

tores que não estão normalmente presentes nos ambientes onde o homem vive (fora do trabalho) e que se encontram sob a forma de poeira, gás, fumos (sílica, amianto, benzendo, fumos de diversos tipos etc).

O terceiro grupo compreende um único fator a atividade muscular ou trabalho físico.

O quarto grupo compreende todas as condições que possam determinar efeitos estressantes: monotonia, repetitividade, ritmos excessivos, ocupação (saturação) do tempo, posições incômodas, ansiedade, responsabilidade, frustrações e todas as outras causas de efeitos estressantes diferentes do trabalho físico”.

### APRENDER A LIDAR COM O SABER, E NÃO FUGIR DELE, EIS O IMPORTANTE

Para integrar este modelo, a nossa realidade acrescentamos outros dois grupos de fatores de risco, devido à importância que têm entre nós os problemas dos acidentes de trabalho e da higiene e conforto (veja o quadro 1).

Este levantamento pode ser realizado através de questionário (que apresente sistematicamente os grupos de

SAÚDE EM DEBATE — Março/89

fatores de risco) adaptado àquela realidade ou ser retirado em discussões de grupo. Sempre será necessária a complementação das informações obtidas no questionário (nome de produtos químicos etc), o que implicará a organização do grupo para esta tarefa.

**E — Levantamento dos dados de saúde** — É importante que todas as alterações de saúde (doenças) e queixas dos trabalhadores, espontaneamente relacionadas ao trabalho, sejam registradas. A pesquisa dos dados de saúde pode ser feita através da discussão coletiva (que pode ter um relator) ou de preenchimento do questionário padrão.

Ao final, os dados devem ser tabulados estatisticamente: tantos por cento sofrem ou queixam-se disto ou daquilo, como no quadro 2. Para facilitar o levantamento e tabulação de dados de doenças, estas devem ser referidas a órgãos e aparelhos.

**F — Registro de fenômenos de saúde.** — Acidentes de trabalho: número de acidentes por mês ou ano na seção, de acordo com os seguintes critérios de avaliação: com lesão e atendimento médico sem afastamento do trabalho; acidentes leves: com lesão e afastamento de até 15 dias, acidente medianamente graves: com afastamento en-

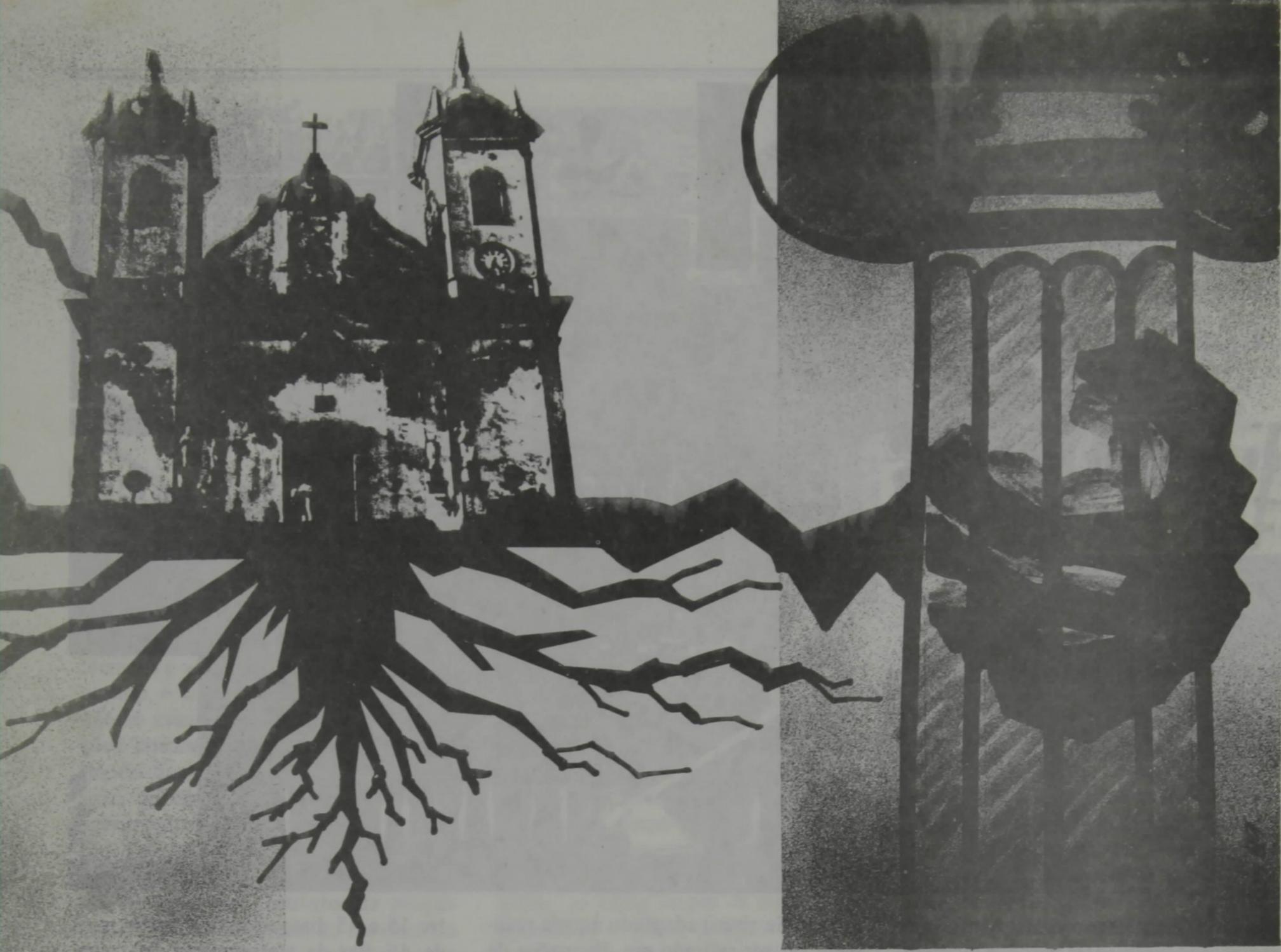
tre 15 e 45 dias; acidentes graves: mais de 45 dias de afastamento. Os trabalhadores podem utilizar seus próprios critérios (estimativos) e não os do departamento médico da empresa ou do INPS.

Os acidentes com perda de membros ou de função devem ser anotados separadamente, com data e descrição.

Acidentes fatais dos últimos anos — datar e descrever as causas, e observar se estas foram corrigidas.

**G — Composição do mapa de riscos** — Todos os dados levantados anteriormente devem ser sintetizados, para que possam ser utilizados pelo grupo. O instrumento é o mapa de riscos (quadro 3).

**H — Soluções Técnicas** — Todo este esforço não teria sentido se não fosse para culminar com proposições técnicas dos trabalhadores, para solucionar aqueles que são considerados, pelo coletivo, problemas prioritários. Durante todo o processo o Sindicato, com o auxílio de instituições de sua confiança, deve fazer levantamento bibliográfico, consultas a técnicos e entidades especializadas ou mesmo conhecer outros ambientes em que soluções técnicas resolveram o problema, para compor uma pauta de reivindicações.



# REFORMA SANITÁRIA

## Brasil — Itália

*Conferência proferida durante a 39ª Reunião Anual do SBPC, 11 de julho de 1988, São Paulo, gravada e transcrita, revista pelo conferencista.*

*Giovanni Berlinguer*

Os princípios dos dois processos de reforma sanitária são similares. Obedecem mais ou menos ao quadro geral de bem estar social, mas não se limitam à conquista de um “estado de bem estar social”, na esfera da distribuição de recursos; mas também têm uma tendência a transformar a esfera da produção, das relações sociais de produção, das condições de vida e também da esfera político-administrativa, de poder.

As dificuldades maiores, nos dois países, creio que sejam inerentes ao fato de que são muito atrasados, se compararmos com outros países que realizaram o “welfare state”. E por outro lado esses processos de reforma sanitária se realizam em um período de dificuldade. Em outros países, a transformação do estado burguês tradicional em estado de “welfare state” se realizou em período de expansão diferente. Agora, há uma dessincronia entre os dois processos.

Fala-se muito da crise do “Welfare state” e do triunfo do neoliberalismo. Eu tenho a tentação de negar global-

### HÁ DIFICULDADES NOS SERVIÇOS PÚBLICOS, E TAMBÉM DIFICULDADES IDEOLÓGICAS NESTES PAÍSES

mente este diagnóstico. Parece-me que o neoliberalismo não existe, o que se chama de neoliberalismo e triunfo da empresa privada é mais uma ideologia do que uma realidade: a expansão da economia nos EUA, por exemplo, se realizou através da produção militar, basicamente, com subsídios para o campo industrial e também com a corrupção, vide os escândalos do

Pentágono. O progresso da agricultura na Europa se deu através do protecionismo, com subvenções públicas aos agricultores. Não creio que se possa falar em triunfo do neoliberalismo nestas condições.

Há crise no “welfare state”? Há dificuldades nos serviços públicos, e também dificuldades ideológicas nestes países. Mas qual deve ser a medida de um “estado de bem estar social”? Não pode ser uma medida econômica, financeiro-institucional, mas uma medida mais realista: “bem estar e bem ser”.

Se compararmos a situação de saúde e a esperança de vida, há uma vantagem enorme dos países que investiram no “estado de bem estar social”. Uma maior igualdade entre as classes sociais proporciona uma esperança de vida maior. Os EUA, por exemplo, têm uma esperança de vida menor do que quatorze outros países, cifras estas dos anos 80. Nos anos 50 estavam em décimo primeiro. A Itália e a Espanha superaram os EUA, a Itália passou de vigésimo quarto para o décimo e a Espanha de vigésimo sexto para nono. Os países da Escandinávia têm maior esperança de vida, junto com o Japão, uma sociedade capitalista, que tem um serviço de saúde de nível mais alto que nos EUA.

Com estas considerações, não quero negar nem os progressos econômicos-produtivos e também do nível de vida dos países capitalistas. Quero somente contestar a propaganda que se faz da “crise de welfare state” e ascensão do neoliberalismo.

Há dificuldades também na Itália, não somente nos serviços; há dificuldade nas consciências das pessoas, porque alguns dos princípios neoliberais — egoísmo, intolerância, competitividade

de excessiva — são introduzidos na consciência popular como modelos de vida, e como frustração, quando não se pode adquirir um progresso individual real.

Outra dificuldade é que não há outros modelos positivos na sociedade internacional. A mesma experiência de transformação da URSS (Perestroika) e outros países socialistas, mostra que nestes países havia uma crise real da estrutura social e das instituições políticas. Havia também uma crise das condições de vida e de saúde. Na URSS, nos últimos quinze anos, houve um aumento da mortalidade geral e mortalidade infantil também. Os serviços públicos de saúde são muito criticados agora.

Eu creio que essas considerações podem induzi-los a buscar um caminho diferente, que seja fundamentado em toda essa realidade, sócio-econômica, política e cultural; que seja fundamentado também no conhecimento científico, para permitir o conhecimento das enfermidades em relação às condições de vida. E fundado nos princípios de solidariedade, justiça no interior de cada país, e solidariedade e justiça planetária. Eu utilizo esta palavra, mais que a tradicional “solidariedade internacional” porque entre homem e natureza não são somente relações entre homens, são também relações para o equilíbrio biológico.

Na realidade, a história do Brasil e da Itália são muito diferentes. Eu não quero fazer aqui uma dissertação sobre as histórias paralelas. Há muitas afinidades humanas e também um intercâmbio de população, particularmente na cidade de São Paulo para onde vieram muitos italianos, e muita gente tem relação com a Itália. Mas a história é muito diferente.

E também o processo de reforma sanitária foi diferente na origem, no tempo e nas condições objetivas. O item mais interessante do Brasil, na experiência brasileira, me parece a simultaneidade com o processo democrático. Simultaneidade do processo de reforma sanitária e do processo democrático. Passaram-se no mesmo período — fins dos anos 70. Os protagonistas eram ao mesmo tempo comprometidos com o processo democrático e com as idéias da reforma sanitária. E agora o processo de reforma sanitária se integra como princípio na Cons-

tituição. Creio que isto é um grande mérito dos amigos do CEBES, ABRASCO, Núcleos Sindicais, Núcleos Científicos, que são protagonistas deste processo.

Quando há simultaneidade e coordenação substancial dos dois processos, eles se completam. Na Itália, a experiência é muito diversa. Vinte anos de facismo destruíram a experiência positiva dos anos precedentes de luta pela saúde, de médicos e trabalhadores, de cultura moderna, progressista no campo da saúde. E a luta contra o facismo foi uma luta que se desencadeou nos últimos anos da guerra mundial, com a resistência armada e os problemas de saúde praticamente não foram priorizados. Quando se formou a Constituição da República Italiana, não havia nas forças progressistas uma cultura sobre os problemas de saúde, nem uma atenção particular a esse respeito, e por isto pode-se entender o que se escreveu na Constituição. Há duas formulações. Uma muito moderna — “A saúde é um direito dos indivíduos e um interesse da coletividade”; outra — “O Estado assegura atenção médica gratuita aos pobres”, que é uma abordagem muito atrasada. Como consequência dessa subestimação do tema saúde, as condições de saúde mesmo na Itália não melhoraram muito nas primeiras décadas da república.

Somente em meados dos anos 60 se desenvolveu na Itália uma nova consciência em saúde, com uma participação muito ativa de forças populares, do movimento sindical. Discutiu-se o problema da saúde dentro das fábricas. Os movimentos feministas lutaram principalmente pelo problema de saúde materno-infantil e pelo problema do aborto em função da alta mortalidade do aborto clandestino, defendendo a legalização da atenção médica ao aborto.

Houve participação de movimentos urbanos pela saúde e o real protagonismo da central sindical e dos partidos de esquerda: comunistas em primeiro lugar e também socialistas.

O ponto principal desta pressão, com a finalidade de pedir a transformação institucional dos serviços sanitários, foi a saúde mesmo. Objetivos de saúde e a transformação dos serviços como instrumento para conseguir uma saúde melhor.

Por exemplo, inicialmente nas fábricas havia uma tendência universal para reivindicar o adicional de insalubridade.



Nos anos 60 — 70 a Itália transformou sua consciência trabalhadora e as reivindicações foram essenciais para transformar o ambiente, as condições e a organização do trabalho para reduzir as doenças e os acidentes de trabalho.

Parece-me que este permanece o ponto principal. O processo de reforma sanitária tem como objetivo fundamental, como finalidade específica, a saúde. Isto parece uma afirmação elementar e adequada também. Parece-me que o valor e a medida de todos os processos de reforma sanitária estão no nível de saúde e que este é o conteúdo mais revolucionário do processo da reforma sanitária, porque é o conteúdo mais antagônico de todas formas de exploração, de opressão e de desumanização das relações sociais. São de conteúdo menos integral os aspectos institucionais, as leis, a economia da saúde. As conquistas neste campo podem ser mais facilmente transformadas de positiva em negativa.

A saúde é uma conquista que pode ser dificilmente absorvida, é um processo em si. Isto pode ser também motivo de reflexão sobre o processo de reforma sanitária no Brasil e outros países da América Latina.

Eu não quero fazer críticas aos amigos que trabalham neste campo. Tenho a impressão de que nos últimos anos houve uma insistência legítima sobre os artigos que deveriam ser aprovados na Constituinte, sobre as transformações institucionais que estão se reali-

zando, em direção à criação do SUDS. Vejo que muita gente está envolvida nesta transformação institucional e nas relações que isso implica com o pessoal sanitário, nas questões legais e administrativas. No entanto, falando com a Sônia Fleury, que fez um trabalho teórico, uma análise do processo da Reforma Sanitária no Brasil, tive a oportunidade de fazer uma proposta um pouco provocativa: de averiguar quantas páginas a respeito da reforma sanitária falam de saúde e quantas falam de leis, regulamentos, contratos, aspectos institucionais; e também de averiguar quantas palavras, nas reuniões sobre a reforma sanitária, se dedicam à saúde. E de estabelecer uma lei: que pelo menos 50% das páginas e das palavras devem ser sobre o tema saúde — uma lei rígida.

Esta não é uma crítica, porque este é também um de nossos defeitos. Se há uma oportunidade de intercâmbio de experiências, isto consiste fundamentalmente na possibilidade de aprender algo das experiências positivas, e mais, de evitar os erros que outros fizeram no mesmo campo, e que nós também fizemos.

Nos casos Brasil e Itália, no processo de reforma sanitária, havia diferentes protagonistas. Provavelmente, no Brasil jogaram um papel mais importante os profissionais de saúde, culturalmente progressistas, a cultura sanitária progressistas. Na Itália, o papel mais importante foi dos partidos políticos e das organizações sindicais.

Criou-se consenso amplo e hegemonia de idéias de reforma sobre outras idéias. Isto explica os êxitos legislativos também, no parlamento italiano e na Constituinte brasileira. Vejo que na Itália aprovou-se uma lei de reforma sanitária, a criação do Serviço Nacional de Saúde; e que no Brasil aprovaram-se e espera-se manter os princípios dos artigos "sobre saúde" na Constituição.

Isto explica também a posição, a atitude dos médicos e do pessoal sanitário em geral. Disseram-me que no Brasil foram mais protagonistas do que na Itália. Creio que seja verdade, ainda que na Itália as categorias médicas e sanitárias não foram tão hostis ao processo da reforma sanitária como na Inglaterra, na época da criação da SSN, quando a maioria dos médicos foi contra. Nos EUA, em geral o entrave é a posição dos médicos, contrária à medicina pública. No Brasil e na Itália os médicos foram aliados ou neutros, não hostis.

Uma das deficiências na Itália, eu insisto, na fase sucessiva à aprovação da lei, foi a subestimação do problema específico da saúde. Eu recordo muito bem que em todas as reuniões, antes da lei, falava-se muito de enfermos e de enfermidades: número de enfermos, qualidade dos serviços, dados epidemiológicos. Depois da aprovação da lei, o esforço foi no sentido da transformação dos serviços, uma tarefa muito difícil — a descentralização, a unificação, a gestão democrática dos serviços. Na maioria do tempo, as discussões eram sobre as leis, regulamentos. Quando se falava de cifras, não eram cifras de doentes ou de enfermidades, mas sim cifras dos números referentes a leis e balanços financeiros. Havia um dialeto particular, dos técnicos da reforma sanitária, que falavam por números e se entendiam entre eles, sem uma comunicação com a sociedade real.

Esta foi uma deficiência particularmente grave, num período no qual ocorreu a transformação das doenças. Na Itália realizou-se um grande progresso na luta contra as doenças "tradicionais" — infecciosas — contra a mortalidade infantil, e também contra os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais. Insuficiente, mas um progresso. Contemporaneamente, emergiram novos problemas, novas patologias que mereceriam uma reflexão particular — tumores, patologias cardiovasculares — mas também outros fenômenos que estão relacionados à esfera

da medicina, como por exemplo o problema das drogas, o narcotráfico e o problema de diferentes formas de violência. Estes não são problemas médicos. Têm também um aspecto médico, mas são problemas políticos, sociais, psicológicos. Mas, que devem fazer os serviços sanitários frente a esses problemas? Podem ser uma das bases do conhecimento e de ação, ou devem somente se limitar a receber os produtos finais destas forças destrutivas? Isto me parece um problema novo e não creio que nem na Itália, nem no Brasil, nem na Colômbia, nem em outros países afetados por esses problemas de maneiras diferentes, haja cuidados suficientes.

Agora, está-se criando na FIOCRUZ um centro de investigação internacional sobre a violência. Parece-me muito positivo.

Outras deficiências nossas, ou erros que vocês poderiam evitar, está na própria lei, e eu sou co-responsável desta situação. Deficiências na criação de organismos, nos conselhos de gestão das unidades sanitária locais, que são expressão demasiado direta dos partidos políticos, o que cria uma interferência excessiva dos partidos políticos na vida cotidiana dos serviços sanitários.

Na conferência de segunda-feira na SBPC, dediquei algumas palavras a esse respeito. O periódico Folha de São Paulo, ao mesmo tempo que publicou uma entrevista muito correta sobre a política italiana, em outra página (A-21), fazendo uma reportagem sobre a minha conferência publicou este título: "Senador do PCI pede menos política na saúde". Espero que não leiam na Itália este título, ou vão me expulsar do partido. Me parece um pouco contraditório com toda minha vida. Escrevi muitos livros sobre a política ocupar-se da saúde. O primeiro livro meu que foi traduzido aqui no Brasil chama-se "Medicina e Política" e não "Medicina contra a Política". Na reportagem há um exemplo que me parece correto, sobre a ingerência negativa da política na saúde. Eu critiquei a troca dos dirigentes da saúde cada vez que muda o partido no poder. Isto sim é um problema. Penso que a política deve comprometer-se com os problemas da saúde, que uma das finalidades da política deve ser a saúde, mas não deve interferir com nenhum dos aspectos técnico-científicos da administração cotidiana dos serviços. Não se deve transferir aos serviços de saúde os méto-

dos e a corrupção da política, porque podem determinar um desastre nos serviços, e conseqüentemente também um desastre na qualidade dos serviços e na imagem do setor público.

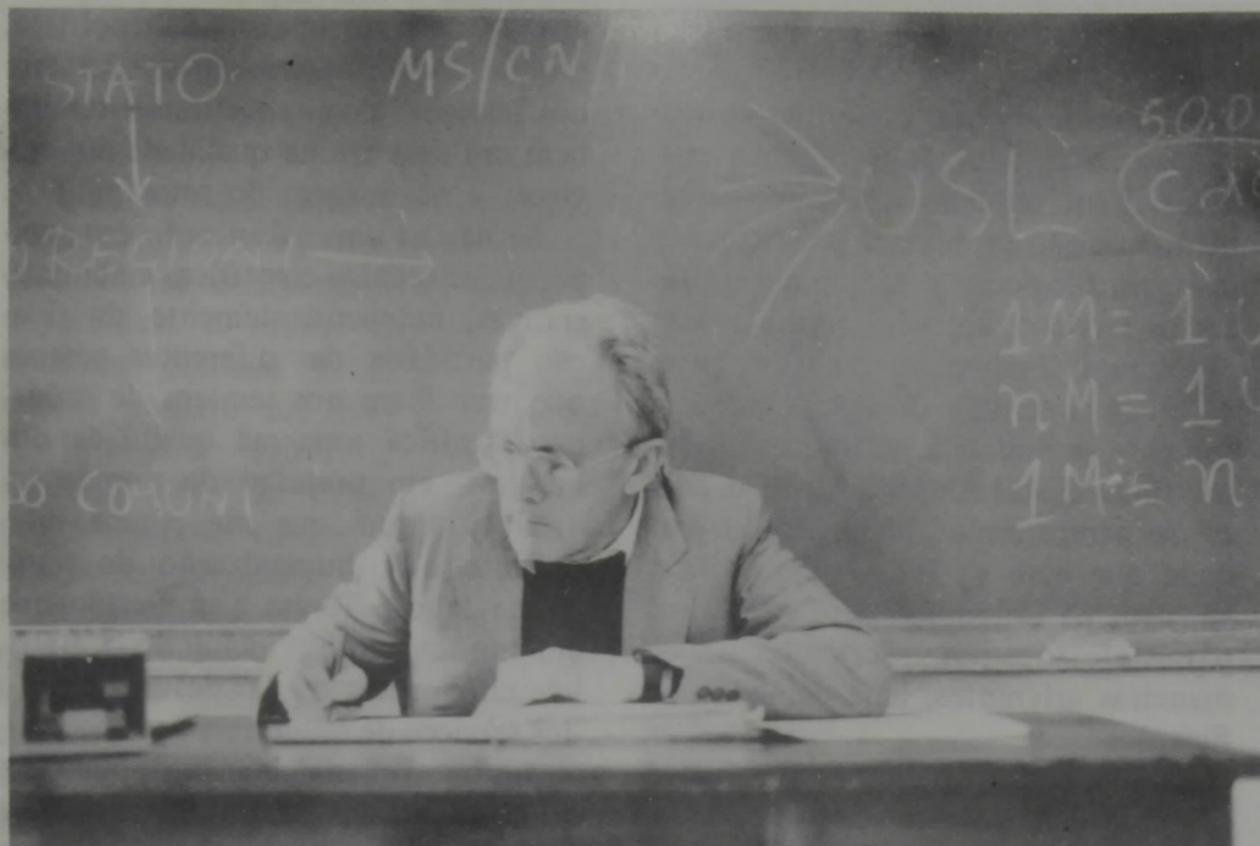
Se não há uma valorização das competências técnico-científicas e administrativas, independentemente da filiação partidária das diferentes pessoas que trabalham nos serviços de saúde, isto significa uma má qualidade dos mesmos, em prejuízo da população.

Outro tema que me parece interessante é a humanização do serviço de saúde. Tenho a impressão que em muitos países, incluindo a Itália, há um processo de desumanização dos serviços de saúde.

Enfim, queria falar um pouco das dificuldades, das contra-ofensivas que se realizaram na Itália contra a reforma sanitária. A lei da reforma foi aprovada na Itália em novembro de 1978 e promulgada em dezembro. A contra-ofensiva começou entre novembro e dezembro. Um dos casos mais extravagantes foi a posição das companhias de seguro privado: extravagante porque a maior companhia de seguro privado da Itália é uma companhia pública (ASSITÁLIA). No fim de novembro, após a aprovação da lei de reforma sanitária, quando havia uma grande esperança na Itália de melhorar os serviços, a ASSITÁLIA fez uma propaganda agressiva para ampliar os seguros: "A reforma sanitária fracassará, segure-se". O segundo aspecto da contra-ofensiva foi o nome do Ministério da Saúde. Na Itália, há quase sempre governo de coalisão de diferentes partidos. No governo havia diferentes partidos políticos: socialistas, social-democratas, republicanos, cristão-democratas, liberais. Quase todos eles haviam votado a favor da reforma sanitária e o nome do Ministro da Saúde foi indicado pelo partido liberal, o único que havia votado contra. As primeiras medidas desse Ministro foram no sentido de fazer os cidadãos pagarem os remédios e cortar fundos para a prevenção.

Também se desenvolveu na Itália uma cultura contra-reformadora, com a exaltação unilateral das altas tecnologias, contra a prevenção. Uma exaltação aos estilos de vida individuais contra a transformação da vida coletiva.

Também foi um fenômeno ambivalente a descentralização dos serviços. Muito importante e muito positiva, mas que para ser efetivada teve necessidade de uma forte direção central. Não



uma centralização administrativa, ao contrário, uma direção técnico-científica muito competente, muito eficaz. Foi necessário também um impulso político de todo o governo. A política de saúde não é somente a política de serviços de saúde, mas também a política agrária, a nutricional, a educacional, a do meio ambiente, a urbana. Estas políticas são necessárias para a implementação de um serviço de boa qualidade.

Creio que estas considerações preliminares podem ajudar a discussão ampla sobre os processos de reforma sanitária do Brasil e da Itália. Espero que outros amigos possam ajudar a discussão.

Obrigado.

## DEBATE

1) Como foi o projeto na Itália? E quanto à atitude dos médicos e aos recursos humanos envolvidos, como resolver este problema no Brasil e como foi resolvido na Itália?

*BERLINGUER:* Posso responder sobre a Itália e acredito que tenho mais impressões do que informações sobre o Brasil.

Na Itália (e seguramente no Brasil) há um movimento médico contra a reforma, tendências para obstaculizar e também para esvaziar a reforma. O que me parece, não obstante típico, não é a existência dessas tendências, mas a diferença entre a experiência brasileira e italiana e a experiência de outros países, EUA, por exemplo. Nos EUA há um "lobby", a American Medical Association. Cada vez que há tentativas para reformar os serviços de saúde,

esse "lobby" faz uma campanha e torna impossível a transformação dos serviços de saúde. Parece-me muito interessante que pela primeira vez, agora, um dos candidatos à presidência dos EUA – Jackson – tenha um programa de criação de um serviço nacional de saúde nos EUA. Um dos conselheiros de Jackson neste campo é nosso amigo Vicente Navarro, que participa muito na luta pela saúde em diferentes países da América Latina.

O que é característico é que tanto na Itália, quanto no Brasil, estas tendências médicas contra-reforma tiveram menos força e não venceram.

*DAVID CAPISTRANO:* Vou aceitar o desafio, acho que temos aqui quatro problemas que devem ser lembrados nessa discussão levantada. O primeiro é o esvaziamento do processo da reforma sanitária – criação do SUDS, de um conteúdo técnico-programático melhor definido, quero dizer, essa concentração do aspecto administrativo, legislativo, que levou até que a nomenclatura da direção dos serviços de saúde fosse trocada, pelo menos aqui em São Paulo, e agora se fala em gerência do serviço de saúde. As antigas divisões viraram escritórios regionais, uma denominação inadequada ao meu ver, para serviços de saúde.

A ênfase do ponto de vista da qualificação profissional que existe no serviço deslocou-se da competência do conhecimento técnico-científico para a competência dita gerencial, de administrar recursos financeiros, recursos humanos. Isto dificulta o relacionamento com os profissionais de saúde, em particular com os médicos, porque uma das bandeiras para conquistarmos

os profissionais de saúde, em particular o médico para a reforma sanitária é o conteúdo técnico-científico e ético-profissional que essa reforma pode trazer, no sentido de valorizar a habilidade profissional, permitir uma satisfação melhor, a subestimação dessa questão é um problema.

O segundo problema é que esse processo aqui no Brasil vem se desenvolvido simultaneamente, não apenas com a redemocratização do país, mas com um agravamento muito grande da crise econômica e social e, isso ligado a determinadas opções de política salarial do estado, de cada governo estadual e também da União, levou a um permanente conflito entre os profissionais de saúde, em particular os médicos e os administradores destes novos serviços unificados, em torno de questões salariais, questões de remuneração.

Essas duas coisas criaram um caldo de cultura para o desenvolvimento de uma forte resistência à implantação desse sistema. Reforçou os anticorpos contra a criação desse sistema.

Um terceiro aspecto que não pode deixar de ser levado em conta foi essa questão da indevida ingerência político-partidária da gestão do sistema e aqui no caso não se trata de que quando troca o partido, troca os diretores, é quando muda o governador, vide o exemplo do Paraná, pois lá ganhou o mesmo partido, mas trocou-se tudo.

Em outros locais, o processo não teve essa total nitidez, mas a mistura desse tipo de questão com uma concepção de democracia clientelística, de quem tem que dirigir o serviço quem é de confiança política do dirigente, terminou por provocar uma divisão grande dentro do movimento favorável à reforma sanitária. Com a exclusão de uma parcela desse movimento que não tinha afinidade com os eventuais mandatários de cada estado.

Esse é um outro fator presente em São Paulo. A quarta questão que teve um peso grande na Itália e no Brasil é que a reforma sanitária aqui enfrenta um conjunto de interesses privados na área da saúde. Não só os grandes interesses da indústria farmacêutica, da indústria de equipamentos, mas já se havia desenvolvido aqui um empresariamento da prestação de serviços de saúde muito forte, um fenômeno que não tinha similar na Itália.

A maioria dos hospitais não são públicos, a participação da rede privada na oferta de leitos hospitalares é imen-