerencial para que a homeopatia possa ser de real ajuda ao cidadão. Instrução sobre a filosofia homeopática;
- agilizar a liberação de recursos para:

- contratar pessoal habilitado
- adequar os ambulatórios e farmácias
- ministrar instrução ao usuário

4. Práticas ditas alternativas na saúde

O trabalho da Associação Nacional dos Terapeutas Naturistas do Brasil é regulamentado, na forma de lei. As formas de medicina ditas alternativas, reconhecidas pela OMS e que são utilizadas pela população.

Propostas:

- que o SUS absorva os terapeutas naturistas formando equipes multidisciplinares de saúde.

5. Integração terapêutica na perspectiva da descentralização e municipalização - experiência de Vitória - ES.

A Secretaria Municipal da Saúde, visando a abordagem integral do indivíduo, ofereceu aos usuários a opção por práticas não alopáticas - projeto RAIZES.

A fitoterapia, por ser um resgate da cultura popular, foi a que trouxe maiores resultados com a implantação de hortas medicinais nas escolas e terrenos baldios e pronto-socorro fitoterapêutico nas escolas.

O mandato do Conselho Municipal de Saúde ultrapassa em um ano a administração atual para manter o controle social e garantir a continuidade dos serviços implantados.

6. Visão holística da Saúde

Foi enfatizado o fato de estarmos vivendo uma crise de fragmentação que leva à necessidade urgente da integralidade.

PROPOSTAS GERAIS:

- que o SUS oportunize e incentive a implantação integrada das diversas vertentes terapêuticas, priorizando as práticas naturais com participação de agentes de saúde numa equipe interprofissional, respeitando o direito democrático de opção aos seus usuários;

- que seja criada uma Comissão Técnica Intersetorial de Integração Terapêutica no Conselho Nacional de Saúde.

1.16 - O SUS E OS HOSPITAIS CONTRATADOS E CONVENIADOS

Coordenador: José da Silva Guedes

Painelistas: Lúcio Gonçalo de Alcântara
Gastão W. de S. Campos
José Luiz Spigolon
Manoel Gonçalves Ferreira Filho
Lenir dos Santos

Relatores: Nelson Rodrigues dos Santos
Márcio Vieira Ângelo

Posicionamento da Confederação das Misericórdias do Brasil

1. Reconhece que há uma parte dos hospitais filantrópicos que são falsos filantrópicos, utilizam-se indevidamente de isenções e subsídios, praticam o lucro, e são os "pilantrópicos".

É minoria mas prejudica o conjunto.

Deste conjunto, contudo, a maior parte continua refém do corpo clínico que por sua vez visa interesses mais pessoais e financeiros, do que os dos desassistidos.

2. Luta para que os filantrópicos não cedam à lógica mercadológica capitalista que impede o atendimento dos mais necessitados. É contra a tendência neo-liberal que pressiona e combate o SUS.

3. Reconhece dificuldades e distorções no SUS mas luta pelo SUS como o caminho para atender os direitos sociais de saúde, e deseja que os serviços públicos melhorem e aumentem sua eficácia, como parceiros, a começar das ações básicas.

4. Não pretendem ser estatal nem privado típico, mas "comunitário". A sua capacidade hoje é de 62% dos leitos gerais instalados no país que atendem 70% da demanda do SUS, e concentram esforços na efetiva integração desta capacidade no SUS sob as diretrizes da Lei Orgânica da Saúde, assim como somam esforços contra as distorções existentes no SUS, por exemplo: inexistência ou desconsideração dos Conselhos de Saúde pelo clientelismo governamental, duplicação de meios para os mesmos fins, nos investimentos, tabela padronizada e centralizada do INAMPS, parâmetros assistenciais padronizados e centralizados, etc.

CONSENSOS

1. Os Municípios e Estados são os gestores por lei, devendo conveniar e contratar, mas o recurso financeiro está com quem não é gestor, pela lei, que é o INAMPS, e este não gestor recusa-se a transferir simplesmente os recursos aos gestores, conforme a lei.

2. O INAMPS insiste que o TCU impugna os repasses diretos e automáticos aos Estados e Municípios, mas não explica porque o TCU nunca impugnou os contratos do INAMPS sem licitação, com os prestadores privados.

3. As tabelas de pagamento elaboradas centralmente e padronizadas impedem a gestão em locais extremamente diferentes em patologias e custos, que são os Municípios brasileiros, e são elaborados por quem não é gestor.

4. Estas e várias outras deformações constituem um modelo que não pode nem deve ser reproduzido pelos Estados e Municípios em nome da descentralização.

5. A lógica de mercado, dos donos dos hospitais privados lucrativos e dos corpos clínicos, inclusive dos corpos clínicos que conseguem ser autônomos dentro dos hospitais filantrópicos, vai contra a universalização, equidade, regionalização, hierarquização, etc. Isto acontece porque essa lógica implica em relação livre com a clientela, escolha de patologias, incorporação de tecnologia, etc. Esta lógica é contra o aumento da resolutividade ambulatorial, que resulta em desospitalização, como sirurgia ambulatorial, tratamento de doenças mentais em ambulatório, etc.

Por isso não se pode simplificar somente na luta por mais recursos financeiros, como se pagando melhor já estivesse bom.

1.17 - RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Coordenadora: Joana Azevedo da Silva

Painelistas: José Paranaguá de Santana
Tânia Celeste Nunes
Isamara Graça Cirino Gouveia
José Lion de Almeida
Gilson Cantarino O'Dwyer
Antonio Carlos de Andrade

Relatores: Darcy Oliveira Ferreira
Francisco Lopes
Lúcia Silva e Silva

APRESENTAÇÃO

O Painel de Recursos Humanos em Saúde evidenciou como preocupação central dos painelistas e participantes a garantia das conquistas obtidas a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, consagradas na Constituição Federal de 1988 e legislação complementar.

Ficou demonstrado que a partir delas esperava-se uma mudança significativa na organização e prática das instituições. Tanto isso é verdade que o eixo definido para o painel deixou de ser observado, integralmente, considerando a frustração das expectativas de profissionais e usuários, tendo como novo paradigma a construção de uma nova ética, além do grande desafio de garantir não apenas a manutenção dessa legislação como foi formulada, mas avançar para sua regulamentação e operacionalização, como condição fundamental para a própria implantação do Sistema Único de Saúde.

ANTECEDENTES

A política estadonovista que criou o Departamento de Administração do Serviço Público/DASP, na década de 40, legou às conjunturas subsequentes uma herança nefasta, marcada pelo autoritarismo, centralização e clientelismo, desvinculada da realidade e necessidade do serviço e da população, que até hoje afetam as três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Assim, definições traçadas desde a VII Conferência Nacional de Saúde, como por exemplo as relativas à implantação de Planos de Carreiras como estímulo necessário às categorias profissionais, ao exercício em áreas carentes, à produtividade, à dedicação e ao mérito, até hoje não conseguem ser implantadas devido à essa herança, que se faz sentir em cada tentativa de mudança.

A tentativa de articulação entre universidade e Serviços de Saúde conhecida como Integração Docente Assistencial, datada de 1971, também não se efetivou. Uma publicação do Ministério da Saúde de 1982 "A Organização das Ações de DRH nas Secretarias de Saúde" demonstra a subserviência dos órgãos de saude às políticas e normas traçadas pela Secretaria de Administração ou Órgão Similar.

Os avanços obtidos na elaboração teórica da questão de Recursos Humanos, consolidados na VIII Conferência Nacional de Saúde e garantidos na legislação posterior, não se concretizaram na prática até esse momento.

DIAGNÓSTICO

A grave crise que atinge o País foi objeto de análise por painelistas e participantes nos diversos pronunciamentos. Prevaleceu a opinião que não se poderia examinar a situação de Recursos Humanos sem contextualizar seus principais problemas na realidade vivenciada na atualidade pela população brasileira.

A partir desta constatação fez-se um corte para buscar compreender a situação caótica do setor saúde, examinando-se mais detidamente a área pública. Verifica-se nela uma redução de oportunidades de acesso e deterioração da qualidade dos serviços ofertados à população.

Este quadro se revela em três diferentes campos: a limitação ou redução do gasto do investimento público, a aplicação desordenada ou inadequada de novas tecnologias na área da saúde e a deficiência de disponibilidades e uso de recursos humanos.

Com relação à área específica de recursos humanos foram indicados, dentre ou-

tros, os seguintes problemas:
- Não integração das diferentes esferas de governo: federal, estadual e municipal;
- Sucateamento do aparelho formador, resultando na insuficiência da capacitação, formação e especialização de recursos humanos, com graves reflexos na prestação de serviços;
- Inobservância dos direitos mínimos sociais e sindicais dos trabalhadores do setor;
- Critérios políticos-partidários (no sentido clientelista) para designação das chefias, resultando no autoritarismo de seus ocupantes;
- Ausência de critérios para designação de chefias e de capacitação e profissionalização das gerências;
- Péssimas condições de trabalho;
- Ausência de uma política de Recursos Humanos claramente definida, nas diferentes esferas de governo, integrada com o modelo assistencial proposto;
- Desmotivação da força de trabalho, na satisfação de suas necessidades, no sentido de comprometer-se com a população;
- A não aplicação das Leis 8.080/90 (Título IV) e 8.142/90 (Inciso VI do Artigo 4º) no que se refere a Recursos Humanos;
- Redução gradativa do poder aquisitivo dos salários dos trabalhadores do setor;
- Órgãos do DRH (preparação e administração) não contam com apoio institucional para a absorção das tecnologias modernas que subsidiem sua modernização;
- Excesso de corporativismo nas relações de trabalho no âmbito das instituições;
- Dificuldades de implementação do processo de trabalho multiprofissional, face a ingerência de órgãos de administração de outros setores de cada esfera de governo;
- Ausência de pesquisa sobre administração de pessoal, especialmente processo de trabalho em saúde;
- Ausência de PCCS e de processo de avaliação de desempenho.

ANÁLISE

Há um amplo consenso sobre a necessidade de superar entraves e limitações dos processos gerenciais de recursos humanos tradicionalmente adotados pelas instituições de saúde, sem desconhecer as questões ligadas aos aspectos de deficiência de preparação. Para que isso venha a acontecer torna-se indispensável aprofundar uma análise crítica de tais processos e, a seguir, elaborar propostas e trabalhar sua viabilidade, no sentido da inovação e aperfeiçoamento das práticas de administração do trabalho nos serviços de saúde.

É importante reconhecer, como declaração doutrinária, que os avanços democráticos da legislação que regulamenta o trabalho no setor público não devem ser vistos como obstáculo na conquista de patamares mais elevados de eficiência e produtividade.

De outro lado, é necessário adotar uma posição firme na defesa do direito do cidadão por serviços de boa qualidade e acessíveis a todos. A conciliação desses enfoques representa o desafio da "nova" proposta para administração de pessoal no Sistema Único de Saúde.

Um ponto de partida para a caracterização do problema aqui proposto é o seguinte:

- parte das dificuldades para a gestão adequada de recursos humanos nos serviços de saúde explica-se a partir da regulamentação das relações de trabalho que não considera as peculiaridades deste específico setor de atividades.
- o desempenho de ocupações no serviço público de saúde deveria implicar um compromisso com o atendimento de necessidades e interesses dos seus usuários.
- a instituição de certas medidas que visem a otimização do desempenho dos serviços, como o sistema de incentivos à produtividade, esbarra em restrições decorrentes da aplicação de princípios legais do contrato de trabalho, uma vez que não existe uma regulamentação que diferencie tais incentivos, percebíveis em condições específicas de desempenho no trabalho, de outras vantagens incorporáveis de forma permanente como direitos do trabalhador.
- as práticas de controle do trabalho e do desempenho, destinadas a combater os efeitos deletérios da falta de coordenação e integração dos múltiplos trabalhadores envolvidos na prestação de serviços, não têm sido adotadas como rotina nos estabelecimentos de saúde ou, o que é ainda mais grave, nao estão

disponíveis enquanto métodos de supervisão, coordenação ou comando do processo de trabalho, adequados às condições de operação em instituições de saúde.

A visão mais totalizadora do tema das relações de trabalho deve considerá-lo em três abordagens, de forma complementar:

- na dimensão econômica, enquanto relações de troca, isto é, a permuta entre "capacidade" de trabalho por salário (ou outra denominação que se dê à remuneração), onde capacidade de trabalho é entendida como seu potencial de utilidade, podendo ser designada simplesmente de trabalho e tratada como uma mercadoria;
- na dimensão político-ideológica, enquanto relações de poder e espaço de engendramento de conflitos, e, portanto, campo de possibilidades de enfrentamento entre os interesses do trabalho (ou do trabalhador, o dono de sua própria capacidade de trabalho) e os objetivos institucionais (representados, no caso do serviço público de saúde, por seus dirigentes ou gestores); o que significa reconhecer uma singularidade dessa mercadoria, que é sua capacidade de desenvolver autonomia, isto é, de determinar seu preço, caracterizando o que se poderia chamar uma "mercadoria consciente";
- na dimensão organizativa do processo produtivo, enquanto relações decorrentes da divisão do trabalho.

De modo equivalente, a abordagem das relações de trabalho, na perspectiva da gerência desdobra-se em três áreas:
- na definição do preço do trabalho, na interação com esta "mercadoria consciente" e no enfrentamento dos efeitos da divisão do trabalho. Em todas elas, podem ser delimitados três planos de ação:
- no espaço das definições e ações jurídicas, desde a legislação até o cumprimento das suas obrigações, como consequência do princípio da legalidade que preside a administração pública;
- no âmbito da atividade econômica, especificamente, da dinâmica do mercado de trabalho;
- no campo das práticas sociais, na interação com as organizações corporativas dos profissionais.

Outros elementos de análise a considerar diz respeito à notável diferenciação entre as diversas categorias de trabalhadores de saúde, em termos de sua capacidade de ação nos planos referidos anteriormente: jurídico, econômico e social. O conceito de trabalhador coletivo em saúde tem sua utilidade como categoria de análise para entendimento dos mecanismos e formas de recuperação do caráter indissociável do efeito final do trabalho em saúde, construído a partir de tantos trabalhos parciais. É, portanto, um conceito de aplicação prática no campo da gestão, em seus aspectos organizativos do processo produtivo.

No plano da operacionalização, no âmbito institucional das diferentes esferas de governo, dos princípios e preceitos jurídicos construídos e conquistados na última década, ainda prevalece sérios obstáculos a serem superados. Os órgãos setoriais de administração insistem em não compreender os serviços de saúde como um setor que detém peculiaridades, que exigem uma forma diferenciada de gerir a totalidade de seus recursos humanos, mantém-se a herança daspiana, agravada pela estruturação sistêmica da administração pública, prejudicando a organização dos serviços e a implantação de planos de carreiras, cargos e salários que reconheçam o mérito e o desempenho do conjunto de categorias profissionais lotados e em exercícios na saúde.

Experiências apresentadas neste painel, relacionadas a Municípios com determinação política de reverter este quadro na organização dos serviços de saúde, com ênfase na área de recursos humanos, demonstraram alguns avanços que não foram mais amplos em decorrência das inúmeras dificuldades surgidas da fusão de diferentes culturas institucionais, formas diferenciadas de vínculo empregatício e assalariamento, além da existência de atitudes corporativistas de algumas categorias.

Prevaleceu, finalmente, uma compreensão de que a grave crise de várias origens e matizes, de âmbito nacional contribuiu, acentuadamente, para inviabilizar a aplicação e desenvolvimento, na forma esperada, de iniciativas nas esferas federal, estadual e municipal dos princípios e diretrizes consagrados

desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, inseridos na Constituição Federal e legislação complementar. Entretanto, ficou claro que há um grande desafio a ser superado na construção do Sistema Único de Saúde, exigindo criatividade e determinação de todos que estejam comprometidos com esse processo, reconhecendo o importante papel do usuário, como ator consciente em potencial neste cenário que se estabeleceu com a institucionalização dos Conselhos e na IX Conferência Nacional de Saúde.

RECOMENDAÇÕES

Descreve-se, a seguir, as principais propostas emanadas da apresentação e debates ocorridos durante o painel:

- implantação da supervisão do processo de trabalho como instrumento gerencial que assegure a integralidade do atendimento;
- implementação de sistema de incentivo à produtividade, como mecanismo que vise garantir a qualidade da assistência, merecendo estudos e cuidados especiais pelas distorções em experiências vigentes;
- desenvolvimento da negociação coletiva do trabalho, como instrumento para equacionamento dos conflitos nas relações de trabalho;
- devem ser reconhecidas as formas autogeridas de participação dos trabalhadores na organização e funcionamento dos serviços como expressão de avanços democráticos no campo do movimento trabalhista;
- definição de uma política nacional de financiamento para o desenvolvimento de recursos humanos.
- criação e/ou fortalecimento de núcleos de administração e desenvolvimento de recursos humanos nas Secretarias Municipais de Saúde;
- criação de Centros de Estudos;
- fortalecer instâncias de formação de caráter permanente, em todos os níveis;
- assumir a iniciativa nas relações com instâncias de administração, nas questões de interesse do setor saúde;
- reestudar critérios de formação de equipes para melhorar a lógica de organização do trabalho;
- desenvolver estudos estratégicos na área de recursos humanos - pesquisa sobre administração de pessoal;
- fortalecer os conselhos existentes, particularizando fórum de recursos humanos a nível municipal e local - gestão política;
- articular projetos de capacitação de recursos humanos com planos de carreiras, cargos, salários, buscando a qualificação e a profissionalização;
- retomar o processo de integração ensino/serviço, visando a municipalização dos serviços;
- instituir conselhos gestores locais com a participação dos diversos segmentos, comprometidos com a prestação dos serviços e usuários;
- construir uma nova ética na prestação de serviços de saúde, comprometendo todas as partes envolvidas;
- promover encontro de troca de experiencias entre as Escolas de Formação Técnica em Saúde existentes no país;
- organização e viabilização de Conferência específica sobre recursos humanos.

1.18 - IMUNOBIOLÓGICOS, SANGUE E HEMODERIVADOS

Coordenador: João Baptista Risi Júnior

Painelistas: Cândida Mendes Cairutas
Francisco de Assis Machado Reis
Otávio Francisco Pinheiro de Oliva
Crescêncio Antunes da Silveira Neto
Ivanildo Franzosi

Relatores: Luis Felipe Moreira Lima
Breno Riegel Santos

Otavio Francisco Pinheiro de Oliva

Sabiamente a produção de imunobiológicos para uso humano, no caso em questão vacinas e soros, apresenta como característica um elevado custo de desenvolvimento e produção aliado a um baixo retorno econômico. Como decorrência, a partir dos anos 60, desde a erradicação da varíola na Europa e Américas, o número de laboratórios internacionais produtores reduziu-se drasticamente. Em geral, estes laboratórios estavam vinculados aos grandes conglomerados farmacêuticos, que optaram por investir em linhas de produtos outros que não vacinas e soros que apresentavam maior lucratividade.

Outro reflexo desta situação é demonstrado pelo pequeno número de novas vacinas licenciadas e reconhecidas como tal pela sociedade científica internacional, quando comparamos com o grande número de produtos farmacêuticos lançados no mercado mundial, além do que o custo destas novas vacinas é considerado bastante elevado mesmo para os países de primeiro mundo.

No Brasil, a produção de imunobiológicos para uso humano concentra-se exclusivamente em Instituições estatais:

- O Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos/FIOCRUZ), dentre as onze unidades técnicas que compõem a Fundação Oswaldo Cruz, é a unidade responsável pelo desenvolvimento tecnológico e produção de imunobiológicos, destacando-se a vacina contra o sarampo, contra febre amarela, anti-meningogócica A e C, contra a febre tifóide e contra cólera, e o processamento de etapas finais de vacina oral contra a poliomielite, além de apresentar uma linha de produção de reativos para diagnóstico. Encontra-se em avançado estágio de construção uma nova unidade para processamento de vacinas bacterianas, devendo ser incorporada a suas linhas de produção a vacina DTP.

- O Instituto Butantan, recentemente tendo incorporado em sua estrutura jurídico-institucional a Fundação Butantan, é um órgão do governo do Estado de São Paulo, que possui uma série considerável de linhas de produção para atendimento da própria Secretaria de Saúde e a outros clientes tradicionais. Além de promover também trabalhos de investigação, fornece para o Ministério da Saúde a vacina DTP, dupla (difteria e tétano), toxóide tetânico, vacina anti-rábica para uso humano e os soros heterólogos de origem equina.

- Instituto Vital Brazil, juridicamente é uma empresa de economia mista vinculada ao Governo do Estado do Rio de Janeiro. Além de uma linha considerável de produção farmacêutica, produz toxóide tetânico, vacina contra a raiva para uso humano e soros de origem equina.

- Fundação Ezequiel Dias, representa uma unidade subordinada ao governo do Estado de Minas Gerais. Em sua estrutura institucional inclui o Laboratório de Saúde Pública do Estado, a Escola de Saúde Pública, uma área de produção farmacêutica e a produção de soros heterólogos como linha de produtos biológicos.

- Fundação Ataulpho de Paiva, constitui uma empresa de caráter filantrópico responsável pela produção das necessidades nacionais de vacina BCG intradérmica.

- Instituto de Tecnologia do Paraná (TECPAR), é uma empresa vinculada à Secretaria de Ciência e Tecnologia do Paraná,

responsável pela producão total das necessidades nacionais de vacina contra a raiva para o uso canino. Com recursos do Programa de Auto-suficiência, encontra-se em construção uma nova unidade com a finalidade de produzir vacina DTP.

- Instituto de Pesquisas Biológicas, caracterizado como órgão da administração da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, o instituto cumpre as funções de laboratório de saúde pública do Estado e produz vacina anti-rábica para uso humano, sob forma liofilizada

O Programa de Auto-suficiência Nacional em Imunobiológicos foi implantado pelo Governo Federal em 1985, motivado pelo desinteresse da iniciativa privada em estabelecer a producão de imunobiológicos no Brasil, considerando ainda o tamanho da população infantil brasileira aliada a agressiva estratégia de vacinação infantil assumida pelo Ministério da Saúde no País desde o início da década de 80. Este programa previa que até 1990 o País estivesse capacitado à produzir todas as vacinas utilizadas pelo Programa Nacional de Imunizações. No entanto, a crescente e crônica dificuldade de liberação de recursos visando a implementação das atividades tem causado um considerável atraso no cronograma [illegible] quanto a produção de [illegible] do programa concentrais [illegible] somente no aporte de recursos voltados à implementação de unidades de producão de vacina tríplice bacteriana (DTP).

Além das dificuldades [illegible] de recursos por parte [illegible] os laboratórios brasileiros [illegible] biológicos se deparam com mecanismos burocráticos e [illegible] gerenciais, que os impedem de executar com agilidade necessária as [illegible] atribuídas.

Paralelamente [illegible] moderna Biotecnologia [illegible] penho de organismos [illegible] ção de [illegible] convencionais por [illegible] processo [illegible] [illegible]

número de doses, substituir a via de aplicação parenteral pela oral e possibilitar a associação de um maior número de imunizantes. Esta abordagem aumentou consideravelmente a defasagem tecnológica existente entre os produtores nacionais e aqueles de países desenvolvidos. As esparsas iniciativas de cooperação internacional estabelecidas por laboratórios nacionais nos últimos anos correspondem a iniciativas isoladas e não a um programa setorial de desenvolvimento.

Cândida Mendes Cairutas

Após um relato da história recente da homoterapia no Brasil e a apresentação da experiência do Hemope-PE, como um projeto bem sucedido, concluiu comentando sobre a necessidade de reduzir o desperdício de recursos materiais, humanos e financeiros na prestação de serviços hemoterápicos no Brasil, através de um maior controle da qualidade dos produtos e serviços à disposição da população.

Propôs um modelo de atuação de qualidade total, envolvendo todas as etapas de trabalho da assistência hemoterápica. Enfatizou a importância do controle estatal desta atividade.

Francisco de Assis Machado Reis

[illegible] sejam incentivadas a pesquisa básica e tecnológica no desenvolvimento de produtos [illegible] imunobiológicos com ênfase especial na qualidade dos produtos.

A política a ser desenvolvida deve considerar a articulação de todas as entidades que atuam [illegible] fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico.

Reforçou a idéia já apresentada por outros palestrantes, de que o preceito constitucional que proíbe a comercialização de sangue e hemoderivados deve ser defendido. Referiu-se ao projeto de lei do Deputado Roberto [illegible] atualmente em tramitação no Congresso Nacional.

Crescêncio Antunes da Silveira Neto

[illegible] informações [illegible] pertinentes

à quantidade, tipo, qualidade e despesa com sangue e hemoderivados no país, por região e por tipo de entidades. Assinalou que o Ministério da Saúde, instado a responder tais questões, asseverou não existirem tais informações disponíveis. Concluiu que a questão do sangue e hemoderivados está fora de controle do Governo Federal.

A seguir, expõe a forma de exportação comercial de sangue e plasma que vem gerando os problemas já apontados pelos diferentes painelistas. Após relatar alguns casos ignominiosos, assinala a necessidade de repudiar o projeto de lei do Deputado Roberto Jefferson e apoiar o projeto de lei do Deputado Célio de Castro, inclusive defendendo o preceito constitucional que proíbe a comercialização de sangue e hemoderivados.

PROPOSTAS

1. É necessária a consolidação do Programa de Autosuficiência Nacional de Imunobiológicos, com a alocação de recursos regulares e captação de recursos externos. O referido programa, a ser desenvolvido sob a coordenação do Ministério da Saúde, deve conter fluxo regular e permanente de recursos financeiros e, quando considerado necessário, consultoria externa. Os laboratórios estatais produtores devem discutir colegiamente as diretrizes e metas do Programa. Devem ser contempiados pelo Programa, tanto o componente de expansão e consolidação da capacidade produtiva, baseada nas necessidades nacionais e potenciais mercados de exportação, como também o componente de desenvolvimento tecnológico que permita ao Brasil sua inclusão entre os países detentores de tecnologia avançada, considerando as dimensões continentais e necessidades da população.

2. É necessário que o setor de produção de imunobiológicos seja efetivamente fortalecido, consolidado e dotado da necessária flexibilidade e agilidade gerenciais, que permita uma resposta imediata às necessidades detectadas pelo Sistema Único de Saúde. Devem ser identificadas as alternativas administrativo-gerenciais compatíveis com cada uma das instituições que integram o sistema de produção de imunobiológicos no País.

3. Com a finalidade de assegurar o acesso nacional às tecnologias de ponta na produção de imunobiológicos, deve ser viabilizada a integração das universalidades e institutos de pesquisas com o setor produtivo, mediante mecanismo de fomentos regulares. Por outro lado, devem ser analisadas as possibilidades de produção conjunta, englobando associações com outras instituições de caráter internacional que detenham processos tecnológicos necessários para o Brasil.

4. As atividades de produção de imunobiológicos no Brasil devem ser necessariamente analisadas no âmbito de iniciativas de caráter regional ou mundial, objetivando o seu fortalecimento, além de atender as necessidades nacionais e regionais, compondo planos de médio e longo prazo e não apenas iniciativas esporádicas. Utilizando como base os diversos indicadores, como morbi-mortalidade, impacto das diferentes doenças, viabilidade técnica de desenvolvimento de produtos e a existência de grupos de pesquisas capacitados, as atividades desenvolvidas pelas instituições brasileiras devem se inserir nas iniciativas de caráter internacional, notadamente o Programa de Desenvolvimento de Vacinas (PDV) e o Children's Vaccina Initiative (CVI) da Organização Mundial da Saúde, um Sistema Regional de Vacinas (SIREVA) da Organização Pan Americana de Saúde, no contexto do controle de doenças e implementação do Programa Ampliado de Imunizações (PAI).

1.19 - COMUNICAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

Coordenador: José Otávio da Rosa Ferlauto

Painelistas: José da Mota Maia
Carlos Alberto Aimeida
Antônio Manoel de Oliveira
Umberto Trigueiros
Thereza Christina Aguiar Tavares
Francisco Pereira
Lauro Cesar Muniz

Relatoras: Ana Maria Meirelles Palma
Carmem Lucia Degani Tschiedel

Pela primeira vez numa Conferência Nacional de Saúde abriu-se espaço para o debate sobre o papel da Comunicação Social na luta pela melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida do povo brasileiro. Este fato foi amplamente destacado por todos os painelistas como uma grande conquista. Além disso, foram destacados também, a importância do acesso à informação como pressuposto da cidadania, a necessidade de regionalização da Comunicação Social e da educação em saúde.

Saúde é um direito de todos e dever do Estado. Isto é o que está prescrito na Constituição Federal, assim como também é garantido o acesso à informação, o que, na área da Saúde, infelizmente, não é respeitado.

Os painelistas criticaram a ausência de uma política nacional de Comunicação Social na área da Saúde, o que tem determinado campanhas governamentais totalmente centralizadas e distantes, muitas vezes, da realidade de várias regiões do País. Neste sentido, os três níveis de governo (federal, estadual e municipal) tem que ampliar a discussão sobre suas campanhas de divulgação, que são quase sempre ineficientes e, muitas vezes, entram em choque com culturas regionais e até mesmo religiosas, desperdiçando enormes somas de recursos que poderiam ser aproveitadas de maneira mais correta e com melhor aproveitamento na área de Saúde.

Painelistas e participantes do debate exigiram uma política que determine a descentralização dos meios de comunicação, como única forma de garantir campanhas regionalizadas de educação popular em Saúde, debates locais com a participação de usuários, trabalhadores da Saúde e profissionais dos meios de comunicação, sobre os principais problemas enfrentados para a mobilização das pessoas e divulgação das propostas destes movimentos na área da saúde.

Foi proposta a implantação de uma política de comunicação social em Saúde, democrática, independente dos interesses de eventuais ocupantes de cargos e voltada para um melhor atendimento da população. E, dentro desta linha, entendeu-se que existe consenso de que os comunicadores têm muita contribuição a dar para o setor, principalmente no sentido de integrar a sociedade na luta por melhorias através do repasse de informações.

Após citarem inúmeros exemplos no Brasil e no exterior, onde os comunicadores tiveram participação ativa na alteração de quadros na área de Saúde, painelistas e participantes salientaram a necessidade de algumas ações, em caráter de urgência, para mudança da situação no Brasil. Defendeu-se a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a ampla divulgação e o respeito ao capítulo da Saúde da Constituição Federal e à Lei Orgânica de Saúde, quanto às orientações para a descentralização administrativa, política e financeira do setor, com a efetiva transferência de recursos direta e automática aos municípios.

No mesmo sentido, recomendaram:

- A ampliação da luta pela busca de parceiros nos meios de comunicação tradicionais (rádio, jornal e televisão), como produtores e apresentadores de programas, escritores, dramaturgos, jornalistas, atores de repercussão nacional. Foram citados exemplos da utilização de novelas, peças de teatro e outros com amplo sucesso no Brasil, no sentido da conscientização da população.

- Incentivar o trabalho das assessorias de comunicação já existentes e criação onde ainda não existam nas secretarias estaduais e municipais de Saúde

- Trabalhar com meios alternativos de comunicação, direto com a população, através de associações de bairros, sindicatos, clubes, circos, cinemas, utilizando teatro de fantoches, teatro popular, vídeo, cartilhas e jornais de bairro de confecção simples, participação em programas de rádio popular e outros.

O Grupo Específico de Comunicação Social em Saúde recomendou à aprovação na plenária final da IX Conferência Nacional de Saúde:

- Apoio e subscrição ao Projeto de Lei de Informação Democrática patrocinado pelo Fórum Nacional e pela Frente Parlamentar pela Democratização da Informação.

- Criação de um Conselho de Política de Comunicação Social em Saúde com representação paritária das suas assessorias: Sociedade, Governos (federal, estadual e municipal), profissionais de comunicação, publicidade e propaganda e representações das empresas de comunicação, publicidade e propaganda.

- Edição de histórias em quadrinhos utilizando a figura de Jeca Tatu com linguagem tão popular quanto a empregada antigamente, adaptada às realidades regionais, para ampla distribuição em todo o País através de agentes de Saúde e contas de luz

- Que o governo promova em seus vídeos comunitários a divulgação dos direitos constitucionais.

- Que seja criada a figura de Maria Vacinha para campanhas de vacinação em todo País.

Durante a realização do painel específico de Comunicação Social foram apresentados dois trabalhos de Teatro Popular na área da Saúde, como exemplos do que pode ser feito no País.

1.20 - REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Coordenação: Yone Caldas

Painelistas: Domingos Sávio
Paulo Delgado
Pedro Gabriel Delgado
Ana Maria Fernandes Pitta
Ivan Moura Fé
Roberto Tikanori
Fábio Leite Gastal

Relatores: Carmen de Oliveira
Maria Aparecida Gussi

A análise da atenção em Saúde Mental do Brasil evidencia um perfil de baixa qualidade na prestação de serviços, onde se observa uma hegemonia do modelo hospitalar psiquiátrico. A tendência ao desperdício de recursos com um modelo assistencial gerador de cronificação e de estigmas precisa ser urgentemente revertida. Dados recentes do Ministério da Saúde apontam que o tempo médio de permanência para internação psiquiátrica é de 124 dias (quando a Organização Mundial de Saúde prevê 36,5 dias), sendo o segundo procedimento de internação mais frequente e o primeiro em termos de custos no SUS. Além disso também tem sido denunciada a situação de abusos e violação de direitos humanos nas instituições psiquiátricas, o que tem mobilizado segmentos do setor saúde e da sociedade civil no sentido de transformação deste quadro.

Alguns dispositivos institucionais têm sido viabilizados para garantir a necessária Reforma Psiquiátrica no Brasil, tais como as portarias do Ministério da Saúde (189/91, 224/92 e 321/92) que estabelecem as diretrizes de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações e regulamentam o funcionamento e financiamento dos serviços de saúde mental para melhor controle e avaliação dos serviços prestados. As estratégias da Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde estão centradas nos seguintes pontos:

1) Revisão da Legislação Psiquiátrica (Decreto 24.559 de 1934);

2) Finalização do estudo multicêntrico de morbidade neuropsiquiátrica e o desenvolvimento de um sub-sistema de informações em saúde mental;

3) Constituição de comitês assessores para os diferentes programas e projetos;

4) Consolidação dos programas nacionais específicos;

5) Capacitação e educação continuada dos recursos humanos;

6) Mudança do financiamento das ações ambulatoriais e de internações: ênfase no hospital geral, nas urgências em hospital geral e no atendimento alternativo à internação;

7) Realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental;

8) Incremento das atividades de integração e cooperação no plano internacional;

9) Assessoramento técnico, estímulo e acompanhamento da atuação das coordenações estaduais e macroregionais de saúde mental.

Ênfase especial é dada à necessidade de um pacto de transição com a sociedade para as mudanças necessárias. Nesse sentido, uma nova legislação se constitui num instrumento para monitorização da Reforma Psiquiátrica, especialmente no Brasil onde as diversidades geopolíticas nos desafiam a pensar mecanismos de articulação nacional para, ao mesmo tempo em que se regulamentam as ações, também se respeitem estas diferenças regionais. O projeto de lei federal Paulo Delgado permite pensar esta questão, uma vez que estabelece alternativas de atenção em saúde mental sem preconizar um modelo assistencial nacional. A discussão desta lei tem, desde já, contribuído para o debate público e para os

avanços na mudança cultural, na revisão do arcabouço jurídico e da ética da tutela e na mobilização dos trabalhadores de saúde para a construção teórico-técnica em diversos campos do conhecimento da saúde mental.

A votação recente de uma lei estadual no Rio Grande do Sul representa um marco significativo na Reforma Psiquiátrica em curso e sua aprovação por unanimidade naquela Assembléia Legislativa é emblemática da mobilização dos setores comprometidos com esta transformação. Neste Estado e em outras regiões do País a descentralização e a municipalização são apontadas como as fortes garantias de criação de ações locais e singulares construídas de forma mais próxima aos grupos sociais, desenvolvendo uma tecnologia em saúde mental a mais comunitária possível e capaz de dar respostas à massificação e vocação de depósito social das instituições brasileiras de saúde. Pensar a intersetorialidade e a diversificação da rede para apoio técnico-sócio-cultural é um ponto necessário na criação de um sistema de cuidados em saúde mental nos municípios.

Assim, são enfatizados alguns princípios para estas ações de saúde mental na Reforma Psiquiátrica no Brasil, tais como: o direito de asilo (sem que signifique isolamento nem exclusão), a disponibilidade (ou o direito de auxílio com a maior agilidade e adequação à imprevisibilidade das crises), a inserção no território (o conhecimento aprofundado da região sanitária para aumentar a capacidade dos serviços em potencializar os recursos territoriais para os cuidados em saúde mental), a inversão de prioridades (pensando também nos períodos "intercríticos" e não apenas nas crises) e o processo de valorização (ou a criação de dispositivos visando a contratualidade, ou seja, a troca de mensagens, bens e afetos que valorizem o doente mental).

Desta forma, a Reforma Psiquiátrica implica num campo de intervenção mûito mais vasto que a transformação da Psiquiatria ou da esfera assistencial. A necessidade de novas tecnologias no setor se refere a um conjunto diversificado de práticas a fim de pensar o polimorfismo e a multiplicidade de problemas que o lidar com a doença mental exige. Não se trata, portanto, de disputar qual o modelo de atenção a ser adotado (biológico, psicológico, sócio-antropológico, etc) ou qual o campo do conhecimento que subordinará as demais concepções políticas, teóricas e clínicas, mas de visualizar a Reforma Psiquiátrica como um espaço aberto à experimentação desde que fundamentado no compromisso ético de transformação da secular prática de exclusão e segregação dos usuários da assistência em saúde mental no Brasil. Para isto, tornam-se imprescindíveis a formação e qualificação contínua dos trabalhadores de saúde e setores sociais envolvidos no cuidado ao sofrimento psíquico e o necessário controle social desta política setorial para a produção de novas estruturas flexíveis, efetivas e democráticas na atenção à saúde mental em nosso País.

1.21 - OS POVOS INDÍGENAS E O SUS

Coordenador: João Carlos Pinto Dias

Painelistas: Deurides Navega Cruz
Birací Brasil - Yawnamá
Ismael Moreira - Tariano
Mirtes Versiani dos Anjos
Daniel Chabichi - Parecí
Pedro Ticuna - Cacique da Nação Ticuna
Celso Augusto Pereira Lacava

Relatoras: Ana Maria Costa
Maria Gorete Gonçalves Selau

Das explanações realizada pelas lideranças indígenas presentes e pelos representantes dos órgãos indigenistas COSAI/FNS, FUNAI, CIMI, destacamos os seguintes pontos:

1. Foi proposta a realização de uma Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, nos moldes da VIII CNS, com vistas ao detalhamento da situação de saúde dos povos indígenas brasileiros, bem como a formulação de políticas de saúde e estratégias de atenção específicas, no interior do SUS. Tal proposta vem contemplar a pergunta de painelistas e da platéia sobre os resultados da IX CNX para a dramática situação de saúde dos povos indígenas, que ameaça a sobrevivência de várias nações (aproximadamente 200).

2. As propostas de modelo de atenção para estes povos contemplaram os aspectos abaixo descritos:

a) A implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contando como conjunto das instituições de saúde governamentais e não governamentais e representantes indígenas, à partir de critérios etno-culturais, epidemiológicos, dos territórios indígenas e dos seus respectivos ecosistemas;

b) O DSEI tem como objetivo a reordenação da rede de atenção primária, em particular, as ações de imunização e controle de endemias, constituindo-se, assim, numa estratégia de levar aos povos indígenas assistência médico-sanitária adequada e de qualidade, que contemple não só as diferenças étnicas, mas também o grau de contato com a sociedade nacional;

c) O DSEI deverá estar diretamente vinculado à instância técnico, jurídico-administrativa federal do órgão gestor do Sistema Único de Saúde, pressupondo o funcionamento do Conselho Distrital constituído por representantes de sociedades indígenas bem como as instituições não governamentais, com atuação específica em saúde, no âmbito do Distrito;

d) A garantia de efetivo funcionamento da **Comissão Intersetorial de Saúde do Índio** (órgão do Conselho Nacional de Saúde) responsável pelo acompanhamento das políticas e diretrizes de saúde para os povos indígenas. Lideranças indígenas presentes apresentaram a proposta de expansão para cinco representantes de povos indígenas na CISI/CNS. Foi feita reivindicação de que esta comissão, já composta por portaria deste ano, seja revista por não incluir a diversidade e o número de representações de organizações indígenas;

e) Os Recursos Humanos, escassos qualitativa e quantitativamente, devem ser objeto de definição política e técnica para trabalhar no interior do modelo estratégico proposto, no sentido de melhor atender as populações etnicamente diferenciadas. Em especial, técnicos originários destas sociedades devem ser formados para trabalhar no sistema de saúde;

f) A medicina tradicional deve ser resguardada da dominação técnica do modelo biomédico. Atividades e atitudes de incentivo e respeito à prática ou ao resgate dos meios culturais indígenas de lidar com a saúde e à doença, a vida e a morte devem ser desenvolvidas e estimuladas.

3. Foi unânime o reconhecimento de que a municipalização não é o caminho para a uni-

versalização da saúde. Para os povos indígenas, tal estratégia é um meio seguro para a expropriação de suas terras, seus bens, sua saúde e suas vidas. Isto porque é a nível local e estadual que se dá, efetivamente, o conflito pelos interesses nas suas terras e riquezas e tem aí origem os atos motivados pela intolerância e preconceitos à outras formas de expressão social que não a dominante no país, fato esse que tem justificado, na história, as inúmeras violências praticadas contra os povos indígenas, a ponto de colocá-los sob a condição de sociedades ameaçadas e em desaparecimento.

4. Foi reivindicado pelos presentes que a X CNS conte com um maior número de delegados indígenas, uma vez que na condição de Delegado para a IX CNS apenas 3 índios estiveram presentes, porque foram indicados a nível regional. Este número não é suficiente para representar a diversidade de povos indígenas existentes, bem como as diferenças de perfil sanitário de norte a sul e leste a oeste, no Brasil.

1.22 - SAÚDE BUCAL E CIDADANIA

Coordenador: Swedenberger do Nascimento Barbosa

Relatores: Jorge Cordon
José Amilcar Decina Salge

Participantes: Sérgio Pereira
Luciano Eloy Santos
Solon Magalhães Vianna
José Sebastião Arruda de Souza
Douglas Augusto Schuerdes Filho

Os painelistas colocaram que a Odontologia não pode deixar de analisar a situação dos brasileiros na conjuntura atual, onde é observada franca redução da participação da massa salarial no PIB. Os baixos salários levam a indicadores sociais que colocam o Brasil entre os últimos postos das estatísticas do Banco Mundial. Salientaram ainda a corrupção generalizada do governo federal e a política econômica recessiva, que mantém altos índices de inflação, submetendo a maioria do povo brasileiro à fome e ao desemprego, com uma política de saúde pouco clara e profundamente ambígua, que não colabora na modificação deste quadro.

Observam que qualquer possibilidade de transformação desta situação deve ser analisada na conjuntura atual, levando em consideração as relações políticas. Particularmente por ser um ano que define os rumos do trabalho municipal, que, em ultima instância, determina o rumo do processo de municipalização da saúde e, portanto, da melhoria dá qualidade de vida dos brasileiros, independentemente do descaso federal.

Disseram, ainda, que a vontade governamental tem se manifestado em direção contrária ao preconizado nos estamentos legais: a descentralização não se efetiva, os Conselhos de Saúde não se impõem como instrumento de participação popular, os recursos minguam, os serviços públicos se deterioram e o setor privado avança, particularmente os seguros saúde.

Na especificidade odontológica esta determinação superior se acentua: as estatísticas do problema saúde/doença bucal alcançam níveis inusitados, na medida que continuam a ser oferecidos serviços de alta densidade tecnológica, elevando-se os custos da forma em que é exercida a odontologia tradicional. A preferência permanece, portanto, para o enfoque curativo-reparativo, desintegrado. O mais fundamental, a prática odontológica não tem feito, como era de se esperar, esforços para sua integração nas equipes de saúde, no processo de democratização, planejamento e desenvolvimento municipal da saúde. Esta situação tende a agravar-se na medida da formação tradicional e conservadora dos cirurgiões dentistas e da drástica falta de pessoal auxiliar, particularmente do técnico de higiene dentária.

Como resultado, a maioria dos cidadãos brasileiros não tem acesso a uma prática odontológica integral e sim, mutiladora, perdendo direitos que lhe são próprios e, como decorrência, diminuindo sua qualidade de vida.

Foram apresentadas as seguintes propostas:

1. Em relação à situação econômica nacional

- É necessária uma chamada de atenção para maioria da população brasileira, e especialmente para os trabalhadores da saúde, sobre a necessidade de tomar consciência do direito do cidadão ao voto e da potencialidade transformadora do mesmo na busca de melhores soluções para a realidade nacional. Este primeiro momento político é o mais importante na ordem de superar a crise imposta pela visão neo-liberal, fragmentadora e acrítica da realidade.

2. Em relação à Seguridade Social

- A Previdência é viável e a gestão pública com a participação da sociedade deve democratizar e ampliar e melhorar os serviços. Portanto:

- Não à privatização da Previdência social;

- Recursos da Seguridade Social exclusivamente para a Seguridade;

- Aplicação imediata dos benefícios previden-

ciários garantidos por lei;

- Resgate dos princípios e conceitos constitucionais sobre Seguridade Social.

3. Em relação à implementação do SUS

- A Odontologia tem como papel modificador a tarefa de redirecionar o seu paradigma assistencial. Hoje, este paradigma está centrado na atividade diagnóstico-terapêutica individual, de pronto-atendimento curativista, devendo mudar para o acompanhamento da saúde com forte atividade preventiva coletiva e de atenção integral à saúde bucal, inserindo-se nos programas que o processo de discussão democrática, realizado ao nível do município, determine como prioritários. Isto implica o reconhecimento da existência de uma necessária heterogeneidade do modelo assistencial, adequando-o às características bio-físicas e sócio-culturais dos diferentes contextos regionais e municipais.

Se faz necessário que a descentralização seja apreendida e praticada pelos trabalhadores da saúde bucal, como componente do processo de democratização e condição para a mudança do modelo assistencial odontológico e para a eficácia das ações de saúde.

Do Governo Federal exige-se a alocação de recursos financeiros para o desenvolvimento dos programas municipais de saúde bucal, bem como uma avaliação quanti-qualitativa e imediata da formação dos cirurgiões-dentistas, no sentido de orientá-la para as condições do país. O SUS deve ser descentralizado de fato, pondo fim à privatização e aos credenciamentos e eliminando o pagamento por produtividade.

A nível Estadual exige-se maior apoio ao processo de planejamento estratégico municipal, considerando a saúde bucal como um elemento fundamental. Exige-se, também, a realização de educação continuada dos trabalhadores de saúde bucal, apoiando prioritariamente os cursos de formação de técnicos em higiene dentária, categoria profissional que deve ser reconhecida oficialmente.

A nível Municipal, exige-se metas claras de redução de cárie e doença periodontal e a participação dos trabalhadores de saúde bucal no processo de planejamento, administração e avaliação do programa de saúde municipal junto com a população. Neste processo inclui-se o programa municipal de saúde bucal, com as devidas articulações com os outros programas de saúde, enfatizando a necessidade do trabalho em equipe, de forma multiprofissional.

Deve-se instituir a partilha entre os três segmentos dos recursos do orçamento da Seguridade Social.

Deve-se profissionalizar a gestão dos serviços.

4. Em relação à Saúde e qualidade de vida

- Implementar mecanismos de controle social;

- A população brasileira deve ter acesso a medidas sistemáticas e tópicas de prevenção dos principais problemas de saúde/doença bucal, informando-se, discutindo e priorizando tais ações e tomando atitudes de defesa da qualidade de saúde e da vida em cada município;

- Deve-se entender que a manutenção e o acompanhamento da saúde da gestante e da criança constituem os fatores mais importantes e prioritários na determinação do uso dos recursos financeiros, físicos e materiais, bem como a utilização dos recursos humanos necessários;

- A saúde bucal deve ser incluída ou incorporada como indicador objetivo para aferir a qualidade das condições ambientais brasileiras.

- As hipóteses de municipalização passam por estratégias específicas que visam, na sociedade democrática, a universalidade, equidade e integralidade dos serviços.

5. O Ministério da Saúde deve convocar urgentemente a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal

- O painel específico "Saúde Bucal e Cidadania" incorpora e traduz as resoluções da IX CNS, devendo subsidiar a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, como contribuição

à inclusão da Saúde Bucal no SUS, a consequente alteração da atual política e modelo assistencial de saúde bucal e o equacionamento dos recursos humanos, financiamento e controle social.

1.23 - SAÚDE DO TRABALHADOR

Coordenador: Mauro Goulart

Painelistas: Renê Mendes
Jocélio Henrique Drummond
Carlos Minayo
Darci Pinheiro de Oliveira
Mario Celso de Araujo Aguiar
Sheila Miranda da Silva
Maria Helena Mendonça Pitta

Relatores: Francisco Antonio de Castro Lacaz
Antonio Alves

O painel da saúde do trabalhador esteve composto por diferentes segmentos da sociedade. Após uma ampla discussão foi aprovado um conjunto de propostas que, de forma genérica e de acordo com a visão de cada entidade, objetivam o bem estar dos trabalhadores em suas atividades profissionais.

Propostas para a melhoria da assistência ao acidentado do trabalho e ao portador de doenças ocupacionais, segundo o marco da organização definido para o Sistema Único de Saúde:

- estabelecer ações e serviços de saúde do trabalhador nos âmbitos Estaduais, Municipais e/ou nos diversos serviços, especialmente nas unidades de serviços de saúde próximas ou relacionadas às demandas resultantes de áreas de grande concentração de atividades industrial, agrícola ou mineração;

- estabelecer o princípio da universalização e equidade na prestação de serviços de assistência à saúde do trabalhador urbano/industrial ou rural, procurando abranger todas as formas de organização e relação de trabalho a que os trabalhadores estão submetidos;

- estabelecer uma estrutura hierarquizada, para atenção aos trabalhadores expostos às condições adversas de trabalho no Sistema Único de Saúde;

- implantar Centros de Referência adequados ao processo de hierarquização e regionalização, que sirvam como polos dinamizadores para a organização de serviços e ações de saúde do trabalhador;

- buscar a organização da assistência à saúde do trabalhador de forma continuada e que envolva a integralidade da atenção à saúde nos vários níveis de atuação (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação), bem como a integração com o sistema previdenciário e seus respectivos fluxos;

- estruturar no âmbito do Sistema Único de Saúde serviços de prevenção de doenças e acidentes do trabalho que possam atender ao universo dos trabalhadores, inclusive os inseridos no setor informal, nas pequenas e médias empresas e no trabalho agrícola;

- estabelecer uma política de formação de recursos humanos adequada às necessidades regionais;

- criar uma infraestrutura para o desenvolvimento das ações e serviços de atendimento ao trabalhador: recursos materiais, humanos, e apoio laboratorial;

- implantar um sistema nacional de vigilância epidemiológica para as doenças e acidentes do trabalho, com produção de informações epidemiológicas que subsidiem as ações de vigilância sanitária; o planejamento de serviços de saúde; a concepção de programas prioritários definidos regionalmente; as ações de fiscalização em saúde do trabalhador;

- estimular ações no âmbito da educação para a saúde do trabalhador nos níveis estadual e municipal, segundo conteúdos definidos com base nas necessidades regionais;

- atuação articulada do Sistema Único de Saúde com outros setores do aparelho estatal que tem a ver com a questão da saúde do trabalhador (meio ambiente, trabalho, educação, previdência social).

Propostas visando uma maior partici-

pação dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde:

- fortalecer a diretriz básica do Sistema Único de Saúde e ações específicas da saúde do trabalhador, que propõe a participação das organizações dos trabalhadores na definição e gestão dos serviços de saúde;

- criar comissões especiais de saúde do trabalhador ao nível dos municípios e bairros, vinculados aos Conselhos Municipais de Saúde.

Propostas envolvendo a sociedade civil:

Criação de comissões de empresa com respaldo legal nos locais de trabalho a fim de permitir bom funcionamento das CIPAS. Resgate do papel das CIPAS.

Propostas para o cumprimento da legislação atual:

- promulgação dos Códigos Sanitários federal, estaduais e municipais;

- definição de competências dos governos municipais, estaduais e federal na área de saúde do trabalhador;

- efetivação dos princípios estabelecidos na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde, visando a implantação do Sistema Único de Saúde. Regulamentação da Lei 8.080/90;

- apoio às propostas contidas na legislação da seguridade social contra a privatização da Seguridade social.

Propostas específicas levantadas pelos participantes:

- inclusão nos Programas de Saúde do Trabalhador, de ações e serviços de saúde para os funcionários da área de saúde e para a mulher trabalhadora;

- realização de campanhas de esclarecimento, informação e educação na área de saúde do trabalhador;

- destinação de verbas para pesquisa na área de saúde do trabalhador (via FINEP, CNPq);

- adequação dos currículos universitários para melhor preparação dos profissionais na área de saúde do trabalhador;

- municipalização das ações de saúde do trabalhador;

- convocação pelo Ministério da Saúde, da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalho para 1993;

- criação de comissões de saúde do trabalhador em substituição às CIPAS;

- inclusão da FUNDACENTRO no âmbito do Sistema Único de Saúde;

- incorporação dos profissionais das D.R.T. ao Sistema Único de Saúde, bem como seus equipamentos;

- ampliação dos recursos humanos das D.R.T.;

- atendimento nos moldes anteriormente previstos pela Lei 6367/76;

- criação de grupo de trabalho junto ao Conselho Nacional de Saúde para proposta de metodologia de educação e informatização de dados em saúde do trabalhador.

1.24 - INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Coordenação: Sylvain Levy

Painelistas: Ilara H. S. de Moraes - SIS/FIOCRUZ
Luis Pedro Pizatto - FENAESS
Gilson Caiemann - CONASS
Edson Vieiji Yamamoto - SNAS/MS
Maíra B. Correa - Univ. do Rio Grande
Fernando Lefrevrè - FSP/VSP

Relatores: Maira Lúcia M. S. Soboll - FSP/VSP
Maria Thereza Grande - CGDRH - SUS/SNAS

Os participantes do painel consideraram como consensuais os seguintes pontos:

- há grande relação entre a informação e a participação social;

- o sistema de informação reflete o sistema de saúde e seu processo decisório;

- deve ser dada prioridade absoluta ao processo de informação;

necessidade de capacitação de recursos humanos em todos os níveis, tanto no processo de informação como no de informatização;

- garantia do direito da informação com democratização, descentralização, divulgação e difusão;

- considerar o nível local/municipal como a célula básica do sistema de informação de saúde, quer na coleta, produção, análise e difusão dos dados e informações;

- considerar a informação como insumo estratégico para o setor saúde é fundamental para os processos de planejamento e decisão;

- o sistema de informação em saúde deve ser desenvolvido em bases cooperativas entre as diversas instituições envolvidas no SUS;

- deve ser estabelecida uma política de informação em saúde e política de informática de desenvolvimento científico e tecnológico;

- o sistema de informação em saúde deve atender características de utilidade, oportunidade e efetividade;

- é necessário haver a democratização da informação para propiciar condições para que o usuário se transforme em cidadão e, consequentemente, deixando de ser objeto e passando a ser sujeito da ação de saúde.

Foi também amplamente discutido as questões de centralização e descentralização dos sistemas e funções dos diversos órgãos envolvidos nos processos de informação e informatização do SUS.

PROPOSTAS

- Formular um código deontológico para a equipe de saúde de maneira a garantir tanto o sigilo da informação individualizada quanto a divulgação;

- Elaborar instrumentos Técnicos e Operacionais que permitam aos Conselhos Municipais e Estaduais exercerem suas atribuições legais;

- Criação de mecanismos indutores e propiciadores de capacitação técnica de recursos humanos, para coleta, desenvolvimento de sistema, manutenção de Banco de Dados, análise e divulgação das informações;

- Descentralização do processamento dos dados que dão origem aos grandes Bancos de Dados estaduais ou nacionais, garantida, no entanto, a manutenção destes Bancos;

- Padronização mínima de conceitos e definições que possibilitem a compatibilização e integração das informações originadas em diferentes fontes/bancos de dados. (Nú-

cleo mínimo de informações padronizados);

- Criação de Comissões Interinstitucionais de Informação em Saúde nos três níveis, como órgão de assessoramento dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde.

- Rediscussão do papel e das práticas estabelecidas pelas coordenadorias/assessorias de Comunicação Social dos órgãos do SUS, atualmente muito mais voltados à informar a imprensa que à população, de maneira a transformá-las de assessorias de comunicação social em assessoria de comunicação com a sociedade.

1.25 - A POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Coordenador: Luiz Cordoni Júnior

Painelistas: Maria do Socorro Lima
Maria Helena Vilar
Nathalie Begin

Relatores: Frederico Jorge Vieira Nitão
Carla Ziebell

O quadro alimentar e nutricional no Brasil, em que predomina a fome endêmica, é resultado direto do processo de exploração decorrente do modo de produção capitalista brasileiro.

O processo produtivo nacional, impulsionado em meados dos anos 50, privilegia a concentração de renda entre as regiões geográficas e entre segmentos sociais e tem como seu corolário a cronificação da fome e a miséria absoluta que atinge a cada ano um número maior de pessoas.

É sabido que o problema da fome somente poderá ser equacionado se for estabelecida uma política de governo consistente com as reais causas e fatores que determinam a fome. Isto é, uma política de redistribuição da riqueza gerada pela sociedade, incluindo aqui a distribuição de bens e serviços por essa sociedade.

No entanto, a política econômica do governo, através da recessão econômica, achatamento salarial e retração dos gastos públicos nas áreas sociais, tem determinado o agravamento das condições de vida dos segmentos sociais menos favorecidos, levando ao aumento na incidência das formas crônicas e severas de desnutrição que convivem com outras doenças típicas de má alimentação como a obesidade por exemplo.

Esses problemas nutricionais gerados, em última instância, pelo modelo de desenvolvimento adotado no Brasil, confluem para um sistema de saúde caótico e em plena decadência, dada a falta de investimentos governamentais no setor, que não é capaz de resolvê-los. Destaque-se que ao setor saúde, isoladamente, não cabe o enfrentamento do problema nutricional da população brasileira. Este setor pode, entretanto, incrementar uma articulação que envolva os mais diversos segmentos sociais em debates que propiciem a criação das condições objetivas para o estabelecimento de políticas integradas na área de saúde, nutrição e alimentação.

Os programas e investimentos governamentais, concebidos como políticas compensatórias e controladoras de movimentos sociais, não têm sido capazes de reduzir os índices e níveis de desnutrição, expressão biológica da fome.

Assiste-se hoje à dissociação entre as promessas e as ações do governo federal, que tem assumido, inclusive em fóruns internacionais, compromissos para o enfrentamento e resgate da dívida social com as crianças e adolescentes, os quais não passam de figura retórica. O Governo Collor retificou o texto da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, assumindo o compromisso para a década de 90. No Plano Plurianual (1992-1995), a criança e o adolescente figuram entre as cinco grandes prioridades do Governo. Não obstante, o que se assiste, na prática, é o esvaziamento dos programas sociais, particularmente de alimentação e nutrição, dirigidos ao grupo materno-infantil.

Esses programas de Alimentação e Nutrição que, em passado recente, representavam formas de minimizar a fome e a desnutrição, sobretudo entre as gestantes e crianças, tem sofrido esvaziamento progressivo, dada a alocação de recursos financeiros aquém das necessidades para se fazer frente às metas anunciadas em cada um destes programas.

O Programa Nacional de Alimentação Escolar, que tem como meta a distribuição de uma refeição durante 200 dias/ano para 30 milhões de crianças de 07 a 14 anos, matriculadas nas escolas públicas e filantrópicas, necessita de 460 mil toneladas de alimentos.

No entanto, em 1990 e 1991, os recursos alocados somente permitiram adquirir cerca de 135 mil toneladas/ano. A situação se agravou no primeiro semestre de 1992, quando foram adquiridas somente 40 mil toneladas, os quais mantiveram apenas 16 dias de funcionamento do Programa.

O Programa de Suplementação Alimentar - PSA dirigido para gestantes, nutrizes e crianças de 0 a 36 meses, pertencentes à famílias com renda mensal de até 02 salários mínimos, que deveria distribuir 378 mil toneladas de alimentos/ano a 6,7 milhões de beneficiários, adquiriu apenas 60.401 toneladas e 36.484 toneladas de alimentos, respectivamente, nos anos de 1990 e 1991.

O Programa de Apoio Nutricional da LBA/MAS (ex PCA), destinado ao atendimento de gestantes, nutrizes e crianças de 06 a 36 meses, sofreu uma redução do atendimento na ordem de 45% quando comparados ao ano de 1988.

O Programa Nacional de Leite para Crianças Carentes, a cargo do Ministério da Ação Social, teve sua execução suspensa em 1991, e destinava-se às famílias carentes com crianças menores de 7 anos de idade.

A saúde e estado nutricional de crianças foram avaliados em 2 pesquisas nacionais. A primeira delas, realizada pelo IBGE em 1974/75 e, mais recentemente (1989), a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição - PNSN, realizada pelo INAN/MS. Os dados obtidos nestas pesquisas, quando comparados entre si, mostram que a situação da saúde da criança melhorou. No entanto, revelam que o Norte e o Nordeste, continuam com os índices mais elevados de desnutrição, bem como que as condições de saúde e nutrição da população rural, relativamente à urbana nas diferentes regiões, é mais grave. Como exemplo, os dados demonstram que a prevalência de baixo peso ao nascer, indicador da situação nutricional da gestante, é de 12% no Norte e Nordeste enquanto que no Sudeste esse índice é de 9%. Crianças de baixo peso ao nascer, naturalmente, apresentam maior risco de adoecer e morrer por patologias diversas. Quanto à abrangência dos programas governamentais de distribuição de alimentos, direcionados ao grupo materno-infantil, a PNSN revelou que as populações da zona rural, paradoxalmente, não têm sido atingidas ou beneficiadas por estes programas.

A melhoria da situação de saúde e nutrição das crianças deve-se muito mais ao aumento da cobertura do saneamento básico, do atendimento médico, da vacinação e de um maior número de profissionais de saúde na rede, dentre outros fatores. Em contrapartida, os programas de suplementação alimentar, pouco contribuíram para essa melhora, dada a forma como são desenvolvidos, não fixando uma população de alto risco como prioridade e sem que os serviços de saúde realizem uma triagem de usuários baseada em parâmetros nutricionais e por faixa etária.

Aliados aos problemas de retração de recursos aplicados na área, esses programas jamais pretenderam questionar a reversibilidade de determinação social da fome e desnutrição. Ao longo do tempo, caracterizam-se pela baixa cobertura populacional e baixo impacto nutricional, sendo inclusive reprodutores de desigualdade regional e social, conforme demonstram os dados da PNSN. Esses programas têm maior cobertura em regiões mais desenvolvidas (Sul, Sudeste) em detrimento das regiões mais carentes (Norte, Nordeste). Além disso, as respostas imediatas e paliativas desses programas buscam dar legitimidade ao Estado, em especial em períodos eleitorais ou de intensos movimentos sociais.

Foram identificadas e propostas algumas linhas de atuação que possibilitariam a redução significativa do atual quadro de fome e desnutrição:

1. Fortalecimento do INAN como órgão formulador e coordenador da Política Nacional de Alimentação e Nutrição que deverá ter como prioridade o estabelecimento de ações e atividades que permitam acompanhar, continuamente, as tendências do quadro nutricional da população brasileira. Nos serviços de saúde devem ser criados mecanismos de rápida intervenção, com a implementação do Sistema de referência e contra'referência da rede de saúde, para os casos mais graves das deficiências nutricionais. Para tanto, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional deverá ser reestruturado e reorientado, tornan-

do-se integrado ao Sistema de Vigilância à Saúde. Ressalta-se que não é função social do setor saúde a distribuição de alimentos. Essa atividade deve ser de responsabilidade dos órgãos assistenciais (LBA, Secretaria do Bem Estar Social), cabendo ao setor saúde diagnosticar e referenciar a clientela a ser atendida em programas de suplementação alimentar. Portanto, estes devem incluir critérios nutricionais para definição de seu público-alvo.

2. Reativação da Comissão Interministerial, composta por representantes dos Ministérios da Saúde, Ação Social, Educação e Agricultura, visando elaborar propostas que permitam integrar, padronizar e racionalizar as ações de Governo, no que se refere à compra de alimentos, com o objetivo de otimizar os recursos e garantir a lisura e transparência das despesas públicas.

3. Implantação e implementação efetiva de uma Política Agrícola: o estabelecimento de uma política de alimentação e nutrição requer, previamente,a implantação de uma reforma agrária séria e confiável, discutida no âmbito de amplos setores da sociedade e com a participação efetiva dos trabalhadores rurais, promovendo, concomitantemente, as condições essenciais à fixação do homem ao campo (assistência técnica, saneamento básico, educação, equipamentos de saúde locais etc.)

A política agrícola deve estimular, prioritariamente, a produção de alimentos básicos pelos trabalhadores rurais, oferecendo alimentos em qualidade, quantidade e menor custo à população em geral e, em particular, às camadas sociais menos favorecidas, respeitando, inclusive, as culturas e hábitos alimentares de cada local.

Destaca-se, neste ponto, a urgência na formação de uma Comissão de Planejamento Agrícola, em cada região, no intuito de fornecer apoio, organização e assessoramento às políticas agrícolas e agrárias locais e nacional, fomentando, inclusive, as discussões com a sociedade em geral e trabalhadores rurais, em particular, sobre a questão alimentar e nutricional, dentre outras.

4. Descentralização da gestão e ações/intervenções na área de Alimentação e Nutrição: os municípios brasileiros devem estar aptos a gerenciar a política de alimentação e nutrição de suas populações, tendo em vista que a identificação e a solução dos problemas alimentares e nutricionais devem ser, na medida do possível, buscadas a nível local. Cabe ao Governo Federal fornecer as condições necessárias à execução de tal tarefa, viabilizando-a inclusive, através de repasses financeiros. No entanto, o Estado não deve se eximir da responsabilidade de estabelecer uma política de alimentação e nutrição, dada a complexidade de setores envolvidos e ações a serem definidas para a solução do problema alimentar e nutricional.

A descentralização permite, além disso, que as comunidades fiscalizem a aplicação e o uso do dinheiro público destinado à satisfação das necessidades dessas mesmas comunidades. Enquanto o processo de descentralização não seja efetivado, é essencial que as aquisições de alimentos destinados aos programas governamentais sejam racionalizadas, e que seja dada a máxima transparência possível a todo o processo operacional que permeia essas aquisições.

5. Criação e promoção de programas de cestas básicas: o Ministério do Trabalho deverá incentivar a criação de programas de cesta básica para os trabalhadores, sendo estes coordenados pelas próprias empresas empregadoras. Ao Governo cabe o incentivo fiscal e promoção dessa iniciativa, junto ao setor privado, de forma a atingir e beneficiar toda a classe trabalhadora e suas famílias, prejudicadas pela política econômica do Governo.

6. Efetivação de programas de atenção integral ao idoso: atualmente, o Brasil possui cerca de 10 milhões de idosos; a estimativa para o ano 2000 chega a 30 milhões de pessoas idosas. No entanto, não existe qualquer política e estratégia de atuação do Governo para assistir a essa população, afetada por problemas que vão desde o isolamento social, problemas de saude e nutricionais, além das patologias degenerativas que afetam esse grupo populacional. É necessário o estabelecimento de um programa assistencial amplo direcionado ao idoso, inclusive en-

globando ações no âmbito do setor saúde.

7. Incentivo ao desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre alimentação alternativa: Experiências diversas, em diferentes pontos do país vêm se utilizando da denominada alimentação alternativa, especialmente no combate à desnutrição. Embora seu uso esteja bastante disseminado não há estudos que comprovem efetivamente os seus benefícios na recuperação e/ou prevenção da desnutrição. É necessária a realização de estudos que concluam a respeito das vantagens e desvantagens do seu uso. Para tal faz-se necessário compreender que a alimentação alternativa não representa uma concorrência à alimentação tradicional, mas deve ser entendida como um esforço das comunidades mais carentes para enfrentar a problemática da fome.

8. Convocação imediata da 2ª Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição: A realização da 1ª Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, como tema específico da VIII Conferência Nacional de Saúde, possibilitou a discussão da Política de Alimentação e Nutrição, envolvendo, além de representantes de diferentes setores governamentais e áreas acadêmicas, amplos segmentos da sociedade. A experiência deve ser retomada, devendo, no entanto, ser garantido que suas resoluções sejam encaminhadas de forma a garantir a formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, tratando de forma global e integrada a problemática em todos os seus níveis de determinação.

9. Priorização de crianças menores de 2 anos e gestantes em programas governamentais de distribuição de alimentos especialmente no Nordeste, onde estão concentradas cerca de 50% das crianças desnutridas do país. Nesses programas deve estar garantido o uso dos estoques reguladores de alimentos do Governo.

10. Propostas que foram sugeridas para implementação pelo INAN:

- retornar o controle da fluoretação das águas de abastecimento;
- atualização das tabelas de composição química de alimentos;

- revisão e atualização da cesta básica nacional;

- fomentar a capacitação de recursos humanos para a área de alimentação e nutrição; e

- reativação do Conselho Técnico-Consultivo da Instituição.

1.26 - POLÍTICA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Coordenador: Alaor Carlos de Oliveira Júnior

Painelistas: Amal Kozac Nóbrega
André Maria Silveira
Araré Gonçalves Cordeiro Júnior
Henry Eugênio Juval Júnior
João Baptista Risi Júnior
José Isaac Pilati
Luiz Felipe Moreira Lima
Sezifredo Paulo Alves Paz

Relatores: Gilberto Amado Pereira Alves
Paulo Cezar Augusto de Souza

I. INTRODUÇÃO

"Vigilância e Ação de Saúde"

Construída à margem dos sistemas de saúde dos estados e de uns poucos municípios, a Vigilância Sanitária caracterizou-se, principalmente, pela sua ação fiscalizadora e ao longo dos anos vem sendo identificada de forma desvirtuada no contexto dos modelos de atenção à Saúde até hoje propostos.

A sua estruturação centralizada, associada a um planejamento normativo aleatório, contemplava o atendimento de denúncias e a execução de rotinas, ao mesmo tempo em que afastava o componente epidemiológico e impedia a necessária integração entre a identificação dos problemas e as suas soluções.

Da mesma forma, atuando de modo dissociado, a Vigilância Epidemiológica respondia apenas pelo controle das doenças transmissíveis.

Apesar das duas linhas de Vigilância terem se desenvolvido e de terem sido identificadas interfaces entre ambas, a dissociação se consolidou, fazendo com que as atividades desenvolvidas tivessem pouco impacto sobre os problemas de saúde.

Ao se propor como um dos instrumentos fundamentais na construção da cidadania, a Reforma Sanitária coloca de forma transparente a necessidade da inter-relação entre as formas tradicionais de vigilância, recuperando o conceito de "VIGILÂNCIA E SAÚDE" como ação de saúde pública.

A construção do Sistema Único de Saúde impõe a superação das ações compartimentalizadas e pontuais, da dicotomia entre o individual e o coletivo, registrando a necessidade da integralidade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Mais do que isso, o sistema a ser construído requer uma articulação entre os diferentes setores envolvidos na execução das políticas sociais (obras, saneamento, educação e bem estar), visando a criação de um modelo de "Vigilância à Saúde" capaz de atuar de forma integrada sobre os determinantes do processo saúde/doença.

A ação de vigilância, portanto a AÇÃO DE SAÚDE, está diretamente relacionada com o agir sobre a qualidade de vida. Antiga reivindicação do Movimento Sanitário Brasileiro.

É nessa área que o confronto de interesses no setor saúde estabelece a sua face mais concreta com o Estado, que assume o seu poder de autoridade sanitária para intervir no sentido de proteger o meio ambiente e a saúde, respondendo pela qualidade no consumo de produtos e na utilização de serviços, garantindo ainda a segurança nos ambientes de trabalho.

Alocar no município a base do planejamento ascendente na estruturação do Sistema Único de Saúde, garante a possibilidade da concretização do pensar o problema aonde ele ocorre, tornando mais fácil a necessidade de mobilização dos recursos para a sua solução, além de garantir o controle social e a imprescindível participação popular na priorização das ações a serem implementadas.

É necessário organizar uma estrutura baseada em sistemas hierarquizados, articulados e complementares entre os níveis federal, estaduais e municipais, com a elaboração de códigos de saúde que respeitem e garantam as três esferas de comando do Sistema Único de Saúde.

Como as ações individuais têm sido historicamente priorizadas em detrimento das ações coletivas, torna-se também absolutamente imprescindível garantir o financiamento das ações de vigilância, incluindo as atividades educativas e de fiscalização, a partir de dotação orçamentária específica em co-

munidade administrativa, consignando ainda os recursos oriundos dos procedimentos administrativos aos fundos de saúde da esfera correspondente.

A Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde estabelecem claramente novas competências para o setor de saúde, ao mesmo tempo em que impõem a revisão das competências e a redistribuição das ações anteriormente a cargo dos Ministérios da Agricultura, do Trabalho e de Minas e Energia, aportando para a necessidade de reorganizar a atuação inter-institucional da vigilância, dentro de sua contextualização mais abrangente, a partir dos princípios e normas estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde.

II. ASPECTOS A SEREM PRIORIZADOS

1. DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARA OS MUNICÍPIOS, COM APOIO TÉCNICO-FINANCEIRO DA UNIÃO, DOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL:

- Estabelecer um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, estruturado de forma hierarquizada com articulação e complementaridade entre as três esferas de comando do Sistema Único de Saúde;

- Definir os níveis de atuação e competência de cada esfera de governo, com gestão única em cada nível sem sobreposição de papéis;

- Reorganizar a atuação inter-institucional e intersocial da Vigilância a partir dos princípios e normas estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde;

- Assegurar o financiamento das ações de vigilância à saúde em todos os níveis do orçamento do Sistema Único de Saúde, além de identificar fontes alternativas complementares, não associando a remuneração do setor aos procedimentos realizados.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA COMO AÇÃO DE SAÚDE:

- Explicitar e difundir a missão, função e vocação da Vigilância Sanitária como ação de saúde de todos os níveis hierárquicos do sistema;

- Estruturar e implantar o Serviço de Vigilância Sanitária integrando-o ao Sistema Único de Saúde;

- Adotar o Modelo de Planejamento Estratégico Situacional Ascendente e descentralizar as ações de Vigilância para os programas das Unidades Básicas de Saúde dos municípios;

- Utilizar o enfoque de risco e a informação epidemiológica para a priorização e desenvolvimento das ações de vigilância e programar suas atividades como base no mapeamento do quadro nosológico local;

- Utilizar indicadores sócio-econômicos para a orientação programática;

- Adotar o conceito de Vigilância à Saúde como forma de garantir a qualidade de vida;

- Adotar o princípio da integralidade das ações;

- Alocar recursos humanos adequados à missão e função da Vigilância Sanitária.

3. PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL NA PRIORIZAÇÃO DAS AÇÕES NOS TRÊS NÍVEIS DE GOVERNO:

- Definir as prioridades através dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde;

- Manter a população informada quanto ao potencial do serviço e a sua forma de utilização pelo usuário;

- Estabelecer relações de utilização com a comunidade, o setor de serviços e o setor produtivo;

- Universalizar o conhecimento e consciência dos riscos potenciais como forma de prevenir os agravos à Saúde;

- Priorizar as ações com base no referencial do respeito à cidadania, contemplando o interesse coletivo em detrimento dos interesses

individuais;

- Incorporar a participação das entidades de representação dos trabalhadores nas ações de vigilância dos ambientes de trabalho.

4. ASPECTOS REFERENTES À LEGISLAÇÃO SANITÁRIA:

- Adotar uma legislação adequada ao Sistema Único de Saúde, padronizando e priorizando os procedimentos administrativos da prevenção e apuração das infrações;

- Inserir, de modo bem definido na legislação, todos os aspectos relativos à forma inicial de intervenção e subsequentes procedimentos estabelecidos, normas orientadoras comuns à autoridade sanitária, ao administrado e ao próprio juiz de direito, propiciando segurança a cada um dos protagonistas envolvidos no processo administrativo sanitário;

- Elaborar Códigos Sanitários Municipais, Estaduais e Nacional, adequados à legislação e às diretrizes do Sistema Único de Saúde;

- Operacionalizar todas as ações de Vigilância à Saúde, ainda hoje impropriamente executadas pelos Ministérios da Agricultura, do Trabalho e de Minas e Energia, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

1.27 - REFORMA SANITÁRIA: CORRENTES DE PENSAMENTO

Coordenador: Paulo Dantas

Painelistas: Deputado Federal Clóvis Assis (PDT-BA)
Luís A. de Oliveira
Leôncio Feitosa (Coord. da Saúde do Governo Paralelo - PT)
Antônio Luiz Caldas Jr. (Representante do PC do B)
Deputada Estadual Lúcia Souto (PPS-RJ)
Deputado Federal Célio de Castro (PSB-MG)
Sarah Escorel (CEBES)
Arlindo Fábio Gómez de Sousa (ABRASCO)

Relatora: Carmen L. Degani Tschiedel

** Não enviaram representantes: PMDB, PSDB, PFL e PRN.

O representante da Abrasco abriu os trabalhos baseando sua intervenção no documento SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA, elaborado pelas diretorias da Abrasco e do Cebes como contribuição para os debates da IX CNS, destacando dois pontos fundamentais em relação à Reforma Sanitária (RS):

* Reafirmação do texto constitucional, em relação à Saúde e Seguridade Social;

* Necessidade de implantação do SUS enquanto estratégia para consolidação da RS.

Citou a atual crise moral e ética do Estado brasileiro, representada pela situação de ingovernabilidade do país e a necessidade do impeachment. Crise de identidade que atinge até mesmo os partidos políticos e demais organizações da sociedade civil, atuando como fator inviabilizador da RS e que coloca o desafio da definição de um projeto nacional, resgatando os princípios éticos indispensáveis à construção de uma sociedade que:

- avance nas relações entre indivíduo e Estado e as Nações, reafirmando o compromisso com a democracia;

- direcione o crescimento econômico para atender às necessidades fundamentais dos cidadãos, através de políticas sociais que garantam o acesso aos bens e serviços essenciais à qualidade de vida;

- respeite o direito às diversidades regionais e às diferenças individuais;

- comprometa-se com a preservação do meio ambiente.

Este desafio supõe, portanto, o delineamento de políticas nacionais que ampliem o papel do Estado na área das políticas sociais, em oposição a atual política proposta pelo governo.

Salientou ainda a importância de apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico, autônomo e soberano, adequado à realidade local, à necessidade de fortalecimento do poder local para ampliação do controle social, a não-manipulação da comunicação, com a garantia do direito à informação. Este conjunto de postulados devem ganhar complexidade quando da democratização do aparelho do Estado, garantindo o exercício dos direitos dos cidadãos através do fortalecimento da ação legislativa e do Ministério Público.

Concluindo, colocou ser esta a modernidade que queremos: a construção de uma sociedade que, ao mesmo tempo que busca a eficiência e a eficácia, a incorporação dos avanços tecnológicos, garanta os direitos sociais e individuais e a dignidade de cada cidadão, numa sociedade independente, livre, democrática, justa e solidária, capaz de erradicar a pobreza e a marginalização, de reduzir as desigualdades sociais e regionais, de promover o bem de todos, sem preconceitos e discriminações, onde prevaleçam os direitos

humanos e a defesa da paz.

O deputado Clovis Assis afirmou que o PDT quer a RS como garantia de cidadania do povo brasileiro e ressaltou os seguintes pontos:

- Luta pela municipalização, iniciada em 1963, tendo sido proposta na II CNS;

- Não ao projeto neoliberal do governo Collor;

- Imediato cumprimento da RS, com a descentralização politico-administrativa e comando único municipal para executar o que os movimentos sociais reivindicam;

- Determinação de prazo ao governo para a conclusão da implantação da RS;

- Não à privatização do conhecimento, colocado na Lei das Patentes;

- Não à privatização dos Hospitais Universitários, pela sua reforma;

- Não à privatização da Saúde e Seguridade Social;

- Consórcios de municípios devem ser realizados por municípios já municipalizados, se assim o desejarem, com autonomia e não por ordem do Governo Federal;

- Defesa da criança, com ações integrais através dos CIEPS;

- Implantação imediata dos Conselhos de Saúde, municipais e estaduais. Repúdio à posição do governador Antonio Carlos Magalhães, que se manifestou contra a implantação dos Conselhos;

- Defesa da regulamentação do artigo 211, inciso quinto da Constituição Federal, que defende a cidadania dos deficientes físicos;

- Política de seguridade social para os aposentados: não à aposentadoria por idade;

- Apoio ao substitutivo do Senador Darcy Ribeiro à LDB;

- Apoio à educação médica continuada, paga pelo governo.

Além destes pontos, o deputado apresentou três propostas políticas a serem defendidas pela bancada do PDT:

- Apoio imediato às CPIs, quaisquer que sejam (Vasp, BB, PC), valorizando o poder político do Congresso Nacional, sem pré-julgamento por parte do PDT;

- Não ao neoliberalismo collorido;

- Não à privatização.

O representante do PT, Leôncio Feitosa, salientou a participação do Partido dos Trabalhadores na defesa, condução e aprovação do processo de Reforma Sanitária, via SUS e L.D.S., conquistas que sofreram estancamento pelos vetos presidenciais e pela não-implantação do SUS em todo o território nacional.

Ressaltou a importância da imediata distribuição da renda e do patrimônio, criticando o modelo neoliberal imposto pelo FMI e implementado por este governo corrupto, sem ética, sem legitimidade política e mora. Governo que, mesmo combalido, propõe uma Reforma Fiscal que arranha a Constituição.

Criticou o desvio de recursos públicos para o setor privado e o desmonte do Sistema Público de Saúde, defendendo um serviço publico de qualidade, como direito inalienável à vida.

Salientou que o conjunto das prefeituras administradas pelo PT estimula e obedece às deliberações das instâncias de controle da sociedade. Afirmou a melhoria da qualidade da promoção e prevenção no setor saúde nas prefeituras do PT, apesar da carência de recursos, através da forte vontade política, da transparência dos gastos públicos e da discussão do orçamento dos municípios com a população

Colocou que a RS não existirá por decreto, mas se dará por inteiro com a participação da sociedade, cônscia dos seus direitos e deveres.

Concluindo, apresentou as propostas

do Governo Paralelo do PT para o setor saúde:

- Implantação do SUS em todo o território nacional, com atenção integral, gratuita e de qualidade;

- Democratização e humanização da gestão do SUS;

- Aumento efetivo do volume de recursos para o setor saúde: 4,5% do PIB na área federal e 10% do orçamento dos municípios e estados;

- Elevação da eficácia da aplicação dos recursos, sem perdas via corrupção;

- Resgate do caráter público dos serviços públicos de saúde.

O representante do PC do B, Antonio Luiz Caldas Jr. (Botucatu/SP), colocou que a RS comporta mais do que discussão de instituições, recursos ou alternativas administrativas. A RS compreende um processo social de transformação das condições da existência humana, que ocorre numa sociedade concreta, com relações de classes e interesses antagônicos.

Ressaltou as conquistas políticas no campo jurídico-institucional, através de um processo longo e penoso, que iniciou na década de 60 e teve na VIII CNS seu ponto alto, como resultante conjuntural das correlações de forças políticas que superaram o caráter conservador do Estado brasileiro. Reconheceu os avanços do sistema de saúde com o SUS, apesar dos erros e das limitações, a partir de 89, impostas pelo Governo Collor, tendo avançado apenas em alguns municípios.

Apontou, como causas da derrocada do SUS, o modelo neoliberal privativista da saúde e da previdência, o entreguismo, a recessão e o sucateamento da economia, o desemprego, o arrôcho salarial e o caráter autoritário, arrogante e centralizador do Governo Collor.

Salientou o flagrante desrespeito do governo à Constituição, chamando a palavra de ordem Fora Collor, por entender que a política de genocídio extermínio praticada é suficiente para o afastamento do presidente.

Colocou, como negação absoluta dos princípios e diretrizes do SUS o fato da gestão dos recursos ser feita pelo Inamps que, embora com quadros valiosos, é sabidamente o reduto mais reacionário da medicina privada, dos fraudadores e empresários da saúde.

Endossou as plataformas da CUT, da Plenária Nacional da Saúde, da Abrasco e do Cebes, salientando a importância da união em torno de uma proposta comum. Disse, ainda, não ser possível discutir a RS sem discutir a crise atual do governo, pois este descalabro não será superado pela vontade de um ministro ou dos técnicos, salientando que aqueles que querem provar sua responsabilidade devem se retirar deste governo.

Defendeu as instâncias gestoras do Sistema, colocando que o Conselho Nacional de Saúde deveria se posicionar sobre as questões estruturais e conjunturais; que os sindicatos, Movimento Popular e partidos deveriam combater a política neoliberal do governo, com os Conselhos de Saúde assumindo a plenitude de suas atribuições, encaminhando as deliberações da IX CNS.

Concluindo, colocou que o compromisso do PC do B é a luta pelo avanço do SUS e que as más condições de saúde da população decorrem do caráter capitalista do Estado burguês, tendo a certeza científica que, apesar dos avanços, não conseguiremos superar a crise. Apontou o socialismo como solução para alcançarmos a plenitude da vida que almejamos.

A deputada Lúcia souto (PPS) iniciou dizendo que IX CNS tem o mérito e a possibilidade de expressar, de maneira eloquente, o desejo e a vontade da cidadania brasileira. Destacou o sentimento de emoção que as palavras mágicas - FORA COLLOR - despertam, traduzindo a contestação do modelo de Estado brasileiro (corrupto e privado, imagem e semelhança de suas elites). Criticou o pagamento do serviço da dívida externa com a diminuição dos gastos sociais e o projeto perverso de reforma fiscal, intolerável pela permanência do apartheid.

Colocou que o processo doloroso da democratização da sociedade brasileira vai exigir não só a reforma do Estado, mas de todo o processo de restituição da cidadania.

Salientou que é preciso que reflitamos

como vamos viabilizar este país para que nos apropriemos dele, para que ele tenha nossa cara. Que é preciso superar o paradigma atual que confunde saúde com Sistema de Saúde.

Concluindo, disse que os partidos tem que contemplar a indignação das pessoas, que não querem mais conviver com esta imoralidade e que a IX CNS deve sinalizar o Brasil criativo, plural, democrático, vivo, estabelecendo um pacto de viabilidade, porque senão inviáveis seremos nós, como existência humana.

O deputado Célio Castro (PSB) começou falando como profissional de saúde que viu o processo de deterioração do SUS e como deputado, as vicissitudes da crise política do país. Salientou que o seu partido não veio para propor ou dar rumos para o setor saúde, por ser esta uma tarefa desta IX CNS. Em sua intervenção analisou a destruição deliberada do setor saúde, apelando ao Ministro da Saúde para que busque o repasse dos recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

Disse que a decisão de desmoralizar o Sistema Público de Saúde é programada e criminosa, levando os profissionais de saúde a envergonharem-se de seu trabalho, gerando desconfiança e falta de credibilidade por parte da população: o que é público não tem dono, o usuário não é cidadão e não merece respeito.

Para o PSB, a crise da saúde não será resolvida com propostas tecnicamente corretas, uma vez que a questão básica, a origem dos problemas, está na grave crise política que hoje avassala a Nação. É preciso superar o projeto estabelecido pelo Governo Collor, que atende aos interesses da comunidade financeira internacional, destruindo, alienando o patrimônio nacional. A Reforma Fiscal e a brutal política recessiva não tem outro objetivo senão o de gerar 3% do PIB para fazer face aos contratos estabelecidos com o capital estrangeiro.

Concluiu dizendo que a IX CNS tem uma missão que transcende as importantes discussões técnicas. A IX CNS tem que transformar-se numa grande plenária, num grande tribunal que julgará a proposta do governo brasileiro, por inteiro num grito uníssono de FORA COLLOR, para o Brasil ser salvo.

Sarah Escorel, do Cebes, lembrou que a entidade, criada em 1976, sempre esteve na luta pela transformação das condições de vida de saúde da população brasileira, e que hoje a entidade, no interior do Movimento da Reforma Sanitária, firma sua proposta na idéia de que a saúde é qualidade de vida.

Afirmou que a RS, para o Cebes, é um país onde em cada mil crianças que nascem não morram mais de 60 antes de completar um ano de vida; onde não haja fome e desnutrição; onde as pessoas tenham casa, água e saneamento básico; não adoeçam de malária, hanseníase, tuberculose, meningite e cólera; onde as doenças cardiovasculares parem de matar, bem como a violência no trânsito e as doenças profissionais; onde a população seja protegida contra a poluição do ambiente, incluindo o ambiente de trabalho; onde o exercício da cidadania não seja violentado no seu cotidiano; onde a população consiga atendimento se vagar dentro de uma ambulância, sem enfrentar filas, sem ter de esperar semanas por uma consulta ou pagar por fora os serviços necessários; onde a população não seja maltratada por policiais e funcionários; que possa comprar o remédio prescrito e não o fornecido pelo serviço de saúde; que o cidadão possa internar-se em um hospital com boas condições de higiene e ter seu diagnóstico em tempo hábil; onde não haja risco de contrair Aids, hepatite e outras doenças por transfusão de sangue e onde o cidadão tenha onde reclamar da má qualidade do atendimento.

Colocou que, sendo expressão das condições objetivas de vida, a saída é melhor indicação de sua qualidade. Que saúde e cidadania são faces da mesma moeda: conquistam-se de forma indissociável. E que a evidência dramática da precária conquista da cidadania pela maioria dos brasileiros, revelada pelo seu quadro de saúde, obriga a pensar no papel revolucionário que o setor saúde pode ocupar no processo de construção da cidadania.

Concluindo, apontou as principais propostas do documento conjunto elaborado pelo Cebes e Abrasco como contribuição para os debates da IX CNS

- Reiteração dos conceitos e princípios que

regem a doutrina da Seguridade Social;

- Reiteração da doutrina contida no Relatório da VIII CNS (1986), quanto à saúde e a RS, com a compreensão de que a IX CNS é aprofundamento e atualização daquela, sem rupturas;

- Cumprimento pelo governo e pela sociedade dos preceitos constitucionais legais referentes à Seguridade Social e à Saúde;

- Total rejeição das propostas de privatização da Previdência Social e da Saúde ensaiadas pelo governo e defendidas por alguns técnicos e empresários, como solução para a falta de eficiência do setor público;

- Rejeição do pacote fiscal e das propostas de emendas constitucionais que revogam os direitos sociais, trabalhistas e previdenciários já conquistados (à exceção daqueles que configuram claros e injustificados privilégios corporativos e que merecem rediscussão);

- Condenação de política econômica do Governo Collor e dos acordos internacionais que vêm penalizando o país como um todo, mas especialmente a classe trabalhadora e a população mais pobre;

- Defesa intransigente do processo democrático como única via do desenvolvimento da justiça social e da saúde.

Entre as propostas surgidas no decorrer dos debates destacamos as seguintes:

- Luta por Lei Orgânica de Assistência Social, para impedir que os corruptos usem o aparelho de Estado para clientelismo e demagogia em busca de votos entre a população carente;

- Pela reorganização da atividade dos Hospitais Universitários e regulamentação da ação da comunidade médica acadêmica, no sentido de fazer com que o produto do conhecimento acumulado se dirija aos interesses da comunidade;

- Proposta de uma grande manifestação social pelo Controle Social, em defesa da Vida, da Saúde Pública e da RS;

- Exigência de coerência aos partidos políticos que, mais do que dizer têm que provar a serviço de quem estão. Os que estão do lado do povo têm que exigir FORA COLLOR JÁ!;

- Pela qualificação dos Recursos Humanos, que atenda à política do coletivo dos profissionais de saúde dentro do SUS;

- Nota de repúdio ao tratamento do governador da Bahia aos delegados deste estado à IX CNS, impedindo o comparecimento dos mesmos;

- Solicitação, pelo representante substituto do PDT, de apoio ao Ministro Jatene, para sua permanência junto ao Ministério;

- Voto de solidariedade da IX CNS às nações da América Latina que estão em situação semelhante à brasileira;

- Leitura, pelo representante do PT, do documento A IX Conferência em defesa da vida e da ética - Fora Collor! Este documento, com pequenas alterações, foi aprovado na Plenária final como Carta da IX Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira - Em Defesa da Vida e da Ética. FORA COLLOR.

2 - CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE[1]

MOISÉS GOLDBAUM[2]

1 - Apresentação feita no painel sobre Ciência e Tecnologia em Saúde na IXª Conferência Nacional de Saúde, em 10 de agosto de 1992, Brasília, Brasil.

2 - Consultor nacional da Organização Panamericana da Saúde, Brasília. Professor assistente-doutor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

A geração e aplicação dos novos e revolucionários conhecimentos técnico-científicos exercem extraordinária influência no processo de rápidas e profundas transformações experimentadas pelas modernas sociedades. O reconhecimento deste fato é aceito de forma unânime sua expressão grava-se em todos os setores determinando, entre outros, novas lógicas de distribuição de riquezas, bens e serviços, assim como o reordenamento da economia mundial e a reestruturação das relações entre os diferentes países e grupos sociais.

A importância da C&T na área da saúde é igualmente notável e a sua avaliação pode ser aferida tanto pelo impacto que provoca na situação de saúde das populações, quanto pelo seu peso na economia mundial.

O primeiro é percebido pelas marca das modificações dos perfis epidemiológicos que vêm-se consagrando mais tradicionalmente, por intermédio, das noções de "transição epidemiológica", cuja expressão maior permite identificar as desigualdades quando se compara os indicadores de saúde dos países centrais com aqueles dos países periféricos, nos quais a inovação, incorporação e absorção das modernas tecnologias é, ainda, incipiente e caracterizada pela iniquidade na sua oferta. O controle conquistado sobre as doenças de natureza infecciosa, a erradicação de quadros mórbidos, o melhor conhecimento das doenças crônico-degenerativas e a emergência de novos problemas são alguns dos seus marcadores sobejamente conhecidos.

O seu peso econômico é aferido pelo complexo produtivo que envolve o setor saúde, nos diferentes níveis de prevenção, diagnóstico e terapêutica, traduzidos na oferta de equipamentos, medicamentos, insumos biológicos, etc. Além da evidente importância econômica dos produtos em si, dada pelo alto investimento necessário para o desenvolvimento tecnológico, a operacionalização de complexa área administrativa, para a sua gerência, implica a movimentação de parcelas substanciais de recursos dos países. Os elevados custos decorrentes do processo de inovação técnico-científica e sobretudo da aplicação e utilização de seus resultados tornam insustentáveis a sua incorporação e obrigam a revisão contínua da racionalidade do emprego de recursos visando adequá-los aos preceitos de universalidade e equanimidade da atenção à saúde.

Este quadro vem exigindo tanto dos países centrais quanto daqueles de economia semelhante à nossa e, sobretudo nesses últimos a elaboração e implementação de propostas para equacionar a complexidade dos Sistemas de C&T em Saude, em função das novas situações conjunturais e conformações estruturais.

Pensar este problema exige, por estar ele inserto nos modelos de desenvolvimento sócio-econômico, uma análise preliminar dos projetos que orientam os grandes processos de natureza estrutural da sociedade. Para tanto, impõe uma incursão nestes modelos, especialmente nas políticas econômica e de C&T para compreender a lógica das políticas de C&T em Saúde.

Não se pretende, neste momento, esgotar e nem aprofundar de modo definitivo a compreensão do modelo neo-liberal predominante na realidade brasileira; minimamente por escapar do nível de competência do expositor. Entretanto, espera-se, tomando este modelo como referência, descrever suficientes elementos para elaborar, a título de contribuição para o debate, propostas visando o

resgate de processos de pleno desenvolvimento, nas condições dadas, da Ciência e Tecnologia em Saúde.

A nova realidade mundial caracteriza-se pela reorganização da economia com a constituição de grupos de nações se articulando para, em conjunto, responder as suas demandas e aquelas do mercado mundial. Neste processo surge com redobrado vigor as formulações neo-liberais, procurando orientar o crescimento econômico pela lógica do livre mercado. Estas orientações ganharam forças nos últimos anos pela crise econômica que nos acompanha e se viu reforçada com os recentes acontecimentos no Leste Europeu, que culminou com fim do socialismo real. Observam-se profundas mudanças na divisão do trabalho no mundo; constituem-se os grandes blocos econômicos de nações - como por exemplo o bloco asiático - quando a tendência é dominada totalmente pela onda neo liberalizante e é adotada e assumida pelos países, em especial do Terceiro Mundo. Nesta perspectiva, a lógica está baseada naquela ditada pela importância do mercado livre, enquanto regulador do desenvolvimento econômico. É interessante registrar que esta política passa a representar a panacéia para as economias "subdesenvolvidas" e, desde há algum tempo, vem sendo adotada, em maior ou menor intensidade e velocidade, pelos nosso governantes.

Este processo é marcado pela internacionalização da economia, com a abertura ampla de mercados para buscar a garantia de acesso às novas tecnologias. Os modelos implantados variam, segundo as diferentes realidades sociais; entretanto, na relação dos países centrais com os periféricos, este últimos na busca das tecnologias acabam por assumir um papel subalterno de quase total dependência dos produtores. A posição destes países resume-se com frequência, à compra de tecnologias, ou, eventualmente, a projetos de fusão de interesses para prover o acesso às tecnologias na sua versão completa e acabada. Transformam-se em amplos mercados que, de um lado, reali-zam e concretizam o consumo de tecnologias e, de outro, favorecem a busca de novos produtos pesquisados e gerados no âmbito dos grandes países produtores, reforçando e acentuando o carater hegemônico do Primeiro Mundo.

A identificação do determinante desta hegemonia e do papel subalterno dos mercados dependentes é feita a partir do domínio tecnológico, ou seja, pela capacidade de gerar novos produtos e promover o progresso tecnológico. Desprovido deste, a entrada na reprodução de tecnologias levará certamente a rápido processo de obsolescência do parque produtivo, com consequências desastrosas para o crescimento da economia. É sabido que a utilização extensiva de mão-de-obra e a exploração dos recursos naturais não mais representam, na atual conjuntura, vantagens substanciais no desenvolvimento econômico.

O aumento da produtividade depende de mudanças na estrutura produtiva, tendo por base a moderna tecnologia dependente de volumes substanciais de investimentos, como ficará detalhado mais adiante. Desde já, entretanto pode-se deixar em destaque a apreensão do domínio tecnológico, como elemento imprescindível para a alavancagem do desenvolvimento econômico.

Os programas nacionais têm enfatizado a busca de produtividade e qualidade, em relação à produção industrial. Nas bases atuais, busca-se melhorar o padrão e atingir o máximo em qualidade, o que significa, uma vez mais, do ponto de vista tecnológico conquistá-las na perspectiva da inovação tecnológica. De outro modo, qual seja, alcançá-las nos limites do conhecimento dado, significa trabalhar num horizonte onde, certamente, o competitivo de hoje tornar-se-á o obsoleto de amanhã; e, um amanhã, haja vista a rapidez das transformações, muito próximo. Os exemplos são inumeros e o distanciamento que se vem produzindo em relação à fronteira do conhecimento, nestas condições, acentuam-se em proporções geométricas.

As propostas de abertura do mercado provocam um processo de competitividade, cuja implicação maior é estimular a concorrência da capacidade produtiva local até certos níveis e, seguramente, não o será em termos de inovação, nos quais se observa os saltos de qualidade e de produtividade. Nestes termos a busca por tecnologias é feita por instrumentos de compra, absorção das mesmas, sem conhecer a essência de seus meca-

nismos e operação, vindo a se constituir em verdadeiras "caixas-pretas". A tentativa de repetir os modelos asiáticos, como por exemplo o japonês, copiando-as é, hoje em dia, impraticável; além de, à época estabelecer um certo grau de parceria, o que era uma garantia de progresso conjunto, os processos atualmente são bem mais complexos e difíceis, não se reproduzindo nas mesmas bases.

Estas novas propostas vêm provocar uma ruptura no modelo de desenvolvimento científico e tecnológico implantado desde os anos 50, quando a influência americana o marcou decisivamente. O apoio à pesquisa básica, à pesquisa aplicada, ao desenvolvimento experimental e à produção, procurando a articulação harmônica do desenvolvimento científico e do desenvolvimento tecnológico, constituiu o instrumento para definir o paradigma produtivo, resguardando e estimulando a nascente industria nacional. O ponto de inflexão atual, fruto de políticas há alguns anos postas em prática, desloca a ênfase para a tecnologia mais próxima da produção, relegando a produção e capacitação científicas para planos terciários. O abandono ao desenvolvimento científico, medido diretamente pelos recursos postos à sua disposição, leva à posição de absorção de tecnologia, por intermédio de compra das mesmas ou de junções de empresas ou mesmo incorporando inovações geradas fora do ambiente próprio do país. Ignora-se até o fato de que para se bem comprar é necessário conhecer e entender a essência e a lógica da mercadoria. Nestas circunstâncias reforça-se a dependência existente entre os produtores e os que ficam em condições subalternas, como apontado no início da exposição.

No setor saude, o quadro é identico. Os avanços produzidos no campo dos fármacos, nas revolucionárias inovações provocadas pela Biotecnologia e pelos novos materiais, as radicais transformações nas técnicas diagnósticas providas pelas física e microeletrônica são exemplos marcantes da articulação de cada inovação ao desenvolvimento tecnológico e da forte base científica que o ampara. Em outros termos, a importação de matéria-prima para a produção de medicamentos, de equipamentos os mais variados, de material para cirurgia e tantos outros carregam consigo complexos conhecimentos científicos, sem os quais não poderiam ser concebidos, e que se vêm a constituir no seu processo de incorporação em verdadeiras "caixas-pretas" para os usuários, impedindo-os de conhecê-las e portanto dominá-las. Ao mesmo tempo, localmente passa-se a dominar as tecnologias que são novas e cujas programações são amplamente conhecidas, não trazendo benefícios necessariamente inovadores à comunidade.

Este é o dado de realidade. De um lado, nas nossas sociedades há um desprivilegiamento para não dizer abandono, de fomento ao processo de produção de conhecimentos, o que vem provocando a perda da capacidade de inovação. De outro lado, face à necessidade de investimentos maciços e substanciais para o desenvolvimento científico de tecnológico, haja vista, o investimento promovido por algumas empresas transacionais, cujos recursos aplicados superam em muito aqueles providos pelas nossas principais agências de financiamento, não se pode competir em condições de igualdade com o mundo produtor. As condições agravadas pela crise econômica e a disponibilidade de recursos são extremamente desfavoráveis.

Alguns países têm procurado soluções criativas, que implicam em amplas mobilizações sociais e desta forma participar deste seleto mercado de forma realmente competitiva. Pode-se tomar como exemplo, o caso de Cuba, que consciente da impossibilidade de atender ao amplo espectro de demandas, fez a opção por identificar campos de atuação com respostas efetivas. Selecionou, por exemplo, a área de Biotecnologia e passou a desenvolver produtos que carregavam consigo respostas às suas necessidades de saude, bem como os colocou no competitivo mercado mundial. Trata-se de Vacina Antimeningite B, da qual,o continente americano, e nós mesmos, dependemos de importações daquele país.

Este exemplo é trazido, e outros tantos poderiam ser citados, para ilustrar alguns pontos que merecem destaque:

- a seleção de prioridades

- o investimento dirigido

- o apoio ao desenvolvimento científico

- a sua articulação com a produção tecnológica

- o longo tempo de maturação

Ele nos parece um modelo digno de análise, pois permite encontrar, nas atuais condições, algumas saídas para a perspectiva imposta na C&T pelas políticas econômicas praticadas nos ultimos lustros.

O que se pretende demonstrar até aqui é o fato de que:

- o investimento em C&T depende de altos volumes de recursos.

- é absolutamente impossível investir ou competir em C&T em todos os campos e áreas possíveis e passíveis de investigação.

Ao mesmo tempo cumpre acrescentar que o desenvolvimento científico não pode ficar restrito às tecnologias apropriadas e/ou voltadas exclusivamente aos problemas típicos da pobreza, bem como a sua definição, ou melhor, a sua implementação não pode depender da percepção emanado de alguns poucos setores que dele mais se aproximaram.

Parece-nos, nesta quadra, que é impositivo, particularmente, na área da saúde o desencadeamento de uma linha de atuação com ampla discussão a nível da sociedade, com envolvimento de todos os setores possíveis de representação para a busca de uma definição dos caminhos de C&T a seguir.

Assim, selecionar que tecnologias deverão ser desenvolvidas, internamente, quais delas deverão ser adquiridas e principalmente como adquirí-las e até eventualmente, quais delas devem se abandonadas, são questões a serem debatidas no conjunto da sociedade, envolvendo desde o Congresso Nacional, os pesquisadores, os usuários e financiadores do desenvolvimento de C&T. No caso específico da saude, reconhece-se o Ministério da Saúde, ou de forma mais abrangente o setor saúde desempenhando papel de destaque e de liderança na definição deste processo.

Entendemos que as estratégias a serem estabelecidas compreendem alguns passos necessários para uma adequada definição de política. Assim:

- estudo da arte das tecnologias

- daí, definir prioridades

- examinar cada uma delas, à luz de critérios de eficácia, eficiência e efetividade, de seu impacto epidemiológico.

- as possibilidades de encaminhamento e de respostas tanto da perspectiva social, quanto de desenvolvimento técnico-científico

- implementá-las.

Em outros termos, estamos propondo nesta análise assumir a posição de que:

- Não se pode obedecer, exclusivamente, à lógica do mercado, ou seja, a busca de realizar unicamente o lucro do seu processo de produção e ao mesmo tempo, não se pode descaracterizar o caráter social do sistema de C&T, ou seja, deixar de obedecer algum papel do Estado na sua implementação.

Daí que, mantendo a equidistância entre o modelo neo-liberal e os equívocos do modelo anterior de procurar as respostas em qualquer tempo, propõem-se uma organização inteligente, na qual para se assumir uma posição mais coerente, séria e consentânea com a situação atual se possa estabelecer um fórum de discussão sobre C&T no qual os aspectos

- políticos

- de financiamento

- sobre o seu papel

- sobre a sua estrutura

possam ser equacionados.

Pensando que devemos ser competentes e auto-suficientes em algumas áreas, se possa determinar níveis políticos de definição, através dos Conselhos ja constituídos (CNS e CCT), níveis gerenciais de

atuação (agências e coordenação de MS) e níveis operativos de execução com os institutos e universidades.

Evidentemente, isto implica em adoção de opção estratégicas de longo prazo, que só uma Conferência Nacional específica sobre o tema pode prover os seus desdobramentos. Entendemos que esta deveria ser imediatamente convocada, obedecendo os mesmos moldes amplos e democráticos das recentes Conferências Nacionais de Saúde, oferecendo os elementos indispensáveis para a definição e encaminhamento definitivos.

3 - CIÊNCIA & TECNOLOGIA E SAÚDE: POLÍTICAS PÚBLICAS

MAÍRA BAUMGARTEN CORRÊA *

Introdução

A partir da Revolução Industrial e dentro do modo de produção capitalista, ciência e tecnologia formam um binômio que mantém profunda articulação com o próprio desenvolvimento do capitalismo. A necessidade de conhecer a natureza para poder utilizar sua força, apropriá-la, coloca-se como condição indispensável, articulando dialeticamente ciência, técnica e desenvolvimento.

O conhecimento dos fenômenos e recursos naturais possibilita o desenvolvimento de técnicas para sua utilização no processo de produção de mercadorias. A racionalidade do capitalismo irá determinar, em grande medida, o desenvolvimento tecnológico e as formas e níveis de apropriação da natureza.

Uma série de fatores associados ao conhecimento e às transformações da natureza irão repercutir nos níveis de saúde das populações. No entanto é necessário ressaltar que a saúde está intrinsicamente ligada às condições globais de vida da população (determidada, em um certo período histórico): condições de trabalho, de habitação, níveis de alimentação, educação, lazer, entre outros.

As relações entre o binômio C & T e a saúde estão articuladas às condições em que se dá a produção social.

Buscando apreender essas relações, podemos pensar que, enquanto na Idade Média as populações morriam precocemente por falta de conhecimentos (físicos, biológicos e químicos) e, consequentemente, pela incapacidade de se conterem as grandes epidemias, nos dias atuais, nos países periféricos, as pessoas morrem ainda de epidemias, apesar dos avanços científicos. As más condições sanitárias, as precárias condições de trabalho, moradia e transportes e a falta de alimentação adequada são fatores responsáveis por esse quadro.

Por outro lado, o próprio desenvolvimento científico e tecnológico e sua utilização pela indústria e pela agricultura ocasionam sérios problemas que repercutem diretamente na saúde, tanto nos países centrais quanto nos periféricos: altos níveis de poluição, destruição das florestas e da camada de ozônio, alimentação contaminada por agrotóxicos, hormônios, antibióticos, o uso de conservantes, estabilizantes e corantes nos produtos industrializados são apenas alguns exemplos.

Esse paradigma científico e tecnológico decorre da visão antropocentrista do Mundo, surgida em um modo de produção que se baseia na constante agressão à natureza, no desperdício de

* *Socióloga, professora da Universidade de Rio Grande, Depto. Educação e Ciências do Comportamento.*

recursos materiais e humanos em relações sociais assimétricas e desiguais.

Por outro lado, é possível afirmar que o processo de produção de conhecimento é contraditório, abrigando diferentes perspectivas. Será, portanto, a análise histórica que tornará possível entender os mecanismos do desenvolvimento científico e tecnológico, as repercussões desse desenvolvimento nas diferentes formações sociais em diferente conjunturas. Da mesma maneira, é necessário buscar as contradições envolvidas nas formas de produção e incorporação do conhecimento no que diz respeito à saude e suas consequências, bem como encontrar as alternativas necessárias e possíveis.

No Brasil, o processo de indústrialização implantado desde o início do século, dentro de um modelo dependente, tanto econômica quanto tecnologicamente, introduziu modificações profundas nas condições de vida da população, repercutindo diretamente sobre suas condições de saúde. Os altos níveis de concentração de renda, a falta de saneamento e as más condições de trabalho e de alimentação irão agravar-se com o correr dos anos, impondo ao Estado, crescentemente, como atribuição, a questão da saúde.

Partindo do conceito de política de saúde como "(...) a forma histórica mais ou menos explícita como o Estado conduz o problema das condições sanitárias da população (...)" (Luz, 1989, p.62) e levando em conta que as políticas variam conjunturalmente e comportam um conjunto de divergências, incoerências e oposições internas, refletindo a própria composição do Estado, é possível vislumbrar no Brasil diversas conjunturas específicas de condução da questão da saúde, vinculadas às diferentes fases do desenvolvimento. É também possível tomar a mesma metodologia para a análise das políticas de C & T e de sua produção e incorporação relativamente à saúde.[1]

As instituições da sociedade civil, tais como a indústria farmacêutica, laboratórios, instituições de pesquisa, associações científicas ou de profissionais ligados aos interesses políticos e econômicos das diferentes classes sociais, mantém estreita inter-relação com o Estado, influenciando as suas políticas. Nesse sentido, as política públicas serão sempre traçadas tendo como referência um quadro contraditório: de um lado, os interesses do capital, muitas vezes eles próprios conflitantes (capital nacional e capital internacional, por exemplo), e, de outro, os interesses das diversas frações de classes e grupos sociais subordinados (categorias profissionais, operariado urbano, trabalhadores rurais e outros), que pressionam no sentido de melhorar suas condições de vida

1. A DÉCADA DE 80 - CRISE E REDEMOCRATIZAÇÃO: A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NO NOVO MODELO

Nos três primeiros anos da década

---

1 *A metodologia referida é a de análise de conjuntura utilizada por Model Luz (1979, p.62):*

"Investigar uma conjuntura política e econômica é fundamentalmente perguntar-se pela disposição da estrutura de Poder (político, econômico e ideológico) em um momento historicamente situado de uma formação social. Disposição aqui significa distribuição (grifo nosso) entre as classes e grupos sociais que compõem uma sociedade em um espaço histórico determinado".

de 80, a previdência encontrava-se imersa em profunda crise.

Durante esse período, uma série de rearranjos políticos e econômicos foram realizados. O esgotamento do modelo altamente concentrador de renda, apoiado na burocracia militar autoritária, conduziu o Brasil a um processo de redemocratização que se expressou, na área de saúde, pelo intenso debate e questionamento do modelo médico assistencial privativista.[2]

Se, durante as duas últimas décadas, o processo decisório e o debate acerca das questões de saúde no País haviam se mantido fechados nos limites institucionais, técnicos e acadêmicos, na década de 80, ocorre o que se pode chamar de um transbordamento desse debate em direção à sociedade. É desse período o ressurgimento de propostas de políticas alternativas para o sistema de saúde, postulando a necessidade de reformas no sentido da reversão do modelo de privilegiamento dos produtores privados de serviços de saúde, propondo a canalização dos recursos previdenciários para o setor publico de prestação de assistência médica (Oliveira & Teixeira, 1985, p. 269).

Em 1984, o processo de debate na área intensificou-se, e o movimento sanitário avançou em direção às propostas que surgiram na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) [3]

Naquele momento, apresentavam-se em cena as diversas condições para mudanças na área de saúde:

- conjuntura econômica de crise;

- conjuntura política direcionada à redemocratização;

- infra-estrutura mínima de pesquisa;

- massa crítica ampliada, apesar de concentrada na Região Sudeste;

- instituições permeadas por discursos contraditórios;

- extensão do debate à sociedade.

A VIII Conferência Nacional de Saude foi, na nova conjuntura criada no processo de redemocratização, um marco histórico de retomada do debate na-

2 No livro já citado, Madel Luz descreve e analisa as formas pelas quais o Estado, através de suas políticas, respondeu aos problemas colocados pelo modelo brasileiro de desenvolvimento, relativamente à saúde da população. Segundo a autora, a medicalização, ou seja, o atendimento dos problemas de saúde através da atenção médica e de medicamentos - ações que incidem prioritariamente sobre a doença e não sobre suas causas - foi a forma encontrada pelo Estado para manter e recuperar a força de trabalho sem questionar ou desvelar as causas das precárias condições globais de vida. Por outro lado, dessa maneira, o Estado atende também aos interesses dos capitais internacional e nacional atuantes no setor, ampliando o mercado da indústria farmacêutica e das empresas nacionais prestadoras de serviços médicos, que passarão a ser subsidiadas com recursos públicos da previdência social.

3 A VIII Conferência Nacional de Saúde, organizada a partir do Ministério da Saúde, ocorreu em março de 1986, contando com a participação de cerca de 5.000 pessoas, entre delegados e participantes de todo o País. Por recomendação da VIII CNS, foi constituída a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS). Nomeada por portaria interministerial (MS, MPAS, e MEC), em uma conjuntura política de transição, a CNRS tinha como incumbência formular propostas para o reordenamento institucional e político do sistema de saúde no País.

cional sobre saúde.

No primeiro governo civil depois de mais de 20 anos, uma série de rearranjos institucionais foi iniciada, tanto em saúde como em C & T. Se as mudanças foram profundas em nível de discurso e das próprias instituições - criação do Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT), início do processo de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) -, os interesses em jogo permaneceram os mesmos, e a correlação de forças só se alterou pelo processo de socialização do debate.

No setor de saúde, manteve-se a estrutura ministerial e suas principais atribuições: Ministério da Saúde (MS), normativo, com parcos recursos orçamentários; Ministério da Previdência Social e Assistência Socia (MPAS), concentrando a maior parte dos recursos da assistência médica e imerso em profunda crise financeira; e, finalmente, Ministério da Educação (MEC), responsável pela formação dos recursos humanos e pela rede de hospitais universitários.

Durante os dois primeiros anos, o novo Governo buscou debelar a crise da previdência, recuperando o MPAS, em certo nível, o poder econômico e mantendo sua força política. A articulação intrasetorial, que desde o início dos anos 80 se desenhava através da Comissão Internacional de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), passou a ter importante papel. No entanto foi o MPAS, via INAMPS, que tomou a frente do processo de descentralização e regionalização da saúde em uma prática contraditória de avanços e recuos, correspondendo aos diferentes interesses em luta no seu interior.

Um dos movimentos do MPAS no novo momento político e institucional foi, através do INAMPS, o de atuar como financiador na área da pesquisa, sobretuto operacional, tanto indiretamente, através de convênios com a FINEP, CNPq e MEC, quanto diretamente, através de estimulo à criação e reativação dos núcleos de estudos em saúde coletiva.

Manteve-se, entretanto, a tendência à centralização dos recursos para produção de conhecimento nos estados onde já havia massa crítica formada. Consolidaram-se, nessa época, os núcleos de estudo em saúde de Minas Gerais (NESCON), Brasília (NESP), Paraná (NESCO) e São Paulo (PROHASA).

O Ministério da Saúde, através da sua Secretaria de C & T, tentou, durante o período, coordenar e sistematizar sua atuação em termos de C & T com os demais setores.

Em 1988, a Secretaria de C & T do Ministério da Saúde atuava através de quatro programas básicos:

- Programa de Estudos sobre Política de Saúde (PEPS);

- Programa de Pesquisas Prioritárias do Ministério da Saúde - Pró-Pesquisa;

- Programa de Centros e Núcleos Consorciados de Desenvolvimento Tecnológico-Pró-Tecnológico;

- Pró-Difusão de C & T.

Há, ainda, a considerar a Orga-

nização Pan-Americana de Saúde (OPS), atuando como uma agência de cooperação técnica com um componente de apoio a projetos de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico. Os recursos da OPS são poucos, destinando-se a reforçar as linhas de investigação e a incrementar o intercâmbio entre diferentes pesquisadores s instituições, buscando otimizar sua atuação.

Entre 1987 e 1989, ocorreram importantes encontros nacionais que trataram da produção de conhecimento em saúde, destacando-se entre eles o Seminário de Epidemiologia e Planejamento da Unificação do Sistema de Saúde no Brasil (novembro de 1987) e o Seminário de Investigação de Serviços de Saúde (abril de 1988), onde foram debatidas as questões de infra-estrutura de pesquisa, os sistemas de informação em saúde, a atuação das agências de fomento, a necessidade de descentralização dos recursos para investigação científica e a integração com a universidade.

Um dos mais importantes pontos de estrangulamento detectado nos dois seminários foram as questões da informação e da divulgação em saúde, necessárias tanto do ponto de vista da produção quanto da incorporação de conhecimento.

O processo de unificação do sistema de saúde e descentralização dos serviços esbarrou em obstáculos dados pela composição da área, e os avanços e impasses estiveram ligados ao próprio processo de descentralização em curso, que agregou novas variáveis ao já complexo sistema de poder existente no setor: dentre elas, o projeto político dos dirigentes em cada local, a correlação de forças nos estados e municípios, sua inserção nos cenários políticos regional e nacional e as dificuldades de viabilização da participação e controle social dos serviços.

Por outro lado, as dificuldades para avaliar o impacto das políticas de unificação e descentralização traduziam o fato de que era estratégico o desenvolvimento de projetos de investigação dos serviços, o que era dificultado pela própria postura das agências de fomento, permeadas pela perspectiva acadêmica, acrescida pelos impasses postos pela estrutura burocrática dos estados.

Nos diversos debates nacionais e estaduais do período, destacaram-se como limitações para a produção de conhecimento em saúde a deficiente infra-estrutura das instituições de pesquisa, a falta de profissionais dedicados em tempo integral à pesquisa, o isolamento das instituições, bem como a dificuldade de coordenação de diferentes instituições em projetos mais complexos e a inexistência de mecanismos eficientes de divulgação da produção de conhecimentos.

Se os problemas são muitos, é possível, entretanto, dizer que houve avanços concretos no sentido de criação e ampliação de um novo campo de saber - a saúde coletiva. Surgindo como contraponto ao modelo de conhecimento especializante introduzido no País pela indústria farmacêutica e pela política médico-assistencial privativista referida à doença, o campo da saude coletiva indica modelos alternativos de produção de conhecimento em saúde. Reafirmando a intrínseca ligação entre condições globais

de vida (modelo de distribuição de riqueza) e saúde, aponta a necessidade de um redirecionamento das políticas públicas na área.

2. AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE E C & T: O ESTADO E A SOCIEDADE

Se a consolidação do campo da saúde coletiva, durante os anos 80, foi um movimento necessário em termos da produção de conhecimento para avançar em direção a uma nova perspectiva em saúde, é preciso analisar os problemas da produção científica na area e suas razões, buscando apreender os limites dados pelas própria política (ou pela falta de uma política) de C & T no período; pelo tipo de organização da produção científica e tecnológica no País.

2.1 - C & T NO BRASIL INSTITUCIONALIZAÇÃO E POLÍTICAS

A partir de meados da decada de 70, com o impulso da area de C & T ocorreu a primeira tentativa de organizar as diversas fontes de recursos alocados pelo Estado nas atividades de pesquisa, no Sistema Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (SNDCT).

O SNDCT possuía um órgão central - o CNPq -, subordinado à SEPLAN; órgãos setoriais - as secretarias de C & T dos Ministérios - além de

"(...) entidades de administração direta e indireta no âmbito dos Ministérios, encarregadas da coordenação, estímulo e execução ou controle de pesquisas científicas e tecnológicas e sua utilização pelos setores econômicos e sociais" (BR. Decreto 70.553).

Possuía, ainda, um Conselho Científico e Tecnológico (CCT) que se constituía no principal mecanismo de articulação interinstitucional do SNDCT e se voltava ao intercâmbio de informações e compatibilização de ações a serem desenvolvidas no âmbito de cada setor.

O CCT, nesse contexto, era uma estrutura fragmentada e despida de legitimidade institucional, uma vez que, ao processo de formulação de diretrizes, não correspondiam deliberações sobre dotações orçamentárias. Progressivamente, o Conselho deixou de ser o "locus" de compartilhamento de decisões dos órgãos setoriais, e sua representatividade esbarrou na política global que excluía a participação social na formulação e no acompanhamento das políticas traçadas. Acompanhando esse processo, o próprio Fundo Nacional de Desenvolvimento de Ciência e Tecnologia (FNDCT), enquanto principal fonte de recursos do setor, entrou em declínio.

Pode-se afirmar que, durante esse período, a área de C & T emergiu com um espaço institucional próprio em uma primeira tentativa de articulação intersetorial; os limites da perspectiva sistêmica empregada e que vinham estendendo-se às diversas áreas da administração pública demonstraram-se claramente na fragmentação das políticas e na fragilidade das áreas ligadas à produção de conhecimento.

A Secretaria de C & T, constituída no Ministerio da Saude, com poucos re-

cursos e sem poder de interferência sobre a precária articulação entre as áreas de serviço e pesquisa, não conseguiu força para promover a integração com órgãos fundamentais à formulação de políticas de pesquisa para o setor, tais como a Central de Medicamentos (CEME) e a área de insumos industriais, ligada ao Ministério de Indústria e Comércio.

A concepção adotada para organizar a área de C & T correspondeu ao critério da racionalidade técnica, sobrepondo-se às questões de ordem política e desconsiderando as especificidades do País. O planejamento, embasado em definições abstratas de políticas, levou à formação de um sistema que relacionou órgãos e instituições sem levar em conta a coerência de suas políticas e onde a relação entre econômico e social parecia inexistir.

2.2 - A TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA E A ÁREA DE C & T

O período compreendido entre 1985 a 1988 (com a promulgação da nova Constituição Brasileira) foi claramente uma fase de transição marcada pela dificuldade de planejamento estatal de longo prazo e pela instabilidade do arcabouço institucional administrativo.

Nessa época, foi criado o Ministério de Ciência e Tecnologia, com jurisdição sobre o CNPq e seus institutos, FINEP, SEI, INT e outros órgãos nacionais da área, passando a gerir o FNDCT e o FUNAT.

O novo MCT possibilitou algum impulso no setor e um certo redirecionamento de ações e recursos, formulando diretrizes para o desenvolvimento de novas tecnologias e elegendo como prioridades imediatas as chamadas "cinco irmãs", que são também as prioridades internacionais da tecnologia: microeletrônica e informática, novos materiais, biotecnologia, química fina e mecânica de precisão.

O orçamento para o setor, entretanto, não sofreu alterações significativas, e a política científica e tecnológica adotada não refletiu sequer os interesses econômicos representados no Estado.

O MCT exerceu, basicamente, o papel de instância política de articulação, mantendo-se como órgão sem força efetiva na definição das decisões relevantes da vida econômica e social do Brasil.

A criação do MCT [4] recolocou a possibilidade de alguma articulação intra e intersocial e incentivou o surgimento de secretarias estaduais de C & T. Auxiliou ainda na preparação do debate acerca das necessidades de reservar recursos na nova Constituição Federal e nas Constituições Estaduais. No entanto permanece a falta de formulação de uma política de C & T que leve em conta questões prioritárias como educação, saúde e meio ambiente dentro de uma perspectiva de desenvolvimento econômico e social integrado e de uma concepção de políticas públicas direcionadas ao atendimento das reais necessidades do

4 O MCT perdeu o "status" de Ministério ainda no Governo Sarney, retomando-o por um breve período para perde-lo novamente no Governo Collor, onde passou a ser Secretaria da Presidência da República.

cidadão.

2.3 - A UNIVERSIDADE - FORMAÇÃO DE PESQUISADORES E EXECUÇÃO DA PESQUISA

Durante as décadas de 60 e 70, crescentemente introduziram-se os conceitos de racionalização, eficiência e produtividade nas mais diversas áreas, iniciando pela economia e passando pela saúde e educação entre outras, como decorrência da crescente intervenção do Estado, condição necessária ao novo modelo de desenvolvimento. Como, no Brasil, esse modelo baseou-se (por força da crise de hegemonia) na opção autoritária, a racionalidade técnica buscou sobrepôr-se às opções de ordem política e neutralizar o processo de inovação de qualquer ingerência de caráter ideológico.

Assim,

"(...) sob a pressão constante de tendências modernizadoras que partiam do interior do País, dos EUA e de organismos econômicos, educacionais e culturais internacionais e sob o desafio crescente da rebelião estudantil, a reação conservadora preferiu tomar a liderança política da reforma universitária. Iria, portanto, modernizar sem romper as antigas tradições, nem ferir interesses conservadores. Ao mesmo tempo iria controlar a inovação (...)" (Fernandes, 1975).

A modernização da Universidade foi, portanto, técnico-administrativa, promovendo uma separação entre o processo político e o de planejamento, em uma "distorção" decorrente das próprias funções do Estado de resguardar os interesses que o constituem. A funcionalidade política da reforma universitária repousou não só no controle que se passou a exercer sobre ela, como, principalmente, na subtração à Universidade de qualquer chance de intervir ou controlar os resultados daquilo que ela mesma produzia.

À Universidade, assim reconstituída, couberam as tarefas de formar os pesquisadores e de executar a produção científica e tecnológica, encarada já como uma variável do desenvolvimento e atendendo aos interesses do setor privado nacional ou internacional, mas envolta em neutralidade técnica. Tornada funcional em alguns setores (engenharia e áreas técnicas), esvaziada em outros (ciências humanas) e tendendo à especialização crescente, a Universidade foi pouco a pouco se distanciando da sociedade e mantendo isolada em seu "campus" sua produção científica.

No entanto, se cada vez mais a Universidade pública vem sendo questionada e há, principalmente no atual Governo, por trás desse questionamento, uma clara estratégia de privatização do ensino superior, não é possível negar as muitas mazelas e falhas que permeiam a sua estrutura atual e seu relativamente baixo aporte a nível de produção de conhecimento para atender às necessidades crescentes do País. Ao mesmo tempo, ainda que criticada, permanece sendo o "locus" mais importante do saber e, como tal, detém a hegemonia frente a outras instâncias de produção científica e tecnológica na relação com as agências de fomento, tanto em termos de obtenção de recursos, quanto no sentido de ditar as regras sobre quais critérios devem ser utilizados para a concessão de recursos. A prevalência dos critérios acadêmicos (nem sempre os mais adequados) cria

uma circularidade que praticamente inviabiliza a descentralização da produção de conhecimento e as pesquisas operacionais vinculadas a práticas concretas, como, no caso da saúde, a investigação dos serviços.

Dessa forma, excetuando os institutos de pesquisa federais e/ou situados no eixo Rio-São Paulo, com massa crítica significativa e algumas iniciativas isoladas de provocar o surgimento de grupos emergentes por parte das agências de fomento, a dotação de recursos encaminha-se via universidade.

A partir de 1989-90, em alguns estados (com exceção de São Paulo, onde a FAPESP opera há bastante tempo) começaram a operar (com recursos significativos) as fundações de amparo à pesquisa ou os fundos para desenvolvimento de C & T[5], propiciando o surgimento de condições para desenvolver pesquisas mais ligadas às necessidades regionais, através dos institutos de pesquisa das administrações estaduais.

No entanto, mesmo aí, a hegemonia do "modus operandi" da Universidade prevalece, com a divisão de áreas especializadas e inadequadas às necessidades crescentes da multidisciplinaridade e a valorização extrema da titulação em detrimento da experiência. A criação de programas expecíficos de recuperação dos institutos estaduais e de integração de centros de pesquisa com o setor produtivo parece ser uma saída provisória [6] para garantir uma fatia de verbas para pesquisa não acadêmica.

2.2.4 - C & T, DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO-SOCIAL E SAÚDE

Se a Universidade tem como papel fundamental formar os recursos humanos necessários à produção científica, nem sempre serão estes os exigidos para a inovação tecnológica e seus desdobramentos industriais. Em geral, a Universidade tende ao trabalho relacionado à pesquisa básica, que enfatiza a produção do conhecimento, não havendo conversão imediata do produto do trabalho em produto para consumo.

Na produção capitalista, são condições necessárias para o desenvolvimento científico e tecnológico (e sua útilização no setor produtivo) recursos humanos e capacidade de investimentos. Não são, entretando, condições suficientes, pois que o conhecimento produzido na Universidade não se traduz necessariamente em desenvolvimento tecnológico e em inovações nos processos industriais, e o setor produtivo investe muito pouco em pesquisa e desenvolvimento.

Podem-se citar algumas iniciativas, encaminhadas nessa direção, de grupos ligados à Universidade, que evoluíram para atividade empresarial; ou, ainda, de alguns centros universitários que viabili-

---

5 As Constituições Estaduais da grande maioria das unidades da Federação destinaram recursos para o desenvolvimento científico e tecnológico.

6 É cada vez mais premente o debate sobre as formas de financiamento à pesquisa e a vinculação desta com as reais necessidades da sociedade.

zam o trabalho de desenvolvimento científico e tecnológico em uma perspectiva de mercado, como é o caso da UNICAMP, o que tem, inclusive, revertido em benefício da instituição.

Institutos de pesquisa (pelas suas próprias características de híbridos entre a produção acadêmica e maior vinculação com os níveis executivos do Estado) têm estabelecido relações mais assíduas e nítidas entre a produção científica e o desenvolvimento tecnológico, inclusive a nível industrial. Essas iniciativas são ainda bastante tímidas, apesar de haver um movimento crescente nesse sentido, estando cada vez mais em pauta o tema da transferência de tecnologia.

É dentro desse quadro que deve-se analisar a questão dos insumos básicos para o setor saúde, que permeiam a estrutura produtiva e para os quais é imprescindível uma adequada política de C & T. Podem-se identificar quatro grandes áreas de inter-relação entre os setores: medicamentos, imunológicos, sangue e hemoderivados e equipamentos (Com. nac. Ref. Sanit., 1987).

A desarticulação intersetorial, o tratamento preferencial às políticas econômicas em detrimento das sociais, a falta de políticas de C & T que integrem desenvolvimento econômico e social, aliadas à condução dada até agora ao setor saúde têm gerado inúmeras distorções no que diz respeito à produção, distribuição e consumo desses insumos, agravando o quadro já descrito de atenção à saúde.

A questão dos medicamentos e, consequentemente, da indústria farmacêutica no Brasil só pode ser analisada dentro do quadro do desenvolvimento econômico-político do País, constituindo-se, ela própria, em determinação de um certo tipo de desenvolvimento científico.[7]

A fraca presença de capital nacional no setor, a falta de uma política de produção de medicamentos embasada nas necessidades da população e a estrutura oligopolizada do capital internacional atuante na área, aliadas à reduzida atividade em pesquisa e desenvolvimento e à baixa disponibilidade de recursos humanos qualificados vêm ocasionando, no âmbito da produção de medicamentos, uma quase total dependência externa no que diz respeito às matérias-primas e ao próprio movimento do mercado.

Os problemas na produção irão repercutir em nível da distribuição de medicamentos essenciais, insuficientes frente à demanda da rede oficial, e causarão uma série de distorções na rede privada: o não-atendimento às necessidades específicas do País, as demandas produzidas artificialmente através do "marketing" das indústrias e situações como o atual escamoteamento de produtos farmacêuticos (que se repetem no decorrer dos anos, acompanhando as

---

7 Na década de 60, com a expansão da prática hospitalar universitária e a influência dos laboratórios farmacêuticos na atenção médica hospitalar, surgiu um novo tipo de pesquisador: mais especificadamente voltado para a área médica clínica nas diferentes especialidades, tais como cardiologia e doenças respiratórias, entre outras. A característica comum a essas pesquisas era o fato de serem estudos comprobatórios da eficácia de certas drogas, sendo financiados pelos grandes laboratórios internacionais. Esse profissional inovou, em termos práticos, o ensino, introduzindo um novo saber especializante e entrosado com a indústria de medicamentos.

políticas de controle de preços). Desaparecem do mercado medicamentos essenciais à manutenção da vida, tais como: insulina, anticonvulsivos, medicamentos para tratamento cardiovascular, entre outros, como forma de pressionar o Governo para a obtenção de aumento de preços em autêntico "lockout" em área essencial. Como não há regulamentação ou compromisso formal com o abastecimento para quem recebe licença para fabricar medicamentos indispensáveis, esse ciclo entre congelamento de preço/desaparecimento do produto, liberação de preço/reaparecimento do medicamento já se tornou clássico no Brasil.

Dessa forma, o aporte de C & T, aliado a uma política industrial para o setor, parece ser de fundamental importância. Ampliar a produção interna de matérias-primas, assegurando o abastecimento regular da indústria farmacêutica; viabilizar a fabricação de medicamentos essenciais pelo próprio Estado; garantir a autonomia tecnológica industrial nesse setor; modificar a atual estrutura de produção de medicamentos, buscando uma maior participação das indústrias estatal e privada do País; possibilitar a utilização da rede de laboratórios governamentais como instrumento de produção estratégica e de referência de medicamentos essenciais em termos de qualidade e custos e ainda financiar projetos de pesquisa e desenvolvimento voltados à autonomia tecnológica na produção de princípios ativos em todas suas etapas são alguns dos problemas principais que passam pela articulação entre a política industrial, a de C & T e a de saúde.

Com relação aos imunobiológicos, a questão central tem sido, além da busca de auto-suficiência na produção e provisão de vacinas cujo desenvolvimento tecnológico já é domínio das instituições brasileiras [8], a necessidade do estabelecimento da autonomia científica e tecnológica.

A implantação do modelo assistencial médico privativista e o esvaziamento das instituições atuantes na área de saúde pública, nas décadas de 60 e 70, frearam a capacidade de produção científica e tecnológica de produtos e processos dessas instituições e obstaculizaram o desenvolvimento de novos centros de excelência, provocando graves consequências na produção de insumos que o Brasil tradicionalmente já estava capacitado a produzir.

Ao sucateamento dos equipamentos e instrumentos necessários à produção associaram-se a carência de recursos humanos e a falta de programas de formação e aprimoramento dos mesmos. Esse processo dificultou o contato e o conhecimento de novas técnicas de produção de imunobiológicos voltados para outras doenças.

A nova conjuntura política, que trouxe consigo o Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos, não impediu a continuidade do processo de deterioração das condições dos laboratórios estaduais, apesar das tentativas

8 Poliomielite, tuberculose, sarampo, tétano, febre amarela, entre outras. No entanto, há ainda que não só aperfeiçoar e atualizar as tecnologias já existentes como estimular laboratórios e centros de pesquisa fora do eixo usual da produção científica.

de equacionar o problema. Outrossim, a transferência de tecnologia na área vem proporcionando algumas respostas de forma relativamente ágil.

Com relação à necessidade de criação e fortalecimento de competência científica e técnica no campo relativamente novo da biotecnologia, o encaminhamento dá-se via política de implantação das tecnologias de ponta, presente na pauta de prioridades do setor de C & T; no entanto as dificuldades de integração intersetorial (C & T, saude, educação) e os diferentes interesses e visões podem levar ao aprofundamento das diferenças relativamente aos países centrais.

Podem-se apontar como problemas significativos na área: as dificuldades de progresso em termos de massa crítica e formação efetiva de pessoal, inclusive em nível de gerenciamento; a ausência de intercâmbio sistemático de informações; a dispersão de recursos, a superposição de investigações e instituições, etc.

O surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e sua característica epidêmica desnudaram uma das mais importantes questões de saúde pública, até então restrita aos especialistas e relegada a um imobilismo assustador face às repercussões de natureza epidemiológica: a questão do sangue e hemoderivados.

O enorme número de transfusões de sangue efetuados por ano no Brasil, na sua grande maioria sem fiscalização ou controle de qualidade até muito recentemente, agregado ao fato de que doenças veiculadas através do sangue, como sífilis, hepatite, malária, AIDS, etc., são detectáveis laboratorialmente, podendo ser controladas através de programas epidemiológicos, colocou a necessidade do estabelecimento de uma política nacional de sangue e de uma efetiva vigilância sanitária em hemoterapia.

O Pró-Sangue, programa implantado em 1980, teve como objetivo a construção de hemocentros como forma de encaminhar soluções para a questão. No entanto distorções tais como falta de infra-estrutura para o gerenciamento do programa, fragilidade dos níveis estaduais, verbas insignificantes e, principalmente, a inexistência de sistemas de informações, inviabilizando o diagnóstico da real situação, impossibilitando o planejamento e a efetiva vigilância sanitária em nível dos estados, tornaram o programa praticamente inócuo.

Como restrições importantes da área, podem-se considerar: a distância entre oferta de sangue e hemoderivados e necessidades nacionais; o incipiente nível da indústria nacional relativamente à produção e ao controle de insumos médicos para a área; a falta de controle de qualidade; paralelismo de ações e deficiência de verbas para pesquisa e desenvolvimento; bem como a defasagem entre as necessidades do mercado de trabalho e a formação dos profissionais.

Se os insumos já abordados são condição básica para a saúde pública, a atenção individual traz à consideração a questão dos instrumentos e equipamentos utilizados na assistência odontológica e médica - sua produção, comercialização e consumo.

Os altos níveis de inovação tecnológica na área, redundando em avanços significativos em nível de diagnóstico e terapêutico, com nova configuração do saber médico, qie confere ênfase crescente aos sinais identificadores do progresso mórbido e à utilização de métodos menos invasivos e traumatizantes, indicam uma potencialidade de eficácia nos tratamentos, que, no Brasil, se encontra prejudicada tanto pela situação sócio-sanitária quanto pelos próprios níveis de incorporação de tecnologia, capacidade de produção e escassos recursos, aliados à organização dos serviços de saúde, onde a hierarquização em níveis de complexidade tecnológica é ainda uma proposta.

A produção dos instrumentos necessários à atenção médica pressupõe a conjugação de domínio técnico-científico e de capacidade de produção em escala, tendo, exatamente por essas características, como principal campo de produção os países centrais, principais exportadores de equipamentos.

No Brasil, a situação de dependência nessa área acompanha o ritmo do próprio desenvolvimento capitalista, podendo-se dizer que há, hoje, um parque industrial com boas potencialidades. Há, entretanto, problemas relativos ao desenvolvimento de produtos que incorporem novas tecnologias e novos processos industriais, não tendo sido formulada uma política de desenvolvimento técnico-científico e industrial na área de equipamentos médico-odonto-hospitalares.

Dessa forma, a indústria de instrumentos vem se desenvolvendo de acordo com a dinâmica da produção capitalista e, bem ou mal, ocupando crescente espaço nos mercados nacionais e até internacionais.

Paralelamente, em decorrência da própria forma de organização do sistema de atenção à saúde no Brasil, o consumo de equipamentos e a incorporação de novas tecnologias realizam-se a partir de uma lógica de mercado. Assim, a falta de investimentos significativos em saúde pública tem influído no desenvolvimento industrial, dadas as dimensões restritas do mercado, que não apresenta condições de suportar projetos de investimentos industriais de médio e longo prazos.

As questões levantadas remetem, mais uma vez, à necessidade de maior articulação entre os diferentes setores e, principalmente, entre a política industrial e as políticas sociais, buscando projetar um desenvolvimento que atenda aos interesses econômico e sociais do País.

Exemplos de medidas que demandariam debate e implementação conjunto pelos diferentes setores envolvidos são: o estímulo à produção nacional de instrumentos para a atenção médica; o estabelecimento de padrões e normas relativas à eficácia e eficiência de equipamentos (instrumentos produzidos aqui e o controle de impostos); mecanismos de controle de qualidade dos produtos e de fiscalização; bem como programas de manutenção de equipamentos envolvendo responsabilidade por parte dos produtores.

Da mesma forma, articular a política de saude com a educacional; assegurar desenvolvimento científico e tecnológi-

co através de apoio a programas de investigação e inovação de produtos e processos. ampliar linhas de crédito em condições mais favoráveis, específicas para aplicações por parte da indústria em projetos de desenvolvimento tecnológico; e promover a transferência de tecnologia parecem ser pré-requisitos básicos para responder adequadamente às necessidades da população brasileira.

Se se abordarem os insumos necessários para o atendimento à saúde, é possível ainda, falar-se nos "insumos para a doença" e nas ações necessárias ao seu controle, que, mais uma vez, se situam na inter-relação entre os diversos setores e na formulação de uma política integrada de desenvolvimento com participação social.

Os constantes agravos ao meio ambiente, causados pela poluição das indústrias e pelas péssimas condições de saneamento; a política agrícola e o uso de defensivos em larga escala e sem controle, envenenando alimentos e água; a utilização de hormônios e antibióticos de forma abusiva e sem fiscalização em ovinos, bovinos e aves, contaminando alimentos básicos como leite, ovos. e carne; e os aditivos da indústria da alimentação, tais como corantes, conservantes e estabilizantes; bem como os problemas de conservação e armazenamento de alimentos são assuntos que dizem respeito à saúde pública, devendo ser objeto de pesquisa, controle e políticas articuladas inter-setorialmente.

2.5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caracterização do quadro de condução das políticas públicas nas áreas de saúde e C & T, com a identificacão de alguns dos principais problemas que se situam na intersecção entre as áreas e que remetem ao modelo de desenvolvimento brasileiro, aponta a necessidade de um maior aprofundamento dessas questões, buscando o detalhamento dessa problemática nos estados que compõem a Federação.

No Brasil atual, profundamente marcado pela desigualdade, as análises regionais e locais assumem importância crescente.

A mudança na composiçao demográfica da população, significativa no Rio Grande do Sul[9], o avanço das doenças crônico-degenerativas, a crescente contribuição das causas externas (violência, acidentes) nas taxas de morbimortalidade, ao lado da permanência das doenças infecciosas sinalizam sérias dificuldades, que deverão agravar-se com a atual condução das políticas públicas pelo Estado.

O olhar dirigido ao passado recente da área da saúde no Brasil e, particularmente, nos estados e municípios encontra a reforma sanitária circunscrita a mudanças administrativas de reordenamento institucional e de negação e destruição do sistema anterior de atenção à saúde, esgotado pelo próprio crescimento das demandas e das necessidades de saúde da população brasileira, abatida por décadas de arrocho e sacrifícios. O sanitário, ou seja, o objetivo último de melhorias concretas nos níveis de saúde, não foi atingido. Ao contrário, a crise econômica tem resultado em deterioração cres-

9 A população do RS vem apresentando taxas crescentes de esperança de vida.

cente das condições globais de vida e dos níveis de atendimento à população tanto no âmbito hospitalar, quanto na carência de medicamentos subtraídos do mercado para aumentar os preços e, ainda, na rede básica, onde "ambulancioterapia" [10] começa a consolidar-se como forma de resolver problemas que os municípios não estão capacitados a solucionar.

Por outro lado e seguindo a tradição de uma perspectiva limitada da burocracia estatal aliada aos interesses clientelísticos dos governantes que requerem resultados imediatos, as primeiras medidas de racionalização de gastos em época de crise são o corte de gastos em nível da produção de conhecimento e infra-estrutura de pesquisa. Bibliotecas deixam de ser atualizadas, equipamentos de informática passam a ser utilizados preferentemente nas áreas administrativas, em detrimento da área científica, a Universidade é questionada e institutos de pesquisa são sucateados, bem como recursos humanos, que deixam de receber formação e aprimoramento necessários à consecução da pesquisa.

Há que se considerar, no entanto, que o processo de redemocratização, a nova Carta Constitucional, o incremento da participação social e uma divisão mais equilibrada entre Executivo, Legislativo e Judiciário encaminham condições mais adequadas para a reversão desse quadro.

O papel dos estados e municípios no debate e na solução de questões centrais como a saúde é fundamental. Nesse sentido, a IX Conferência Nacional de Saúde, em fins de 1991, deverá ser o ponto de partida do processo de retomada do sanitarismo, que a reforma perdeu no calor do embate político e nos meandros da burocracia estatal. E essa retomada passa necessariamente pela articulação do setor com a produção do conhecimento e o desenvolvimento econômico integrado ao social.

---

10 Como os serviços de saúde dos municípios não estão capacitados para atender aos problemas de saúde de seus habitantes e não há um sistema de referência e contra-referência hierarquizado em distritos sanitários, as prefeituras adquirem ambulâncias para mandar os doentes para os hospitais da Capital.

BIBLIOGRAFIA

BERMUDEZ, Jorge A. (1991). **Saúde e Induústria farmacêutica no Brasil**: rumos e desafios. Rio de Janeiro. (mimeo).

BRASIL. **Decreto 70553**, 17.5.72.

CARNOY, Martin (1991). **Estado e teoria política.** São Paulo, Papirus.

CNPq (1989). **Investimento na formação de recursos humanos e fomento à pesquisa:** relatório institucional. Brasília.

COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA (1987). **Documentos III**. Rio de Janeiro, Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

CORREA, Maíra (1991). **Ciência & tecnologia e saúde no Brasil**. Porto Alegre (mimeo).

CORREA, Maíra & SOUZA, Helena (1991). **Institutos de pesquisas do RS**: diagnóstico. Porto Alegre, Projeto REDICT - SCT.

ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA (1986). Rio de Janeiro, ABRASCO, nº 4.

FERNANDES, Florestan (1975). **Universidade brasileira**: reforma ou revolução. São Paulo, Alfa Omega.

FRIGOTTO, Gaudêncio (1984). **A produtividade da escola improdutiva**. São Paulo, Cortez.

GIOVANI, Geraldo (1980). **A questão dos remédios no Brasil**. São Paulo, Polis.

LUZ, Madel Terezinha (1979). **As instituições médicas no Brasil**: instituição estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro, Graal.

MARQUES, Marilia B. (1991). **Ciência, tecnologia, saúde e desenvolvimento sustentado**. Rio de Janeiro. (mimeo).

OLIVEIRA, Francisco (1977). **A economia de dependência imperfeita**. Rio de Janeiro, Graal

.OLIVEIRA, Jaime & TEIXEIRA, Sônia (1986). **Previdência social**. Rio de Janeiro. Vozes/ABRASCO.

SEMINÁRIO INVESTIGAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (1988). **Relatório final**. Belo Horizonte.

SEMINÁRIO POLÍTICA CIENTÍFICA E TECNOLOGIA PARA O RS (1989). **Termo de referência e relatório final**. Porto Alegre, SEACT.

TEIXEIRA, Sônia, org. (1989). **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo/Rio de Janeiro, Cortez/ABRASCO.

4 - INFORMAÇÃO, SAÚDE E CIDADANIA *

MAÍRA BAUMGARTEN CORRÊA **

A problemática da informação em saúde está profundamente imbricada com a política de ciência e tecnologia no que diz respeito à formação/qualificação de recursos humanos, fomento à pesquisa e, especificamente às condições de conhecimento em saúde-métodos e técnicas de pesquisa, epidemiologia, investigação dos serviços de saúde.

Crescente complexidade e especialização caracterizam a sociedade atual, com ampliação do conhecimento e produção de grande quantidade e variedade de informação - instrumento essencial ao desenvolvimento científico e tecnológico. No entanto, a política de ciência e tecnologia adotada em cada país, influencia fortemente a possibilidade de produzir, sistematizar e disseminar informações necessárias para adequado desempenho de diversas áreas, entre elas a saúde.

Nesta área, a própria viabilidade do processo de transformação do setor rumo a melhores condições de saúde para a população, encontra-se alicerçada na qualidade e abrangência das informações disponíveis e na adequada disseminação dessas informações.

No Brasil, a reorganização e redirecionamento do setor saúde, de forma a permitir o acesso universal e igualitário a toda população às ações e serviços necessários, constitui-se em um processo que tem como um dos pré-requisitos novo tratamento das informações em saúde.

Uma política de informação apropriada ao projeto de Reforma Sanitária tem como base a informação produzida a partir de investigação e estudos que permitam a qualificação das reais condições de saúde da população e orientadas ao planejamento, acompanhamento e avaliação das ações governamentais na área.

Por outro lado, a possibilidade de acesso a informações corretas sobre morbimortalidade, o incentivo ao debate e a troca de informações, propiciam melhores condições de trabalho e instrumentos eficazes para o atendimento ao usuário.

Em um país marcado pela desigualdade e diversidade, a produção de informações só será profícua se partir dos níveis locais e municipais, contendo um nucleo mínimo de dados padronizados de forma a serem compatíveis, mas executando estudos e análises que tornem visíveis os problemas e necessidades de cada local.

A instituição do SUDS por decreto

** Trabalho apresentado no painel "Informação em Saúde" da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, agosto de 1992*

*** Socióloga, professora da Fundação Universidade de Rio Grande, Depº de Educação e Ciências de Comportamento e integrante do Grupo Técnico da IX Conferência.*

e, posteriormente do SUS, via Constituição, não conduziu à solução de questões como a baixa resolutividade dos serviços, produção científica e Tecnológica deficiente, insuficiências na formação e reciclagem de recursos humanos, falta de controles efetivos sobre a gestão dos serviços, entre outros.

O olhar dirigido ao passado recente da área de saúde no Brasil, e particularmente nos estados e municípios, encontra a reforma sanitária circunscrita a mudanças administrativas de reordenamento institucional e a negação e destruição do sistema anterior de assistência à saúde, esgotado pelo próprio crescimento das demandas e das necessidades da população abatida por décadas de arrocho e sacrifício. O sanitário - objetivo último de melhorias concretas nos níveis de saúde, não foi atingido. Ao contrário, a crise econômica tem resultado em deterioração crescente das condições de vida e nos níveis de atendimento à população.

Nos espaços institucionais é possível identificar claramente o avanço da corrupção e a limitada perspectiva da burocracia estatal que, aliada aos interesses clientelísticos dos governantes e dirigentes, toma como medidas de racionalização de custos (imposta pela crise) o corte de gastos em nível de produção do conhecimento e infra-estrutura de pesquisa. Bibliotecas deixam de ser atualizadas, equipamentos de informática passam a ser utilizados preferentemente em áreas administrativas em detrimento da científica, institutos de pesquisa são sucateados bem como os recursos humanos que deixam de receber formação e aprimoramento necessários à consecução da pesquisa e ao atendimento à população. [1]

O caminho para resolução desta problemática passa pela política de ciência e tecnologia (C&T) e sua articulação com a política de saúde, bem como pela questão da cidadania.

O Estado brasileiro, imerso em profunda crise, nega à população seu direito de cidadania tanto em nível econômico-social quanto político.

Se a proposta de reforma sanitária está embasada numa concepção de reforma do estado em que este é duplamente controlado: pela via representativa (legislativo, partidos políticos) e pela sociedade civil (através de suas diferentes formas de organização tais como movimentos e entidades não governamentais) [2], é necessário repensar as condições de exercício deste controle.

Neste contexto, a informação é instrumento fundamental, sua produção e acesso, possibilitando a troca de experiências e conhecimento e o estabelecimento de controles para impedir o clientelismo e a utilização fraudulenta dos recursos públicos.

É imprescindível que a sociedade civil conheça o montante de recursos disponíveis e a aplicação que lhes é destinada, conheça seus direitos e saiba como obtê-los, enfim, que encontre nos serviços respostas a suas necessidades.

Igualmente importante, é que a in-

1 CORRÊA, Maira. "C&T e Saúde: Políticas Públicas". mimeo 1991. Porto Alegre.

2 AROUCA, Sérgio. "A Hipercrise Sanitária". FEE. Indicadores econômicos. 1991. Porto Alegre.

formação produzida nas unidades de serviço retorne rapidamente ao profissional que lhe deu origem - a base de um sistema de referência e contra referência repousa em um adequado fluxo de informações acompanhando o usuário. Por outro lado, os pesquisadores e técnicos precisam estar interligados em redes de informações atualizadas em relação a recentes descobertas e ao debate acerca dos caminhos da saúde coletiva e à incorporação de novas tecnologias.

Assim, uma política de informação em saude compatível com a atual configuração sócio demográfica e epidemiológica do País e com o pleno exercício da cidadania, pressupõe dois eixos básicos e necessariamente integrados:

a. PRODUÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO

Informação que possibilita o conhecimento das reais condições de saúde da população abrangida, seu perfil epidemiológico, saneamento, estado ecológico da área geográfica em que se insere, condições econômicas, situação dos serviços de saúde existentes, enfim: informação que subsidia o planejamento das ações de saúde e gerenciamento dos serviços. É essencial, ainda, a viabilização de estudos e pesquisas para permanente atualização dos dados existentes e geração de novos, assim como o trabalho de sistematização e informatização destes dados.

Sistemas de informação em saúde devem ser descentralizados, interligados e servir como:

- instrumento de apoio à tomada de decisão (prática e política);

- instrumento de apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico na área;

- instrumento de avaliação da efetividade das ações de saúde;

- disseminação e divulgação.

b.DIVULGAÇÃO/COMUNICAÇÃO

O segundo eixo passa pela informação que promove o conhecimento por parte da sociedade e dos profissionais da área sobre as condições de saúde, a oferta de serviços, o uso adequado dos recursos e os direitos do cidadão, possibilitando a transparência institucional, instrumentalizando a sociedade civil e, com isto, viabilizando a plena utilização dos serviços, o controle social sobre sua gestão e garantindo a qualidade dos mesmos.

O acesso à informação é condição essencial (ainda que não suficiente) ao resgate da cidadania.

O ponto central deste tipo de política de informação/comunicação, repousa em uma política de saúde para além da assistência médica ou da prevenção das doenças, que contemple as condições de existência da população usuária e seus direitos fundamentais, retomando-a como geradora dos recursos e consequente destinatária de seus benefícios.

Partir desta nova ótica conduz à recriação do espaço institucional como espaço aberto de participação, como espaço de exercício de cidadania tanto em nível dos profissionais e dirigentes, quanto da população assistida.

Porto Alegre, junho de 1992

BIBLIOGRAFIA

AROUCA, Sérgio. **A Hipercrise Sanitária** in Revista Indicadores Econômicos FEE: Desempenho da Economia do RS. Porto Alegre, 1992.

COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA. Doc. III. RJ, Sec. Téc. da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, 1987.

CORRÊA, Maíra. **Informação e Divulgação em Saúde: A Experiência do RS.** trabalho apresentado no II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. SP, 1989.

_____ **Ciência & Tecnologia e Saúde: Políticas Públicas** in Revista Indicadores Econômicos FEE. Porto Alegre, 1992.

ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA nº 4. ABRASCO, RJ, 1986.

_____ nº 5. ABRASCO, RJ, 1988.

SEMINÁRIO INVESTIGAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. Relatório Final, mimeo, Belo Horizonte, 1988.

5 - "PARTICIPAÇÃO NO SUS DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS"

PALESTRA PROFERIDA POR LENIR SANTOS

Vou abordar alguns tópicos da participação das entidades privadas no SUS, incluídas as sem fins lucrativos.

O primeiro deles, e que julgo o mais importante, refere-se à normatividade genérica da Lei Orgânica da Saúde sobre as ações e os serviços **privados** de saúde, participam ou não do SUS.

A Constituição de República, em seu artigo 197, dispõe que:

"Art. 197. São de relevância pública as ações e os serviços de saúde, 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 ou jurídica de direito privado."

Deriva, pois, da Constituição dever de o Poder Público o dever de regulamentar, fiscalizar e controlar os serviços de saúde executados pelo setor privado.

Aliás, tal como ocorre na área da educação, quando a Constituição, em seu artigo 209, estabelece que "o ensino é livre à iniciativa privada, atendidas as seguintes condições:

I - cumprimento das normas gerais da educação nacional;

II - autorização e avaliação de qualidade pelo Poder Público."

Assim, tanto os assuntos de saúde quanto os de educação, no que diz respeito ao setor privado, ficam subordinados à normatividade genérica (normas básicas, fundamentais) do Poder Público.

Em consequência do preceito constitucional mencionado a Lei Orgânica dispôs o seguinte:

a) as normas reguladoras da LOS abrangem todas as ações e os serviços de saúde, sejam os executados pelo Poder Público, sejam os executados pela iniciativa privada. (art. 1º).

b) A LOS delega competência às três esferas gestoras do SUS para elaborar normas destinadas a regular os serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública; (art. 15, IX).

c) no tocante ao funcionamento dos serviços de saúde que não integram o SUS, ou seja, aqueles referidos no artigo 199 da Constituição, a LOS estatui que na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS quanto às condições para o seu funcionamento. (art. 22).

Diante das disposições constitucionais e legais citadas fica confirmado o mandamento de que "as ações e os

serviços de saúde submetem-se à normatividade do Poder Público, ainda mais levando-se em conta a relevância pública desses serviços e ações.

A saúde é um bem que não pode ficar à mercê de interesses individuais, por mais legítimos que sejam.

A saúde se sobrepõe ao interesse particular em nome do interesse coletivo.

E o Poder Público, na medida em que protege o coletivo, está amparando o interesse do indivíduo.

A Lei Orgânica da Saúde, ao tratar dos serviços privados de assistência à saude, dividiu o assunto em dois Capítulos: um atinente aos serviços privados que não integram o SUS (livre iniciativa prevista na Constituição - art. 199), outro, concernente aos serviços privados que integram, complementarmente, o Sistema Único de Saúde, mediante a celebração de contrato ou convênio para prestação de serviços.

Os serviços privados de saúde que integram o SUS são denominados serviços complementares; é a participação complementar do setor privado no SUS.

Quando o Poder Público julga que seus serviços são insuficientes, para atender a população, ele lança mão dos serviços privados, mediante celebração de contrato ou convênio.

O Poder Público, ao contratar com o setor privado, tem esbarrado numa questão aparentemente singela: **"quem tem competência para contratar: a União, o Estado ou o Município?"**

Nos termos da repartição de competência definida pela Constituição, as três esferas de governo tem competência para cuidar da saúde da população.

A Lei Orgânica da Saúde dividiu essa competência, explicitando o que compete a quem.

No tocante à execução dos serviços de saúde médico-assistenciais (competência outrora delegada ao INAMPS) é hoje competência dos Municípios e dos Estados.

Se a competência para executar serviços é do Município e do Estado, são eles, Município e Estado, que vão verificar a insuficiência de seus serviços e adquirí-los do particular, na medida dos interesses da política de saúde local ou regional.

Então a competência para a contratação de serviços privados de saúde é do Estado e do Município.

Mas aqui nos deparamos com um problema crucial: o Município e o Estado tem competência para contratar serviços com o setor privado, mas não tem os recursos: os recursos estão centralizados no INAMPS. É o INAMPS (que não tem competência para prestar serviços médico-assistenciais) quem paga os serviços da rede privada contratada.

Ora, se o INAMPS não tem competência para prestar serviços médico-assistenciais, como pode comprar serviços da rede privada?

Na prática, o que vem ocorrendo é

uma grande anarquia: o INAMPS que não tem competência para gerir serviços públicos é quem paga os serviços adquiridos por contrato que ele não celebra. Todos sabemos que quem contrata é quem tem recursos para fazê-lo. Por isso ficam buscando situações esdrúxulas para resolver o problema da celebração dos contratos: O MUNICÍPIO CONTRATA, o INAMPS É INTERVENIENTE. Como interveniente, vai assinar contrato com mais de 4.000 Municípios e 26 Estados?

Como podemos falar em gestores de sistemas se o Município e o Estado não conseguem nem mesmo celebrar o seu contrato?

Se questões tão miúdas como estas - juridicamente já definidas ou inferidas no texto legal - estão há mais de dois anos sendo discutidas, sem nenhuma solução, fica difícil acreditar que o SUS vai acontecer de fato, pois se esbarra em questões como esta, de fácil entendimento e solução.

O modelo de contrato deve ser estabelecido pelos gestores. Será considerada uma ingerência na autonomia dos Estados e Municípios a exigência de observância de modelo de contrato padronizado pela Direção Nacional do SUS.

Outra questão importante no tocante aos contratos é a licitação. Criou-se o hábito (ilegal) de não fazer licitação para contratar serviços médico-assistenciais, sob o pretexto de impossibilidade de competição. A abertura de licitação para a contratação de serviços assistenciais complementares é, no entanto, obrigatória, pois o fato de o preço ser previamente estipulado (tabela) não exime o Poder Público dessa obrigatoriedade.

O contrato também há de ser formalizado através de "termo de contrato". Só que desde 1986 não há contrato escrito entre o Poder Público contratante e o setor privado de saúde.

A mim me espanta o fato de o Tribunal de Contas da União nunca ter impugnado as contas do INAMPS, uma vez que além de não licitar, também não celebra "termo" de contrato.

Afora as situações de dispensa ou de inexigibilidade de licitação é obrigatório licitar.

Também os antigos cadastramentos e credenciamentos devem ser objeto de licitação e contrato.

O pagamento pelo "código 7" é outro fato que causa espanto na área de saúde. O Poder Público contrata um hospital para oferecer-lhe serviços médico-hospitalares, mas remunera, à parte, o ato médico. O médico que trabalha no hospital contratado não recebe seus recursos do próprio hospital, mas sim do INAMPS, em sua conta particular.

Isto faz com o que o hospital - que é a pessoa jurídica contratada pelo INAMPS - não tenha nenhuma responsabilidade sobre o médico e o médico não tenha nenhuma responsabilidade perante o hospital. Seria a mesma coisa que o Poder Público contratar uma empreiteira para construir uma estrada e remunerar os engenheiros da empresa diretamente, ou seja, fora do âmbito do contrato.

As tabelas de preço também tem gerado perplexidade. Quem faz a tabela

é o **INAMPS.** A tabela é única para o País inteiro. Como pode o Estado ou Município se intitular gestores do respectivo Sistema, se não podem nem mesmo fixar o preço que julgam adequado à sua realidade, que atenda às suas peculiaridades locais e regionais? Os gestores tem de ter liberdade para fixar o seu próprio preço dos serviços de seu interesse.

A tabela de preços elaborada pela Direção Nacional deve ser tabela de preço mínimo ou, melhor, tabela de referência. Outro entendimento não é possível, sob pena de se ferir a autonomia dos Estados e Municípios. Além do mais, a Direção Nacional só deve fixar normas de caráter geral, jamais descer a detalhes. E tabela unica é descer a mínimos detalhes.

A preferência, na aquisição de serviços complementares, das entidades sem fins lucrativos é outro assunto que até hoje não mereceu atenção da Direção Nacional do SUS.

Essa preferência deve ser explicitada, pois é necessário estabelecer os requisitos da parceria entre entidade sem fins lucrativos e o Poder Público.

Só poderá ter preferência para celebrar convênio com o Poder Público aquelas entidades que atuem ao lado do Poder Público, que sejam de fato suas parceiras. E essa parceria precisa ser definida; caso não haja essa definição, as entidades sem fins lucrativos terão de submeter-se à licitação para celebrar contrato com o Poder Público. O convênio só poderá ser celebrado se a entidade filantrópica for considerada parceira do Poder Publico. Se a sua atuação estiver em consonância com a atuação do setor público. Ambos - público e privado - para celebrarem convênio, precisam visar um único fim.

Finalizando, gostaria de dizer que o SUS, *no meu entender, não aconteceu* até o presente momento. Temos sim, um resto de SUDS. É necessário que a prática da saúde seja conforme à sua teoria, com o que está nas leis e na Constituição. A situação do setor saúde no momento, pode ser comparada com o "samba do crioulo doido..."

- Gostaria de dizer, também, que hoje em dia é "moderno" falar mal do Serviço Público, dos servidores públicos. Pois eu acredito no serviço público. Acredito que possa ser eficiente se houver vontade política para isso; se a autonomia de gestão for garantida aos dirigentes públicos, enfim.

Tivemos e temos vários serviços públicos eficientes. Podemos citar, em São Paulo, o HC, o Hospital São Paulo, o Hospital de Fissuras Palatais de Bauru (Centrinho), que é referência para a América do Sul, o INCOR e o antigo IPASE, modelo de hospital público.

É necessário apontar, ainda, que 80% dos serviços de saúde oferecidos pelo Poder Publico são privados contratados. Ora, todos dizem que os serviços públicos de saúde são absolutamente ineficientes. Então, concluímos que ineficientes são os serviços privados, pois somente 20% dos serviços oferecidos para a população são genuinamente públicos. O restante 80% são privados contratados. Vemos assim que o setor privado é que é ineficiente.

Eu acredito no Serviço Público e tenho dito sempre que, em caso de acidente me encaminhem para um hospital público, porque o hospital privado contratado é tão ineficiente que se corre mais risco dentro dele do que fora e os hospitais privados eficientes são tão caros que, após a convalescência, o paciente se torna refém de uma dívida que jamais conseguirá pagar.

6 - POLÍTICA DE SAÚDE PÓS - IX CNS

MARIA ELIZABETH DINIZ BARROS *

Texto preparado para subsidiar os debates durante o Seminário "A Saúde que Queremos", organizado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, em Aracajú-SE, de 09 a 11 de dezembro de 1992.

A POLÍTICA DE SAÚDE PÓS - IX CNS

Maria Elizabeth Diniz Barros

A realização da IX Conferência Nacional de Saúde se deu num momento em que o País, mergulhado em profunda e duradoura crise, vivia a síndrome do desalento. Poucos acreditavam na possibilidade de mobilizar a sociedade brasileira para discutir rumos da política de saúde. Convocada no início de 1990, ainda no governo Sarney, teve sua realização protelada e a Etapa Nacional sucessivas vezes adiada, sob o pretexto de falta de recursos. Não obstante as dificuldades, a Comissão Organizadora conseguiu tornar irreversível o processo ao desdobrar em etapas municipal, estadual e nacional a realização da Conferência. O fato de ter-se conseguido desencadear o debate em grande parte dos municípios brasileiros, de que a Etapa Estadual tenha sido realizada em todas as unidades da federação e que após tantos percalços a Etapa Nacional tenha ocorrido com a afluência de cerca de 4.000 participantes, foi para muitos uma surpresa. Mas, para os que se comprometeram com a viabilização do processo, foi a prova de que ao se ampliar o espaço de debate e participação a resposta da sociedade é imediata, conferindo respaldo político e legitimidade às propostas.

- Não se trata de idealizar o processo de democratização, nem de minimizar as dificuldades nele envolvidas, mas de reconhecer as possibilidades de avanços desde que haja efetivo compromisso com esse objetivo. E esse compromisso pressupõe: disposição política para efetuar transformações, disponibilidade para admitir divergências e negociar soluções, capacidade de superar as práticas usuais de barganha e troca de favores. Essa energia social e política precisa ser canalizada para respaldar as indispensáveis e urgentes transformações que o setor público e, particularmente, o sistema de saúde estão a exigir.

Ninguém desconhece que durante as últimas décadas o País experimentou a mais profunda centralização de recursos e de poder da esfera federal, desencadeada pela necessidade de fazer face ao importante papel que o Estado brasileiro desempenhou na sustentação da acumulação capitalista nas sucessivas fases de industrialização. Esse processo, que foi acompanhado de um aprofunda-

* *Socióloga; Técnica de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA; Coordenadora-Adjunta da Assessoria de Planejamento da Comissão Organizadora e Relatora-Associada da IX Conferência Nacional de Saúde.*

mento das práticas oligárquicas de apropriação do aparelho de Estado, assegurava a privatização dos resultados da ação estatal. As elites dominantes se esmeraram na preservação de relações sociais autoritárias e excludentes, de relações de trabalho arcaicas e repressivas, que mantinham sob controle a classe trabalhadora e impediam a emergência de instituições de representação de seus interesses. Esses fatores reproduziram a dominação e viabilizaram um modelo de desenvolvimento assentado em extrema desigualdade na distribuição da renda do País.

Embora rápido e simplificado, esse esboço do processo social brasileiro nos permite compreender ou explicar algumas questões:

1. a centralização dos recursos e do poder atendeu aos interesses da expansão capitalista e constituiu condição que reduziu a autonomia do Estado frente a esses interesses;

2. o atendimento às necessidades básicas da população, com vistas a garantir qualidade de vida, não constituiu prioridade para o Estado brasileiro, a não ser no plano da retórica, porque a classe trabalhadora esteve excluída e só recentemente tem conseguido condições político-institucionais para expressar suas demandas e influir sobre as decisões governamentais;

3. os governos locais perderam receita e autonomia de gestão, na medida em que passaram a depender fortemente de transferências federais submetidas à condicionalidades que envolviam desde apoio político até pré-definições para o uso dos recursos. Com isso, fragilizaram-se e perderam também capacidade técnica de formulação e gestão da ação governamental, tornando-se cada vez mais dependentes e subordinados.

Desse processo, nenhum setor da atividade estatal esteve ausente.

Na área da saúde, o caráter centralizado e privatizado do sistema que se constituiu no período esteve enraizado nas mesmas determinações sociais e econômicas. São facetas desse processo: o modelo assistencial assentado na cura da doença e na hospitalização, em detrimento das ações preventivas e de controle das condições sanitárias; o direcionamento do recurso público para compra de serviços privados em prejuízo da constituição de uma rede pública de serviços de saúde; a extrema desigualdade de acesso a serviços entre população urbana e rural, entre trabalhadores com vínculo empregatício e os que não tinham acesso a vínculo formal de emprego, entre regiões do País; a fragmentação das ações entre diversas agências governamentais, nos três níveis e a ausência de coordenação entre elas.

A compreensão dessas questões e o objetivo de superar esse quadro orientaram a definição do corpo doutrinário do Movimento pela Reforma Sanitária. A partir dos pressupostos de que saúde é qualidade de vida e de que as doenças são socialmente determinadas, o Movimento pela Reforma Sanitária busca a transformação do Sistema de Saúde na direção de:

. reconhecer saúde como direito de cidadania e dever do Estado;

. assegurar o acesso a serviços integrais de atenção à saúde, eficazes e universais;
. unificar o sistema de saúde;

. promover a descentralização do sistema de saúde;

. obter a democratização do sistema de saúde.

Daí decorreram os princípios e diretrizes - legitimados na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e consagrados nos dispositivos da Constituição de 88 e da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90 - de que o Sistema de Saúde deve ser único, público, descentralizado, submetido ao controle social e capaz de prover assistência universal e equânime a todos os cidadãos.

Essa não é uma transformação simples. Implica redistribuir recursos e poder, confrontar interesses privados incrustados no aparelho de Estado, enfrentar bolsões de poderes burocráticos e corporativos constituídos nos longos anos de prática autoritária, além dos aspectos de reorganização da rede de serviços e de transformação das práticas assistenciais, gerenciais e de relacionamento com a população usuária dos serviços de saúde.

A IX CNS - realizada menos de dois anos após a promulgação da Lei Orgânica de Saúde - representou um momento de reflexão e debate sobre os avanços e as dificuldades do processo de Reforma Sanitária. Em nenhum momento os princípios e diretrizes foram questionados. Bem ao contrário, o Relatório Final da IX CNS é enfático: "cumpra-se a lei" e "implante-se o SUS!"

Onde, então, podemos reconhecer avanços a partir da IX CNS?

Ao longo do processo de sua realização, as grandes contribuições da IX CNS podem ser assim agrupadas:

1. Promoção do debate e estímulo à mobilização da sociedade em torno das questões da saúde, numa conjuntura extremamente adversa.

2. Ampliação do elenco de atores relevantes no processo decisório referente à formulação de políticas públicas, com o reconhecimento da classe trabalhadora e dos movimentos populares como sujeitos coletivos, traduzido na composição paritária dos seus membros, através de entidades de representação de interesses dos mais diferentes segmentos. Isso reflete uma significativa mudança nas relações Estado/sociedade que, ainda que circunscrita à ação setorial, pode ser exemplo para outras áreas da ação estatal.

3. Disseminação de informações, através da ampla distribuição de textos, análises e projetos de lei integralmente acessíveis a um grupo bastante circunscrito. Muitas vezes esse material era de difícil compreensão para os que pela primeira vez tomavam contato com determinadas questões. Mas essa dificuldade foi atenuada pela possibilidade de explicitação de conceitos e aclaramento de significados propiciada pela presença de especialistas das diversas áreas nas etapas municipal e estadual. Acima de tudo, isso permitiu estimular e ampliar o debate. Se muitas vezes esse debate se mostrou

insuficiente para avanços conceituais ou estratégicos, a sua ampliação certamente conferiu maior legitimidade e respaldo político às deliberações acerca da política de saúde.

4. Intercâmbio de experiências e de concepções, propiciado pelo contato permanente entre as comissões organizadoras nacional e estaduais, as entidades populares e profissionais e os representantes do setor público ao longo do processo. Isso permitiu que muitas questões fossem amadurecidas, que experiências fossem relatadas, que trocas fossem viabilizadas, enriquecendo os debates. A identificação de riscos e problemas comuns e a discussão de soluções alternativas experimentadas por diferentes unidades federadas, permitiu a sedimentação de algumas certezas: a necessidade de efetiva autonomia de gestão; o repúdio às práticas centralizadoras (travestidas de transferências negociadas); a possibilidade de um Sistema Único que contemple heterogeneidade de soluções no plano organizacional e gerencial sem descaracterizar-se face aos princípios que os regem; a viabilidade e as alternativas do Controle Social; o reconhecimento de que, no nível local, a eficácia e a obtenção de resultados significativos não passa necessariamente pela presença de partidos de esquerda no poder, mas que depende fundamentalmente da existência de mecanismos democráticos de gestão, particularmente de Conselhos de Saúde legítimos, ativos e operantes. Em contrapartida, também ficou claro que a descentralização não significa, automaticamente, maior democratização: esta depende do grau de organização dos setores populares, que os tornem capazes de se impor como interlocutores dos agentes governamentais.

É certo que são ainda poucos os locais onde o processo de municipalização avançou. São ainda experiências, algumas incipientes. São muitos os limites a extravasar. A IX CNS debateu um momento de um processo que exigirá ainda anos, talvez décadas, para que os resultados se aproximem da imagem-objetivo. Mas para os seus participantes, em suas três etapas, abriu-se um leque de perspectivas que os animará a buscar soluções próprias e a mobilizar forças para a implantação do SUS. É provável que o Relatório Final não tenha sido capaz de expressar toda a riqueza do processo, colocando-nos frente a resultados ainda "invisíveis", que deverão frutificar nos próximos anos com a maturação de novas propostas de ação, a experimentação de alternativas de gestão, a efetiva implantação de Conselhos de Saúde democráticos e paritários, o fortalecimento das Plenárias de Saúde e o maior engajamento das entidades de representação de interesses na luta pela implantação do SUS.

SAÚDE: A AGENDA GOVERNAMENTAL PÓS-IX CNS

Reconhecidos o caráter democrático e a legitimidade dos resultados da IX CNS, cabe-nos ressaltar as questões que devem merecer prioridades com vistas a avançar no processo de implantação do Sistema Único de Saúde.

1. Efetivação do processo de descentralização: as funções e o financiamento do sistema.

Falar em descentralização pressupõe o aclaramento desse conceito. Não é mais possível permitir o diálogo ambíguo que a ausência da explicitação de significados tem permitido desde o processo constituinte. Quando falamos de **descentralização** estamos nos referindo a um processo de transformação que envolve a **redistribuição de poder entre as esferas de governo e a mudança nas relações Estado-sociedade.**

Poder, neste contexto, implica autonomia e legitimidade. Não há símbolo de poder no fato de governadores, prefeitos e secretários frequentarem gabinetes de ministros ou de deputados e mendigar recursos e a barganhá-los por apoios políticos episódicos: há sinal de **subordinação**. Autonomia deve ser compreendida como capacidade de decidir sobre a programação e a gestão dos recursos públicos, subordinada à lei, mas sem subordinação a outras esferas de governo. Pressupõe, a descentralização, que haja **transferência** de responsabilidade simultânea à transferência de meios (recursos financeiros, materiais e humanos).

Descentralizar significa, então, redefinir os papéis das três esferas do governo, garantindo-se as condições para a gestão autônoma em cada uma delas. Nesse processo, é fundamental que o controle e a aplicação dos recursos puúblicos destinados à provisão de bens públicos e serviços essenciais à qualidade de vida se transfiram majoritariamente para os governos locais. Nos países industrializados mais de 50% dos recursos públicos são gastos no nível local; na Suécia esse percentual ultrapassa 70%. No Brasil, mesmo com os avanços da redistribuição fiscal decorrentes da Constituição de 88, o percentual não alcança 20%.

A descentralização não pode, pois, se restringir a uma ação setorial isolada: envolve uma ampla redistribuição das funções do Estado e implica que cada nível de governo assuma, efetivamente, sua parcela de responsabilidade no processo. Com isso queremos destacar que cabe, de uma lado, à sociedade cobrar dos governos federal e estadual medidas relativas à transferência de meios que viabilizem o exercício autônomo do poder de decisão sobre as ações que devem passar a ser desenvolvidas no âmbito local. E cabe aos governos locais ampliar sua capacidade financeira, técnica e gerencial para garantir o volume e a qualidade na provisão desses bens e serviços.

É imperativo, pois, que os governos locais procurem:

. maximizar a capacidade de extração de seu sistema tributário, com a abolição de renúncia fiscal, a implantação de alíquotas progressivas, a utilização pertinente de todos os instrumentos fiscais previstos na Constituição e nas Leis Orgânicas, a instituição de sistemas eficazes de recolhimento e fiscalização tributária, para que se amplie a disponibilidade de recursos próprios e a participação relativa dos mesmos no financiamento das ações essenciais;

. reorganizar e reorientar a ação de seu aparato administrativo, conferindo-lhe capacidade técnico-gerencial para identificar problemas e prioridades, elaborar planos e programações, desenvolver ou supervisionar a execução das ações, controlar e avaliar resultados:

. democratizar a ação estatal, instituindo mecanismos para consulta e participação nos processos decisórios e no controle da gestão pública, viabilizando o acesso à informação necessária ao exercício desses direitos, conferindo visibilidade aos atos de governo, respeitando as demandas e instaurando a interlocução com os múltiplos atores sociais, de modo a permitir o amplo debate sobre as prioridades de ação.

Configurada a amplitude do processo em que está contida a discussão sobre a descentralização do Sistema Único de Saúde, pode-se retornar às suas especificidades reconhecendo-a como parte de um movimento global e à saúde como o setor no qual, por serem maiores os avanços institucionais, é mais provável a obtenção de resultados favoráveis.

No âmbito do SUS, a tarefa imediata é a redefinição clara dos papéis das três esferas de governo e a delimitação mais precisa de suas funções, garantindo-se condições para a gestão autônoma do sistema em cada uma delas e respeitando-se a diversidade de situações sócio-políticas entre as unidades federadas. Nessa redefinição de papéis, as funções de provisão de serviços de saúde devem estar concentradas na esfera municipal, cabendo-lhe reorganizar o aparato institucional e adequar a lógica de atenção às necessidades de saúde da população, assegurando convergência entre as práticas sanitárias e os problemas a serem enfrentados e resolvidos. Aos estados e ao governo federal devem caber, em distintos níveis, a regulação do sistema, a supervisão e o apoio técnico, a coordenação da rede e dos investimentos, garantindo a operação de mecanismos redistributivos, restringindo-se seu papel na provisão de serviços a áreas de maior complexidade ou programas estratégicos. À esfera federal caberá, ainda, privilegiadamente, a formulação e implementação de políticas e macro-estratégias nos campos do desenvolvimento científico e tecnológico, da formação e aperfeiçoamento de recursos humanos e na normatização da vigilância sanitária.

Cumpre ressaltar, entretanto, que a definição clara de responsabilidade e a autonomia de gestão se darão no âmbito de um Sistema Único de Saúde, o que exige medidas de coordenação e a atuação integrada dos diferentes níveis de governo para que seja assegurada à população a atenção à saude necessária e de boa qualidade.

O segundo problema a ser enfrentado é a ampliação e estabilização do fluxo de receitas dos Fundos de Saúde, nos diversos níveis de governo, o que envolve por uma lado o estabelecimento de fontes regulares e, de outro, a definição de regras claras de distribuição e transferência dos recursos e a constituição de mecanismos redistributivos.

Aqui, na responsabilidade pelas soluções estão envolvidos os três níveis de governo e os poderes executivo e legislativo. A questão do financiamento das ações de saúde não pode ser vista como um problema exclusivo da esfera federal, ainda que hoje dela provenha a maior parcela de recursos. A resolução do problema inclui as medidas do ajuste fiscal, atualmente em discussão, que podem afetar o volume de receitas da

Seguridade Social, no âmbito federal; os critérios para a distribuição da receita entre Saúde, Previdência e Assistência Social; a regulamentação do sistema de repasse de recursos federais para as esferas estadual e municipal; a ampliação do aporte de recursos fiscais próprios, por parte dos governos federal, estaduais e municipais, o que significa revisão da hierarquia de prioridades por ocasião da elaboração dos respectivos orçamentos.

A IX CNS recomenda que cada esfera de governo destine de 10% a 15% de seu orçamento fiscal exclusivamente para a área de saúde e no mínimo 30% do orçamento da Seguridade Social. Cabe à sociedade exigir dos gestores públicos o respeito à essa decisão.

Não estão disponíveis informações sobre os montantes alocados pelo conjunto dos Estados e Municípios. Estudo recente realizado pelo Ministério da Saúde (1) sobre os gastos com saúde dos estados que integram o Projeto Nordeste indicam que no Nordeste, no período 1981/1987, situou-se em torno de 5% o percentual médio de recursos do Tesouro Estadual destinados à área da saúde. Em Minas Gerais, no mesmo período, esse percentual oscilou entre 2,4% (1987) e 4,1% (1986).

Em 1988, os dados apontam um crescimento significativo na destinação de recursos por parte dos estados nordestinos: a média é de 12%. Em Minas, o percentual foi de 5,6%. Contudo, esses dados relativos a 88 devem ser utilizados com cautela, pois devido à mudanças metodológicas na forma de apropriação por estado das transferências do INAMPS, os resultados foram obtidos por estimativa.

Mas o problema do gasto em saúde não parece estar centrado apenas no volume de recursos: ainda que seja reconhecida a necessidade de ampliação das receitas para o setor, não há dúvida também sobre necessidade de conferir maior racionalidade a seu uso e sobre a possibilidade de obter maior eficácia em seus resultados. Nessa direção, o fortalecimento dos sistemas de planejamento e de controle e avaliação, no âmbito do SUS, se apresenta como tarefa prioritária aos gestores nos três níveis de governo.

2. A REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA E A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS.

Não é necessária a descrição das insuficiências e falhas do sistema de saúde para justificar a urgente necessidade de uma profunda transformação do mesmo: elas são de domínio público e frequentam quotidianamente o noticiário. E não podemos perpetrar o raciocínio ingênuo de que transferindo-se a gestão dos serviços para o nível local, a transformação ocorrerá, automaticamente como num passe de mágica.

Vontade política, decisão firme e clareza de objetivos são ingredientes imprescindíveis patra viabilizar as mudanças, para que a descentralização não se reduza a mera reprodução no nível local, das mazelas do sistema.

Dentre as questões que devem exigir atenção prioritária podemos desta-

car:

. redefinição do modelo assistencial, que envolve a reorientação das práticas sanitárias, com ênfase maior às ações preventivas, de promoção e de vigilância à saude, integradas em uma rede regionalizada e hierarquizada segundo critérios especiais e de cobertura, de modo a garantir a universalidade do acesso e a integralidade da atenção à saúde.

. necessidade de assegurar a universalidade do acesso e a melhoria da qualidade da assistência à saúde, incluindo-se nesta não apenas a garantia de condições para um atendimento que apresente elevada resolubilidade (equipamentos, insumos, medicamentos, R.H. preparados e suficientes) como também o respeito ao usuário do sistema e ao seu direito de cidadania.

. qualificação, reciclagem e estabelecimento de uma adequada política de remuneração dos recursos humanos que integram o sistema.

. prioridade, na alocação dos recursos, ao sistema estatal de atenção à saúde, eliminando-se as ociosidades e o sucateamento da rede pública, só contratando serviços privados quando esgotada a capacidade dos públicos, suprimindo-se toda sorte de subsídios ao setor privado supletivo e submetendo o sistema privado à regulamentação pública.

. articulação entre as ações de saúde e as demais ações setoriais com impacto sobre a qualidade de vida, particularmente o saneamento básico e ambiental.

. garantia do caráter público da ação estatal, submetendo-se ao interesse público e não permitindo que interesses privados ou corporativos determinem a sua natureza e a sua direção.

3. A DEMOCRATIZAÇÃO DA AÇÃO ESTATAL E O CONTROLE SOCIAL.

Dentre os argumentos utilizados na defesa da descentralização um dos que foram objeto de maior ênfase foi o da ampliação das possibilidades de participação e de controle sobre a ação governamental. Como pressupostos, esse argumento contêm: a) a concepção de que a ação estatal é um espaço de disputa de poder entre os diferentes interesses presentes na sociedade, tendendo a reproduzir a correlação de forças sociais, a distribuição do poder entre as classes sociais e b) a expectativa de que, ao aproximar os núcleos decisórios dos beneficiários da política, se ampliam as possibilidades de articulação e de influência dos setores populares.

Nessa perspectiva, a incorporação de questões na agenda governamental, a hierarquização das demandas, a eleição de prioridades será sempre o resultado de uma luta política, da disputa entre interesses diferentes. Dependerá, portanto, da densidade política dos atores sociais e de sua capacidade de mobilizar recursos políticos e da presença, no aparato estatal, de mecanismos democráticos que assegurem o acesso às informações, o debate amplo e a expressão de demandas.

Ao falar em controle social, estamos nos referindo à capacidade que a

sociedade tem de influir sobre a gestão pública com vistas a assegurar:

. que a ação governamental se dirija à atender os interesses/necessidades do conjunto da população, hierarquizando-os e elegendo como prioridades aquelas ações que repercutam sobre a mais ampla parcela;

. que haja probidade e transparência na alocação dos recursos públicos;

. que seja assegurado o caráter público da ação estatal, no sentido de que sua direção e seus resultados não se destinem ou sejam apropriados por um número restrito de pessoas ou por um único segmento social.

Assim, o objetivo do controle social é banir as práticas fisiológicas e clientelistas que conduziram à privatização da ação estatal no Brasil. É um espaço privilegiado de construção da cidadania. Exige a ação coletiva: o exercício individual e difuso da cidadania não é condição suficiente. Cada segmento social tem que se converter em sujeito coletivo, organizando-se e tendo suas organizações reconhecidas pelos demais segmentos como portadoras legítimas e representativas das suas demandas específicas.

Assim, os requisitos básicos do controle social são a cidadania consciente e organizada e o Estado democrático e permeável.

Na área da saúde, são vários os mecanismos que podem ser acionados no sentido de assegurar a participação e o controle social, elevando o cidadão à dupla condição de beneficiários e sujeito do processo de gestão pública.

O mais importante deles é o Conselho de Saúde, previsto e regulado pela Lei 8.142/90, que deve ser constituído em todas as esferas de governo. Trata-se de um colegiado, do qual devem participar usuários, profissionais de saúde, prestadores privados e governo. A participação dos diferentes segmentos deverá ser sempre institucional, isto é, são as entidades de representação de interesses que devem escolher e indicar seus porta-vozes.

Na composição do Conselho, por determinação legal, deverá ser observada a paridade entre o numero de representantes de usuários (50%) e o de representantes dos outros segmentos. (Lei 8.142, art. 1º, parágrafo 4º).

Os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, atuam na "formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (...) inclusive nos aspectos econômicos e financeiros". (Lei 8.142, art. 1º, parágrafo 2º).

O cumprimento desses dispositivos não é suficiente, contudo, para conferir representatividade e legitimidade aos Conselhos. É indispensável que a escolha das entidades que virão a compor o Conselho não seja feita em bases clientelistas, que seja assegurado pleno acesso a todas as informações necessárias à análise e avaliação das propostas submetidas à sua apreciação, que o Conselho disponha de autonomia para proceder a estudos e para constituir assessoria técnica. O Relatório Final da IX CNS é rico em sugestões e indicação de alternativas, devendo ser tomado como base

para a organização e o funcionamento dos Conselhos de Saúde.

O alcance desses objetivos envolve uma transformação significativa na relação Estado/sociedade, que inclui a superação, por parte dos setores populares, da cultura de subordinação ao Estado que se constituiu como decorrência do processo histórico de dominação a que estiveram submetidos e, no âmbito do aparato estatal, da cultura organizacional que desqualifica o saber dos setores populares e os descarta como interlocutores legítimos. São mudanças que só podem ser obtidas através da prática democrática. Como em todo processo social, os avanços dependerão da densidade política dos atores sociais.

Ações efetivas nessas três frentes: descentralização, reorganização do sistema e democratização da gestão poderão conferir ao sistema de saúde brasileiro outra imagem, tornando-o mais capaz de influir decisivamente sobre o quadro sanitário do País.

Estudo recente sobre a pobreza na década de 80, realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA(2), mostra que, a despeito da crise econômica e da queda nos rendimentos reais da população, os indicadores sociais apontam melhoria nas condições de vida (acesso a saneamento básico, taxas de mortalidade, acesso à educação etc), como decorrência dos investimentos públicos ocorridos no período anterior. A expectativa para a década de 90, contudo, é inversa: a redução dos investimentos ao final da década de 80 e no início desta apontam o risco de "grave deterioração nas condições de vida, em particular dos segmentos mais pobres da população".

Cumpre, assim, descartar o discurso neoliberal do "Estado Mínimo" e ampliar a ação pública na provisão de bens e serviços públicos essenciais como estratégia de enfrentamento da crise, com o objetivo de assegurar à população brasileira o exercício de seus direitos sociais.

NOTAS

(1) - "Gastos com Saúde nos Estados do Nordeste e Minas Gerais - MS/Coord. Geral de Planejamento Setorial - Projeto Nordeste - outubro/92.

(2) - "O que mostram os Indicadores sobre a Pobreza na Década Perdida" - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA - agosto/92.

EXPEDIENTE

IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Comissão Organizadora
Coordenador: José Eri Osório de Medeiros

Comitê Executivo
Coordenador: José Eri Osório de Medeiros
Coordenador Adjunto: Mauro Daisson Otero Goulart
Secretário: Amaro Luiz Alves
Assessor de Orçamento e Finanças: Erasmo Ferreira da Silva
Assessora de Orçamento e Finanças Adjunta: Jurema Malcher Fonseca
Relator: Arlindo Fábio Gómez de Sousa
Relator Adjunto: Jorge Antônio Zepeda Bermudez
Relatora Associada: Maria Elizabeth Diniz Barros

Assessoria de Planejamento
Coodenador: Arlindo Fábio Gómez de Sousa
Coordenador Adjunto: Francisco Cruz Barbosa Lopes
Coordenadora Adjunta: Maria Elizabeth Diniz Barros

Assessoria Internacional
Coordenadora: Maria Angélica Gomes

Grupo de Trabalho de Articulação Estratégica
Coordenador: Paulo Antônio Gomes Dantas
Coordenadora Adjunta: Jacinta de Fátima Sena da Silva

Grupo de Trabalho de Comunicação Social
Coordenador: Antônio Manoel de Oliveira
Coordenadora Adjunta: Thereza Christina Aguiar Tavares

Grupo de Trabalho Técnico
Coordenador: Nelson Rodrigues dos Santos
Coordenadora Adjunta: Ângela B. Pinheiro Machado

Apoio Administrativo
Olívia F. da Silva Corrêa e Cláudia Spinola Leal Costa

Colaboradores da Assessoria de Planejamento
Alaor Carlos, José Roberto Velho da Cruz, Maria Emília Rocha Mello de Azevedo, Samara Rachel Vieira Nitão.

Colaboradores do G. T. de Articulação Estratégica
Antônio Evandro Melo de Oliveira, Artur Ramos Filho, Carlos Eduardo Mosconi, Euclides Scalco, Gil Freire Barbosa, Hésio Cordeiro, Maria da Penha Lino, Mônica Valente, Márcio Vieira Ângelo, Osmar Gasparine Terra, Paulo Waked Victor,

Pedro Benevenuto Júnior, Sinoel Batista.

Colaboradores do G. T. de Comunicação Social

Aglaé Lavoratti, Ana Palma, Armando Lacerda, Eugênia Lacerda, Hosana Seif-fer, Jane Arenhart, Jandira Riela, Juan Gomes (Foto OBJETIVA PRESS), José Otávio de Rosa Ferlauto, Larissa Bortoni, Lanes Lopes, Maria Helena, Marcos Pi-nheiro, Mirian Guaraciaba, Rogério DY La Fuente.

Colaboradores do G. T. Técnico

Alina Souza, Ana Maria Costa, Cornellis Von Stralen, Emerson Elias Merhy, Eugênio Villaça Mendes, Francisco Lopes, Joana de Azevedo da Silva, José Francisco Paranaguá de Santana, Jorge Antônio Zepeda Bermudez, Júlio Muller Neto, Lúcia Silva e Silva, Luciano Prates Junqueira, Maíra Baumgarten Corrêa, Maria Angélica Gomes, Maria Emília Rocha Mello de Azevedo, Maria Thereza de Freitas Grandi, Oswaldo Y. Tanaka, Paulo Antônio Gomes Dantas, Rosalie Knoll, Sarah Escorel, Sérgio Francisco Piola, Solon Magalhães Vianna.

Colaboradores do Apoio Administrativo

Leila Duarte, Sheyla Cristina Ayala Macedo, Noeme Cristina Álvares de Carvalho.

Colaboradores da Relatoria

Anamaria Testa Tambellini, Ana Maria Figueiredo Souza, Ana Célia Pessoa da Silva, André Luis Bonifácio de Carvalho, Antônio Ivo de Carvalho, Arita Hubner Bergmann, Ary Carvalho de Miranda, Alina Maria de Almeida Souza, Amália Soares Santana, Cáritas Reiva Basso, Clarice Melamed, Carla Ziebell, Cláudia Ribeiro, Clóvis Ricardo Montenegro de Lima, Edmundo Gallo, Eleutério Rodrigues Neto, Eliana Cristina de Santana Fidis, Elza Machado de Melo, Elza Kimura, Eunice Canuto Ferreira, Francisco de Assis Machado Reis, Francisco Carlos Cardoso de Campos, Francisco das Chagas Dias Monteiro, Fernando Lefèvre, Fre-derico Jorge Vieira Nitão, Gilda Almeida de Souza, Gisela Flores Bellé, Guido Ivan de Carvalho, Iêda Maria Cabral da Costa, Ivani Neiva, Jacira Azevedo Câncio, Jane Sayd, Janete Lima de Castro, Jarbas Leite Nogueira, João Luiz de San Tiago Dantas B. Quental, João Regazzi Gerk, João Werner Falk, Jocélio Drummond, José Clóvis Beschorner, José da Rocha Cavalheiro, Júlio Strubing Muller Neto, Juan Stuardo Yazlle Rocha, Jussara Rosa Cony, Juvenal Soares Dias da Costa, Keyla Belízia Fedman Marzochi, Laura Tavares, Leonardo Cesar Machado Coutada, Lenir dos Santos, Ligia Vieira da Silva, Ligia Giovanella, Ligia Bahia, Lúcia Silva e Silva, Luciana de Barros Jaccond, Luiza Sterman Heimann, Manoel Roberto da Cruz Santos, Madel Therezinha Luz, Marco Antônio Carneiro Menezes, Marcos Artêmio Peschborn Ferreira, Maria Cristina L. Guedes de Mendonca, Maria Cristina Illanes Valenzuela Biotti, Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos, Maria de Fátima de Azevedo Ferreira, Maria da Gloria Freitas Silva Bezerra, Maria Goretti Fernandes da Cunha, Maria Helena Barros de Oliveira, Maria Jose Castro D'Almeida Lins, Maria Jose Machado, Maria José Moraes Antunes, Maria Magda Fonseca, Maria Tereza Soares de Melo, Mario César Althoff, Mario Orlando Dantas, Mário Roberto Dal Poz, Marlova Jovchelovitch, Mauro Célio A. Marzochi, Mary Francis Aparecida de Avila, Mary Higina Coelho Ferreiro, Miguel Sammidt Prym, Miriam Zampiri Santos, Murilo da Conceicao Cunha Vianna, Maria

Rúbia Z. Lorenço, Neuza Maria Nogueira Moysés, Olenir da Silva Bonato, Oscar Berro, Ozélia Pereira Evangelista, Patrícia Tavares Ribeiro, Paulo Afonso Boução Viana, Paulo Gadelha, Paulo Ricardo de Melo Ribeiro, Pauio Roberto de Souza Lima, Paulo Roberto de Santana, Pedro Altair Neves, Perci dos Santos, Raquel Abrantes Rêgo, Raquel Damasceno Pinheiro, Regina Maria de Aquino Xavier, Renato P. Veras, Roseana Maria Barbosa Meira, Roseli Lopes de Macedo Leal, Rosineide A. Januário, Ronaldo Bordin, Sarah Escorel, Severino Ramos de Lima, Sílvio Roberto dos Anjos e Silva, Sônia Maria Souza Cavalcanti, Sônia Eliane Lafoz, Sônia Abbott Galvão Gomes, Tânia Trindade Mascarenhas, Vladimir Nepomuceno.

Coordenadores da etapa estadual da IX CNS

ACRE: Recleide Darube;
AMAZONAS: Maria Eglantina Nunes Rondon;
RORAIMA: Tarcísio de Almeida Pimentel;
RONDÔNIA: Ângela Ribeiro de Souza;
AMAPÁ: Samuel Steiner;
TOCANTINS: Iron Marques da Silva;
PARÁ: José Roberto Velho da Cruz;
GOIÁS: Cairo Alberto de Freitas;
DISTRITO FEDERAL: Orlando Maranhão Gomes de Sá;
MATO GROSSO: Dejair José Pereira;
MATO GROSSO DO SUL: Corina Galhardo Martinho;
ESPÍRITO SANTO: Sônia Lievero do Rêgo;
MINAS GERAIS: Francisco de Assis Machado;
RIO DE JANEIRO: Walter Ramos Lopes;
SÃO PAULO: João Metanios Hallack;
PARANÁ: Nilton Kiesel Filho;
SANTA CATARINA: Marilda Marcondes da Silva;
RIO GRANDE DO SUL: Alberi Nascimento Grando;
MARANHÃO: Benedito Soares de Lira Pessoa;
PIAUÍ: José Ricardo de Souza Neto;
CEARÁ: Silvia Mamed Studart Soares;
RIO GRANDE DO NORTE: Maria Teresa Fernandes Ferreira;
PARAÍBA: José Luiz Simões Maroja;
ALAGOAS: Maria Valéria Costa Corrêa;
PERNAMBUCO: Alexandre Bezerra de Cárvalho;
SERGIPE: Sônia Maria A. Prudente;
BAHIA: Adailton Oliveira.

COMITÊ CONSULTIVO

Presidente: Raimundo Bezerra
Vice-Presidente: Deputado José Linhares
Assessor: Julio Barrios

MEMBROS

Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados: Deputado Euler Ribeiro;
Presidente da Comissão Permanente de Assuntos Sociais do Senado Federal: Senador Almir Gabriel;
e representantes das entidades componentes:
Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento: Solon Magalhães Vianna;
Ministério da Educação: Antônio José dos Santos Peçanha e Francisco Barbosa Neto;
Ministério das Relações Exteriores: Maria Elisa Teófilo de Luna Nogueira e Nedilson Ricardo Jorge;

Ministério da Ação Social: Masado Terada;
CONASEMS: José Roberto Velho da Cruz;
CONASS: Mauro Daisson Otero Goulart;
CUT: Jocélio Drummond e Darci Pinheiro de Oliveira;
CGT: Antônio Cortizo;
FORÇA SINDICAL: Rogério Tanure Pereira e Maria Aparecida de Moraes;
CONTAG: Hilário Gottelig e Joselene Fátima dos Santos;
CNI: Maria de Fátima Cantídio Mota;
CNC: Francisco Ubiratan Dellape;
CNA: Philemon Xavier de Oliveira;
CNTI: Olyntho Cândido de Oliveira;
CNTC: Antônio Wilber Bezerra e Adauto Fernandes de Oliveira;
OPAS: Florentino Garcia Scarpone e Eugênio Villaça Mendes;
ABRASCO: Arlindo Fábio Gómez de Sousa;
CFM: Crescêncio Antunes da Silveira Neto e Hércules Sidnei Pires Liberal;
CFN: Maria Helena Villar;
CFAS: Eda Gomes de Barros Lima e Lina Sandra Ferreira de Lemos;
CFB: Manoel Borges de Castro e Francisco Rodrigues Soares;
ABEN-NAC/FNE/COFEN/UNATE: Jacinta de Fátima Sena da Silva;
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA: Thiers Ferreira e Maria Cristina Ferreira Rodrigues;
CONSELHO FEDERAL DE FONAUDIOLOGIA: Marcia Fernandes de Amorim e Maria do Rosário de Fátima Brandão de Amorim;
CFMV: Paulo Cesar Augusto de Souza e Márcia Franca Gonçalves Villa;
CFFTO: Celia Rodrigues Cunha e João Marinônio Aveiro Carneiro;
CFP: Neodi Ferreira da Mota e Martha Elizabeth de Souza;
CFO: Edila Sinedino de Oliveira Maiorana;
CIMI: Mirthes Versiani dos Anjos, ângela Lopes Sander e Paulo Daniel da Silva Moraes;
PLENÁRIA NACIONAL DE SAÚDE: Swedenberg do Nascimento Barbosa;
CEBES: Eleutério Rodrigues Neto e Sarah Escorel;
COBAP: Maria Leda Rezende Dantas e Eberardo Nepomuceno;
UPI: Beth Suely Lopes e Tonico Ramos;
ABRAMGE: Arlindo de Almeida e Alexandre F. M. Lourenço;
FBH: Carlos Eduardo Ferreira e Olympio Tavora D. Corrêa;
ABH: Cláudio José Allgayer e Luiz Vicente Dutra;
FENAESS: Juljan Dieter Czapski e Antônio Dib Tajra;
FNO: Gregório Spigolon;
OCB: Amaury Barbosa da Silva;
ASBRAN: Maria do Socorro Lima e Edinilda Bispo Dristig; David Capistrano e José Maria Borges, representando Secretários Municipais de Saude do interior e das capitais, respectivamente.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro: Jamil Hadad
Chefe de Gabinete: Carlos Siqueira
Secretário Executivo: José Alberto Hermógenes de Souza
Secretário de Administração Geral: Jocelino Fracisco de Menezes
Secretário de Vigilância Sanitária: Roberto Gabriel Chabo
Secretário de Assistência à Saúde: Carlos Eduardo Venturell Mosconi

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Ana Maria Lima Barbosa (Entidades Re-

presentativas de Portadores de Patologias); Antonio Nilson Craveiro Holanda (Secretaria de Planejamento, Orç. e Coordenação da Pres. República); Arlindo Fábio Gómez de Sousa (Sociedade Brasil para o Progresso da Ciência); Benicio Parentes Sampaio (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS); Carlos Eduardo Ferreira (Entidades Prestadoras de Serviços Privados da Área de Saúde); Carlos Eduardo Venturelli Mosconi (Ministério da Saúde); Chafic Wady Farhat (Entidades Prestadoras de Serviços Privados na Área de Saúde); Edmundo Juarez (Comunidade Científica e Sociedade Civil); Elisaldo Luiz Araújo Carlini (Comunidade Científica e Sociedade Civil); Ernani Vitorino Aboim Silva (Comunidade Científica e Sociedade Civil); Francisco Augusto Vieira Nunes (Entidades Representativas de Portadores de Patologia); Francisco Ubiratan Dellape (Confederação Nacional do Comércio - CNC), Hilario Gottselig (Conf. Nac. dos Trabalhadores na Agricultura-CONTAL - Jaqueline Almeida Fonseca - (Confederação Geral dos Trabalhadores - CGT); Japy Montenegro Magalhães Júnior (Ministério do Bem Estar Social); João Guerra de Castro Monteiro (Entidades Representativas de Portadores de Patologias); Jocelio Henrique Drummond (Central Única dos Trabalhadores - CUT); José Eri Osório de Medeiros (Cons. Nac. Secretários Municipais de Saúde); Leilton Pereira Guedes (Entidades Representativas de Portadores de Patologias); Leny May da Silva Campelo (Conf. Nac. das Assoc. de Moradores - CONAM); Marcia Bassit Lameiro da Costa Mazolli (Minist. da Previdência Social - MPS); Maria Liz de Medeiros Roarelli (Ministério da Fazenda); Mário da Costa Cardoso Filho (Entidades Nac. de Representação dos Médicos); Mozart de Abreu e Lima (Min. do Trabalho); Nelson de Carvalho Seixas (Entidades Representativas de Portadores de Patologias); Paulo Sérgio Barros Barbanti (Conf. Nacional da Indústria); Perci dos Santos (Conf. Nac. das Assoc. de Moradores - CONAM); Rodolfo Joaquim Pinto da Luz (Ministério da Educação); Rui Brasil Cavalcante (Conf. Nacional da Agricultura - CNA); Swedenberger do N. Barbosa (Ent. Nac. de Repres. de outros Profissionais da Área de Saúde); Thiers Ferreira (Ent. Nac. de Repres. de outros Profissionais da Área de Saúde); Zaira Campedelli Galante (Entidades Representativas de Portadores de Patologias); Zilda Arns Neumann (CNBB - Conf. Nacional dos Bispos do Brasil).

MINISTÉRIO DA SAÚDE por ocasião da realização da Etapa Nacional da IX Conferência Nacional de Saúde:

Ministro: Adib Jatene
Chefe de Gabinete: Edmur Flávio Pastorello
Secretário Executivo: José Carlos Seixas
Secretário de Administração Geral: Márcio Reinaldo Dias Moreira
Secretário de Vigilância Sanitária: João Batista Risi Junior
Secretário de Assistência à Sauúde: José da Silva Guedes

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE por ocasião da realização da Etapa Nacional da IX Conferência Nacional de Saúde:

Eunice Ribeiro Durhan (Ministério da Educação); Mozart de Abreu e Lima (Mi-

nistério da Economia, Fazenda e Planejamento); Paulo Bezerril Júnior (Ministério da Ação Social); José da Silva Guedes (Ministério da Saúde); José Zuca Moreira Lustosa (Cons. Nac. Secretários de Saúde - CONASS); José Eri Osório de Medeiros (Cons. Nac. Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS); Jocélio Henrique Drummond (Central Única dos Trabalhadores - CUT); Jaqueline Almeida Fonseca (Confederação Geral dos Trabalhadores - CGT); Hilário Gottselig (Conf. Nac. dos Trabalhadores da Agricultura - CONTAG); Rui Brasil Cavalcanti (Confederação Nacional da Agricultura - CNA); Francisco Ubiratan Dellape (Conf. Nacional do Comércio - CNC); Paulo Sérgio Barros Barbanti (Conf. Nacional da Indústria - CNI); Zilda Arns Neumann (Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); Sérgio Henrique Ferreira (Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - SBPC); Ivo Fortes dos Santos (Conf. Nacional das Associações de Moradores - CONAM); Mário da Costa Cardoso Filho (Entidades Nac. de Representação dos Médicos); Thiers Ferreira e Swedenberger do Nascimento Barbosa (Entidades Nacionais de Representação de outros Profissionais da Área de Saúde); Chafic Wady Farhat e Carlos Eduardo Ferreira (Entidades Prestadoras de Serviços Privados na Área de Saúde); Leilton Pereira Guedes, Francisco Augusto Vieira Nunes, Nelson Seixas, Zaira Campedelli, Ana Maria Lima Barbosa e João Guerra de Castro Monteiro (Entidades Representativas de Portadores de Patologia); Elizaldo Luiz de Araújo Carlini, Edmundo Juarez e Ernani Vitorino Alboim Silva (Comunidade Científica e Sociedade Civil).

CADERNOS DA IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
Expediente da Edição 3
PRODUÇÃO:
G. T. Técnico da IX CNS
COORDENAÇÃO E ORGANIZAÇÃO:
Ângela Barcellos Pinheiro Machado
COLABORAÇÃO TÉCNICA:
Arlindo Fábio Gómez de Sousa
Carmem Degani Tschiedel
Jane Arenhart
Maíra Baumgarten Corrêa
EDIÇÃO:
Jornalista Eugênia de Sousa L. Carvalho
RESPONSÁVEL PELA PUBLICAÇÃO:
Jornalista Renato da Luz Barreto
DIAGRAMAÇÃO,COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:
VALLUP artes (051)592.8482
São Leopoldo/RS - junho/93
Distribuição gratuita.
Exemplares à disposição no Ministério da Saúde
Ed. Sede - 4º andar - Sala 407 - Esplanada dos Ministérios
Brasília - DF - CEP: 70.058-000
IMPRESSO EM PAPEL ECOLÓGICO