



ANAIIS

MINISTÉRIO DA SAÚDE 1980

Ministério da Saúde

Ministro de Estado e Presidente da 7.^a Conferência Nacional de Saúde:
Waldyr Mendes Arcoverde

Secretário-Geral: Mozart de Abreu e Lima

7.^a Conferência Nacional de Saúde

Comissão Organizadora

Presidente: Bertoldo Kruse Grande de Arruda
Vice-Presidente: Fernando Vasconcellos Theophilo
Relator-Geral: Ernani Paiva Ferreira Braga

Comitê Executivo

Secretário: Amaro Luiz Alves
Adjunto: Ana Maria Figueiredo Muylaert
Tesoureiro: Helvécio Leal Santos
Membros: Maria Aparecida Nogueira
Clóvis Emílio Falcão Habibe
Fernando Alberto Freire
Judith Feitoza de Carvalho
Sebastião Eduardo do Lago Cruz

Comissão de Publicação dos Anais

Presidente: Orlando Ribeiro Gonçalves
Membros: Raimundo Teles Pontes
Judith Feitoza de Carvalho
Clóvis Emílio Falcão Habibe
Antonio Agenor Briquet de Lemos

Local de Realização: Palácio Itamaraty, Brasília, DF

Assessoria e Infra-Estrutura: Departamento de Congressos da Fundação Visconde de Cabo Frio

Anais da

7.^a Conferência Nacional de Saúde

A Comissão de Publicação dos **Anais da 7.^a Conferência Nacional de Saúde** registra e agradece a valiosa colaboração recebida do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que, através de sua Divisão de Gráfica, assumiu integralmente os encargos de impressão deste volume e os ônus financeiros decorrentes.

Conferência Nacional de Saúde, 7., Brasília, 1980.
Anais da 7.^a Conferência Nacional de Saúde. Brasília.
Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.

280 p.

CDU 614 (81) (061.3)



Ministério da Saúde

ANAIS DA 7ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Brasília, 24 a 28 de março de 1980

EXTENSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE ATRAVÉS DOS SERVIÇOS BÁSICOS

BIBLIOTECA Ministério da Saúde	
Registro ML 2821	Aquisição Doação R\$ 10,00
Data 01/12/90	e. 2

Brasília
Centro de Documentação do Ministério da Saúde
1980

BIBLIOTECA TFN: 2018 a 3052
DATA: 5 / 12 / 90
CD / 33 / MS

Anais das conferências anteriores :

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4. Rio de Janeiro, 1967. *Anais*. 320 p

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5. Brasília, 1975. *Anais*. 399 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6. Brasília, 1977. *Anais*. 528 p.

Não foram publicados os anais das três primeiras conferências.

lt Centro de Documentação do Ministério da Saúde

t Esplanada dos Ministérios -- Bloco G -- Térreo

70058 Brasília, DF

Telefone: (061) 226-8286, Telex: 061-1752 e 061-1251

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1	Extensão dos Serviços de Saúde nas Áreas Metropolitanas	
Discursos Pronunciados na Cerimônia de Abertura		ADIB DOMINGOS JATENE	49
Um Novo Caminho para a Saúde		A Atuação do Ministério do Interior no Campo do Desenvolvimento Social, e sua Influência na Solução dos Problemas de Saúde Pública	
WALDYR MENDES ARCOVERDE	7	MÁRIO DAVID ANDREAZZA	57
Discurso do Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde		Integração dos Serviços Locais de Saúde no Programa de Extensão da Cobertura	
HALFDAN T. MAHLER	11	ALMIR JOSÉ DE OLIVEIRA GABRIEL	61
Discurso do Presidente da República Federativa do Brasil		Extensão da Cobertura por Serviços Básicos de Saúde — Participação do Ministério da Previdência e Assistência Social	
JOÃO FIGUEIREDO	15	JAIR SOARES	69
Conferências		Painel: Modelos de Serviços Básicos de Saúde e sua Articulação com os demais Níveis de Atendimento	
Tema Central: Extensão das Ações de Saúde Através de Serviços Básicos		O Modelo PIASS, sua Programação e sua Evolução para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde	
CARLYLE GUERRA DE MACEDO	19	JOSÉ ALBERTO HERMÓGENES DE SOUZA	77
Educação e Saúde: por uma Participação Solidária na Promoção Social		Modelos de Serviços Básicos e sua Articulação com os Serviços Especializados	
EDUARDO DE MATTOS PORTIELLA	31	MARLOW KWITKO	101
Extensão das Ações de Saúde em Área Rural		Os Programas de Extensão de Cobertura: Limitações, Dificuldades e Riscos	
JORGE AUGUSTO NOVIS	37	SOLON MAGALHÃES VIANNA	105
A Responsabilidade Pública pela Saúde do Trabalhador			
MURILLO MACÊDO	45		

Ações Básicas de Saúde: Experiência em Alagoas		Subtema n.º 6: Alimentação e Nutrição e os Serviços Básicos de Saúde	173
JOSÉ BERNARDES NETO	109		
Debates em Plenário	113	Subtema n.º 7: Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde	175
Painel: Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde		Subtema n.º 8: Saúde Mental e Doenças Crônico-Degenerativas e os Serviços Básicos de Saúde	178
Ação Integrada Ministério da Saúde/Secretarias de Saúde na Capacitação de Recursos para os Serviços Básicos		Subtema n.º 9: Informação e Vigilância Epidemiológica nos Serviços Básicos de Saúde	185
LIA CELI FANUCK	123	Subtema n.º 10: Participação Comunitária. Os Serviços Básicos de Saúde e as Comunidades	187
O INAMPS na Formação de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde		Subtema n.º 11: Articulação dos Serviços Básicos com os Serviços Especializados no Sistema de Saúde	190
HARRI GRAEFF	127	Debates em Plenário	195
Recursos Humanos de Enfermagem e Serviços Básicos de Saúde		Relatório Final da 7.ª Conferência Nacional de Saúde	203
LYGIA PAIM	131	Anexos	
O Médico e os Serviços Básicos de Saúde		Decreto n.º 84.016, de 20 de setembro de 1979, que convoca a 7.ª Conferência Nacional de Saúde	219
JOÃO CARLOS SERRA		Decreto n.º 84.232, de 21 de novembro de 1979, que transfere a realização da 7.ª Conferência Nacional de Saúde	220
GUIDO PALMEIRA	135	Regimento Especial da 7.ª Conferência Nacional de Saúde	220
Debates em Plenário	145	Metodologia de Trabalho de Painéis e Grupos de Debates	223
Relatórios dos Grupos de Debates		Programa da 7.ª Conferência Nacional de Saúde	227
Subtema n.º 1: Regionalização e Organização de Serviços de Saúde nas Unidades Federadas	157	Proposição de Diretrizes: uma Contribuição do Ministério da Saúde. (Versão Preliminar.)	231
Subtema n.º 2: Saneamento e Habitação nos Serviços Básicos de Saúde — o PLANASA e o Saneamento Simplificado	161	A Organização Mundial da Saúde e os Serviços Básicos de Saúde	249
Subtema n.º 3: Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde	163	Moção Aprovada pelo Plenário da 7.ª Conferência Nacional de Saúde	255
Subtema n.º 4: Supervisão e Educação Continuada para os Serviços Básicos de Saúde	167	Lista de Participantes	257
Subtema n.º 5: Responsabilidades e Articulação Interinstitucional (Níveis Federal, Estadual e Municipal). Desenvolvimento Institucional e da Infra-Estrutura de Apoio nos Estados	170		

APRESENTAÇÃO

AS CONFERÊNCIAS PRECEDENTES

A Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, que reorganizou o então Ministério da Educação e Saúde Pública, instituiu, nos termos do seu art. 90, a Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Educação. O propósito da medida foi o de “facilitar ao governo federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo o País, e orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais”. O mesmo diploma legal (art. 90, parágrafo único) estabeleceu que as conferências seriam convocadas pelo Presidente da República, com intervalos máximos de dois anos. Só em 1941, no entanto, através do Decreto n.º 6.788, de 30 de janeiro daquele ano, foram convocadas, pela primeira vez, as aludidas conferências, prevista a realização da Conferência Nacional de Educação para o primeiro semestre de 1941, após a qual deveria efetuar-se a de Saúde. O Decreto n.º 7.196, de 19-5-41, adiou para a segunda quinzena de setembro daquele ano as duas conferências, vindo a realizar-se a 1.ª Conferência Nacional de Saúde no período de 10 a 15 de novembro de 1941, de conformidade com as datas estabelecidas no Decreto n.º 8.090, de 22-10-41.

Notícia detalhada sobre o evento é encontrada na exposição apresentada ao então Ministro Gustavo Capanema pelo Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde, à época o Dr. João de Barros Barreto, publicada pela

Imprensa Nacional, em 1942, sob o título **As Realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde.**

O temário da 1.ª Conferência Nacional de Saúde envolveu especialmente assuntos relacionados à organização sanitária estadual e municipal, à ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a tuberculose e a hanseníase, ao desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e das atividades de proteção materno-infantil. Tendo em vista os propósitos inspiradores da instituição dessas reuniões, a 1.ª Conferência Nacional de Saúde foi precedida do encaminhamento de extenso questionário aos governos estaduais, focalizando a problemática local relacionada aos temas da conferência e cujas respostas deveriam contribuir para a fundamentação mais realística das resoluções finais do conclave, dentre as quais cabe ressaltar aquelas que recomendam:

- a) a instituição de um código sanitário, a vigorar em todo o território nacional;
- b) a criação de carreiras para os técnicos dos serviços de saúde, com ênfase na de médico sanitário, vinculado a regime de trabalho em tempo integral;
- c) a regionalização da organização estadual de saúde;
- d) a intensificação da política de imunização pelo BCG;
- e) a ampliação das atividades de educação sanitária, dando preferência aos aspectos ligados à proteção da criança, à alimentação pública e ao controle da tuberculose;
- f) conseguir dos municípios a realiza-

ção de obras de saneamento básico, de preferência a outros melhoramentos urbanos;

g) a obrigatoriedade da instituição, nos estados, de serviço de bioestatística e epidemiologia.

A 2.^a Conferência realizou-se em 1950 (de 21 de novembro a 2 de dezembro), no Rio de Janeiro, sendo titular da pasta da Educação e Saúde o Ministro Pedro Calmon, e Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde o Dr. Heitor Prager Fróes. O discurso por este proferido, por ocasião da abertura da 2.^a Conferência Nacional de Saúde, ressaltou a preocupação de levar às autoridades superiores os "pontos de vista dominantes entre os sanitaristas do País", para o "estudo de orientação mais satisfatória e de normas suscetíveis de emprestar maior uniformidade à resolução dos problemas de saúde brasileiros."

De 9 a 14 de setembro de 1963, no Rio de Janeiro, teve lugar a 3.^a Conferência Nacional de Saúde, primeira realizada após a criação do Ministério da Saúde, ocorrida em 1953, nos termos da Lei n.º 1.920, de 25-7-53. Era então Ministro da Saúde o Dr. Wilson Fadul. O temário oficial compreendia quatro itens:

- 1) Situação sanitária da população brasileira: apreciação geral do problema.
- 2) Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal.
- 3) Municipalização dos serviços de saúde.
- 4) Fixação de um plano nacional de saúde.

Dentre as resoluções da 3.^a Conferência, cabe destacar as que recomendam:

a) a integração dos programas de saúde pública no programa global de desenvolvimento;

b) a integração das atividades preventivas e curativas nas unidades sanitárias;

c) intensificar a fabricação de produtos profiláticos e terapêuticos pelos órgãos oficiais que operam nesse setor e expandir a indústria químico-farmacêutica nacional; materno-infantil, o sistema de vigilância epi-

d) conferir ao programa de pesquisa a

necessária importância no diagnóstico dos problemas peculiares à nosologia brasileira.

Particularmente, merecem menção, por sua atualidade, as recomendações alusivas ao tema 3, Municipalização dos Serviços de Saúde: "Que os governos federal, estaduais e municipais estabeleçam, no menor prazo possível, em nível municipal, a estrutura sanitária básica do país; os serviços de saúde a serem implantados nos municípios deverão levar em conta, na sua estrutura, as necessidades e possibilidades de cada um; os serviços de saúde dos municípios terão, no mínimo, as seguintes atividades:

a) medidas elementares de saneamento do meio;

b) fiscalização dos gêneros alimentícios, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e comércio de alimentos;

c) imunização contra as doenças transmissíveis;

d) prestação dos primeiros atendimentos de assistência a doentes;

e) programas de proteção à maternidade e infância;

f) educação sanitária;

g) levantamento dos dados de estatística vital."

A 4.^a Conferência foi realizada de 30 de agosto a 4 de setembro de 1967, no Rio de Janeiro, sendo Ministro da Saúde o Dr. Leonel Miranda. O tema central da conferência versou sobre Recursos Humanos para as Atividades de Saúde. O Relator-Geral da Conferência, o saudoso Prof. Manoel Ferreira, reconhecia que "a formação profissional não está orientada para a solução dos problemas de saúde do País, em virtude da estrutura curricular pouco flexível e ainda não ajustada à demanda quantitativa de recursos humanos".

A 5.^a e a 6.^a Conferências foram realizadas na gestão do Ministro Paulo de Almeida Machado, ambas tendo lugar em Brasília, respectivamente, em 1975 (5 a 8 de agosto) e 1977 (1 a 5 de agosto). Os cinco temas oficiais da 5.^a Conferência focalizaram o sistema nacional de saúde, o programa de saúde materno-infantil, o sistema de vigilância epidemiológica, o controle das grandes endemias e a extensão das ações de saúde às populações rurais. O temário da 6.^a Conferência abordou

a situação do controle das grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde e a política nacional de saúde.

A documentação alusiva à 4.^a, à 5.^a e à 6.^a conferências encontra-se publicada, sob a forma de anais, editados pelo Ministério da Saúde.

A 7.^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

A 7.^a Conferência, convocada pelo Decreto n.º 84.106, de 20 de setembro de 1979, foi instalada pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República, João Baptista de Oliveira Figueiredo, às 14 h 30 min do dia 24 de março de 1980, no Palácio Itamaraty, em Brasília, com a presença dos ministros das Relações Exteriores, da Saúde, da Previdência e Assistência Social, dos presidentes do Senado Federal e da Câmara dos Deputados, do Governador do Distrito Federal, bem como do Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde. Estiveram também presentes à cerimônia de abertura o Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, o Representante da Área V desse órgão, no Brasil, representantes dos demais ministros que compõem o Conselho de Desenvolvimento Social e outras autoridades, tanto do setor saúde, quanto dos setores afins.

A convocação da 7.^a Conferência Nacional de Saúde teve por finalidade promover o debate amplo de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), sob a égide dos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e, ao mesmo tempo, coligir subsídios para o seu aperfeiçoamento.

Em consequência, ficou decidido que a Conferência teria um tema único e central — **EXTENSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE ATRAVÉS DOS SERVIÇOS BÁSICOS** — com os seguintes subtemas:

1. Regionalização e Organização de Serviços de Saúde nas Unidades Federadas.

2. Saneamento e Habitação nos Serviços Básicos de Saúde — o PLANASA e o Saneamento Simplificado.

3. Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde.

4. Supervisão e Educação Continuada para os Serviços Básicos de Saúde.

5. Responsabilidade e Articulação Interinstitucional (Níveis Federal, Estadual e Municipal). Desenvolvimento Institucional e da Infra-Estrutura de Apoio nos Estados.

6. Alimentação e Nutrição e os Serviços Básicos de Saúde.

7. Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde.

8. Saúde Mental e Doenças Crônico-Degenerativas e os Serviços Básicos de Saúde.

9. Informação e Vigilância Epidemiológica nos Serviços Básicos de Saúde.

10. Participação Comunitária. Os Serviços Básicos de Saúde e as Comunidades.

11. Articulação dos Serviços Básicos com os Serviços Especializados no Sistema de Saúde.

Participaram dos trabalhos:

I) Como delegados do Ministério da Saúde, técnicos e dirigentes de órgãos e entidades diretamente subordinados ou vinculados.

II) Outros funcionários designados pelo Ministro de Estado da Saúde.

III) Representantes dos ministérios integrantes do Conselho de Desenvolvimento Social.

IV) Diretores dos serviços de saúde das Forças Armadas.

V) Secretários de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos territórios, e outras autoridades da área de saúde das unidades da Federação, especialmente designadas.

VI) Representantes oficiais de outros órgãos públicos da área de saúde, tais como autarquias, fundações e entidades paraestatais.

VII) Representantes de instituições particulares e órgãos de classe da iniciativa privada.

VIII) Parlamentares das Comissões de Saúde da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

IX) Representantes de organismos internacionais de saúde.

X) Representantes do clero.

Ao todo, estiveram presentes cerca de 400 participantes, distribuídos em 16 grupos de debates, de conformidade com o subtema escolhido no ato de inscrição

DISCURSOS PRONUNCIADOS NA
CERIMÔNIA DE ABERTURA

UM NOVO CAMINHO PARA A SAÚDE

WALDYR MENDES ARCOVERDE
Ministro de Estado da Saúde

O Brasil vive uma intensa fase de construção, afirmou recentemente Vossa Excelência (1), Presidente João Figueiredo. De construção no campo político, em sintonia com os anseios maiores da Nação brasileira. De construção no campo econômico, para criar e distribuir a riqueza de maneira mais equitativa. De construção no campo social, na busca de novos padrões de convivência mais solidária e justa, a fim de propiciar condições dignas de vida a cada cidadão.

E esse ideário expresso por Vossa Excelência representa um constante desafio porque encerra dificuldades e exige sacrifícios. Porém é um ideário que reflete a luta pelas condições necessárias a um autêntico desenvolvimento, aquele desenvolvimento que nasce da autodeterminação. De um desenvolvimento que, ao promover a satisfação das necessidades básicas da maioria, assegura também a humanização do homem ao favorecer o gozo de seus direitos de expressão, de criação e de decisão sobre seu próprio destino.

Estes, em suma, os fundamentos para concretização do propósito inabalável de Vossa Excelência, "de manter efetivas e estáveis as formas de participação democrática e construir a paz e a prosperidade".

Dentro dessa visão realista identifica-se o homem como objetivo fundamental, onde a saúde não é simplesmente uma condição desejável em si mesma, mas um requisito indispensável para o desenvolvimento econômico-social. É ao setor saúde, como parte do setor social, cabe o cumprimento de funções transcendentais, que contribuem para elevar o nível de vida e aumentar as oportunidades econômicas para toda a população.

Assim, vem ganhando aceitação nos últimos decênios o conceito intersetorial de saúde, inclusive admitindo-se que os gastos no setor constituem investimento de elevada rentabilidade social.

Esse enfoque, a nosso ver, influenciou marcadamente as modificações introduzidas nas formas de realizar a prestação de serviços de saúde, preconizando-se modelos de atendimento que respondam a uma realidade social, econômica, cultural e ecológica.

E essa nova conceituação deriva, sem dúvida, das observações recolhidas do desequilíbrio sempre existente entre necessidades e recursos, pois a capacidade para atender não aumenta com a mesma rapidez e surge o conflito entre as instituições que administram os serviços, os profissionais que os prestam e a comunidade que os recebe. Daí o difícil problema de proporcionar, efetivamente, a quantidade e qualidade da atenção médica que a população merece, necessita, solicita e exige.

Diante desse panorama inquietante, o conceito de atenção primária da saúde é a resposta mais promissora até hoje apresentada. Dela, o mérito maior creditamos a Vossa Excelência, Dr. Halfdan Mahler (2), ao empreender a renovação dos objetivos e da programação da Organização Mundial da Saúde, propondo o rompimento das posturas tradicionais, que se limitavam a conceber o setor saúde como espectador das ações que se desenvolviam nos demais campos, sofrendo, então, os reflexos do que de negativo ali ocorresse.

Na sua percepção, em sendo "a saúde, provavelmente, a aspiração social menos controvertida do ponto de vista político, pode ser utilizada como terreno neutro para promover

o diálogo sobre questões de desenvolvimento” e “criar o clima político e os mecanismos necessários para um verdadeiro diálogo entre os dirigentes políticos e os interesses sociais”.

E no clamor por uma revolução social na saúde pública, advoga Vossa Excelência que “temos que romper as cadeias que nos fazem depender de uma tecnologia de saúde de utilidade social discutível e excessivamente complexa e custosa, desenvolvendo outro tipo de tecnologia mais adequada, que esteja tecnicamente bem fundamentada, resulte aceitável culturalmente e seja factível do ponto de vista financeiro”.

No entanto, a decisão quanto à introdução de métodos que correspondam a esses objetivos e a um preço que a sociedade possa pagar, mesmo que estejam consagrados esses métodos e meios, nem sempre é fácil.

Requer coragem e determinação, em especial quando procuramos soluções mais econômicas para distribuir uniformemente os escassos recursos.

Requer inovação e não imitação, uma vez que inovar não é só criar, é igualmente adaptar para fazer o melhor uso possível dos recursos existentes.

Requer a conscientização do pessoal em torno de uma unidade de doutrina e de ação, incorporando uma atitude mental que não se pode impor por decreto, pois dependerá da formação, da definição de funções, do interesse e da satisfação no trabalho e da comunicação entre os diferentes níveis.

Requer a adoção de uma nova abordagem tecnológica, eminentemente humana e realista, que não seja a mera transposição cultural de conhecimentos e técnicas que pertencem a outras realidades.

Requer participação e não imposição, para que os membros da comunidade cooperem consciente, crítica e continuamente para logro dos objetivos comuns.

Requer a eliminação, por superadas, das barreiras entre ações preventivas e curativas da saúde, entre o individual e o coletivo, visualizando a atenção primária como “o mundo da enfermidade que começa e também da que ainda não começou”.

Requer a concessão oportuna e suficiente de recursos financeiros, na certeza de que a inversão em saúde é lucrativa, mas nenhuma

inversão pode ser feita se não se conta com dinheiro para inverter.

Requer o comprometimento político, defendido por Mahler (3), “de reorientar o desenvolvimento, de aumentar os recursos destinados à maioria mal atendida, de racionalizar o sistema de saúde para, em vez de depender numa tecnologia de mais alto custo, dedicar maiores recursos à assistência básica para todos”.

Requer, finalmente, o desencadeamento de um processo de mudança, nas instituições e em particular nos indivíduos, para que estes assumam o papel de indutores e propulsores de tais mudanças, a fim de que se concretizem no sentido de melhor bem-estar das comunidades, em suma, das aspirações do seu próprio desenvolvimento.

Para tanto, é preciso que nos habituemos a falar uma linguagem comum, a recorrer à realidade dos fatos e na vivência dos problemas encontrar soluções satisfatórias.

No Governo João Figueiredo, as respostas adequadas para esses desafios se substanciam nas diretrizes setoriais estabelecidas. Em relação ao Sistema Nacional de Saúde, a tarefa a que nos propomos, em estreito e perfeito entendimento com os demais setores integrantes, é regulamentá-lo com vistas a uma melhor utilização e maior produtividade dos recursos, e a um contínuo aperfeiçoamento e uniformidade dos procedimentos administrativos e técnicos, promovidos dentro de um conjunto institucional em que cada organismo mantém sua autonomia, porém aceita, ao mesmo tempo, submeter-se a certas normas e regras comuns em benefício da comunidade a que deseja servir. Estas são as recomendações dos especialistas, esboçando uma integração funcional, embora não necessariamente administrativa, onde cada um dos ministérios e órgãos estaduais e municipais conserva sua individualidade institucional, mas aceitando o planejamento, a execução e a avaliação coordenada dos programas, com a característica de inter-relação operativa entre todos os estabelecimentos, dos mais simples aos mais complexos, e mutuamente se apoiando e complementando.

Entendemos imprescindível uma articulação crescente com as demais instituições e agentes do setor social e da sociedade como

um todo. Vale destacar o diálogo franco, construtivo e permanente que vem sendo mantido com o Ministério da Previdência e Assistência Social, ratificando posições reiteradamente afirmadas pelo Senhor Ministro Jair Soares.

Acreditamos que a estratégia objeto de discussão nesta Conferência reflete o enfoque social, humano e pragmático que se deseja, e de expressão real das relações intersetoriais de saúde, porque:

- é politicamente aceitável, ao propor um sistema hierarquizado de serviços para atendimento de toda a população e prioritariamente das classes mais pobres, com a participação efetiva e consciente das comunidades, diretamente ou através de suas lideranças legítimas, e ensejando a vinculação dos programas do setor saúde com os de outros setores;

- é economicamente viável, ao aplicar procedimentos em estreita relação com os recursos existentes, oportunizando a solução da maioria das situações no primeiro elo da cadeia de referência e canalizando apropriadamente as demais;

- é tecnicamente exequível, ao utilizar uma tecnologia moderna sem aderir ao convencionalismo de restringir aos profissionais a responsabilidade de ministrar as formas mais simples de atendimento de saúde;

- é socialmente desejável ao estender os benefícios à maioria, respeitando a cultura e a tradição.

Os marcos referenciais da programação consagram o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, de caráter interministerial, como programa axial e nuclear das ações de saúde do governo e sua implementação formalizará o início da implantação do Sistema Nacional de Saúde.

Estamos, sem sombra de dúvida, vivenciando uma etapa histórica da saúde pública brasileira. Aqui, nesta Conferência, entregamos para apreciação e debate a programação delineada, sem a pretensão de ter esgotado o conhecimento disponível a respeito. Outrosim, porque há sempre uma margem relativamente significativa de expectativas não satisfeitas. É nossa intenção explorá-las e apro-

veitar o aporte que resultará de análise e discussão da documentação oferecida.

Nem desejamos repetir os problemas que afligem a população brasileira, no mosaico de situações sócio-econômicas que configura o quadro nosológico. São do vosso conhecimento, do mesmo modo que as desigualdades regionais e as desigualdades de renda dentro da população.

O que importa é descobrir um novo caminho para o nosso labor no campo de saúde, inserido no balizamento do nosso processo de desenvolvimento, empregando soluções práticas e que não retratem, como aconselha Héctor Acuña (4), "situações velhas com adornos ou roupagens novas, dependência absoluta dentro de melhores níveis de vida".

Senhores participantes: é tempo de construir.

Sabemos que a tarefa não será fácil. Por isso confiamos ao vosso descortino e à vossa experiência os lineamentos dessa nova sistemática de trabalho de responsabilidade conjunta, com uniformidade de orientação e convergência de esforços. Daí a razão desta Conferência, que sem a vossa presença não se justificaria.

Sinceramente agradecidos pela acolhida à convocação do Excelentíssimo Senhor Presidente da República, esperamos uma efetiva, franca, serena e objetiva contribuição de todos para a edificação, como somatório às grandes construções do Governo João Figueiredo, de uma nova política de saúde capaz de sensibilizar os governantes à exortação do famoso Disraeli, de que "a saúde de um povo constitui, realmente, a base de sua felicidade e de seu poder como Estado".

REFERÊNCIAS

1. FIGUEIREDO, João Baptista de Oliveira. Discurso pronunciado no banquete oferecido ao Presidente da Venezuela, Dr. Luis Herrera Campins. Caracas, 7 de novembro de 1979.
2. NECESIDAD de una revolución social en la salud de la comunidad. *Crónica de la OMS* 31 (7) 283-289, jul. 1977.
3. MAHLER, H. La salud y el desarrollo socioeconómico. *Crónica de la OMS* 33 (9) 359-361, sept. 1979.
4. ACUÑA, Héctor R. Nota editorial. *Educación Médica y Salud* 10 (2) :103-108, 1976.

DISCURSO DE HALFDAN T. MAHLER, DIRETOR-GERAL DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *

Há pouco mais de dois anos tive a honra de dialogar com meus colegas do Ministério da Saúde do Brasil. Foi precisamente aqui em Brasília e, naquela ocasião, nosso tema foi a Atenção Primária de Saúde.

Disse, então, que era ofensivo e inaceitável que enquanto em uma parte do mundo ou de um país havia gente que morria jovem, em outras partes outras gentes podiam ver seus netos crescer e desenvolver-se. Disse que era ofensivo e inaceitável que em uma parte de uma cidade fossem comuns doenças por deficiência nutricional enquanto em outras houvesse gente preocupada por comer demasiado. Disse que era ofensivo e inaceitável que, apesar dos grandes avanços logrados pela ciência e pela tecnologia, havia ainda no mundo mais de 500 milhões de seres humanos com renda equivalente a menos de 50 dólares por ano.

Não obstante, naquela mesma oportunidade mencionei que a adaptação do homem a tão ampla variedade de ambientes físicos era uma prova da sua capacidade de mudança e que, como as presentes injustiças, internacionais ou a nível dos países, não se deviam a constantes biológicas ou ambientais, não eram, de maneira nenhuma, imutáveis. A mudança, em todos os âmbitos e afazeres do homem é, portanto, uma condição **sine qua non** da sobrevivência do ser humano no mundo de hoje.

Desde aquele diálogo até esta solene cerimônia de abertura da 7.^a Conferência Nacional de Saúde — hoje realçada pela presença do Excelentíssimo Senhor Presidente da

República — têm ocorrido alguns fatos importantes orientados no sentido de corrigir as injustas diferenças existentes e iniciar o processo de mudança que consiste em alcançar, para todos os povos do mundo, um grau de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Basta mencionar a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, em setembro de 1978, e a aprovação por parte da 32.^a Assembléia Mundial da Saúde dos princípios de orientação para a formulação de estratégias de saúde que permitirão aos países, individual e coletivamente, alcançar a meta social de saúde para todos no ano 2000.

Tanto o tema central desta Conferência Nacional de Saúde como os pontos que serão discutidos nos grupos de trabalho correspondem plenamente aos objetivos e meios que os países do mundo acordaram por consenso em Alma-Ata e em sua Organização Mundial da Saúde. Esta Conferência, que se convoca regularmente a cada dois anos e que reúne profissionais, trabalhadores da saúde, autoridades e representantes de outros setores, constitui uma ágora ideal para o estudo e debate dos métodos e dos meios através dos quais este grande país cumprirá com sua obrigação de cuidar e melhorar a saúde do povo brasileiro, ao mesmo tempo em que contribuirá solidariamente para o esforço mundial a que todos os países se propuseram.

No processo de formular suas estratégias de saúde, os países devem ter em conta cer-

* Original em espanhol.

tos princípios básicos, sobre os quais existe também um consenso mundial.

Desenvolver a atenção primária de saúde como elemento-chave para reorientar os sistemas de saúde e para alcançar a meta social de saúde para todos no ano 2000 é um grande esforço cuja responsabilidade é e deve ser sempre nacional. Se bem que a Declaração de Alma-Ata e as resoluções a respeito, aprovadas pelos países em sua Organização Mundial da Saúde, representam uma manifestação histórica e coletiva de vontade política, corresponde a cada país, individualmente, traduzir em decisão e ação nacionais tal vontade coletiva. As decisões políticas dos governos — isto é, dos governos como um todo e não só do setor saúde ou dos ministérios da saúde — devem traduzir-se em processos que comprometam, desde suas etapas iniciais, todos os setores econômicos e sociais mais relacionados com a problemática de saúde assim como todos os níveis da estrutura político-administrativa nacional. O Brasil é um país de extensão quase continental onde, apesar de um extraordinário desenvolvimento no campo dos transportes e meios de comunicação, ainda existem grandes distâncias por vencer. Conta com uma população que hoje ultrapassa os 120 milhões de habitantes. Tem um sistema federativo onde os governos dos estados desempenham um papel fundamental para o desenvolvimento e aplicação de qualquer tipo de ação econômica ou social.

O Brasil é um país onde a diversidade institucional dificulta, talvez, o funcionamento dos necessários mecanismos de coordenação tanto intersetorial como intra-setorial. Todos estes fatos fazem deste grande país um extraordinário e riquíssimo campo de ação, do qual, sem dúvida, podem e deverão surgir valiosas experiências para benefício de muitos outros países no mundo. Na medida em que o Brasil possa alcançar seus objetivos nacionais de desenvolvimento, aplicando suas políticas e estratégias de saúde e os programas concretos que as traduzam na prática, e na medida em que isso ocorra dentro dos fatos de realidade antes mencionados.

O Brasil pode fazer de sua experiência uma demonstração confiável e palpável de que a meta social de saúde para todos não é somente um lema, mas também uma meta factí-

vel quando está presente uma firme decisão política do governo.

A atenção primária de saúde não poderá desenvolver-se, dentro do seu correto marco conceitual e operativo definido em Alma-Ata, sem a participação real e efetiva de outros setores. Do mesmo modo, a meta social de saúde para todos não poderá ser alcançada com a ação isolada e independente do setor saúde. Sempre se requerirá, além da vontade política do governo como um todo, o esforço permanentemente coordenado dos setores econômicos e sociais. Esta imprescindível coordenação intersetorial deverá começar a nível das políticas nacionais de desenvolvimento e da harmonização e mútuo apoio entre as políticas setoriais.

No Brasil, a existência de um Conselho de Desenvolvimento Social, presidido pelo próprio Presidente da República, assegura de muitas formas a participação dos setores mais importantes vinculados à saúde e ao desenvolvimento social em geral, no mais alto nível político. Um Conselho Nacional de Saúde, aberto à representação de outros setores, pode completar o mecanismo de coordenação intersetorial, pelo menos a nível federal. Não escapará aos presentes nesta Conferência Nacional de Saúde a necessidade de fortalecer e dinamizar os correspondentes mecanismos a nível dos estados e dos municípios ou de criar aqueles mecanismos que façam falta.

A atenção primária de saúde pode desvirtuar-se desde seus passos iniciais ou pode degenerar no caminho de seu desenvolvimento e progressiva expansão. Este é um perigo presente e de cuja existência há que se ter plena consciência. Em meu discurso perante a 32.^a Assembléia Mundial da Saúde fiz referência a esta situação. Apesar de serem muito claros os marcos conceituais e operativos que os países têm adotado para a atenção primária de saúde, sua tradução em estratégias e em ações concretas pode não ser consistente e conseqüente. Disse nessa oportunidade que a atenção primária de saúde não deve ser — nunca — mal interpretada e confundida com uma atenção primitiva, de segunda ou de terceira classe, para os pobres das zonas urbanas e as populações rurais. Pelo contrário, deve ser sempre considerada como o ponto de primeiro contato entre o sistema de saúde e

a comunidade local e como a porta de entrada universal — isto é, para todos os grupos da população — para outros níveis do sistema de saúde. Em consequência, não pode nem deve ser um programa paralelo e independente do sistema de saúde, mas uma parte perfeitamente integrada do mesmo, ao qual remete todos os que não é capaz de atender e do qual recebe permanente apoio.

A Declaração de Alma-Ata especifica os elementos essenciais mínimos da atenção primária de saúde e alguns deles — o saneamento básico e a habitação, incluindo o abastecimento adequado de água potável; a alimentação e nutrição apropriadas; a assistência materno-infantil; a luta contra as doenças transmissíveis, incluindo imunizações e outros meios de prevenção; o tratamento apropriado das doenças e traumatismos comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais — serão discutidos pelos grupos de trabalho desta Conferência. Ao mesmo tempo, vejo que outros grupos de trabalho se concentrarão no estudo do apoio técnico, administrativo e logístico que a atenção primária de saúde deve receber dos demais níveis do sistema de saúde.

Mencionei antes que é indispensável uma vontade política nacional. Esta implica em dois elementos que se complementam e reforçam mutuamente: por um lado, a vontade e decisão políticas do governo, como um todo e em todos os níveis, e, por outro, a vontade e decisão da comunidade de participar como principais atores e não só como objetos receptores da atenção primária de saúde. É evidente que a meta social de saúde para todos não poderá ser alcançada jamais se não se contar com uma ativa, livre e consciente participação popular. Em todos os níveis. Utilizando todos os mecanismos e processos formais e informais. E dando aos indivíduos, às famílias e às comunidades locais crescentes responsabilidades no cuidado de sua saúde, por eles mesmos e através de todos os níveis do sistema de saúde.

A Declaração de Alma-Ata considera, como um dos componentes essenciais mínimos da atenção primária de saúde, a educação do povo sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes. Este componente repre-

senta muitíssimo mais que o tradicional conteúdo da educação convencional para a saúde. Um dos pontos que esta Conferência irá discutir nos grupos de trabalho é precisamente o da mobilização da comunidade, para a tomada de consciência de suas próprias responsabilidades, assim como para sua participação solidária na seleção dos recursos que seja preciso mobilizar e na identificação das prioridades.

Há outro ponto que merece especial consideração. Ainda mais quando hoje estão conosco as máximas autoridades governamentais do Brasil. O correto desenvolvimento e a gradual expansão da atenção primária de saúde e o alcance da meta social de saúde para todos exigirão um extraordinário esforço financeiro. Não somente será necessário traduzir a vontade e decisão políticas do governo em algo tão concreto e difícil como a progressiva realocação de recursos financeiros e a reorientação dos gastos em saúde do centro para a periferia social. É imprescindível também um incremento da atual alocação para o setor saúde. Isso é necessário principalmente nas etapas iniciais e para os pontos críticos que garantam que a atenção primária de saúde não se desvirtue nem degenerere. Uma análise séria e objetiva dos gastos em saúde, à luz das políticas de saúde e dos marcos conceituais e operativos da atenção primária, é um passo inicial ineludível no processo de formulação de estratégias que possibilitem alcançar os objetivos e metas a que os países se propuseram alcançar nos dois próximos decênios.

Em conclusão, permitam-me que repita as mesmas perguntas que formulei aos participantes da Conferência de Alma-Ata:

1. Os senhores estão dispostos a defrontar seriamente o abismo que separa os “privilegiados” dos “despossuídos” em matéria de saúde e a adotar medidas concretas para reduzi-lo?

2. Os senhores estão dispostos a velar pelo planejamento e a aplicação adequada da atenção primária de saúde em um esforço coordenado com outros setores interessados, a fim de fomentar a saúde como contribuição indispensável para melhorar a qualidade de vida de cada indivíduo, família e coletividade

como parte do desenvolvimento sócio-econômico geral?

3. Os senhores estão dispostos a dar prioridade absoluta à alocação preferencial dos recursos de saúde aos setores sociais periféricos?

4. Os senhores estão dispostos a mobilizar e informar indivíduos, famílias e coletividades até lograr que se identifiquem plenamente com a atenção primária de saúde, participem de seu planejamento e gestão e contribuam para seu funcionamento?

5. Os senhores estão dispostos a introduzir as reformas necessárias para assegurar a disponibilidade do pessoal e da tecnologia suficientes para estender a todo o país nos dois próximos decênios e a um custo acessível a atenção primária de saúde?

6. Os senhores estão dispostos a introduzir, se necessário, mudanças radicais no atual sistema de prestação de serviços de saúde para que sirva de base adequada à atenção primária de saúde como principal prioridade?

7. Os senhores estão dispostos a encetar as batalhas políticas e técnicas necessárias para superar quaisquer obstáculos sociais e econômicos assim como a resistência dos profissionais à introdução universal da atenção primária de saúde?

8. Os senhores estão dispostos a comprometer-se politicamente de maneira inequívoca a adotar a atenção primária de saúde e a mobilizar a solidariedade internacional para alcançar o objetivo de saúde para todos no ano 2000?

Se podem responder afirmativamente a todas estas perguntas é evidente que o futuro da atenção primária de saúde no Brasil oferece brilhantes perspectivas. Sendo assim, a supressão do SE dependerá, em grande medida, de que o Brasil esteja ou não disposto a desprender-se da síndrome de adoção tecnológica que tantos profissionais do desenvolvimento estão empenhados em propagar. **Tendo em conta** que a conquista da saúde não é somente uma aspiração humana individual, mas também, e sobretudo, uma conquista so-

cial, a chave da política sanitária **tem** que ser, portanto, um alto grau de pertinência social. Entretanto, com demasiada frequência, essa política é ditada por uma tecnologia sem ensaiar, excessivamente complicada e sumamente custosa, sem que ninguém se preocupe em refletir o bastante sobre sua finalidade e suas conseqüências sociais. O Brasil **tem**, portanto, que desenvolver urgentemente sua capacidade de pesquisa para enfrentar **audaciosamente** as difíceis questões que são: 1) como garantir a alocação adequada de recursos para os problemas de pertinência social; 2) como abordar a prova da eficácia e a especificidade das intervenções individuais, familiares e comunitárias; e 3) como conceber o sistema mais eficaz de prestação de serviços de saúde partindo da base de que **o que realmente importa são as pessoas**. Nesta empresa, o Brasil se verá progressivamente obrigado não só a **adaptar** os conhecimentos existentes como também a gerar novos conhecimentos em função de seus problemas de saúde e de sua capacidade sócio-econômica.

Quero assegurar-lhes que a OMS pertence ao Brasil e que sua Organização estará sempre do lado daqueles brasileiros que se atrevam a buscar as verdades na "Saúde para Todos no Ano 2000". Espero que o governo do Brasil e toda a comunidade sanitária e científica do Brasil aceitem esta associação.

Permitam-me terminar agora com uma passagem, livremente traduzida, de uma das obras em prosa de Odysseus Elytis:

"Quando os povos se unem para colaborar, podem surgir forças tão potentes e inesperadas que o que se havia considerado como imutável pode na realidade modificar-se ou fundir-se. A **força do desenvolvimento social** é tão grande que alguém tem que crer com otimismo que a **força do bem** haverá igualmente de triunfar em nosso mundo cheio de problemas."

Obrigado.

DISCURSO DO SENHOR JOÃO FIGUEIREDO, PRESIDENTE DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Agradeço aos eminentes doutores Halfdan Mahler e Héctor Acuña, ilustres diretores-gerais da OMS e da OPAS, a sua presença aqui, num evento nitidamente nacional. As palavras amigas e cheias de sensatez, pronunciadas pelo Dr. Mahler, reforçam o ânimo dos brasileiros e confirmam nossa determinação de perseguir o objetivo de "saúde para todos no ano 2000".

Meu governo considera o direito à saúde corolário natural do direito à própria vida. O dever do Estado de prover as populações com meios adequados à promoção da saúde e à prevenção da doença — antes que à reabilitação do doente — corresponde, com igual conspicuidade, àquele direito.

A convocação desta Conferência tem, por isso, como finalidade principal, debater e coordenar as atividades dos vários setores e níveis de governo no que respeita às ações básicas de saúde.

Estou certo, porém, de que só obtemos resultados duradouros em nosso esforço na medida em que as comunidades interessadas participarem conscientemente na formulação, execução e avaliação dos programas de saúde. Por isso, todo o governo deve empenhar-se, mais ainda, em melhorar o espírito solidário e cooperativo entre os membros das aglomerações sociais.

O grande desafio, no plano do governo, é a integração e a coordenação. A articulação entre os ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social é particularmente significativa, pelos resultados já alcançados. É

também a mais complexa, em face da multiplicidade de serviços afins ou complementares; da ênfase na prevenção e no diagnóstico precoce; da identificação de soluções nacionais para os problemas de caráter tipicamente nacional; do estímulo à crescente nacionalização de equipamentos e insumos.

Nesse sentido, registro com satisfação o perfeito entendimento entre os ministros Waldyr Arcoverde, da Saúde, e Jair Soares, da Previdência e Assistência Social. Da ação continuada e harmônica entre os dois, o Brasil muito espera.

Na área da Educação, o alvo é a adequação da oferta de ensino às demandas efetivas de recursos humanos para a Saúde.

No setor do Trabalho, progressos notáveis têm-se registrado — e podem ser ainda melhorados — nos aspectos relativos à saúde ocupacional e à prevenção de acidentes.

Particularmente importante — decisiva mesmo — para a alteração substancial do nível de saúde é a expansão dos serviços de abastecimento d'água e de saneamento básico. Nesse particular, a iniciativa e a cooperação do Ministério do Interior vão estendendo tais serviços às comunidades mais necessitadas. Condições habitacionais mais dignas e humanas são instrumento indispensável de promoção da saúde, pela eliminação de focos de transmissão de doenças.

Esses e outros programas, como os de nutrição e alimentação, envolvem a ação cooperativa de todos os níveis de governo. A eles

não é estranha minha preocupação de aumentar a produção de alimentos e sua distribuição a preços acessíveis.

O tempo, meus senhores e minhas senhoras, é de ação. Mas ação coordenada, para eficiência do trabalho despendido.

É disso que se trata, quando nos propomos a apoiar, com os mais altos recursos jamais destinados ao setor, o programa nacional de ações básicas de saúde.

A imensa responsabilidade do setor de saúde pode ser medida pelos números que a informam. Sua missão específica é melhorar a qualidade e prolongar a duração da vida de 120 milhões de brasileiros. Pelo final do século, nossa população haverá de ter ultrapassado a casa dos 200 milhões, quase todos residindo em áreas urbanas.

Essa tarefa histórica, para honra nossa, nós haveremos de cumprir. Muito obrigado.

CONFERÊNCIAS

TEMA CENTRAL

EXTENSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE ATRAVÉS DE SERVIÇOS BÁSICOS

CARLYLE GUERRA DE MACEDO

Consultor da Organização Pan-Americana da Saúde

1 — INTRODUÇÃO

Momentos de desafios, de conflitos e decisões: são os momentos de hoje. Entre os desafios, e a exigir decisões, superando os conflitos, destaca-se a enorme dívida social que a sociedade brasileira tem acumulado. A distância entre o que a sociedade e o Estado reconhecem como essencial, indispensável ao ser humano, e a situação real da maioria da população é enorme e ainda crescente, apesar do considerável aumento da renda nacional. Esse desequilíbrio, que ainda atinge metade ou mais da população brasileira, enfraquece as bases sobre as quais devemos construir uma sociedade mais livre e democrática e um País próspero e poderoso.

As manifestações dessa dívida no campo da saúde têm sido repetidas vezes e extensamente demonstradas e se expressam na subalimentação, na precoce e elevada mortalidade, que importa na perda, evitável em nosso estágio de desenvolvimento, de mais de 400 mil vidas brasileiras, cada ano; na inexistência, insuficiência ou inadequação de serviços de saúde, com a marginalização de grandes contingentes populacionais de qualquer assistência e, principalmente, da assistência necessária, o que possibilita, por exemplo, que

crianças possam morrer por não receberem uma vacina, como a da poliomielite, cuja dose custa um cruzeiro; ou na deterioração do ambiente progressivamente mais agressivo à saúde. É tudo isso apesar do crescente esforço, em termos de recursos, que o País, principalmente através do Estado, está realizando para o cuidado da saúde.

Fenômenos mundiais, a “chocante desigualdade” entre a saúde dos pobres e a dos ricos, a carência total ou parcial de serviços essenciais para “talvez quatro quintos da população mundial” (1), a par da concentração abusiva e excessiva sofisticação do atendimento aos mais privilegiados, preocupam as elites de todos os países e são considerados “inaceitáveis”, frente ao postulado ético, presente no discurso universal, da “saúde — bem-estar como direito humano fundamental” (1). Na Conferência de Alma-Ata, nas Assembléias Mundiais da Saúde, nos Conselhos da Organização Pan-Americana da Saúde, enfim, em todos os foros, os governos, em representação de todos os povos do mundo, reconhecem a imensa dívida historicamente acumulada e se propõem a um esforço solidário para propiciar serviços essenciais de saúde, de cobertura universal, e alcançar a meta de “saúde para todos no ano 2000” — oxalá “saúde igual”, no sentido de acesso a serviços

e bens que condicionam a saúde; reconhecem a inadequação dos sistemas de saúde vigentes, a irracionalidade de sua concentração e acelerada sofisticação tecnológica em relação às necessidades de saúde das maiorias; a acelerada e incontrolável elevação de custos do atendimento médico, já insuportável, inclusive para as economias mais desenvolvidas; a subordinação da assistência aos interesses dos produtores de serviços e de bens — um “complexo industrial orientado ao consumo social de produtos médicos” (2) — que desvirtuam a finalidade dos sistemas de atendimento à saúde, reduzem sua eficácia e estimulam suas manifestações iatrogênicas. Reconhecem também a saúde como parte e consequência do “desenvolvimento econômico e social” e a importância fundamental dos modelos ou estilos de desenvolvimento, expressados na distribuição dos benefícios e da renda, para a saúde da população, e da responsabilidade intersetorial na consecução das metas sociais de saúde. E, enfatizam o “direito e o dever dos povos em participar, individual e coletivamente, no planejamento e execução de seus cuidados de saúde” (1).

A partir desses consensos, os governos e, em seu nome, a OMS e a OPAS, recomendam os “cuidados primários de saúde como a chave e a estratégia para que a meta de saúde para todos possa ser alcançada, como parte do desenvolvimento integrado e no espírito de justiça social” (1), com a participação-sujeito das populações interessadas. Este, o principal caminho, no consenso universal e no campo da saúde, para reduzir algumas das desigualdades existentes, e candentemente exemplificadas nas palavras do Dr. Mahler, Diretor-Geral da OMS, presente a esta Conferência: “É escandaloso que em um país ou em uma região do mundo as pessoas morram jovens enquanto que em outros possam contar com ver crescer seus netos; é motivo de indignação que em um bairro de uma cidade sejam comuns as enfermidades por carência nutricional, enquanto que em outros a preocupação seja a de comer demasiado; é intolerável que, apesar dos grandes progressos da tecnologia e das ciências humanas, haja ainda no mundo mais de 500 milhões de pessoas cuja renda alcança apenas 50 dólares anuais” (2).

Sim, é trágica e imoral essa dívida imensa que a humanidade acumulou, expressa na injustiça indignante da desigualdade e da miséria, que aviltam bilhões de seres humanos, e nas doenças evitáveis e na morte prematura de centenas de milhões de pessoas. Este holocausto horrendo pesa na consciência de todos os povos e Estados, não importam as fronteiras, não importam as ideologias ou regimes políticos que os separam.

2 — A SITUAÇÃO NO BRASIL

Há, provavelmente, mais de 40 milhões de brasileiros, sem acesso aos serviços de saúde de que necessitam. E a inadequação dos serviços prestados está extensamente demonstrada. Os recursos destinados pela sociedade brasileira aos cuidados da saúde da população são consideráveis e crescentes, ainda que, talvez, não alcancem as proporções recomendáveis e possíveis em nosso estágio de desenvolvimento: somaram, em 1979, mais de 200 bilhões de cruzeiros, equivalentes a, aproximadamente, 4,2% de nosso PIB. Desse total, cerca de dois terços foram canalizados pelo setor público, sobretudo (mais de 60%) pela previdência social, cujos dispêndios reais cresceram 5 vezes nos últimos 10 anos. Temos mais de 450 mil leitos hospitalares e mais de 100 mil médicos e a “indústria da saúde” emprega, direta ou indiretamente, mais de 1 milhão de trabalhadores. O conhecimento e a tecnologia disponíveis no País, em relação aos problemas que nos afligem, são significativos, em muitos casos suficientes, e nossa capacidade de gerá-los está subutilizada. E apesar disso somos um País “doente”: perdemos, anualmente, mais de um milhão de vidas, carências nutricionais afetam a metade da população e vivemos o paradoxo de um quadro nosológico que é “uma mistura de doenças das regiões em desenvolvimento — enfermidades transmissíveis e carenciais — e de problemas típicos do desenvolvimento — as doenças crônico-degenerativas; os agravos à saúde mental, os acidentes e violências” (3).

Apesar do redobrado esforço e do aumento de recursos, cresce a insatisfação e pouco se ampliou a cobertura real. O esforço da sociedade e do governo parece ineficaz:

sua eficiência está reduzida pelas dificuldades em acelerar a criação de condições básicas de existência para grande parte da população, em reduzir desigualdades sociais e regionais de renda e bem-estar, e em produzir os bens necessários ao atendimento das necessidades essenciais da população. É de lamentar, por exemplo, que, no Nordeste, mais de 68% das pessoas que trabalham auferem renda igual ou inferior a um salário mínimo, quando a renda nacional **per capita** já é de mais de US\$ 1 700 anuais e nosso PNB é o oitavo do mundo.

No campo específico da saúde, os recursos destinados ao setor estiolam-se, consumidos por um sistema de prestação de serviços desvirtuado em sua finalidade, concentrado e sofisticado em demasia, em contradição com a estrutura de necessidades, e orientado, prioritariamente, para os interesses dos produtores de serviços e de insumos e outros bens de "saúde". A "indústria da doença", nascida desses interesses, absorve os recursos disponíveis e se amplia e fortalece com seu crescimento: concentra esforços na recuperação, tão sofisticada e onerosa quanto possível, da saúde perdida (mais de 90%), pois é a doença e não a saúde a "mercadoria" que a alimenta. As medidas "racionalizadoras" da operação desse modelo podem apenas ser paliativos marginais das manifestações extremas ou conjunturais mais indesejáveis. A lógica interna das principais modalidades assistenciais que o compõem condiciona uma tendência inexorável à sofisticação de meios e de ações, à prestação de serviços desnecessários ou à negação de assistência indispensável e ao crescimento progressivo de custos pela prática de atos médicos desnecessários, impossibilitando o atendimento às necessidades reais da população e a conseqüente diminuição da insatisfação social que se observa nessa área.

É necessário, pois, um profundo processo de mudança. Mudança necessária pelos valores éticos da sociedade brasileira; implícita no

compromisso do governo com esses valores e com o objetivo-síntese do desenvolvimento nacional, que é a "construção de uma sociedade desenvolvida, livre, equilibrada e estável, em benefício de todos os brasileiros" (4); presente também nos objetivos de alcançar um regime político verdadeiramente democrático e uma distribuição mais justa dos benefícios do desenvolvimento nacional, com melhoria da renda das classes sociais de menor poder aquisitivo e para obter "padrões dignos de vida e convivência social" (4); mudança necessária igualmente em função do "amadurecimento político da sociedade brasileira" (4) e da consciência social em expansão sobre a existência dessa enorme dívida, suas causas e possibilidades de resgatá-la.

3 — SERVIÇOS BÁSICOS

Dados empíricos e de pesquisas internacionais, confirmados pelos estudos já realizados no Brasil, evidenciam que as necessidades de saúde de nossa população, em sua maioria, são de natureza simples, cujo atendimento adequado requer apenas recursos e técnicas a nível de cuidados primários. Essas necessidades correspondem a, aproximadamente, 90% da demanda total por serviços de saúde, dois terços dos quais podem ser atendidos sem a participação direta do médico. Apenas os 10% restantes exigiriam a prestação de serviços de maior complexidade e somente cerca de 2%, serviços de alta especialização. O sistema de saúde que necessitamos, portanto, deve ajustar-se a esses fatos e estar fundado em amplo patamar de serviços primários e básicos de atendimento. Somente assim poderemos estender as ações de saúde a todos os brasileiros. Este é o sentido da mudança necessária no âmbito do setor saúde.

Entende-se por serviços básicos de saúde o "conjunto integrado de serviços, prestados às pessoas e às comunidades e para melhoria do ambiente, necessários à promoção da saúde, à prevenção das doenças, ao tratamento das afecções e traumatismos mais comuns e à

reabilitação básica de suas conseqüências” (5). Compreendem, na área do atendimento às pessoas, mais que os cuidados primários um mínimo de serviços de maior complexidade, indispensáveis ao apoio aos serviços primá-

rios e, como programa, para a constituição de um núcleo de controle, orientação e estímulo ao aperfeiçoamento de todo o Sistema Nacional de Saúde. O gráfico da figura 1 expressa esse conceito.

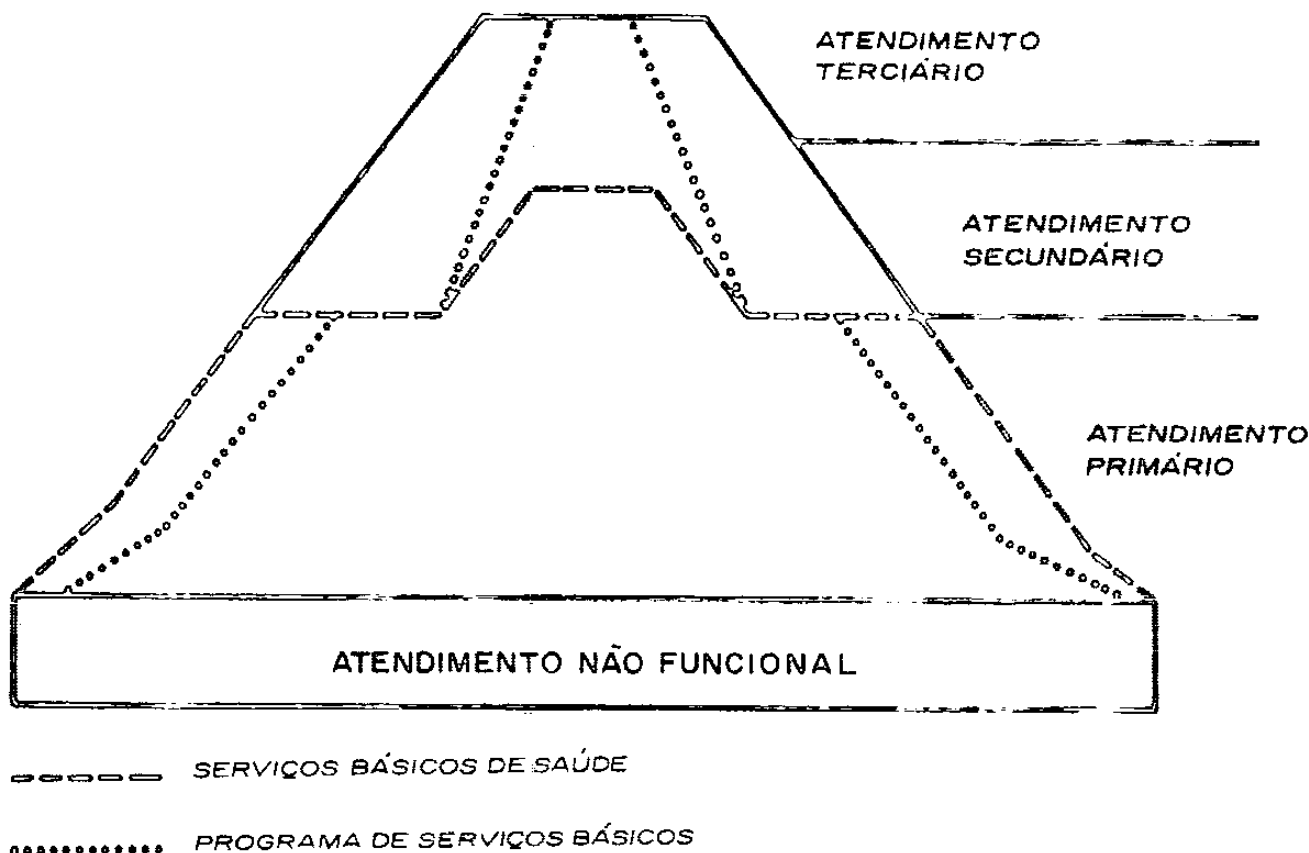


Figura 1 — Esquema de serviços básicos às pessoas no Sistema Nacional de Saúde.

O atendimento das necessidades de saúde da população deve integrar todas as ações de saúde — promoção, prevenção, recuperação e reabilitação — adequando-se a cada caso e considerando o grau de risco que apresentem. Estão definitivamente superadas as proposições de separação política e organizacional entre os planos coletivo e individual do atendimento à saúde, sobretudo a nível dos serviços básicos e do atendimento primário.

Os serviços básicos são, fundamentalmente, ações realizadas através de uma infraestrutura física — a rede básica de unidades de saúde, dela prescindindo em situações especiais. Um núcleo essencial de atividades mínimas deve ter presença assegurada em todos os casos. “Compõem este núcleo míni-

mo, ajustado às realidades regionais, as imunizações obrigatórias, a vigilância epidemiológica de base, a promoção do saneamento básico (em especial, o abastecimento d’água), orientação para conservação da saúde e mobilização comunitária para a participação, atividades de controle das endemias prevalentes, promoção da melhoria da alimentação e tratamento das afecções e traumatismos mais comuns, principalmente para os grupos biológica e socialmente mais vulneráveis” (5).

A adoção de tecnologias mais simplificadas, de menor custo e adequada eficácia, não pode ser entendida como intenção de discriminar os pobres com uma assistência de “menor qualidade”. A simplificação de meios corresponde à simplicidade de problemas e

não à simplicidade das pessoas. O acesso a serviços mais complexos deve ser assegurado quando os problemas superarem a capacidade de resolução de serviços mais simplificados. Os serviços básicos e a rede básica integram, pois, o Sistema Nacional de Saúde e constituem sua porta de entrada normal.

Os serviços básicos de saúde são parte dos serviços e bens necessários à satisfação das necessidades básicas da população; devem integrar-se no processo de desenvolvimento e na vida das comunidades, atuando como estímulo, motivo e objeto para a organização e a participação conscientes da população no planejamento, execução e controle dos serviços que necessita. A participação não é apenas um requisito para a maior factibilidade de programas e atividades. Mais que isso, é um instrumento que permite à população compreender criticamente sua situação e exercer o direito e o dever de buscar a solução de seus problemas.

Um criterioso processo de descentralização deve presidir a organização da infra-estrutura operativa para os serviços básicos. Mas, ao mesmo tempo, é necessário garantir um mínimo de unidade funcional, que impeça o surgimento de novas manifestações de desigualdades e novas formas de dominação e a distorção da finalidade última dos serviços, que é a satisfação das necessidades reais de saúde da população.

A execução dos serviços básicos de saúde requer um envolvimento multisetorial de forma direta e específica (programação e execução de atividades), com setores diretamente vinculados ao seu conteúdo ou sua operação — saneamento, habitação, alimentação, educação, etc. — e indireta e geral com o processo de desenvolvimento, cujo estilo e componentes afetam e são influenciados pelas variáveis de saúde.

A consideração dos serviços básicos de saúde dentro do Sistema Nacional de Saúde não deve limitar-se apenas às relações funcionais de atendimento, apoio ou controle. Os serviços básicos devem constituir uma estratégia e um instrumento para a reordenação

de todo o sistema de saúde, ou se transformarem, ao contrário, num reforço extraordinário do que existe, atuando como triagem de clientelas (seletividade econômica) para a medicina comercial. Neste reordenamento adquire relevo o processo de regionalização, como organização escalonada de níveis e unidades de atendimento e adscrição de coberturas específicas, geográficas e populacionais, a cada unidade assistencial ou de apoio.

4 — UM PROGRAMA NACIONAL DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

Os serviços básicos de saúde devem constituir um programa nacional prioritário e axial da política de saúde do governo, ordenador principal das ações governamentais na área da saúde e das relações entre as diversas instituições públicas de saúde, nos três níveis de nossa organização político-administrativa.

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde — PREV-SAÚDE — terá como objetivo a extensão dos serviços de saúde a toda a população brasileira, o mais rapidamente possível, implicando em implantação acelerada de uma rede básica de unidades de saúde de cobertura universal, com prioridade para as populações rurais, de pequenos centros e de periferias das grandes cidades. Os modelos de serviços devem adequar-se às peculiaridades regionais, sem prejuízo do cumprimento do núcleo mínimo de ações e da máxima simplificação recomendável de tecnologia e recursos utilizados. O modelo de infra-estrutura do PIASS ajusta-se às características rurais e dos pequenos centros de regiões como o Nordeste, e poderá servir de base para a elaboração de modelos ajustados a condições distintas, como as que existem na Amazônia. Nos médios e grandes centros urbanos, as condições sócio-culturais, particularmente o acesso a serviços médicos, recomendam a adoção de modelos diferentes, para avaliação e adequação no processo: o atendimento médico, inclusive diferenciado, e o atendimento de emergências comuns adquirem maior relevância, requerendo unidades

de maior complexidade e capacidade de resolução de problemas clínicos. A resolução dos problemas correspondentes à capacidade de cada nível de atendimento é, em todos os casos, ponto central da operação eficiente da "rede básica".

O PREV-SAÚDE será da responsabilidade direta do setor público, sem prejuízo da existência independente de serviços básicos privados (figura 1). Dentro das características multiinstitucionais de nossa sociedade e do regime político-administrativo, o setor público deverá englobar, além das instituições públicas federais, estaduais e municipais, as associações comunitárias de interesse social e sem fins lucrativos.

O programa envolverá mais que os serviços básicos propriamente ditos. Em apoio à integralidade do atendimento e às funções normativas e controladoras do setor público, deverá incorporar também todos os serviços públicos de níveis secundários e terciários. O sistema resultante tenderá à unicidade, ainda que em regime pluriinstitucional.

Alguns aspectos, adicionais ou complementares, especialmente críticos de um programa como o proposto, são referidos brevemente a seguir.

4.1 — ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Um requisito básico é a integração de esforços. No plano federal, a união dos ministérios da Saúde e da Previdência Social, somando recursos e estabelecendo doutrina e decisões uniformes, ressalta como o fator crucial. Unidos em torno do PREV-SAÚDE, devem articular-se estreitamente com os demais ministérios em ação conjunta no Sistema Nacional de Saúde e no processo global de desenvolvimento. A descentralização decisória e operacional, paralelamente à provisão do apoio necessário aos níveis estadual e local, deverá presidir essa articulação, sem prejuízo das funções de coordenação normativa geral e de condução política e estratégica a nível nacional, próprias à União.

As secretarias de saúde dos estados, consideradas como instituições nucleares do sistema, a nível estadual, assessoradas por mecanismo representativo multiinstitucional, assumirão a responsabilidade de coordenar o desenvolvimento do programa no estado e de assegurar o apoio técnico e administrativo aos níveis regionais e locais.

Os serviços básicos locais, contemplado obrigatoriamente o núcleo mínimo de ações prioritárias, deverão, idealmente, ser geridos pelas municipalidades, com o apoio dos estados e da União. Os estados concentrarão esforços diretos nos serviços de natureza supralocal e nas atividades de apoio a todo o sistema. Entretanto, é necessário considerar a extrema heterogeneidade dos quase 4 000 municípios brasileiros, adequando sua participação às possibilidades e realidade de cada um. Esta consideração não deve, porém, prejudicar a decisão e o esforço de promover e apoiar a participação das municipalidades e propiciar condições para o exercício de um controle social mais efetivo pelas populações locais.

4.2 — ATIVIDADE DE APOIO

Um esforço especial de capacitação institucional, em todos os níveis, há de ser empreendido. Dentro desse esforço merece consideração especial: a capacitação do nível federal para a função de condução política, coordenação normativa e planejamento estratégico, em função das novas relações institucionais, o desenvolvimento das secretarias estaduais de saúde para que possam desempenhar o papel que delas se espera, particularmente nos processos de regionalização e descentralização e, simultaneamente, de planejamento e coordenação operacional a nível estadual; e a capacitação gerencial e operativa dos níveis locais, e de apoio técnico e administrativo dos níveis regionais.

A supervisão adquire aqui especial relevo, por sua significação como instrumento de desenvolvimento dos serviços, dos recursos humanos e para o aprimoramento dos sistemas prioritários de apoio administrativo e

técnico: logística, administração financeira, informação, etc. Os controles indispensáveis, sem perda de agilidade administrativa e sem excessiva burocracia, será um problema crucial da operação do programa.

4.3 — O DESAFIO TECNOLÓGICO

O desenvolvimento de tecnologias apropriadas para a prestação de serviços, o combate aos problemas de saúde (peculiares às nossas realidades), a produção de insumos essenciais e de equipamentos, e sua utilização, constituem um desafio vital. Sua superação está vinculada ao esforço de autonomia tecnológica nacional e à necessidade de romper a dominação da tecnologia médica convencional.

4.4 — RECURSOS HUMANOS

A formação e a utilização de recursos humanos constituem condições fundamentais ao desenvolvimento dos serviços-básicos-de-saúde. O ponto de partida da ação nessa área é uma nova composição funcional e profissional dos recursos humanos necessários, na qual sobressai uma maior utilização de pessoal auxiliar em condições de resolver os problemas que não exigem a direta participação de profissionais de nível superior. Trabalharão integrados às comunidades em que atuam, com preparação adequada e apropriados esquemas de apoio e supervisão. Será necessária a criação de condições de emprego e de trabalho que estimulem atitudes e comportamentos desejados e permitam um desempenho eficiente do pessoal. A formação dos recursos humanos deverá ajustar-se às necessidades reais, desenvolvendo-se em articulação com a prática, em processos de integração trabalho — ensino, rompendo as barreiras entre a escola e os serviços, e assegurando o caráter permanente da educação.

4.5 — PARTICIPAÇÃO

Parece ocioso insistir na necessidade de participação, como estratégia e finalidade dos serviços básicos de saúde. É preciso, porém, ressaltar que a participação real não se mani-

festa espontaneamente. É necessário transferir às populações recursos, serviços, conhecimentos, mecanismos de expressão e instrumentos que lhes permitam refletir criticamente sobre sua situação e liberar-se dela. O perigo existente na manipulação ou imposição de outros valores deve ser prevenido por outros meios que não o espontaneísmo, forma de negar a liberação prometida, somente possível como objetivo consciente e voluntário. A participação é um lento e trabalhoso processo de interação, parte e conseqüência de amadurecimento político e desenvolvimento democrático.

4.6 — CUSTOS, BENEFÍCIOS E FINANCIAMENTO

O crescimento da demanda por serviços de saúde deverá acelerar-se. Essa previsão tem por base a existência de grande demanda reprimida e dos fatores que favorecem sua manifestação: urbanização, meios de comunicação social; etc. E essa demanda crescente, nas condições atuais, em face das pressões combinadas de valores culturais consumistas de serviços médicos e dos interesses do complexo médico-industrial, deverá orientar-se por serviços de recuperação, fortalecendo a tendência à sofisticação tecnológica e ao aumento de custos sem um correspondente aumento de benefícios sociais. Alie-se a esses fatos a escassez de recursos, sendo lógico esperar um aumento de reivindicações e suas conseqüências, apesar do inevitável crescimento real dos dispêndios.

Os serviços básicos de saúde constituem um caminho para a superação desses problemas setoriais e o seu desenvolvimento significará:

a) o condicionamento de uma estrutura diferente de demanda, mediante a solução dos problemas e satisfação das necessidades de saúde, antes que seja exigido atendimento mais complexo e mais custoso. Com isso evitar-se-á que problemas solucionáveis a esse nível sejam atendidos nos níveis de maior complexidade;

b) a ampliação da produtividade social dos recursos disponíveis, destacando-se a integração de esforços das instituições públicas

que canalizam dois terços dos recursos totais do setor;

c) a ampliação de acesso a serviços de saúde mais adequados às necessidades reais da população, aumentando sua eficácia e os níveis de satisfação no plano social.

O dispêndio com a expansão da cobertura de serviços básicos e primários será compensado pela diminuição dos custos unitários de atendimento, contribuindo também para reduzir, relativamente, a demanda por serviços complexos. Entretanto, a expansão da cobertura e o volume dos serviços básicos a serem prestados poderão ocasionar um custo global mais elevado. Esse aumento, porém, seria ainda inferior ao esperado, caso prevalecesse o modelo atual.

O financiamento do programa de serviços básicos não envolverá, portanto, a necessidade de recursos adicionais consideráveis. Os investimentos necessários para a prestação de serviços às pessoas serão relativamente pequenos em face da magnitude do programa, tendo em vista a significativa capacidade pública instalada e os baixos custos da rede a ser implantada. As estimativas preliminares são da ordem de 40 bilhões para todo o programa, num período de 6 anos. Os custos da operação plena estariam em torno de Cr\$ 60 bilhões anuais, com toda a rede implantada. Esta quantia equivale ao gasto público atual com serviços de saúde, que seriam substituídos pelos serviços básicos, e a cerca de 25% do gasto público global em saúde, em 1980. E a operação do programa estaria praticamente financiada através do remanejamento de recursos existentes.

No campo dos recursos reais seriam necessárias, sobretudo, medidas para a adequação qualitativa e para a autonomia nacional de produção em alguns casos. A oferta quantitativa de recursos humanos, de nível superior, não parece oferecer riscos de estrangulamentos, e a formação de pessoal de níveis de 1.º e 2.º graus pode ser ampliada rapidamente. Os recursos físicos essenciais apresentariam problemas de adequação qualitativa para alguns equipamentos, de autonomia de produção para alguns insumos e de custos elevados para ambos, sem que esses problemas

signifiquem estrangulamentos insuperáveis de disponibilidade.

A viabilidade financeira e material do programa não parece, portanto, apresentar problemas de difícil superação, se assegurada sua viabilidade política e sua factibilidade operacional.

5 — OBSTÁCULOS E NECESSIDADES ESTRATÉGICAS

A realização de um programa dessa magnitude é uma tarefa monumental e são inúmeros os obstáculos e perigos existentes. Mas nunca antes foram tão promissoras as condições institucionais para tamanho empreendimento. O entendimento entre os ministérios do Sistema Nacional de Saúde, principalmente o MS e o MPAS, o propósito do governo de, superando as dificuldades econômicas do momento, apressar o tempo social no processo de desenvolvimento nacional e a constatação mais e mais evidente da necessidade de mudança são fatores conjunturais favoráveis, de extraordinário valor.

Processo social complexo, o programa de serviços básicos enfrentará obstáculos de variada natureza: operacionais, comportamentais e políticos, estruturais e conjunturais, cuja superação exigirá uma ação estratégica apropriada.

5.1 — PROBLEMAS OPERACIONAIS

Problemas de organização, de capacidade gerencial e operativa, de mobilização e utilização de recursos, de criação de mecanismos e de instrumentos de operação e de soluções técnicas específicas, necessidade de controle, de criatividade e de iniciativa, entre outros, compõem o amplo espectro das dificuldades operacionais. A superação dessas dificuldades, na esfera técnico-administrativa, será um permanente processo de aprendizagem, de criação e de aplicação de instrumentos corretivos. É necessário não minimizar ou simplificar esses problemas, bem como não superestimar suas soluções. Uma das manifestações mais comuns dessas dificuldades é o crescimento das instâncias e processos burocratizantes, consumindo

parcelas consideráveis de recursos e reforçando os mecanismos da inércia do sistema.

Será preciso, talvez, retardar, em alguns casos e estrategicamente, o desenvolvimento do programa, afirmar condições através de experiências mais promissoras ou concentrar esforços em situações mais favoráveis e investir no desenvolvimento de recursos humanos e em processos apropriados de desenvolvimento institucional.

5.2 — DIFICULDADES COMPORTAMENTAIS

O comportamento dos indivíduos e dos grupos envolvidos está na base da maioria dos problemas operacionais e em relação estreita com a esfera política. A formação de atitudes e consolidação de práticas que correspondam aos propósitos dos serviços básicos é uma tarefa difícil de realizar em sua plenitude. Muitos valores e interesses poderão se antepor a esse propósito, e mesmo entre os que formalmente adotam o discurso dos serviços básicos longa é a distância entre o discurso e a prática: aqui, os personalismos, a falsa suficiência, o sectarismo e a intolerância contradizem o discurso democrático de muitos; ali, a desconfiança, a cegueira ideológica e a crítica ou o temor mobilizam e armam a resistência de outros.

Assim, além das incompreensões e resistências derivadas de valores, desconhecimentos ou interesses contrários, há toda uma gama de comportamentos desfavoráveis dos que, formalmente, o apóiam. Um dos pontos críticos será, portanto, a vigilância de nossa prática para que ela não negue nosso discurso e para que não confundamos nossos interesses e valores, produtos também que somos de nossa circunstância social, com as necessidades reais da população e, ao invés de servi-la, estejamos apenas servindo a nós mesmos. Vigilância também para evitar ou corrigir as distorções operacionais estimuladas por interesses divergentes.

5.3 — O PROBLEMA POLÍTICO

A viabilidade da proposta dos serviços básicos é, sobretudo, um problema político. Depende das relações de poder real na socieda-

de, da importância relativa dos agentes sociais e dos grupos de interesse que a apóiem ou a ela se oponham.

Não basta a aceitação do programa pelas instituições governamentais. Ela é essencial e imprescindível, mas não suficiente para assegurar sua realização. Mesmo porque não pode estar desvinculada das manifestações da vontade da sociedade expressada através da estrutura de poder real existente. A saúde é também uma variável social seletiva, histórica e socialmente condicionada, dependente do poder real presente na sociedade. Os serviços básicos, como proposta de mudança, afetarão essas relações sociais no interior do setor e fora dele, contrariarão interesses e gerarão resistências e oposições. As pressões e os obstáculos se farão presentes junto aos centros de decisão nacionais, estaduais e locais; nos momentos de formulação, durante a implantação e na execução, procurando descaracterizá-la e fazê-la fracassar; na argumentação técnica, na difusão de valores contrapostos, condicionando atitudes contrárias ou na impugnação ideológica, ainda que com falsas suposições. Essas pressões se expressarão nos meios de formação de opinião, nos centros de condução do processo político ou até no comportamento individual de um pequeno servidor que tema perder o domínio de um procedimento desnecessário.

O processo é político, também, na medida em que a mudança proposta e a própria saúde dependem das características do processo de desenvolvimento; da natureza e do funcionamento do sistema econômico, social e político. De fato, o processo de racionalização, inscrito na proposta de serviços básicos deve beneficiar-se da capacidade produtiva incontestável de uma moderna economia de mercado, corrigidos os exageros e distorções em favor da justiça social. O desafio é aqui também essencialmente político: a reorientação da estrutura de produção em função das necessidades básicas da população e do País e o aumento de sua produtividade, para que gere mais e mais excedentes que possam ser socialmente distribuídos. A satisfação dessas

necessidades básicas não pode ocorrer apenas pelo livre jogo social ou de mercado; particularmente na área de saúde, onde os produtores de serviços definem as necessidades, e o controle social ou institucional é praticamente impossível por razões éticas ou de monopólio do conhecimento e de decisões técnicas.

É necessário, pois, um intenso e permanente trabalho político, para a consecução de apoio e sustentação. É nesse âmbito que se definem as estratégias de ação, tendentes ao aproveitamento máximo de oportunidades e fatores favoráveis e neutralização dos desfavoráveis. A formulação e aplicação dessas estratégias exigem uma profunda e cautelosa consideração dos aspectos envolvidos, no interesse do objetivo maior de atender à população e poderá implicar em aparentes contradições, em recuos ou demoras, que às vezes desconcertam, em face da urgência dos problemas e da aspiração sincera de muitos a grandes mudanças imediatas.

No plano institucional, o caminho está na integração e na participação, que redundarão em apoio político das instituições públicas e, principalmente, dos estados e municípios. Mas é necessário tornar evidente e efetivo esse apoio, estimulando e fortalecendo as decisões de nível federal e permitindo a capacitação real do setor público para a realização de sua missão produtiva e de seu papel orientador de todo o sistema.

No plano da sociedade civil, é preciso trabalhar junto às organizações políticas, profissionais, gremiais, comunitárias e a população em geral. Não apenas em função do apoio desejado, mas pela necessidade da participação crítica que aperfeiçoará e dinamizará o processo. Uma política de saúde apenas institucional transforma-se quase sempre em assistencialismo marginalizador porque reforça, por fim, esquemas de dominação.

São variadas as possibilidades de ação estratégica. Referimos aqui algumas, cuja utilização, porém, deve ser sempre integrada:

a) no plano da técnica e do conhecimento: a capacidade de formular uma doutrina, de elaborar oportunamente e adequadamente as programações necessárias, de gerar tecnologias e normas apropriadas e, sobretudo, por ser abrangente, de maximizar a produtividade

social dos recursos disponíveis através de uma utilização eficiente. A eficiência, aqui, a consecução de resultados concretos inquestionáveis, deixa de ser apenas uma preocupação administrativa e assume significativa importância política, como demonstração de benefícios e instrumentos para consecução do apoio das populações servidas;

b) no plano político, propriamente dito, a transformação da saúde e da satisfação das necessidades básicas de saúde em objetivo social de significação política. Os serviços básicos podem e devem servir ao processo de desenvolvimento político e democrático, como motivo, como oportunidade de participação e como benefício para a população;

c) no plano do desenvolvimento global, a colocação dos serviços básicos como parte e instrumento da política e do desenvolvimento sociais: consequência e fator de desenvolvimento econômico. O consenso universal de que a saúde depende mais das condições de bem-estar que das atividades específicas de saúde deve estar refletido concretamente no estilo e políticas de desenvolvimento. A responsabilidade do setor não é apenas a de satisfazer as necessidades específicas de saúde, muitas vezes através de ações compensatórias dos agravos gerados pelo próprio desenvolvimento, mas também de contribuir para que o desenvolvimento nacional esteja orientado efetivamente para o bem-estar da população. Na medida em que isto se der, a ação em saúde se fortalecerá e será mais eficaz.

6 — CONCLUSÃO

O desafio é construir o caminho e percorrê-lo, com decisão e coragem. Devemos construí-lo juntos — governo e povo. Cremos que as diretrizes do governo contêm a orientação necessária. Devemos ser capazes de transformá-la em fatos: somando nossos esforços para construir um Brasil maior, uma sociedade mais livre e justa, uma população mais sadia. Assim, estaremos acelerando o resgate dessa dívida social historicamente acumulada: pela Justiça e pelo AMOR à Nação e ao País. Esta Conferência pode indicar melhor esse caminho e firmar um compromisso para sua construção; e de caminhá-lo enquanto é construído.

REFERÊNCIAS

1. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata, 1978. *Cuidados primários de saúde*. Brasília, UNICEF, 1979. 64 p.
2. MAHLER, H. *Obstáculos frente a la asistencia primaria de salud*. Conferência pronunciada no Ministério da Saúde, Brasília, agosto de 1978.
3. ARCOVERDE, Waldyr. Discurso de posse no cargo de Ministro da Saúde. Brasília, 1979.
4. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Secretaria de Planejamento. III Plano Nacional de Desenvolvimento 1980-1985. *Diário Oficial*, seção I, parte I, supl. ao n.º 31, 13 fev. 1980, p. 1-22.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Proposição de diretrizes; uma contribuição — Ministério da Saúde (versão preliminar)*. Brasília, 1980. 21 p. Texto apresentado à 7.ª Conferência Nacional de Saúde.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documentos do encontro especial dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social para definição de diretrizes de ação conjunta em saúde. Tópico: *Serviços básicos de saúde*. Brasília, setembro de 1979.

EDUCAÇÃO E SAÚDE: POR UMA PARTICIPAÇÃO SOLIDÁRIA NA PROMOÇÃO SOCIAL

EDUARDO DE MATTOS PORTELLA
Ministro de Estado da Educação e Cultura

1 — SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

Na atual etapa de nosso desenvolvimento social, político e econômico, constitui oportunidade particularmente importante a presença do setor educacional na discussão sobre a extensão de serviços básicos de saúde, tema central desta 7.^a Conferência Nacional de Saúde. A este tema o setor educacional apresenta-se ligado por dois elos fundamentais: como formador dos recursos humanos necessários e, também, porque a extensão de cuidados de saúde, atingindo faixas mais carentes da população, terá um impacto positivo sobre os programas educacionais, culturais e desportivos, visando às áreas de maior pobreza.

2 — O ESFORÇO EDUCACIONAL COMO PARTE DO ESFORÇO GERAL

No III Plano Setorial do MEC — 1980-85 — nos referimos ao fato de que “questões relevantes da Educação muitas vezes encontram tratamento mais eficaz fora do próprio sistema educacional, a saber, no problema da pobreza, entendida, aqui, em sua dimensão econômica e política. Por exemplo, o aproveitamento escolar depende tanto das condições da clientela em termos de renda, nutrição,

saúde, higiene, saneamento, quanto das qualidades pedagógicas do sistema ensino-aprendizagem, particularmente na infância”. O esforço educacional deve fazer parte de um esforço geral, tanto na área econômica quanto na social, pois não ocorrerá uma solução satisfatória de problemas se não houver convergência entre o desenvolvimento das áreas sociais e das áreas econômicas. Tal como enfatiza a Organização Mundial da Saúde: “O desenvolvimento econômico é necessário para o alcance da maior parte dos objetivos sociais e o desenvolvimento social é necessário para o alcance da maior parte dos objetivos econômicos”.

3 — INTERDEPENDÊNCIA ENTRE AÇÕES DE SAÚDE E AÇÕES SÓCIO-EDUCATIVAS

Se, por um lado, o processo educativo é fortemente dependente de fatores que estão fora dele, por outro lado, a ação dos demais setores está grandemente condicionada pelo desenvolvimento educacional e cultural. Esta afirmativa é particularmente verdadeira quando analisamos a promoção do desenvolvimento de ações de saúde e de ações educativas, culturais e desportivas. Da mesma forma que o processo da educação requer condições

básicas de saúde da população de educandos, não pode haver adequada promoção, prevenção, cura, e reabilitação da saúde, sem que o indivíduo, as famílias ou comunidades, aos quais estes cuidados se destinam, tenham um nível mínimo de instrução ou de acesso aos bens da cultura.

Citando ainda o nosso Plano Setorial, é válido reafirmar que “embora seja sempre complexo fazer convergir iniciativas oriundas de pontos diversos do sistema global de planejamento, é mister aceitar, em definitivo, que a visão puramente setorializada da política social ou econômica produz perspectivas distorcidas e incompletas, provocando, muitas vezes, uma falsa sensação de auto-suficiência”. No caso da educação e da saúde, não apenas temos de convergir as iniciativas como, mais do que uma integração teórica e formal, urge uma participação solidária, objetiva e concreta na promoção social do homem brasileiro. Participação solidária que deverá se fazer tanto na etapa de planejamento quanto na fase de execução, acompanhamento e avaliação das atividades, quer no âmbito federal, regional, estadual e municipal e, se estendendo, do nível pré-escolar ao pós-graduado.

4 — SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO NO MEIO RURAL E NAS PERIFERIAS URBANAS

No caminho em busca da promoção social, especialmente dos mais carentes, os serviços de saúde sob a égide dos Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, em proposta conjunta (Mensagem Presidencial ao Congresso Nacional, Política Social, pág. 105, 1980), resolveram instituir o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PRO-SAÚDE) que “deverá permitir a universalização do atendimento das necessidades básicas de saúde da população, projetando-se como instrumento de mobilização comunitária” (1).

Portanto, como estratégia para a universalização de cuidados primários de saúde, promove-se a extensão de serviços básicos através do PRO-SAÚDE. Este programa tem o seu correspondente no setor educacional. Trata-se do desenvolvimento de duas linhas programáticas básicas: EDUCAÇÃO NO

MEIO RURAL e EDUCAÇÃO NAS PERIFERIAS URBANAS.

Estas linhas programáticas constituem uma estratégia que visa à universalização do acesso ao processo educativo-cultural e desportivo das populações mais carentes. “A primeira linha programática é a educação do meio rural, buscando atingir um dos focos mais acentuados de pobreza no País. Considerando que na área rural verificam-se as menores taxas de escolarização, os maiores índices de repetência e evasão e a maior dificuldade de adequação da educação às particularidades da clientela e do meio, encontra-se aí um grande desafio. Levando ainda em conta a propensão à migração, em si inevitável, mas fortemente acelerada pelas condições de pobreza rural, coloca-se o problema complexo de imprimir à oferta de serviços educacionais conteúdo condizente com as necessidades sócio-econômicas locais.

Dadas as condições atuais da zona rural, particularmente em regiões economicamente mais desequilibradas, a universalização do 1.º grau é meta ainda longínqua. De modo particular, a educação formal tem-se mostrado nem sempre ser o caminho mais eficaz, por conter rigidez normativa que violenta o ambiente próprio da vida rural. Impõe-se, portanto, repensar a política de educação para essas áreas, especialmente no que se refere aos planos curriculares, à descentralização dos programas e à efetiva participação da clientela. Isto implica aproveitar todos os recursos locais e adequar a oferta de serviços educacionais às necessidades e possibilidades sócio-econômico-culturais do meio rural. Assim sendo, espera-se poder oferecer serviços educacionais mais convenientes à estratégia de sobrevivência das famílias pobres, fazendo igualmente eco à prioridade nacional concedida à agricultura” (2).

6 — EDUCAÇÃO NAS PERIFERIAS URBANAS

“A segunda linha programática, complementar à primeira, é a educação nas periferias urbanas, definidas estas como as áreas de concentração da população urbana mais carente. Colocando-se o caráter redistributivo e o mobilizador como dimensões essenciais da educa-

ção, o problema das periferias urbanas se localiza no aspecto economicamente seletivo dos serviços educacionais. Assim é que, quem mais precisa, maiores dificuldades tem de inserir-se no processo educacional e de nele sobreviver.

Por estas razões, tornam-se importantes a educação pré-escolar e a educação supletiva, na busca de soluções para as problemáticas fundamentais em torno do acesso ao ensino de 1.º e 2.º graus. A educação pré-escolar é relevante, tanto pelo seu impacto pedagógico quanto pela possibilidade de influenciar as condições de nutrição, de saúde e de higiene das crianças e das famílias. A educação pré-escolar deve, portanto, ser entendida como aquela que se faz antes do ingresso no 1.º grau, independentemente de limite de idade, incluindo-se mesmo a ação sobre as gestantes. Tendo em vista que nos primeiros anos da infância se decidem, em grande parte, as potencialidades da personalidade humana, o impacto sobre a criança, a partir dos 7 anos de idade, pode estar já totalmente comprometido com um passado de desnutrição e de pobreza. Acresce, ainda, o fato de que o acesso ao pré-escolar, concentrado nas famílias ricas, acentua ainda mais a distância para com o aproveitamento escolar de crianças pobres."

7 — ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS PROGRAMAS

Ambos os programas deverão se desenvolver por meio de uma estrutura dinâmica e flexível com capacidade para atuar segundo as condições peculiares de cada região, polarizando, conforme os objetivos, todos os órgãos do próprio Ministério, inclusive associando-se a outros ministérios, como aliás já o fez com o Ministério do Interior, no caso, por exemplo, das periferias urbanas.

8 — MEIOS PARA ATUAÇÃO SOLIDÁRIA

A correspondência entre estes programas e o de extensão de serviços básicos de saúde reside, principalmente, em que procuram atuar junta à faixa mais carente da população rural

e urbana, procurando contribuir para a reversão das manifestações negativas no campo educacional e da saúde, determinadas pela pobreza. São vastas as interfaces destes programas e que poderão se desenvolver solidariamente.

A escola — sua estrutura física e sua organização — é também um instrumento de identificação das necessidades básicas da comunidade, entre as quais se incluem os cuidados de higiene e saúde. O estabelecimento de cuidados primários de saúde da mesma forma que as ações sócio-educativas irão requerer a participação da comunidade, das famílias e dos indivíduos, de tal modo que haja maior participação na determinação e solução dos seus problemas educacionais e de saúde. A escola poderá ser compreendida como um centro de irradiação comunitária, por sua utilização múltipla em tempo integral (desportos, assistência social, desenvolvimento cultural, etc.). Deve-se ressaltar, ainda, o papel da escola em fazer chegar ao núcleo familiar, através da criança, as questões básicas de higiene, saúde, nutrição e prevenção de doenças.

A escola poderá também exercer influência substancial na abordagem de programas de nutrição, quer através da Campanha Nacional de Alimentação Escolar, quer como centro de mobilização da população rural dos objetivos do PRONAN (Programa Nacional de Alimentação e Nutrição). Assim, tanto os programas de cuidados básicos de saúde quanto os de ações sócio-educativas poderão contribuir para um esforço integrado em busca de condições de produção que possibilitem a melhoria da qualidade do meio rural e das margens urbanas.

A formação de recursos humanos para os serviços básicos de saúde constitui também outro ponto de convergência entre os programas educacionais e de saúde, já aludidos, especialmente visando à formação das diversas modalidades de agentes de saúde a nível de 2.º grau. Em complementação, através de mecanismos não-formais, utilizando inclusive os cursos supletivos, poderá o setor educacional contribuir para a formação ou reciclagem de agentes de saúde.

O aprofundamento de atividades solidárias, nas interfaces destes programas de edu-

cação e saúde, deverá também contemplar a interação entre as atividades do ensino de nível superior e os cuidados especializados de saúde que requerem tecnologia complexa.

9 — OUTROS PROJETOS

Constituem atividades prioritárias para o MEC, especialmente em relação ao 1.º e 2.º ciclos, o desenvolvimento integrado com os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social dos seguintes projetos:

- Reavaliar as profissões e ocupações na área de saúde.
- Aperfeiçoar a Habilitação Básica em Saúde, prevendo sua terminalidade, mediante complementação de estudos.
- Definir estratégias para experimentação de metodologias aplicáveis ao processo de formação de recursos humanos para a saúde.
- Desenvolver estudos que permitam identificar os problemas que interferem no desenvolvimento de uma ação integrada sistema formador X sistema utilizador de recursos humanos para a saúde.
- Dinamizar os Programas de Saúde (conteúdo curricular obrigatório — Lei n.º 5 692/71 art. 7.º).
- Definir estratégias que orientem os sistemas de ensino a planejar os programas de saúde, buscando compatibilizá-los com as necessidades do meio, do aluno e com os recursos existentes para a elaboração do material adequado.

Esse planejamento deverá ser feito sem perder de vista a integração da escola nos movimentos de mobilização comunitária, visando a sua adequação aos objetivos propostos e à melhoria do meio ambiente. O enfoque que pretendemos imprimir aos programas de saúde reconhece que a escola se transforma, ao lado das tarefas normais de ensino, em difusora de ensinamentos capazes de contribuir diretamente para o bem-estar e a saúde de nossa população. A importância do ensino dos

programas de saúde surge da necessidade de compatibilizar seu conteúdo programático à própria realidade médico-social local onde o aluno vive, sempre sem perder de vista a faixa etária a que pertence.

Especificamente em relação ao pré-escolar, o Projeto Saúde está se desenvolvendo integralmente com o Programa Criança para Criança, cuja formulação está dentro do espírito de se proporcionar à criança condições de se transformar em agente de preservação da saúde, de bem-estar próprio, da família e da comunidade na qual a escola está inserida.

10 — CUIDADOS PRIMÁRIOS E UNIVERSIDADE

Cabe, finalmente, uma reflexão sobre a interligação existente entre cuidados primários de saúde, através de serviços básicos, e a universidade, através de suas escolas, hospitais, bem como as atividades de pesquisa em saúde.

Tal como já vinha acontecendo com o PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento), grande parte das ações de saúde pode ser executada por pessoal com formação a nível do 1.º e 2.º ciclo ou mesmo com agentes de saúde treinados por via não formal, a nível da comunidade. Entretanto, cabe ao sistema formador prover os recursos humanos tanto para o nível de atenção primária quanto para os níveis de atenção secundária e terciária, ou seja, cuidados mais complexos de saúde, exigindo tecnologia crescentemente sofisticada. Estes, inclusive, servem de sustentação, como centros de referência aos programas de cuidados primários.

11 — FORMAÇÃO DE MÉDICOS GERAIS

Porque tem que formar recursos humanos para todos os níveis, o setor educacional, em relação às escolas de Medicina, está procurando incentivar a formação de médicos gerais, em apoio à universalização da atenção à saúde. Para isto, torna-se necessária uma reversão da ênfase curricular que tende a preparar especialistas e subespecialistas, em detrimento da formação de médicos gerais.

Os centros médico-acadêmicos deverão procurar os meios que lhes pareçam mais adequados para a consecução destes objetivos. Entre estes, pretende-se implementar os seguintes pontos, em relação à área médica:

1) Ao nível da graduação, a organização curricular deverá estar voltada para o treinamento nas grandes áreas: **Clinica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Cirurgia**, evitando-se a fragmentação do curso médico por disciplinas e o treinamento em especialidades e subespecialidades. A Medicina Preventiva deverá estar integrada e participando ativamente das áreas supracitadas, em um contínuo acompanhamento do desenvolvimento do profissional em formação, de tal modo que o ensino das medidas preventivas e curativas de saúde permita um futuro comportamento profissional onde promoção, prevenção e recuperação sejam, em realidade, indissociáveis.

2) As escolas somente terão êxito na formação de médicos gerais se organizarem o treinamento de seus alunos de acordo com as necessidades prévalentes de saúde da população. Conseqüentemente, a organização curricular deverá prever o treinamento em instituições de saúde de níveis primário, secundário e terciário. O treinamento em hospitais universitários destinados a cuidados complexos e sofisticados de saúde deixa de ser o único ou mesmo o principal modo de treinamento profissional.

3) Deverá ser estimulado, mesmo nos primeiros semestres dos cursos de saúde, o contato do aluno com a população das comunidades onde a escola se insere, a fim de que conheçam suas condições sócio-culturais e econômicas, o seu estilo de vida, sua demanda de cuidados de saúde e características epidemiológicas. Outrossim, o ciclo nas instituições universitárias deverá levar em conta as especificidades da formação do profissional de saúde e em particular do médico.

Obviamente, estas medidas a nível da graduação irão requerer reorganização curri-

cular, objetivando a adequação dos programas ao ensino em áreas gerais.

Esta orientação, tornando prioritário o treinamento em cuidados primários de saúde, **não significa modificar o papel que cabe aos hospitais de ensino**, ou seja, a missão de ocuparem o ápice da qualificação ética, científica, e técnica da Medicina do País. Nestes hospitais, deverão se concentrar e se desenvolver as atividades a nível pós-graduado, bem como as atividades de pesquisas biomédicas. Torna-se para isto necessário que os mesmos venham a receber tratamento preferencial pelos integrantes do Sistema Nacional de Saúde, uma vez que cabe aos mesmos a tarefa de se responsabilizarem pela assistência médica, treinamento profissional de alto nível e o desenvolvimento majoritário da investigação clínica no Brasil. A ênfase em cuidados primários não implica em se desmobilizar os hospitais universitários. Pelo contrário, dentro de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, cabe aos mesmos papel fundamental em apoio aos cuidados primários.

12 — CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE E PESQUISA

Finalmente, cumpre igualmente destacar o desempenho em relação ao processo de prestação de serviços básicos de saúde. A universidade poderá servir como um centro de pesquisa permanente sobre a metodologia e a tecnologia dos mecanismos de prestação de cuidados de saúde, visando ao seu contínuo aperfeiçoamento, ou seja, servindo, através de programas de investigação científica, como a consciência crítica dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mensagem presidencial ao Congresso Nacional. Política social, p. 105, 1980.
2. III Plano setorial de educação, cultura e desporto 1980/1985.

EXTENSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE EM ÁREA RURAL

JORGE AUGUSTO NOVIS

Secretário de Saúde do Estado da Bahia

O título proposto a uma das colocações da 7.^a Conferência Nacional de Saúde — Extensão das Ações de Saúde em Área Rural — retrata um flagrante amplamente dimensionado e de expressiva eloquência no panorama histórico brasileiro. Condensa a construção de uma civilização, seus nítidos privilégios litorâneos, suas características severamente heterogêneas, e suas episódicas incursões, terra a dentro, criadoras de esparsas “ilhas” (18) de progresso, à custa do desalojamento de populações nativas, ou sua absorção aleatória. O arquipélago assim formado banha-se nas águas do nada, se é preferível configurar desta forma, ao ângulo dos valores humanos, as terras em litígio, as terras de ninguém, e outras que completam seu rarefeito tecido conectivo, habitado por quantos sobrevivem às endemias que desafiam a sensibilidade e a capacidade de ação de um povo. É bem verdade que a imagem perfilada, se é realista para vasta extensão do território nacional (Norte, Nordeste, Centro-Oeste), não será tanto para as demais, melhor aquinhoadas pela sorte na distribuição de bens e valores. Mas, de qualquer modo, também absorvem sua parte, entre as contrastantes necessidades que levam ao desequilíbrio — áreas de progresso e restritas áreas de carência, esmagadas nos limites esbatidos da periferia das grandes cidades.

Daí, a necessidade de caracterizar na

marcha para o interior a solução imperativa de atenuar desigualdades, antes mesmo que se tenham resolvido situações peculiares ao descompasso das chamadas áreas desenvolvidas, ou de desenvolvimento hipertrofiado.

Ademais, o processo assim direcionado busca conter o fluxo de uma justa migração, provocada pela miragem das cidades, que tiram, mais do que dão em troca, a energia combatida de quem, ao menos, plantava para comer, nas terras de origem.

Assim a expressão INTERIORIZAR ganha foros de justiça social, isto é, pretende levar ao homem do campo, no campo, as vantagens da educação, da ciência, da técnica, da cultura, do lazer, do progresso, enfim, que o fixarão à sua terra, e não apenas transpiram, de longe, imagens sonoras e visuais, traiçoeiras, na falsidade de suas seduções, e na falácia do seu consumismo.

Até porque, fundamentalmente, o futuro próximo de nosso país há de se construir no interior, onde extensas glebas esperam a decisão racional de cultivá-las para colher, do trabalho, o alimento, pressuposto de saúde, e as fontes alternativas de energia, tal a convicção de que enquanto falece, em derradeiros estertores, a civilização do petróleo, ressalta, viçosa em sua perenidade, aquela outra de carnes e cereais, para cuja produção está nossa gente fortemente vocacionada.

1 — A HISTÓRIA ENSINA

A Medicina e, no seu contexto clássico, a saúde, não poderia fugir ao sentido direcional da conquista de uma nação por si mesma. Antes, acompanhou-lhe decididamente os passos, e levou-lhe o bálsamo da cura, onde se plantou a cruz dos pioneiros e por onde andaram *bandeirantes e monçoneiros*. Figuras médicas isoladas, hospitais provinciais e escolas médico-cirúrgicas. Santas Casas de Misericórdia independentes da medicina do Reino, antes que a independência política fosse proclamada. E assumiram empiricamente a salvaguarda da saúde pública, como na Bahia, plantando extensa fila de árvores em torno a um cemitério para barrar o vento, condutor de miasmas, na direção da cidade (1). Consagraram usos, implantaram costumes, que se refletem até hoje, mesclados a ditos, sentenças e conceitos, impregnando a sabedoria popular, que cumpre sentir e respeitar, porquanto relicário, tantas vezes, da verdade.

De qualquer sorte representavam o conhecimento da época e acompanhavam sua evolução, conduzindo-se da *era da saúde empírica*, em que o sintoma era o alvo da ação médica, até a seguinte *era da ciência básica*, voltada para a correlação bactérias e doenças, amparada na conquista dos laboratórios, mas a concentrar o equipamento de atividade nos centros maiores da civilização, sempre fortalecido pela energia dos reclamos próximos e pelo silêncio acomodado dos distantes. A primeira metade do século vigente terá sido, sobre tais alicerces, a *era do esplendor da ciência clínica*, pontificado dos grandes mestres, evoluindo para a multiplicação de extenso arsenal de equipes e de técnicas, na busca percuciente do detalhe, no aprofundamento de exames num só paciente, embora incorrendo nos riscos de sua despersonalização. Dominava, assim, uma filosofia médica defensiva, à espera tática do ataque, configurado no multicolorido dos quadros clínicos descritos, e minuciosamente analisados. Sim, porque o imperativo seria a análise casuística, e para tanto, a ciência e a técnica fartavam-se de propiciar avanços e meios.

Mas, enquanto isso, enquanto os grandes centros concentravam-se na busca de onerosas soluções para os chamados "casos raros", po-

pulações em massa, desnutridas e disnutridas, pagavam alto preço às endemias e às doenças transmissíveis, alimentando indicadores de saúde, morbidade e mortalidade, de significativo desabono a um pretenso progresso. O sentido da *saúde pública*, preventiva e sistemática, perdia-se nas glórias das campanhas esparsas, confinadas à vigência das epidemias, e cultivadas pela nação, menos como norma de trabalho e convicção de um desenvolvimento integral, do que pelo medo do contágio e a momentânea tomada de consciência dos perigos envolventes. Hajam à vista a data de emancipação do Ministério da Saúde, a alocação de recursos compatíveis com a magnitude das ações, e a inclusão recente, ainda frágil, da saúde como pressuposto de desenvolvimento.

Ante a defasagem montada entre a *era da saúde pública no Brasil e seus avanços*, há um grande tempo a recuperar, pois, já não bastam o diagnóstico e o tratamento comunitários, de forma planejada e tecnicamente executada, e, sim, a mais plena inter-relação das ciências sociais, sanitárias, econômicas e políticas, de modo a preparar abordagens e esquemas operacionais que diagnostiquem e *tratem o povo, como ente político total, o "homem integral"* e integrado na sua ecologia, capaz de enfrentar as grandes mutações de convivência que hoje o mundo gesta, para a eclosão de uma nova era de valorização da saúde, como direito inalienável do homem, e como dever impreterível do Estado.

Na plenitude de tal concepção, que a Conferência de Alma-Ata (3) suscitou e consagrou, começaram a reverter as ações sobretudo no Terceiro Mundo, assoberbado que ainda se encontra entre a demanda crescente pelos serviços de medicina curativa, os reclamos de mais hospitais, a sofisticação cada vez mais onerosa de seus préstimos crescentemente elitizados, refletindo-se inclusive nos países ricos, a esta altura também preocupados com o custo inflacionado da medicina em prática, progressivamente inacessível a todos (4).

Haja à vista a nossa previdência, às voltas com o extremo esforço de atender à postulação crescente, de custos igualmente crescentes, sem alcançar o objetivo desejável de sua atuação.

cipais ou de entidades de cunho não lucrativo, fortalecidos por programas e financiamento adequados, no estilo que estamos experimentando na Bahia, com a ajuda da Kellogg Foundation, inclusive.

O aperfeiçoamento do programa de interiorização das ações de saúde e saneamento é, pois, uma constante, dinâmica e irreversível. Em seu apoio, a tempo, veio a previdência social através do INAMPS, efetivando indispensável financiamento à manutenção dos módulos básicos. A atitude, se reflete a adesão preciosa a uma filosofia de prestígio aos valores do homem brasileiro, significa igualmente a reversão de uma política tradicional e exclusivista, da medicina curativa para seus aspectos preventivos, em que o hospital — ampla, limiar e simplista aspiração das lideranças comunitárias — passa a ser visto como símbolo da doença, e não da saúde, que é o bem porque devemos lutar, elo de uma cadeia sistêmica que ocupa seu lugar, mas não substitui os demais que se lhe antecedem. Por isso, recebemos com aplausos pronunciamentos como o do Ministro Jair Soares, ao deslocar o ângulo de prioridades — das “tomografias computadorizadas, marca-passos, e válvulas mitrais artificiais” para “a aplicação dos poucos recursos de que dispomos em problemas de subnutrição, de endemias, de doenças que entravam o nosso desenvolvimento” — numa forma decidida de prestígio à medicina integral, e justo acordo com a realidade econômica e social brasileira (11), permitindo vislumbrar a progressiva união de forças para a solução de nossos grandes problemas.

Não é interpretada de outra sorte a iniciativa do Governador Antônio Carlos Magalhães, ao decretar, vinculados à melhoria habitacional do trabalhador rural, incluídas as medidas de saneamento ambiental, todos os empréstimos para investimentos agropecuários e agroindustriais concedidos pelos bancos oficiais do estado da Bahia (12), estendida a obrigação à construção de postos de saúde, a serem incorporados à rede básica de saúde do estado.

3 — SAÚDE, DE TODOS, PARA TODOS

Os gestos revelam uma evolução sem prece-

dentos do conceito de saúde como bem social, e na prevalência deste, nos planos de desenvolvimento nacional. A valorização do modelo adotado pelo Brasil, no Nordeste, vem de ser sacramentado pela aprovação do projeto de sua consolidação e da sua expansão a outras áreas do país, pelo Decreto presidencial n.º 84.219, de novembro último (13). A década desponta, pois, altamente promissora, mas repleta de responsabilidades para os que temos sobre os ombros a missão de levar as estatísticas vitais do brasileiro ao nível da dignidade nacional e da compostura internacional. Isto não é trabalho, apenas, dos profissionais da saúde, insista-se. Depende de quantos se envolvam — e são todos — direta ou indiretamente com o problema, na formação da mais ampla rede intersetorial que integra, numa só postura, a consciência de um povo, levando a ambição da síntese a consagrar “saúde, de todos, para todos” como o grande lema da decisão nacional.

A hora é, pois, de estar alerta ao êxito do cometimento, consolidando o que existe e estendendo seus índices de cobertura, avaliando e repensando continuamente, somando e trocando experiências e levando inclusive em consideração as súbitas mutações que se processam, com frequência, nas áreas já estudadas em nossos estados, com índices demográficos que podem se multiplicar em poucos anos, na dependência exclusiva da implantação de novos projetos agrícolas ou industriais, sem a prévia audiência do segmento saúde, que passa a ser exigido sem se haver preparado, porque desavisado para tanto. Acresce o fato de que tal mudança, ocorrendo como fruto de migrações distantes, agrava o problema ante a nova feição nosológica que freqüentemente se depara.

Ante tais fatos, torna-se indispensável a ação central de um organismo de coordenação — chame-se de planejamento — que inclua, obrigatoriamente, o setor **saúde integral** em suas atividades programáticas, prevendo-o, para provê-lo, em pé de igualdade com tantas mais que se executem para a elevação do nível de vida de nossa gente.

Esse sentimento de integração não deve esquecer também as universidades, “vez que não se pode aceitar como natural o divórcio entre os aparelhos formador e utilizador de

mão-de-obra" (14), principalmente quando o primeiro, votando-se ao ensino, à pesquisa e à extensão pode igualmente se constituir num aliado de pendor especulativo para o aperfeiçoamento continuado do sistema. Inspirado nesses princípios firmou-se recente convênio entre a Secretaria de Saúde, a Universidade Federal da Bahia e a Superintendência Regional do INAMPS, visando a mais plena integração saúde X ensino, de que se espera amplo benefício.

4 — CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

- 1) A interiorização das ações de saúde — saneamento no Brasil, centrada no modelo de uma estrutura básica, tipo PIASS, que distribui cuidados primários de saúde, é uma realidade irreversível e animadora.
- 2) O saneamento ambiental, nos moldes elementares e de baixo custo, não deve ser relegado a plano secundário ou complementar, mas como elemento geminado aos cuidados primários.
- 3) No estágio em que se encontra cumpre ser consolidado e fortalecido mediante uma estratégia técnica, econômica, financeira, social e política, para a mais ampla abrangência de seus aspectos educacionais, como agente de mudança social e promoção comunitária.
- 4) A política de capacitação de pessoal deve ser imperativa e abranger todos os níveis, centrando-se, especialmente, no recrutamento, seleção e treinamento regionais.
- 5) Nesse sentido devem multiplicar-se pesquisas sistematizadas, trocas de experiências, avaliações, conferindo flexibilidade, e não exigindo rígida obediência a modelos pré-estabelecidos, atendidas as adaptações macro e microrregionais.
- 6) A interligação com as ações exercidas, no particular, pelo INAMPS e as universidades deve ser estimulada como indispensável para a pesquisa, a formação profissional, e a continuidade operacional do processo, em bases mais universais.
- 7) Igualmente, reforcem-se os esforços para a implementação de sistema nacional hierarquizado ou, melhor dito, escalonado, promovendo, em breve prazo, o entrosa-

mento entre os módulos básicos e a rede hospitalar (hospitais de apoio e regionais), abrangendo, de início, unidades federais, estaduais e municipais, e entidades assistenciais sem fim lucrativo.

- 8) Animem-se os poderes públicos a estender por todo o Brasil a exigência que busca vincular empréstimo de investimento agropecuário e agroindustrial à inserção de medidas de melhoria da habitação rural visando a ação contra endemias, e a construção de postos de saúde, quando for o caso, a serem anexados operativamente à rede básica de cada estado.
- 9) Finalmente, que medidas sejam tomadas para que nenhum projeto de desenvolvimento, visto como fator de alteração ambiental e demográfica, seja implementado, sem a participação efetiva do segmento saúde, nas suas várias fases processuais.

5 — REFLEXÃO FINAL

A aceleração e a transitoriedade são características da era em que vivemos (15). O ontem se confunde com o hoje, e o amanhã nem espera o alvorecer. Tudo obedece a uma curva exponencial de evolução, trefegamente em marcha. Se numa lagoa crescem lírios, e se suas folhas duplicarem a cada dia, de forma a cobrirem-se completamente no 30.º, no 29.º sua metade estará coberta.

Lester Brown (16) admite que nossa lagoa global esteja nesse limite. Não há tempo a perder... trabalhando para construir com o homem brasileiro as condições de vida que lhe são devidas pela sua própria história.

REFERÊNCIAS

1. Atas da congregação da Faculdade de Medicina da Bahia. 1868 (Pesquisa pessoal.)
2. BARTON, W. L. Alma-Ata, marco de uma nova era em saúde. *A Saúde do Mundo*, jul. 1979, p. 10-14.
3. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata, 1978. *Cuidados primários de saúde*. Brasília, UNICFF, 1979 64 p.

4. BETTER health care without more inflation (editorial). *Social Policy*, May/June 1979.
5. NEWELL, K. W., ed. *La salud por el pueblo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975.
6. FOEGE, William H. *Pharmaceuticals for developing countries*. Washington, National Academy of Sciences, 1979.
7. PLANOS Nacionais de Desenvolvimento II-III. Brasília, Departamento de Imprensa Nacional, 1975/1979.
8. BRASIL. Leis, decretos, etc. Lei n.º 6.229, de 17.7.75. Sistema Nacional de Saúde. *Diário Oficial*, 18.7.75. p. 8921-8922.
9. ————. Decreto n.º 78.307, de 24.8.76. Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. *Diário Oficial*, 25.8.76. p. 11241.
10. REUNIÃO GEIN/PIASS. Documento IV. 1979.
11. SOLUÇÕES de Jair para a Previdência. *Planejamento* 10 (62): 1979.
12. BAHIA. Leis, decretos, etc. Decreto n.º 26.951, de 12.10.79.
13. BRASIL. Leis, decretos, etc. Decreto n.º 84.219, de 14.11.79. *Diário Oficial*, 16.11.79, p. 17046-17047.
14. SARAIVA, Regionalização de serviços de saúde: área de Brasília. *Revista Brasileira de Educação Médica* 1979.
15. TOFFLER, Alvin. *O choque do futuro*.
16. BROWN, Lester. *The twenty-ninth days accommodating human needs and numbers to the Earth's resources*. Washington, 1979.
17. FORMIGLI, Vera. PIASS/Bahia. Janeiro de 1980.
18. VILLAS BOAS, Aldo. Extensão de ações de saúde às populações rurais. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5. Brasília, 1975. *Anais*. Brasília, Ministério da Saúde, 1975, p. 219-242.
19. SEIXAS, José Carlos. Interiorização dos serviços de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6. Brasília, 1977. *Anais*. Brasília, Ministério da Saúde, 1978, p. 193-195.

A RESPONSABILIDADE PÚBLICA PELA SAÚDE DO TRABALHADOR

MURILLO MACÊDO

Ministro de Estado do Trabalho

A saúde, como a educação, foi durante muito tempo considerada como um bem de consumo. Só recentemente os especialistas em recursos humanos ampliaram sua concepção teórica a respeito do papel da saúde e da educação no desenvolvimento sócio-econômico de modo a considerá-las simultaneamente como bens de consumo e de investimento. Analisando-se do ponto de vista do consumo, de fato, o homem se beneficia e se satisfaz individualmente toda vez que adquire mais educação e saúde. Educação e saúde proporcionam melhor domínio do mundo físico e social, e abrem inúmeras perspectivas individuais no mercado de trabalho. Enfim, educação e saúde promovem o homem.

Analisando-se do ponto de vista do investimento, o homem se torna mais produtivo toda vez que adquire mais educação e mais saúde. Educação e saúde proporcionam à sociedade mais produção, mais produtividade, enfim, mais eficiência.

Educação e saúde, portanto, apresentam várias semelhanças em suas dimensões econômicas e sociais. As duas constituem investimentos que se realizam no mesmo indivíduo. Mais do que isso, para a maioria dos casos, os sucessos nos programas de saúde dependem da educação e vice-versa. Essa interdependência é tão grande que, em muitas instâncias, os níveis de educação determinam o bom aproveitamento dos serviços de saúde. Esse me parece ser o caso do mundo do trabalho. A elevação dos padrões de saúde do trabalhador depende conjuntamente dos serviços de educação e de saúde. O trabalhador só procura e bem se utiliza dos serviços de saúde quando é ade-

quadamente educado. A experiência mostra que prover serviços de saúde preventiva é apenas **condição necessária** para se elevar o nível de saúde da classe trabalhadora. Para que isso se concretize é de fundamental importância que tais serviços sejam oferecidos através de ações educativas, bem planejadas e bem executadas. Isso me leva a concluir ser difícil conversarmos sobre saúde dissociadamente da educação na área do trabalho.

Os países que mais avançaram no mundo contemporâneo perceberam rapidamente que, para o pleno desenvolvimento da sociedade, mais relevante do que o estoque de capital físico é a quantidade e a qualidade do capital humano disponível em cada momento histórico. Mais importante do que a máquina é o homem. Mas não é qualquer tipo de homem. O que realmente conta para o desenvolvimento é o homem educado, é o homem hábil.

Dentro dessa concepção de investimento, a saúde do trabalhador constitui-se em um dos elementos absolutamente essenciais para o desenvolvimento. Quanto mais saudável, mais produtivo é o trabalhador e, portanto, mais alta é a taxa de retorno do investimento realizado em saúde. Quanto menos saudável, menos produtivo é o trabalhador e, portanto, maior é o seu peso como elemento de consumo na sociedade.

De fato, os investimentos na saúde do trabalhador proporcionam inúmeros efeitos positivos e aceleradores do processo de desenvolvimento. Em primeiro lugar, os investimentos em saúde redundam em uma ampliação quantitativa da força de trabalho — na

medida em que se eleva a vida-média e se aumenta o número de dias e horas disponíveis para o trabalho. Em segundo lugar, os programas de saúde se revestem de enorme utilidade na medida em que contribuem para melhorar a qualidade do fator trabalho e, conseqüentemente, para elevar a produtividade do homem e da empresa. Em outros termos, os investimentos em saúde propiciam mais e melhor trabalho ao setor produtivo.

Os dois efeitos têm sido largamente avaliados nos países avançados e muita coisa já começa a ser feita aqui no Brasil. Quanto ao primeiro efeito — a ampliação quantitativa da força de trabalho — é comum medi-lo por meio de uma estimativa do valor econômico dos dias e horas adicionais que passam a ser oferecidas no mercado de trabalho. Todos os estudos mostram que cada cruzheiro investido com o fim de evitar a morte precoce e, portanto, prolongar a vida útil do trabalhador, redundará em um benefício positivo para o setor produtivo e para a sociedade em geral que passa a contar por mais tempo com o trabalhador já treinado, experimentado e ajustado aos procedimentos organizacionais da empresa. A morte precoce — por acidente ou por doença — significa fortes perdas sociais quando se levam em conta os investimentos que serão demandados para a educação e saúde do novo trabalhador.

Quanto ao segundo efeito — os progressos qualitativos da mão-de-obra — o mais convencional é medir o impacto da melhoria de saúde na produção adicional pelo mesmo trabalhador que trabalha na mesma máquina. Aqui também as pesquisas são unânimes em mostrar que o trabalhador hígido tem mais disciplina no trabalho, falta menos, realiza suas tarefas com menos esforços, produz mais, tem mais satisfação no que faz, acidenta-se menos e conserva melhor os equipamentos. Contrariamente, o trabalhador que adocece precocemente compromete em vários aspectos o processo produtivo, reduzindo, assim, a eficiência da sociedade como um todo.

Mas a atenção à saúde encontra inúmeras outras justificativas — de relevância ainda maior do que as anteriores — quando se consideram os benefícios individuais para o próprio trabalhador. Este é um ângulo de análise onde o valor mais alto é o respeito

humano ao trabalhador que, na verdade, tem precedência ao mais puro raciocínio econômico. Afinal, **o dinheiro, ainda que muito invejado, é pouco desfrutado por quem não tem saúde. A saúde, ainda que pouco invejada, é muito desfrutada por qualquer homem, seja rico ou seja pobre.**

É de bom senso a idéia de que o mais pobre dos homens não troca sua saúde por qualquer fortuna, enquanto que o mais rico dos homens daria com prazer toda a sua fortuna pela saúde que perdeu. Tal concepção, aliás proverbial, merece alguma reflexão à luz do que dissemos a respeito da interdependência entre a educação e a saúde. Vejamos o que podemos aprender de uma análise mais cautelosa do provérbio milenar.

Será que, de fato, o trabalhador não troca saúde por dinheiro? Embora clara e de bom senso, essa concepção nem sempre encontra a sua contrapartida real no mundo social. Não é raro depararmos com trabalhadores que se preocupam quando se fala em mudar as condições de insalubridade e de risco. A preocupação decorre, obviamente, do empenho em preservar o adicional de salário que se aplica nessas condições. Baixa remuneração, surtos inflacionários, expectativas ampliadas, compromissos assumidos e vários outros fatores levam tais trabalhadores a proporem uma troca aparentemente inconcebível para qualquer ser racional. Saúde por dinheiro...

É claro que a reversão desse tipo de atitude depende em parte das modificações estruturais e do próprio encaminhamento das negociações salariais. É inegável, porém, que ela pode ser substancialmente modificada através de ações continuadas na área da educação, em particular, da educação sanitária. O desafio que se apresenta ao pessoal de saúde, portanto, é prover estímulos educacionais suficientemente fortes para promoverem a reversão pretendida induzindo o trabalhador a se engajar em negociações da remuneração do trabalho que visam a eliminar os fatores comprometedores de sua saúde. Assim ocorrendo, ele terá uma vida mais longa e mais produtiva e certamente descobrirá que usufruindo de mais tempo e mais produtividade no trabalho acabará ganhando, ao longo de sua vida útil, muito mais do que os adicionais de

insalubridade e risco que adicionam salário no curto prazo e subtraem existência no prazo mais longo. Por isso é que tenho dificuldades em ver os programas de saúde dissociados dos programas educacionais. Cada vez mais a educação sanitária ganha uma posição estratégica na tarefa de prolongar e melhorar a vida do trabalhador, preservando-o contra a morte precoce, a doença ou a incapacitação.

Esta é a linha doutrinária geral que temos imprimido nas ações do Ministério do Trabalho que se voltam especificamente para a saúde do trabalhador. A partir dela se delineiam os programas que visam a prevenir e resolver os diversos problemas no campo da higiene e segurança do trabalho, da prevenção de acidentes e do controle das doenças profissionais. O objetivo geral básico de todos esses programas é um só: tudo fazer para preservar a saúde do trabalhador e alongar a sua vida útil objetivando a sua própria realização pessoal e junto aos seus semelhantes e, simultaneamente, o bom desempenho do processo produtivo.

Para o atingimento de tal objetivo último o Ministério do Trabalho ampara-se em uma legislação específica que regula o comportamento dos empresários dos trabalhadores na área de higiene e segurança. Mas pouco seria conseguido se o Ministério se limitasse à mera ação fiscalizadora de cumprimento da lei. Na verdade, o atingimento de tal objetivo depende muito mais do trabalho educativo dos vários especialistas do que propriamente de ações coercitivas. Nesse sentido, o Ministério tem colocado à disposição das empresas, dos trabalhadores e de seus respectivos órgãos de classe os recursos técnicos da FUNDACENTRO e do próprio Ministério através das ações mais variadas, todas elas voltadas para elevar o nível de consciência a respeito da importância da saúde na vida do trabalhador e no processo de desenvolvimento. Esse é o caso dos congressos de prevenção de acidentes do trabalho — que periodicamente reúnem trabalhadores, técnicos e empresários, a fim de definir e avaliarem os programas preventivos. É o caso das inúmeras campanhas de prevenção de acidentes do trabalho, continuamente em andamento em todo o país. É dentro dessa mesma linha que se insere o programa de formação de supervisor de segurança e

especialização de médicos e engenheiros e pessoal de nível médio voltados para a saúde do trabalhador. Hoje, o Brasil já conta com mais de 60 000 especialistas na área de saúde ocupacional que constituem a base humana de operação dos diversos programas educacionais no campo do trabalho e ainda do delineamento de medidas, instalações e equipamentos de proteção com a finalidade de reduzir o risco do trabalhador. Aqui, também, sou da opinião de que o prioritário é o recurso humano, depois o equipamento protetor. De pouco vale o equipamento se ele não é adequadamente utilizado e isto, como vimos, só se consegue com a ação educativa competente dos técnicos da higiene, segurança e saúde do trabalhador.

Mesmo na sua ação fiscalizadora o Ministério tem procurado ser mais educativo do que punitivo. É claro que, em muitos casos, a sanção é imperiosa assim como é necessária a implantação de taxaço às condições insalubres e de alto risco, taxaço essa que é indiretamente realizada pela via dos adicionais salariais. É neste ponto, repetindo, que ressalta o papel educacional. O adicional não pode ser interpretado pelo trabalhador como um prêmio. O verdadeiro prêmio será por ele ganhar quando desaparecer a insalubridade e o risco de suas condições de trabalho. Essa é a orientação que procuramos transmitir aos técnicos do Ministério e a que gostaríamos de ver prevalecer nas CIPAS — comissões internas de prevenção de acidentes — que tantos e tão bons serviços têm prestado ao trabalhador desde a sua criação em meados de 1940.

Dentro da preocupação de atuar em fatores causais da doença e do acidente, o Ministério do Trabalho vem implementando com vigor crescente o programa de alimentação do trabalhador, incentivando as empresas a organizarem seus próprios refeitórios em contrapartida do estímulo e da possibilidade de deduzir tais despesas (até 5% do lucro tributável) com base na Lei 6.321/76.

Essas são apenas algumas ações específicas do Ministério do Trabalho na área de preservação da saúde do trabalhador. Os resultados positivos de todas elas mostram a validade de se investir na saúde do nosso operário. A drástica redução de acidentes obtida nos últimos dois anos permitiu adicionar mi-

lhões de horas de trabalho no processo produtivo assim como evitou mergulhar o trabalhador e sua família na tristeza da invalidez. Os programas voltados para a implantação e uso de equipamentos de segurança, igualmente, vieram a contribuir para se evitar a doença e prolongar a vida do trabalhador, tudo isso redundando em acréscimos na força de trabalho existente. A inspeção das condições físicas de trabalho e o esforço para que seja cumprida a legislação de segurança vêm trazendo, do mesmo modo, benefícios altamente positivos para o trabalhador, para o empresário e para a nação, decorrentes não só de aumento de produção, mas sobretudo de melhoria da produtividade.

Todas essas ações, estou certo, ganharão mais força na medida em que o próprio trabalhador vier a desfrutar de mais poder de informação para então fiscalizar as suas próprias condições de trabalho. A nova lei salarial, em exercício desde novembro de 1979, veio revigorar sobremaneira a negociação do salário e das condições gerais de trabalho. Os aumentos reais de salário, com a nova lei, passaram a ser negociados entre as partes com base na produtividade enquanto que a correção das perdas salariais devidas à inflação é realizada automaticamente através da aplicação semestral do INPC — Índice Nacional de Preços ao Consumidor. Nessas novas condições, tudo indica que o trabalhador passará a lutar por outros benefícios, dentre os quais a preservação da sua saúde me parece ser o mais superior de todos. Assim, o Ministério do Trabalho entende que teremos uma nova trajetória nos nossos investimentos sindicais. Os líderes do sindicalismo brasileiro estão aprendendo rapidamente que, assegurada a correção pela inflação, lhes sobra mais tempo e energia para negociar as outras condições de remuneração do trabalho humano. Amadurecido estará o nosso sindicato quando na lista de suas reivindicações periódicas a saúde do trabalhador aparecer em primeiro lugar.

Meus caros participantes da 7.^a Conferência Nacional de Saúde. Estou certo que vossas senhorias devem amargar problemas de enorme complexidade e para os quais vislumbram poucas possibilidades de resolução imediata, particularmente em um país tão carente de recursos como o nosso. Estou certo tam-

bém que muitos desses problemas acabam desembocando no mundo do trabalho, pois, é óbvio, o tamanho e a quantidade da força de trabalho estão intimamente associados ao que acontece com a saúde da gestante, do recém-nascido, da criança. Estão associados com os riscos enfrentados pelos adolescentes, relacionam-se com os níveis e estilos nutricionais das várias classes sociais, etc.

Entendo, porém, que grande parte da solução de tais problemas depende mais de ações preventivas do que curativas. Ou seja, depende dos programas de profilaxia normalmente executados na área da saúde pública. Ocorre que os programas de saúde pública dependem, por sua vez, de pesados investimentos nos setores de infra-estrutura (água, esgotos, higiene ambiental, controle de poluentes, etc.), assim como de uma melhoria do poder aquisitivo da população, que lhes permita comprar mais e melhores alimentos, ter boas condições de moradia, ter menos desgaste físico no transporte e assim por diante. Tanto a infra-estrutura como a melhoria da renda familiar são intimamente condicionadas pelo trabalho. A sociedade só pode investir quando poupa, e esta se alimenta, acima de tudo, pela melhoria da produtividade do próprio trabalho. Isso me leva a crer que os investimentos em saúde no trabalho atual têm assim uma outra importante externalidade, qual seja, a de proporcionar recursos essenciais para o equacionamento do problema da prevenção da saúde dos demais membros da sociedade. Gostaria de deixar este encadeamento de idéias como um convite à reflexão para os participantes desta conferência. Argumento que os investimentos em saúde do trabalhador não só garantem melhoria das condições de trabalho, mas constituem a base para os investimentos em outros programas de saúde.

Essas são as informações que gostaria de lhes prestar no intuito de dizer-lhes o que se passa no Ministério do Trabalho a respeito da saúde do trabalhador. E este pensamento é harmônico com as diretrizes gerais do governo do Presidente João Figueiredo para o qual a preservação da saúde do nosso operário constitui a ação mais humanitária e mais prioritária que o Ministério do Trabalho pode desempenhar.