

Uma Avaliação da Produção Teórico-Científica da Medicina Social no Brasil.*

**José Saraiva Felipe

Procurei traçar nesse breve ensaio, o quadro atual da produção de conhecimento científico na área de Saúde Coletiva no Brasil, buscando delimitar o campo de atuação dessa área específica, seu objetivo de análise e metodologia utilizada nas pesquisas realizadas e em andamento nos anos mais recentes.

Em sua acepção, o conceito de Saúde Coletiva tem um caráter mais abrangente e profundo que a noção de Medicina Social, e a opção pelo primeiro tem também o objetivo de evitar o debate sobre o caráter histórico-social da prática médica, presente em FOUCAULT. Esse autor advete para a falácia da medicina dita não social já que, pelo menos desde o século XVIII, a medicina é uma atividade social. A noção de medicina individual, clínica, para o autor, reveste-se de um viés ideológico, onde determinada forma de prática social da medicina — a prática privada — procurou se defender e principalmente se justificar (Apud TEIXEIRA, 1985).

O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA: SURGIMENTO, CONSOLIDAÇÃO E "ESTADO DA ARTE".

1. Surgimento

Historicamente no Brasil, a saúde e a medicina como objeto de estudo das ciências sociais é relativamente recente, alcançando pleno desenvolvimento a partir da década de 70.

A noção de coletivo, entretanto, não é propriamente uma categoria nova, mas é apenas com a consolidação e expansão do modo de produção capitalista, que essa concepção adquire novos contornos: a questão da saúde e da doença das populações passa a ser preocupação do Estado, pela própria necessidade de manutenção e reprodução da força de trabalho.

Entretanto, os avanços na bacteriologia vão sustentar por muito tempo a concepção "biológica" na Saúde Pública. Através do binômio "agente-hospedeiro", são relegadas para segundo plano as teorias da "Medicina Social",

postergando algumas idéias que vinham sendo explodadas antes do advento da teoria biologicista, como a de ressaltar a condição de saúde como um problema social e de pesquisar os fatores sociais e econômicos que influenciam o processo saúde-doença.

Somente neste século — e na América Latina a partir dos anos 50 — inicia-se uma retomada da noção de coletivo num sentido mais propriamente social. Esse movimento está estreitamente conectado com a ampliação dos "direitos de cidadania", quando o Estado passa a intervir de forma crescente, através das políticas sociais, na sua busca de legitimidade e hegemonia.

As realidades históricas concretas vão definir padrões diferenciados de intervenção estatal, de acordo com os processos de ingresso de cada país em sua fase de industrialização.

No Brasil, esse ingresso se inicia em 30 e em torno da década de 60 estavam delineadas duas grandes tendências na área de Saúde Pública e Medicina Social, refletindo um momento de

* Trabalho elaborado em co-autoria com a pesquisadora Susete França, do NESCON/UFMG

* Preparado para o VI Congresso Mundial de Medicina Social, La Laguna, Ilhas Canárias, 10 a 14 set/1989.

** Coordenador Técnico do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição - NESCON/UFMG
Secretário de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde do Brasil - SCT/MS.

grande tensão político-social que o país atravessava, e que culminou com o golpe militar de 1964.

A primeira tendência, privilegiando uma "base técnica", vislumbrava um conhecimento científico ancorado nas técnicas de investigação empírica, ainda sob influência dos progressos na área bacteriológica.

Essa visão encontra respaldo teórico-metodológico no empirismo positivista e seu objetivo inicial de análise — as doenças infecciosas — fenômeno entendido como estritamente biológico, conforma-se de modo apropriado às formas vigentes de explicação científica.

A segunda tendência que começa a se esboçar neste período na área de Saúde Pública e Medicina Social, busca soluções para as enormes injustiças sociais espelhadas no perfil de morbimortalidade da sociedade brasileira. Essa vertente enfatiza os aspectos "políticos" da prática de saúde e vai configurar um movimento no âmbito da Saúde Pública/Medicina Preventiva/Medicina Social, (e mesmo nas diversas qualificações dadas às Medicina nesse período), de resistência política-ideológica ao regime militar recém-implantado.

Na década de 70, essa estratégica de resistência na área, vai conformar dois campos de atuação divergentes na tática a ser assumida em termos de ação contra-hegemônica.

Uma corrente, de "aderência aos serviços", busca na prática de intervenção estatal da Saúde Pública o espaço para políticas reformistas.

Outra corrente, de "postura crítica" localizada principalmente nos meios acadêmicos, desenvolve a construção de um pensamento mais elaborado, superando os pressupostos analíticos da concepção funcionalista, ainda hegemônica naquele momento.

A existência de certo antagonismo entre essas duas correntes, leva a uma quase exclusão da ordem biológica do campo de interesses e ações relativas à saúde das populações.

Entretanto, as duas tendências alcançam resultados importantes: a de "serviços" amplia espaços para uma política de saúde mais progressista e a

"postura crítica", introduz o enfoque histórico-social na área de saúde. Começa a se desenvolver uma área de conhecimento que toma como objeto de análise a dinâmica instaurada pelos conflitos de interesses entre as classes sociais, vista sob o ângulo do processo saúde-doença e das práticas relacionadas a este.

A divergência tática entre as duas correntes não vai romper a unidade estratégica: surge assim, mais precisamente na segunda metade da década de 70, o campo da Saúde Coletiva no Brasil.

2. CONSOLIDAÇÃO

2.1. Histórico Recente - 1ª Fase

Na primeira metade da década de 70, começam a ser implantados ou consolidados os principais centros de investigação e formação de recursos humanos na área de Saúde Coletiva, iniciando-se com os Departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social das Universidades Estaduais de São Paulo, Campinas e Rio de Janeiro e através de programas apoiados pela FIOCRUZ em convênio com a FINEP (PESES e PEPPE).

Os profissionais oriundos dessas áreas dedicavam-se à docência e à pesquisa, onde a questão da saúde tinha o social como categoria analítica básica.

Na segunda metade da década, esse movimento se orietou por um reflexo crítico da saúde. Em torno do debate de temas como Saúde Comunitá-



ria, em 1976 foi criada a revista "Saúde em Debate", sendo a proposta logo ampliada para a criação do CEBES, um centro de estudos que se constituiria numa entidade aglutinadora do "novo" pensamento em saúde e num espaço de debate contra o autoritarismo. Em seguida, esse movimento se organiza na formação da ABRASCO, entidade fundada em 1979, que se volta para o apoio e aperfeiçoamento do ensino e da pesquisa na área.

Em 1978 um levantamento do PIS da FINEP apontava 16 instituições já desenvolvendo pesquisas ou em fase de elaboração de projetos na área de Saúde Coletiva, sendo 9 instituições acadêmicas (7 da área de saúde, departamento de ciências sociais e 1 escola de administração), 6 instituições prestadoras de serviços e 1 centro de pesquisas epidemiológicas. Nessa época havia grande incentivo à descentralização da área — várias instituições estavam fora do eixo Rio-São Paulo — e a coordenação interinstitucional da produção de conhecimento.

Até o final da década, a principal característica desses centros é o caráter coletivo e interdisciplinar da produção científica. As equipes de pesquisadores absorveram grande número de profissionais das ciências sociais juntamente com os chamados "novos sanitaristas".

Entretanto, no período 1978-82, a pesquisa em saúde coletiva sofreu "solução de continuidade": a FINEP, que entre 1975 e 78 apoiou cerca de 58 projetos de pesquisa, praticamente interrompeu o financiamento à pesquisa na área. Essa linha de financiamento — a principal em operação no campo da saúde coletiva — só foi retomada em 1982, em ação conjunta CNPq/FINEP com o apoio da ABRASCO, na criação do "Programa de Saúde Coletiva" (PSC), que vai inaugurar uma nova fase no campo da Saúde Coletiva no Brasil.

Assim, a pesquisa na área no início dos anos 80, vivia uma realidade muito diferente da dos anos anteriores, sendo analisados por MAGALDI e CORDEIRO (1983) os principais retrocessos:

I — O caráter atomizado das pesquisas, com maior número de projetos individuais que não se integravam em

programas institucionais de pesquisa, ocasionando projetos sobre o mesmo tema, sem coordenação etc.

2 – Os recursos para a pesquisa estavam sendo aplicados principalmente em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, com pequena aplicação no Rio Grande do Sul e Bahia, em contraposição à filosofia original de descentralização e regionalização da área.

3 – Não haviam sido criados núcleos de pesquisa nas instituições prestadoras de serviços de saúde, para viabilizar o objetivo da integração da produção de conhecimento à prática dos serviços. Também não foi dada continuidade à criação de núcleos de pesquisa em saúde nas escolas não médicas.

composição de recursos humanos na área, com o retorno de muitos profissionais das ciências sociais que estiveram envolvidos na produção de conhecimento em Saúde Coletiva para atividade na sua própria disciplina.

Na “1ª Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa de Ciências Sociais na Área de Saúde Coletiva”, o relatório final sublinhava a necessidade de formação de um “novo profissional”, que não deveria corresponder à perspectiva de produzir “cientistas sociais com especialização médica”, mas cujo perfil ainda não estava definido. A superação às limitações na formação de um profissional de Saúde Coletiva, com uma formação inter-disciplinar, foi infatizada nessa 1ª Reunião.



Nesse momento, do ponto de vista institucional, a pesquisa em Saúde Coletiva caracteriza-se por estar situada exclusivamente nas instituições acadêmicas de formação de profissionais de saúde, preferencialmente nos programas de Mestrado e Doutorado do eixo Rio-São Paulo (mas também na Bahia), mantendo caráter basicamente individual. Com a mudança de projetos coletivos e interdisciplinares para projetos individuais, observou-se um movimento semelhante na composição e absorção de recursos humanos nas investigações em Saúde Coletiva.

Num primeiro momento, a exigência da produção coletivizada absorveu vários cientistas sociais nas equipes multi-disciplinares de pesquisa dos diversos centros de investigação. Com a interrupção da linha de financiamento da FINEP, houve um retrocesso na

2.2. A Delimitação do Campo de Saúde Coletiva

Nessa 1ª fase, quando o termo Saúde Coletiva foi cunhado, inicia-se um processo de discussão em torno da delimitação da área, objeto e método de análise científica no novo campo de conhecimento.

A perspectiva dominante nos núcleos era de que, “desde que a medicina toma o social como objeto, era necessário sucuar nas ciências sociais o quadro conceitual e a metodologia necessária à sua compreensão” (TEIXEIRA)

A especialidade do novo campo estaria dada no seu objeto: o coletivo. As práticas denominadas de Saúde Coletiva, entretanto, não compartilhavam uma homogeneidade em sua definição, mas existia certa identidade ao tomar este coletivo em suas manifestações

histórico-concretas (DONNANGELO, 1983).

Segundo TEIXEIRA, para alguns autores como PEREIRA (1983), “o objeto dessa disciplina não seria representado por corpos biológicos mas, por corpos sociais, em outras palavras, não se trata de meros indivíduos, mas de sujeitos sociais, de grupos e classes sociais e de relações sociais referidas ao processo saúde-doença. Ainda para este autor, as consequências metodológicas da adoção de um objeto ao mesmo tempo natural e histórico – social é o grande desafio...”

Entretanto, para TEIXEIRA, a busca de um novo referencial teórico para a epidemiologia social não tinha dado bons resultados: “Apesar de serem numerosos os estudos empíricos que demonstram a determinação social das diversas doenças, a saúde coletiva, entre nós, tem tido dificuldades de inserir tais estudos em marco conceitual capaz de apreender conjuntamente as especificidades da conjugação do biológico com o social...”

Para essa autora, o critério fundamental para a delimitação da especificidade da Saúde Coletiva, estaria no seu objeto, mas também passa a se referir ao método utilizado na produção de conhecimento: “Nossa hipótese, então, é de que a condição de possibilidade da constituição de um campo específico de conhecimento denominado saúde coletiva encontra-se dado, precisamente pela adoção do método histórico-estrutural”.

Ainda segundo TEIXEIRA, a incorporação das ciências sociais à medicina, implicou uma nova problemática atinente à saúde coletiva, estruturada por AROUCA e DONNANGELO, em torno de duas asserções fundamentais:

1 – dupla característica do cuidado médico, de ser um processo de trabalho e, ao mesmo tempo, uma unidade de troca à qual é atribuída, social e historicamente, um valor (AROUCA, 1975).

2 – a medicina, como prática técnica, responde às exigências que se definem à margem da própria técnica, no todo organizado das práticas sociais determinadas, entre as quais se inclui (DONNANGELO e PEREIRA, 1976).

Dessas duas asserções, decorrem as articulações fundamentais entre a medicina e a sociedade:

— a manutenção, recuperação e reprodução da força de trabalho de acordo com a inserção dos indivíduos na produção, implicando na diferenciação da atenção médica.

— o consumo de mercadorias efetivado através da medicina, o que implica a crescente subordinação da prática médica à lógica da capitalização.

— a constituição da hegemonia político-ideológica através do aumento do consumo dos serviços médicos como forma de atenuar os conflitos de classe, legitimando o Estado.

O conceito-chave para elucidar essa problemática foi construído por NOGUEIRA (1977): o de "organização social da prática médica", como sendo o conjunto estruturado das relações sociais próprias de um tipo de prática médica.

Segundo TEIXEIRA, a definição desta problemática representou um ponto de inflexão nos estudos em saúde coletiva, que passaram a evidenciar tendências uniformes, reorientando o coletivo num sentido mais social, o que ocasionou "aumento, senão o próprio deslocamento da ênfase posta na questão da saúde-doença para a questão da prática de saúde sob distintas perspectivas (da administração de serviços à análise da prática sanitária em suas articulações políticas e ideológicas)" (DONNANGELO e CAMPOS, 1981).

2.3 Tendências Temáticas

Essa 1ª fase da produção de conhecimento em saúde coletiva caracterizou-se pelo grande número e riqueza temática das investigações científicas na área.

O levantamento da OPAS em 1980 para a América Latina classificou 1.300 referências em quatro principais temas. As áreas temáticas mais frequentes na década de 70 eram a de "Serviços de Saúde" com 36 % das referências, seguida de perto pelo tema "Processo Saúde-Doença" com

cerca de 30% da produção teórico-científica na área de Saúde Coletiva.

No tema de "Serviços de Saúde", os subtemas mais frequentes "Medicina e Sociedade", "Medicina Estatal" e "Análise Histórica", com quase 60% das abordagens, tiveram a maior parte da produção escrita na segunda metade dos anos 70, utilizando como embasamento teórico um enfoque histórico-estrutural.

Da crítica à medicina preventiva e discussão do caráter político da emergência e desenvolvimento da medicina comunitária, às análises de mais largo alcance temporal, apareceram também trabalhos importantes sobre as questões previdenciárias e sobre o papel do Estado na saúde. Em 1978, com a realização da Conferência de Alma-Ata, a questão da "atenção primária" estimulou grande número de trabalhos sobre extensão de cobertura e participação comunitária.

Nesse mesmo ano, AROUCA (Apud, TEIXEIRA) identificava três principais vertentes na produção de saúde coletiva no Brasil:

- 1 — a determinação social das doenças;
- 2 — atenção à saúde;
- 3 — formas alternativas de organização dos serviços de saúde.

Já TEIXEIRA, em 1983, agrupou o conjunto de investigações que estavam sendo desenvolvidas na área de saúde coletiva, a partir das grandes questões que os estudos pretendiam responder. As investigações estavam centradas nas seguintes questões:

- 1 — Estado, políticas sociais, acumulação e legitimidade;
- 2 — as instituições de saúde e a organização social da prática médica;
- 3 — capitalismo, processo de trabalho e reprodução da força de trabalho;
- 4 — da medicina comunitária aos movimentos sociais urbanos.

A transição democrática por que passou o país na década de 80, com a eleição dos governadores e prefeitos em 82 e a grande mobilização política das "diretas-já" para presidente em 1984, culminou com a "Nova República" e com a ampliação do debate e das propostas do movimento sanitário. Novas questões foram colocadas para o campo da Saúde Coletiva,

com o início da discussão do processo de Reforma Sanitária no país, ocasionando um redimensionamento das tendências temáticas na produção de conhecimento da área.

2.4. O "Programa de Saúde Coletiva"

Essa 2ª fase da Saúde Coletiva no Brasil tem como marco a criação do PSC em 1982, e será apreciada através dos dois seminários de acompanhamento em 1984 e 1988.

O PSC inicialmente promovido pela FINEP e CNPq, em sua segunda fase foi estendido também para o Ministério da Saúde, através da sua Secretaria de Ciência e Tecnologia (SCT) e para a OPAS.

Embora o PSC não abarque todo o conjunto da produção teórico-científica da saúde coletiva no Brasil, já que refere-se apenas aos projetos financiados pelas agências mencionadas, engloba parcela bastante considerável e mesmo hegemônica na produção de conhecimentos, portanto representativa das tendências mais gerais da área de saúde coletiva no Brasil.

Em 1982 as agências financiadoras FINEP/CNPq propuseram a seguinte classificação das áreas temáticas e linhas de pesquisa a serem apoiadas:

- 1 — Condições de Saúde e Determinação do Processo Saúde-Doença.
- 2 — Políticas, Organização dos Serviços e Tecnologia de Saúde.
- 3 — Infra-estrutura científico-tecnológica em Saúde.

Assim, conforme observou TEIXEIRA, ocorreram pequenas mudanças nas temáticas prevalentes, com **diminuição de ênfase nos modelos alternativos de organização dos serviços de saúde**, cujos pressupostos foram assimilados gradualmente no discurso da política oficial de saúde. Ao mesmo tempo foi atribuída maior prioridade ao estudo das **relações entre processo de trabalho e saúde-doença**, bem como à produção e utilização de tecnologia e à criação de uma infra-estrutura científico-tecnológica em saúde, além de manter o incentivo à análise das políticas, instituições e formas de organização das práticas de saúde.

Em 1984 no 1º Seminário de Acompanhamento e Avaliação do PSC, foi constatada a extrema juventude dos grupos que devolviam pesquisas em saúde coletiva no Brasil — é o período de início de implantação de muitos centros de pesquisa.

As dificuldades para o avanço da pesquisa na área foram relacionadas neste seminário com:

1 — a problemática decorrente do pioneirismo de algumas áreas temáticas, destacando-se os projetos voltados para a análise da determinação social do processo saúde-doença e para a análise da tecnologia de saúde.

2 — alguns problemas estruturais crônicos referidos à infra-estrutura material, humana e financeira dos centros, a dicotomia Universidade X Serviços de Saúde, etc., caracterizando um “subdesenvolvimento institucional”.

Naquele seminário, foi ressaltada a necessidade de implementar atividades voltadas para o desenvolvimento institucional e considerada a ação política necessária para a remoção dos obstáculos estruturais.

Os principais problemas e necessidades apontadas foram:

1 — a necessidade de identificar melhor as prioridades de pesquisa.

2 — a busca de consolidação dos grupos de pesquisa existentes e/ou apoio ao surgimento de núcleos de pesquisa interdepartamentais e/ou interinstitucionais, com o objetivo de criação de grupos multidisciplinares. Esses núcleos ao mesmo tempo em que rompem com a fragmentação da estrutura acadêmica, respeitam administrativamente tal estrutura.

3 — a necessidade de ampliação da “massa crítica” de pesquisadores em saúde coletiva, no qual a estratégia dos núcleos é um fator viabilizador. Outra medida, seria a elevação do nível de titulação e capacitação científica dos docentes que vinham atuando na área.

Esse período inicial do PSC foi diagnosticado como rico em produção científica, mas ainda marcado pela busca de delineamento do campo específico, sua abrangência e limites.

É um período fértil também na

implantação de núcleos pluridepartamentais e pluriinstitucionais. Os núcleos de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva foram criados a partir de 1986 em Brasília (NESP), em Belo Horizonte (NESCON), no Paraná (NESCO), em Pernambuco (NESC), e também no Rio Grande do Norte, Goiás, Santa Catarina e Paraíba.

Em 1988 foi realizado o 2º Seminário de “Avaliação e Perspectivas do Programa de Saúde Coletiva”, que fez

As principais lacunas apontadas para o avanço da pesquisa na área se referem à escassez de profissionais preparados, a ausência de “uma massa crítica” de alto nível na área, ocasionada pelo deslocamento de grande número de profissionais da área acadêmica para a área de serviços. Além disso, a ausência de planos de ampliação do quadro científico coloca a questão da formação de Recursos Humanos com a maior prioridade.

ESSE PERÍODO INICIAL DO PSC FOI DIAGNOSTICADO COMO RICO EM PRODUÇÃO CIENTÍFICA...

um balanço do período 84-88, estabelecendo as tendências temáticas, metodológicas e uma avaliação de desempenho da área, a partir dos 136 projetos em andamento financiados pelo programa em 1986 e 87. Além disso, mais uma vez volta-se à discussão da especificidade da área de Saúde Coletiva, procurando delimitar o campo, através de uma definição de Saúde Coletiva como saber, ciência ou campo de conhecimento.

3. “ESTADO DA ARTE”

3.1. Quadro Geral

Num balanço dos anos mais recentes do PSC, o Documento Preliminar preparatório para o 2º Seminário de Avaliação, estabelece o programa como “um conjunto de projetos enquadrados em linhas abrangentes e sem especificação de metas bem definidas”, que abarca toda a produção dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social e núcleos de investigação de problemas médico-sociais.

Nessa fase mais recente do programa, o documento ressalta a queda sensível no nível de produção dos grupos mais fortes e uma desarticulação dos grupos em formação, como resultado da escassez de recursos para a pesquisa.

Os problemas de infra-estrutura básica são apontados no Documento juntamente com a exagerada diversificação temática dos grupos e a necessidade de sua definição vocacional, além da desarticulação entre equipes e projetos, dispersão e imprevisão nos métodos, como responsáveis pela produção na área de saúde coletiva estar muito aquém das necessidades e possibilidades.

Os pesquisadores presentes no 2º Seminário, delineavam a Saúde Coletiva como um campo de práticas diversas socialmente determinadas, que se apoiam em diferentes disciplinas científicas, numa zona de “encontro interdisciplinar”, ou como um campo de práticas que incorpora as dimensões biológicas e social de forma integrada, ou ainda como campo de conhecimento e movimento político, ressaltando seu caráter conjuntural. Entretanto, houve consenso de que não houve tempo, espaço e produção suficientes para sua completa configuração.

3.2. Tendências Temáticas.

A amplitude e variabilidade do campo de Saúde Coletiva no Brasil pode ser demonstrada pelas áreas temáticas prevalentes, que o Documento Preliminar ressaltou como indicio, em quatro tendências:

A temática dominante se refere aos estudos sobre políticas e alternativas de organização de serviços de saúde com 22% do total dos projetos.

Em seguida, aparecem os estudos de temática específica sobre doenças transmissíveis e saúde materno-infantil, com cerca de 13% do total para cada tema.

Em 3º e 4º lugares, respectivamente, estão os estudos sobre formação de recursos humanos e desenvolvimento de tecnologias e insumos, com cerca de 8% cada uma.

através da criação de um novo referencial teórico que dê conta das especificidades da conjugação do biológico com o social. Essa exclusão pode ser vista como um entrave, já que houve hipertrofia de algumas áreas temáticas e ausência de estudos em outras.

3.3. Estratégias e Investigação

A principal característica neste campo, deduzida a partir dos 136 projetos analisados, foi a coexistência de diferentes estratégias. Algumas delas, próprias de outras disciplinas, foram "aprimoradas" ou sofreram processo de "adequação" para a área de Saúde Coletiva.

Diversos trabalhos utilizaram duas ou mais estratégias, apresentando dificuldades de articulação entre elas, e também há o uso simultâneo de várias técnicas de coleta, o que poderia indicar uma visão multidisciplinar, mas parece indicar muito mais a ausência de definição mais precisa do objeto de investigação.

As técnicas de questionário e entrevista são empregadas em 38% e 29% dos trabalhos respectivamente, sendo estes os principais instrumentos de pesquisa na área de Saúde Coletiva.

Em segundo lugar, estão a coleta em registros de casos e base de dados secundários com 28% dos projetos, seguida por exames clínicos e testes suplementares (20%) e observação direta/participante e coleta de documentos (14%).

Há uma preferência marcante por estratégias típicas de epidemiologia, (cerca de 46% dos trabalhos). Isoladamente, os estudos de corte transversal representam 28,4% de todos os projetos, os estudos de caso (institucionais) 19,2% e o estudo de dados agregados cerca de 10%.

3.4. Produtividade da Área

Do total de 136 projetos ativos no âmbito do PSC em 1986-87, mais da metade destes eram financiados pelo CNPq (51,5%); a FINEP e o MS/SCT com cerca de 20% cada um, e a OPAS com pouco mais de 8% dos projetos.



1 - leitura social dos problemas de saúde com enfoque coletivo que privilegia a **relação saúde/sociedade** através da interdisciplinaridade.

2 - modificação radical da saúde ocupacional tradicional na nova temática "**Saúde do Trabalhador**", com privilégio da questão da força de trabalho em saúde.

3 - preocupação com os **direitos sociais dos cidadãos**, universalização da assistência, proteção ao consumidor, etc.

4 - aprofundamento da questão do financiamento sob a ótica do direito coletivo e social.

Dos 136 projetos aprovados e em andamento em 1986 e 87 no PSC, mais da metade (51%) são trabalhos relativos à produção de conhecimentos (pesquisa básica), 26% são pesquisas desenvolvidas no âmbito dos serviços, geralmente com objetivos de avaliação ou padronização de atividades (pesquisa operacional) e 23% são projetos com finalidade de produzir resultados imediatamente aplicáveis (pesquisa aplicada).

Pode-se observar também a vocação pragmática dos estudos de políticas e organização dos serviços (83% deles são de nível aplicado ou operacional) em contraste com as áreas de conhecimento específico com cerca de 2/3 dos projetos (67%) em nível de pesquisa básica.

As tendências temáticas comprovam o privilégio de temas referentes ao saber e práticas e à historicidade do processo saúde-doença. A reduzidíssima ocorrência de estudos teórico-metodológicos (3%), e pesquisa sobre vigilância epidemiológica (1%), gerência, administração e infra-estrutura dos serviços, recolocam duas ordens de questões:

1 - A constatação do número reduzido de estudos mais diretamente relacionados à solução concreta dos problemas do sistema de saúde. Essa lacuna pode estar referida à dificuldade do próprio setor público em definir suas prioridades, devido a variabilidades conjuntural dos planos e propostas governamentais.

2 - A exclusão de projetos de cunho biológico em decorrência da incapacidade de conciliar os dois modelos de causalidade (natural e histórico)

A produção científica foi considerável, com mais de 120 publicações (sendo 18 livros) e 250 comunicações científicas em dois anos.

Há evidente destaque para os projetos da FINEP, que respondem por 52% das publicações e 56% das comunicações no período, e que também retêm a maior produtividade por projeto, seguido pela OPAS.

Pode-se observar também uma distribuição muito desigual da produtividade científica entre os projetos: quase 2/3 (66%) do total de projetos não refere qualquer tipo de publicação no período e quase a metade (48%) não realizou nenhuma apresentação em reuniões científicas, o que caracteriza uma situação de "inadimplência científica". Entre os projetos do CNPq, os índices são mais altos: 81% de "inadimplentes" para publicações e 73% para comunicação.

Quanto à formação de Recursos Humanos os projetos FINEP tiveram o

dos projetos que, por tratar-se de uma área com financiamento basicamente estatal, torna-se muito permeável às variações da conjuntura política do país. Entretanto, as dificuldades administrativas na aprovação e liberação de recursos, particularmente da FINEP, é um problema a ser considerado.

2 – Problemas relacionados com recursos humanos para a pesquisa. A principal questão enfatizada foi a escassez de pesquisadores experientes, ("massa crítica de alto nível"), além da formação deficiente do pessoal da área médica na metodologia das ciências sociais, prejudicando o rendimento das pesquisas. O baixíssimo número de solicitação de bolsas de pós-doutorado em saúde coletiva e a baixa titulação dos pesquisadores é indicador dessa deficiência. A falta de uma política de liberação de quadros dos serviços para a pós-graduação também dificulta a integração interinstitucional e de mudanças nas temáticas, com enfoque em projetos que visem "soluções concretas" para os problemas da área.

5 – Problemas de divulgação dos resultados da produção científica, que se relaciona, à morosidade das instituições neste aspecto e à falta de canais de divulgação na área, com poucas revistas especializadas.

Neste quadro, as sugestões para o avanço da produção de conhecimento no campo da saúde coletiva no Brasil poderiam ser assim resumidas:

1. Quanto ao Financiamento:

A comunidade científica deve justamente com as agências:

- buscar mecanismos para que haja um aumento do percentual do PIB destinado à Ciência e Tecnologia;

- corrigir os recursos humanos financeiros para as pesquisas em BTN e atualizar os valores de acordo com os índices inflacionários;

- procurar distribuir melhor regionalmente e institucionalmente os recursos, procurando apoiar os centros emergentes;

- agilizar e dar maior periodicidade na liberação de recursos para a pesquisa e facilitar as formas de contratação de pessoal necessário;

- trabalhar com um sistema misto de demanda de projetos, contemplando também as demandas espontâneas, a fim de garantir maior liberdade de inovação e criação.

2. Quanto aos Recursos Humanos:

- Que os serviços liberem seus quadros integralmente para a pós-graduação e que haja incentivo para cursos de formação de recursos humanos específicos;

- que nos cursos de graduação da área de saúde haja espaço para o ensino e prática de investigação e que as bolsas de iniciação científica sejam utilizadas na sua função precípua;

- estimular os doutorados no exterior e solicitar apoio, cooperação e consultoria internacional;

- manter consultorias, assessorias e cursos sobre metodologia de pesquisa;

- realizar seminários periódicos de avaliação pela ABRASCO com o objetivo de intercâmbio entre as pesquisas.

HÁ EVIDENTE DESTAQUE PARA OS PROJETOS DA FINEP, SEGUIDO PELO OPAS

melhor desempenho com média de 1 pós-graduado/ano e quase 3 estagiários/ano.

Também na formação de recursos humanos para pesquisa, há uma distribuição desigual entre os projetos: cerca de 60% dos projetos não envolveram em suas atividades doutorandos, mestrandos, estagiários ou bolsistas. Os altos percentuais do CNPq podem ser explicados pela dimensão individual e reduzida abrangência de seus auxílios-pesquisa.

3.5. Problemas e Perspectivas

No 2º Seminário do PSC foram levantados os principais obstáculos para o desenvolvimento da pesquisa em Saúde Coletiva, que poderiam ser classificados em cinco grandes linhas:

1 – Dificuldades no financiamento

3 – Problemas relacionados à infraestrutura material das universidades e centros de pesquisa, no geral mal equipados, particularmente na área de informação e informática, e o despreparo material e humano das universidades para lidar com problemas de investigação científica.

4 – Problemas operacionais e de organização administrativa dos projetos e de acompanhamento pelas agências. A improvisação nos métodos de coordenação e acompanhamento dos projetos, a utilização de critérios não transparentes e informais de seleção de pessoal, a falta de intercâmbio entre os projetos na formação de recursos humanos e de informação, particularmente em relação à evolução internacional da epidemiologia e do método das ciências sociais, foram apontados como os principais entraves.

3. Quanto à Infra-estrutura:

– Recorrer ao MEC, através da ABRASCO, solicitando investimento e reposição da infra-estrutura depreciada das Universidades;

– procurar linha de financiamento para a obtenção de equipamentos de computação para os centros de pesquisa;

– reforçar os planos de atualização bibliográfica do CNPq de tradução de livros técnicos;

– acesso ao banco de dados da OPAS.

4. Quanto às questões Operacionais e de Acompanhamento da Pesquisa:

– Conceder autonomia administrativa mínima para cada projeto dentro da mesma instituição;

– estimular políticas institucionais que visem o intercâmbio entre os pesquisadores e de recursos materiais e humanos para a pesquisa;

– estimular o acompanhamento das pesquisas por comitês científicos conjuntamente com as agências;

– resgatar a produção científica da saúde coletiva nos últimos 10 anos com registro sistemático posterior;

– realizar seminários periódicos de avaliação.

5. Quanto à Divulgação das Pesquisas:

– Criar novos tipos de publicação e divulgação dos resultados das pesquisas com melhor aproveitamento do mercado editorial existente e do parque gráfico das universidades;

– procurar maior articulação com as fontes de divulgação de áreas afins que atingem públicos diferenciados;

– garantir financiamento de revistas, fontes e bancos de dados pelas agências, bem como formas de publicação de menor custo, para divulgação dos projetos em andamento e dos resultados.

Na busca do cumprimento dessas propostas, poderemos dar um “salto de qualidade” no processo de produção de conhecimento no campo de saúde coletiva no Brasil, superando os entraves estruturais e as dificuldades para o seu avanço.

III. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRASCO. Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil. Situação Atual e Proposta de Trabalho (1987-1989). Rio de Janeiro, 1989 (mimeo).
2. * AROUCA, A.S.S. O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão Crítica da Medicina Preventiva. Tese de Doutorado, F.C.M./UNICAMP, 1975
3. * ABRASCO. 1ª Reunião Nacional sobre Ensino e Pesquisa de Ciências Sociais na Área de Saúde Coletiva - Relatório Final. In: “Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social”.
4. ESCOREL, S. Saúde e Democracia, Democracia é Saúde. Saúde em Debate, (21): 51-55, jun/88.
5. * DONNANGELO, M.C.F. A pesquisa na área da Saúde coletiva no Brasil: A década de 70. In: ABRASCO. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro, 1983, p. 19-35.
6. * DONNANGELO, M.C.F. & CAMPOS, O. Formação de quadros de pessoal para a saúde e produção de conhecimentos na área médica. FUNDAP, São Paulo, 1981. (Documento de Trabalho).
7. * DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. Saúde e Sociedade. Duas Cidades, São Paulo, 1976.
8. FINEP/CNPq. Programa de Saúde Coletiva, 1982.
9. * FOUCAULT, M. 1ª Conferência. Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, (Mimeo).
10. * MAGALDI, C. & CORDEIRO, H. Estado atual do ensino e da pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil. In: Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. ABRASCO, 1983.
11. * NOGUEIRA, R.P. Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica. Dissertação de mestrado, UERJ, Rio de Janeiro, 1977.
12. NUNES, E.D. Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In: NUNES, E.D. (org.) As ciências Sociais em Saúde na América Latina - Tendências e Perspectivas. OPAS, Brasília, 1985, p. 31-79.
13. * PEREIRA, J.C. A explicação sociológica na Medicina Social. Tese de Livre Docência. FM/USP, Ribeirão Preto, 1983.
14. PROGRAMA DE SAÚDE COLETIVA. 2º Seminário de Avaliação. Documento Preliminar, (mimeo), 27 p.
15. PROGRAMA DE SAÚDE COLETIVA. 2º Seminário de “Avaliação e Perspectivas do Programa de Saúde Coletiva”. (P.S.C.) Relatório Final (mimeo), 18 p.
16. * TEIXEIRA, S.M.F., PACHECO, M. & AROUCA, A.S.S., Programa Integrado de Saúde/FINEP (1º Relatório), out. 1978.

17. TEIXEIRA, S.M.F. As ciências sociais em Saúde no Brasil. In: NUNES, E.D. (org.) As Ciências Sociais em Saúde na América Latina - Tendências e Perspectivas. OPAS, Brasília, 1985, p. 87-109.

* Autores utilizados a partir de TEIXEIRA (1985).

GLOSSÁRIO

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
 BTN – Bônus do Tesouro Nacional (mecanismo oficial de indexação de preços e valores utilizado para correção da moeda, em face da sua elevada desvalorização no Brasil).
 CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
 CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
 DMPS – Departamento de Medicina Preventiva e Social.
 FINEP – Financiadora de Estudos e Projetos.
 FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz.
 MEC – Ministério da Educação.
 MS – Ministério da Saúde.
 NESC – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Pernambuco).
 NESCO – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Paraná).
 NESCON – Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição.
 NESP – Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Brasília).
 OPAS – Organização Panamericana de Saúde.
 PEPPE – Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas.
 PESES – Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde.
 PIB – Produto Interno Bruto.
 PIS – Programa Integrado de Saúde.
 PSC – Programa de Saúde Coletiva.
 SCT – Secretaria de Ciência e Tecnologia.
 UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais.

Um Enfoque Político-Administrativo das Mudanças Ocorridas no Setor Saúde na Década de 80.

(*) Arnaldo Agenor Bertone

(**) Sylvio Gevaerd

(***) Luiz Cordoni Junior

Serão apresentadas sucintamente as mudanças administrativas nos últimos anos no setor saúde com vistas ao processo da reforma sanitária. Serão utilizadas como referência-base as Ações Integradas de Saúde, tida como o início da reviravolta oficial (governamental) no sentido de real intenção de reformular o modelo vigente. Não cabe discutir aqui as razões da necessidade sentida oficialmente para a reformulação no setor saúde, nem tampouco discutir a importância que teve para o processo desta reformulação aquilo que se convencionou chamar de movimento sanitário.

A pretensão deste trabalho é unicamente sistematizar as mudanças administrativas ocorridas no setor saúde. E, para melhor sistematização, dividiremos estas mudanças nos processos de planejamento, de organização e direção, de controle e avaliação e de financiamento, baseados no Inamps, que foi, de fato, o órgão que traçou a política de saúde a nível nacional. Dividiremos, ainda, estas mudanças ocorridas em 4 diferentes períodos que chamaremos: PRÉ-AIS (período compreendido desde o início da década de 80 até as AIS), AIS-VR (período que vai da implantação das AIS, incluindo PAIS, ainda na Velha República até a Nova), AIS-NR (da Nova República até o SUDS) e SUDS (do início do SUDS até o SUS).

NO PLANEJAMENTO

PRÉ-AIS: o planejamento do sistema de saúde era centralizado e fundamentado em parâmetros de assistência médico-hospitalar e ambulatorial criados pelo Inamps, baseados em séries históricas do próprio órgão (portaria 3046). Podemos destacar também que em relação ao processo de planejamento este não pressupunha mudanças no setor, somente procurando aprimorar possíveis "falhas" no modelo privatista vigente.

AIS-VR: passa a ser o primeiro movimento governamental no sentido de promover a mudança. O processo de planejar o setor incorpora agora o setor público. É o início da ruptura da concepção, consolidada pelo INAMPS, de que serviços curativos eram atribuição quase exclusiva do setor privado e serviços preventivos atribuição exclusiva do setor público. Esta ruptura, se

(*) Economista, Técnico e Coordenador Adjunto do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESCO-PR.

(**) Odontólogo, Técnico do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESCO-PR.

(***) Médico Sanitarista, Coordenador Geral do NESCO-PR.

dá, porém, pela concepção do INAMPS: os serviços públicos passam a ser vistos também como prestadores de serviços curativos. O planejamento para os prestadores públicos estaduais/municipais é realizado nas mesmas bases dos prestadores privados, ou seja, a produção pela capacidade instalada de assistência individual.

AIS-NR: aparece neste momento a POI – Programação e Orçamento Integrada: primeiro instrumento visando trabalhar a integração da programação das várias instituições públicas e privadas que atuam no setor. Além disso, a POI pressupõe ações que visam a busca da integralidade dos serviços. Desta forma, além dos atendimentos curativos individuais, a POI prevê atendimentos preventivos (vacinação por exemplo e coletivos (ações de vigilân-

setor privado. Não existia direção unificada, nem sequer direção colegiada. A estrutura organizacional das instituições obedecia a concepção de planejamento já mencionada: "...serviços curativos eram atribuição quase exclusiva do setor privado e serviços preventivos, atribuição exclusiva do setor público". Desta maneira, o Inamps se estruturou como um grande "caixa pagador", o Ministério da Saúde como "uma grande campanha", as secretarias estaduais além de serem viabilizadoras das "grandes campanhas", tinham também o papel de atender, através de "programas", a saúde dos trabalhadores não inseridos na estrutura formal de produção. As secretarias municipais, quando existiam, eram responsáveis pelo funcionamento de precários prontos socorros municipais.

de gestão das várias instâncias colegiadas.

SUDS: a redução da estrutura do Inamps e a passagem das suas atribuições substantivas, tais como credenciamento, contratação e pagamento de serviços privados, sob comando único em cada esfera de governo, está refletindo necessariamente nas estruturas organizacionais das instituições públicas.

CONTROLE E AVALIAÇÃO

PRÉ-AIS: o controle e a avaliação eram realizados pelas instituições separadamente. Não existia nenhuma avaliação do sistema como um todo e tampouco troca de informações. A lógica para o controle e avaliação, assim como no planejamento e organização, permanecia a mesma. Neste período o controle, quando realizado, o era fundamentalmente quantitativo medindo apenas a eficácia. A avaliação do sistema não era realizada.

AIS-VR: apesar da existência de colegiados a integração não foi suficiente para se promover um processo de avaliação e controle global do sistema.

AIS-NR: os colegiados: CIS, CRIS, CIMS – reforçados através da POI passam, assim como no planejamento e na organização/direção, a iniciar um processo de avaliação do sistema. É deste momento a criação das CIMS com participação popular, e pela primeira vez, é resgatado, ainda que parcialmente, o papel de controle pelos usuários do sistema, ou seja, pela população organizada.

SUDS: com a direção única do sistema em cada esfera de governo e todas as implicações que este fato representa no planejamento e na organização/direção do sistema, torna-se imperioso o controle e a avaliação por esta direção única. A transferência de recursos humanos, materiais e financeiros aos estados e municípios torna possível que esta avaliação seja realizada de forma global.

Também o papel das organizações populares nas instâncias gestoras, com a criação dos Conselhos Estaduais de Saúde, de caráter deliberativo, cresce, possibilitando a real participação no controle pelos usuários.

... O INAMPS SE ESTRUTUROU COMO UM GRANDE "CAIXA PAGADOR"...

ia sanitária). Além disso, com a POI, o planejamento passa a ser realizado também descentralizadamente (estados e até municípios).

SUDS: é incorporado o pensamento estratégico no planejamento visando a reforma do setor. A transferência de recursos e poderes para os Estados (e alguns municípios) foi estratégica na medida em que introduziu novos atores sociais (governadores, secretários, prefeitos, parlamentares) na definição das políticas de saúde, reduzindo a influência dos "lobbies" (FBH, AMB, ABIFARMA), incrustados no INAMPS.

NA ORGANIZAÇÃO E DIREÇÃO

PRÉ-AIS: descoordenação entre as várias instituições públicas: MS, MPAS/INAMPS, Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais. Exceto o MPAS/INAMPS nenhuma outra instituição tinha em relação maior com o

AIS-VR: assim como no planejamento, ocorreu também o início de um processo de coordenação inter-institucional. É deste período o início de um processo, ainda incipiente, de gestão colegiada, com a ativação da Ciplan e, posteriormente, com a implantação das AIS nos estados, a criação das CIS, das CRIS, das CIMS e das CLIS. O repasse de recursos públicos federais para as instituições estaduais vai se refletir nas estruturas organizacionais destas, fazendo com que os serviços se organizem com a finalidade de oferecer assistência curativa, assim como de prestar contas ao INAMPS.

IAS-NR: com as modificações introduzidas pela POI no processo de planejamento tornou-se necessária uma ênfase maior na atuação dos colegiados. A ativação das secretarias técnicas da Ciplan e das Cis, assim como dos vários grupos de assessoramento multi-institucionais - CIS-Mulher, CIS-Saúde mental etc. – ampliou a necessidade de integração real e de coordenação inter-institucional reforçando o papel