

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ

FORA DE EMPRESTIMO

INSTITUTO
DE
MEDICINA
SOCIAL

Série: Estudos em Saúde Coletiva n° 085

A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DO
ESTADO: DUAS OU TRÊS COISAS...

Eduardo Levkovitz, Déa M.C. Appuda e
Neide Glória M. Garrido
Abril 1994

PS
SESC
085

EDUARDO LEVCOVITZ

NEYDE GLÓRIA M. GARRIDO

ABRIL/1994

N° 85

Diretor: José C. Noronha

Conselho Editorial: Cid M. de Mello Vianna (Coordenador)

Michael Reichenheim

Joel Birman

Eduardo Levcovitz

Revisora: Clara Recht Diamant.

Secretária/Diagramação: Regina M. Anguiano Marchese

Nota: A série "Estudos em Saúde Coletiva" é uma publicação de textos para discussão do Instituto de Medicina Social - IMS, de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

Ficha elaborada pela Biblioteca
do Instituto de Medicina Social - UERJ

L 656 LEVCOVITZ, Eduardo, ARRUDA, Déa M.C., GARRIDO, Neyde Glória
M. A responsabilidade sanitária do Estado: duas ou três coisas
que sei dela.
Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1994, 31 p. - (Série Estudos em
Saúde Coletiva, n. 85)

ESTADO / ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Impressão e acabamento final: Gráfica da UERJ.

A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DO ESTADO: DUAS OU TRÊS COISAS QUE SEI DELA

EDUARDO LEVCOVITZ¹

DÉA M.C. ARRUDA²

NEYDE GLÓRIA M. GARRIDO³

I - INTRODUÇÃO

A década de 80 e os anos já decorridos da década de 90 presenciaram significativas e profundas mudanças no sistema de saúde brasileiro. Essas transformações iniciaram-se com a conformação de um corpo doutrinário de proposições que ganharam o espaço político do debate nacional, deram os contornos das políticas públicas de saúde durante a transição democrática e alçaram a plenitude jurídico-legal na Constituição Federal de 1988, traduzidas na expressão "A saúde é direito de todos e dever do Estado ...", que abre o conjunto de dispositivos constitucionais sobre a saúde.

O ineditismo desta consigna constitucional na história brasileira, amplamente reforçado pela inclusão da saúde na definição de Seguridade Social,

¹ Professor Assistente e Doutorando em Saúde Coletiva do IMS/UERJ. Ex-Diretor do Departamento do SUS/SNAS/MS e Ex-Secretário de Medicina Social do INAMPS/MPAS.

² Médica da FHDF. Mestranda em Saúde Coletiva do IMS/UERJ. Ex-Coordenadora Geral de Análise de Informações e Sistematização de Dados/DESIN/SNAS/MS.

³ Médica da FNS/MS. Assessora da Secretaria-Executiva do MS.

estabelecendo uma concepção de política social de cunho solidarista, igualitário e universalista, não permite qualquer tipo de automatismo ou transposição mecânica de modelos preconcebidos na construção de um padrão de intervenção do Estado brasileiro coerente com a amplitude e abrangência deste seu "dever".

O presente texto originou-se da preocupação de um grupo de técnicos atuantes no Ministério da Saúde na gestão do Ministro Adib Jatene (fevereiro a outubro de 1992), quanto às possibilidades, limites, formatos institucionais organizacionais, operacionais e instrumentais para o pleno exercício do "dever do Estado". Este conjunto de preocupações decorreu da constatação de que múltiplos fatores se interpõem, significativamente, à tentativa de tal exercício:

- A gravidade da crise fiscal e política, em suas manifestações mais aparentes, mas principalmente estrutural e estratégica, com que o país conviveu durante toda a fase de transição democrática e que ainda hoje preside os obstáculos e limitações de ação do Estado brasileiro, associada à completa ausência de um projeto nacional de desenvolvimento econômico e social (Fiori, 1991 e 1992a);
- A completa submissão da política social aos ditames da política econômica de "ajuste estrutural", preconizada pelos organismos financeiros internacionais e adotada acriticamente no país nos últimos cinco anos, implodindo as possibilidades de implementação real das diretrizes da Seguridade Social (Fiori, 1992a);
- A óbvia inadequação das estruturas e culturas organizacionais, dos recursos instrumentais, da capacitação dos corpos técnico-profissionais e das relações vigentes entre agentes públicos e privados que atuam no

setor, tanto no âmbito do Ministério da Saúde quanto nas Secretarias Estaduais e Municipais, para o desempenho de tarefa com tal grau de complexidade.

- O insatisfatório grau de amadurecimento teórico-conceitual acerca do princípio da integralidade da assistência, por significar a mudança de qualidade do sistema no que se refere à sua caracterização ou essência técnica, comprometendo ainda a plena compreensão dos demais princípios constitucionais que conformam o sistema e se referem aos aspectos de caráter organizacional.

Tais constatações geraram um intenso debate que nos conduziu a profundos questionamentos sobre um amplo espectro de temas doutrinários, jurídicos, políticos, administrativos e técnicos que informam e determinam a relação saúde/dever do Estado.

Os primeiros resultados dessa reflexão coletiva foram publicamente apresentados em exposições realizadas por técnicos e dirigentes da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde - SNAS/MS durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde¹ e encontram-se sistematizados em documento² que até a presente data teve circulação restrita ao corpo de técnicos e dirigentes do Ministério da Saúde.³ A saída do Ministro Adib Jatene, pouco depois da realização da 9ª CNS, e as substituições em cargos de direção do MS decorrentes separaram a equipe de discussão⁴ e impossibilitaram a continuidade das reflexões até o estágio originalmente pretendido.

As condições objetivas que demandaram a discussão, entretanto, permaneceram e mesmo tornaram-se mais agudas. As discussões sobre

estratégias de descentralização, garantia de recursos suficientes para o financiamento setorial, conflitos de competências entre União, Estados e Municípios, extinção de órgãos e reestruturação organizacional do MS⁵ e, especialmente, a revisão constitucional de 1993/1994 nos recolocaram a urgência de um aprofundamento reflexivo sobre o "dever do Estado" na saúde, ainda que com a participação limitada a poucos membros do grupo original, por razões operacionais, e obrigando a uma seleção de alguns dos fatores que obstaculizam o pleno exercício deste "dever".

Decorridos cinco anos da promulgação da Constituição, e com três anos de vigência da legislação infraconstitucional que regulamenta o sistema de saúde, persistem inúmeras indagações, conflitos e competições entre as esferas de governo responsáveis pela formulação e execução da política setorial, entre estas e os prestadores de serviços diretos à população, tanto públicos quanto privados, entre o Executivo, o Legislativo e o Judiciário, e entre os órgãos de saúde e aqueles responsáveis pela arrecadação e distribuição dos recursos públicos, de origem contributiva ou fiscal, que certamente traduzem uma impossibilidade real e concreta de conformação de uma base institucional que habilite o Estado brasileiro para o exercício de seu dever na saúde.

A ausência desta nova conformação institucional certamente contribui de forma significativa para o conjunto de eventos que tem sido freqüentemente referido, na imprensa em geral, como a maior crise da história da saúde pública no Brasil, cujo principal resultado tem sido a generalização do questionamento sobre a sobrevivência futura de mais esta atribuição do Estado "ineficiente", bem de acordo com a intensificação das propostas de cunho neoliberal que

rondam a revisão constitucional e mesmo dominam amplamente o cenário do debate político-ideológico no país.

Sem subestimar a enorme influência da crise do Estado brasileiro e do modo de condução das políticas sociais nos anos recentes, este estudo pretende dedicar-se aos dois outros fatores apontados como obstáculos ao exercício do "dever" do Estado. Esta opção decorre não apenas do fato de que os primeiros fatores têm sido objeto de um intensivo esforço intelectual por parte daqueles que certamente detêm maior competência e credibilidade para enfrentá-lo, como pelo fato de que este mesmo processo de reflexão não tem ocorrido para os últimos fatores. Ao contrário, quanto a estes pode-se observar um quase inquestionável predomínio de idéias difusas, mais dogmáticas que coerentes, na conformação de um novo referencial teórico. Esta reflexão ganha importância frente à constatação de que o direito universal à saúde e o dever do Estado de assegurá-lo não apenas são mandamentos constitucionais como gozam de aparente consenso quando abstratamente considerados, mas são objeto de profundos questionamentos e interpretações conflituosas e contraditórias quando traduzidos concretamente em planos, programas, orçamentos, serviços e ações de saúde.

As "duas ou três coisas" apresentadas neste texto não pretendem persistir no gênero *nouvelle vague* que pode ser sugerido pelo título, mas, ao contrário, expor ao debate público um conjunto preliminar de idéias e reflexões que, associadas a outras quatro ou cinco coisas que saibam os diversos atores sociais e formuladores acadêmicos envolvidos com o tema, contribuam para a

permanente e progressiva concretização da Responsabilidade Sanitária do Estado.

2 - ASPECTOS JURÍDICOS E DOUTRINÁRIOS DO DEVER DO ESTADO NA SAÚDE

O tema saúde é tratado, no âmbito da Constituição Federal de 1988, de forma extremamente peculiar no Título VIII - Da Ordem Social. Recente seminário, promovido pelo Conselho Nacional de Saúde, sobre Aspectos Jurídicos e Constitucionais do Sistema Único de Saúde,⁶ logrou demonstrar a complexidade e impossibilidade de linearidade interpretativa sobre o texto constitucional e sobre a legislação complementar e ordinária dele decorrente sobre a saúde. Aparece, entretanto, como amplo consenso entre os juristas que tratam da matéria (Carvalho, 1992; Dallari (org.), 1992 e outros) que os ditames constitucionais, contidos tanto nos artigos específicos sobre saúde como naqueles que tratam dos direitos individuais e sociais do cidadão (art. 6º), atribuem à saúde características de *"importância, necessidade e essencialidade para o Poder Público e para a sociedade"* (Ferraz e Benjamin, 1992) significativamente distintas das atribuídas a outras funções ou serviços públicos.

Quis o legislador constituinte atribuir alto grau de diferenciação à saúde ao afirmar que *"a saúde é direito de todos e dever do Estado"* (art. 196) e que *"são de relevância pública as ações e serviços de saúde..."* (art. 197).

Quis, também, reforçar as características universalistas e solidaristas ao incluir a saúde na Seguridade Social, superando o seletivo e excludente conceito de

Seguro que historicamente vigiu para o componente assistência médico-hospitalar das políticas públicas de saúde no país.

Se a redação deste texto constitucional tivesse ocorrido no final dos anos 50, quando os aparelhos de Estado eram quase universalmente aceitos como promotores essenciais do desenvolvimento econômico e social e os caminhos para o *Welfare State* ganhavam adesões crescentes entre as nações de todo o mundo (Evans, 1993), não assinalaria qualquer sobressalto maior que a constatação de que o Brasil caminhava para um esperado grau de maturidade em políticas sociais, coerente e compatível com o acelerado desenvolvimento industrial e econômico e o clima democrático da época (Lessa, 1983).

Entretanto, na segunda metade dos anos 80, atribuir tais funções ao Estado contrasta fortemente com a absoluta hegemonia ideológica das concepções minimalistas do Estado, *"... que enfaticamente limitam o âmbito da ação efetiva deste ao estabelecimento e manutenção de relações de propriedade privada ... defendidas por um notável aparelho analítico neoutilitarista"* (Evans, 1993), no qual se destacam concepções de *"individualismo radical"* (Rosanvallon, 1984), de negação de toda ação política e de *"encapsulação"* e rejeição a qualquer forma de entendimento global do social (*id*).

Tal hegemonia ideológica logrou, quase sem resistências intelectuais significativas, a potencializadora adesão do conjunto de organismos financeiros internacionais (FMI, BID, BIRD), cuja atuação coletiva tornou-se conhecida como o *"Consenso de Washington"* (Williamson, apud Fiori, 1992b) transformando-se num receituário de *"ajuste estrutural"* globalmente oferecido

como única solução válida para seus problemas a todos os países do mundo, independentemente de suas raízes históricas e político-econômicas (Evans, 1993).

Nada, portanto, mais conflitante com o senso geral sobre o moderno do que a formulação e inscrição constitucional de um modelo de proteção social concebido como ação do Estado, universal, de diretrizes solidárias e baseado em políticas públicas globalizantes, unificadoras e redistributivas.

Sem procurar uma explicação exaustiva para este aparente paradoxo, as razões da excepcionalidade atribuída pela Constituição Federal de 1988 à Saúde devem, certamente, ser buscadas no longo processo de formulação de uma agenda política pelos reformistas do setor, desde o final da década de 70, e na progressiva conquista de aliados entre os mais distintos atores sociais, inclusive grande número de parlamentares e governadores de Estado, além de uma firme atuação político-administrativa do Ministério da Previdência e Assistência Social ao longo do período 85-88. Esta atuação, iniciada a partir da observação de princípios e diretrizes gerais formuladas ainda nos tempos de oposição ao regime autoritário, conseguiu ganhar uma direcionalidade estratégica nas propostas do SUDS e de modernização da Previdência Social, capaz de conquistar o apoio de grande número de constituintes e de outros agentes políticos com significativa capacidade de influenciar as decisões da Assembléia Nacional Constituinte.

O fato é que desta formulação constitucional sobre a Saúde decorrem conseqüências de natureza jurídica que conformam os limites e as

especificidades do dever do Estado, que, segundo Ferraz e Benjamin (1992), podem ser sintetizadas da seguinte forma:

- "a) a saúde é direito público subjetivo exigível contra o Estado e contra todos os que, mesmo que entes privados, sob a chancela deste, a garantam;*
- b) a saúde é sempre assegurada através da atuação de uma função pública estatal, mesmo quando prestada por particulares, sendo que apenas suas ações e serviços não têm exercício exclusivo do Estado;*
- c) como função pública estatal, cabe ao Estado a direção da prestação de serviços e ações de saúde, devendo aquele fixar as diretrizes e parâmetros para o exercício destes; com isso pode-se dizer que é limitada a liberdade dos prestadores privados;*
- d) as desconformidades nos serviços e ações de saúde permitem que o Estado exerça todo seu munus,⁷ inclusive com a utilização do instituto da desapropriação; ..."*

Tais afirmações, de cunho essencialmente jurídico-legal, e as considerações precedentes remetem-nos a uma reflexão doutrinária central, ao situar a saúde, de forma inquestionável, no âmbito dos direitos públicos. Fica, ao menos juridicamente, superada uma das mais antigas discussões setoriais, aquela que confrontava as concepções privatista e publicista na temática da saúde.

Não se trata, aqui, de retomar o exaustivo e inconclusivo debate sobre a hegemonia operacional do setor privado na prestação de serviços de saúde *versus* a capacidade do setor público de oferecer assistência à população em próprios estatais. Trata-se de situar subjetivamente o direito à saúde no seio do

que Bobbio (1990) definiu como "a grande dicotomia público/privado". Segundo este autor, "pode-se falar em grande dicotomia quando nos encontramos diante de uma distinção da qual se pode demonstrar a capacidade: a) de dividir um universo em duas esferas, conjuntamente exaustivas ... e reciprocamente exclusivas; b) de estabelecer uma divisão que é ao mesmo tempo total ... e principal". (Bobbio, 1990.)

Assumir esta dicotomia tem profundas conseqüências de cunho doutrinário e subjetivo, enfatizamos, significando uma determinação principal e total sobre a imagem político-institucional e o formato organizativo-operacional em que se manifesta o dever do Estado. Daí decorre, imediatamente, o entendimento de todas as questões relativas à saúde como situadas no universo do direito público⁸ e sujeitas ao primado do público.

É ainda Bobbio (1990) que sublinha que sob o primado do público existe um vínculo de união entre Estado e cidadãos de natureza permanente e irrevogável, tendo por fundamento objetivo "a lei no sentido mais moderno da palavra, isto é, de uma norma que é vinculatória porque posta pelo detentor supremo do poder e habitualmente reforçada pela coação" (id.), e como fundamento subjetivo a contraposição do interesse coletivo ao interesse individual, com ampla supremacia do primeiro sobre o segundo, podendo mesmo implicar a supressão do interesse individual. Assim, somente sob o primado doutrinário do público se poderá discutir a amplitude e a abrangência da ação do Estado no exercício objetivo da garantia do direito (subjetivo) à saúde.

O Estado capaz de realizar plenamente este vínculo de união com os cidadãos e garantir a supremacia do interesse coletivo se funda na "irredutibilidade do bem comum à soma dos bens individuais e portanto na crítica de uma das teses mais correntes do utilitarismo elementar" (Bobbio, 1990), refutando na essência as múltiplas concepções de Estado liberal ou Estado mínimo. É o Estado moderno, definido segundo dois elementos fundamentais apontados por Weber: "a presença de um aparato administrativo com a função de prover a prestação de serviços públicos e o monopólio legítimo da força" (id.). É o Estado que exerce o poder soberano sobre um território definido e em relação a um povo, soberania esta traduzida na capacidade de ditar leis válidas para toda a coletividade, no poder jurisdicional, na exclusividade do uso da força e na capacidade de impor tributos, e que exerce plenamente este poder em todos os momentos (políticos, econômicos e ideológicos) de suas relações com a sociedade civil. Na definição de Bobbio (1990), é "o Estado que não considera a si estranho o modo pelo qual se desenrolam em seu âmbito as relações econômicas ..., advoga para si o direito eminente de regular a produção dos bens ou a distribuição da riqueza, facilita certas atividades e obstaculiza outras, imprime uma direção ao conjunto da atividade econômica do país", ou seja, exatamente o Estado refutado e renegado pelas correntes neoliberais do pensamento político-econômico, em sua permanente pregação pela redução do intervencionismo estatal, pelo Estado mínimo e pelo não-Estado, que "não tem resistido àquele formidável argumento fornecido, como diria Hegel, pelas duras réplicas da história" (Bobbio, 1990).

É, por outro lado, um Estado com novas capacidades, dotado de base material adequada aos seus objetivos estrategicamente hierarquizados, capaz de superar as velhas práticas de corporativismo, clientelismo e inorganicidade em suas relações com a sociedade e assentado numa coalizão política de visão de longo prazo e submetida às regras do jogo democrático, tendo por eixo condutor de sua atuação um novo projeto de desenvolvimento econômico e social (Fiori, 1992b).

As reflexões e proposições relativas a esse Estado devem se inserir no que Evans (1993) denominou de *Terceira Onda*, em oposição à segunda onda de corte neoliberal que predominou nos anos 70 e 80, e estão grandemente centradas nas questões relativas à *capacidade de ação do Estado*, isto é, a um conjunto complexo de mecanismos político-institucionais duráveis e efetivos, aliados à "... *perícia e perspicácia dos tecnocratas no interior do aparelho de Estado*" (Evans, 1993). Nas palavras deste autor: "*A resposta não está no desmantelamento do Estado, mas sim na sua reconstrução*" (id).

É ainda Evans (1993) que aponta o caminho de uma reflexão que contribua para esta reconstrução, centrada na análise das características institucionais do Estado, destacando a permanente presença de uma "*autonomia inserida*" como elemento formador central da capacidade de ação do Estado. *Autonomia* como existência de uma estrutura burocrática sólida e competente, com atuação baseada em regras institucionais duradouras e capaz de levar adiante objetivos gerais e independentes de interesses empresariais particularistas. *Inserida* pela presença intensiva de sistemas informais de relacionamento com os centros de decisão dinâmicos da sociedade, capazes de perceber com

rapidez os movimentos políticos, econômicos e sociais nascentes e crescentes e pela aptidão de coordenar estrategicamente os diversos atores sociais e agentes econômicos.

Esta capacidade de ação do Estado exige, assim, "*inteligência acurada, inventividade, repartições ágeis e respostas elaboradas a uma realidade econômica mutável*" (Evans, 1993). Tal proposição coincide, em termos gerais, com as concepções originais do presente estudo, que busca aprofundar a discussão sobre a capacidade de ação do Estado brasileiro para enfrentar as tarefas determinadas por seu dever na área de saúde. Desta forma, nos foi possível adotá-la para informar alguns aspectos doutrinários da questão, colocando-se como dificuldade adicional, no próximo item, buscar uma inédita aproximação setorial que observe as peculiaridades institucionais e instrumentais do setor saúde.

3 - A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DO ESTADO

3.1. O exercício do dever-poder do Estado

Como *função pública estatal*, a responsabilidade por assegurar a todos e a cada um dos cidadãos o direito à saúde deve ser harmonicamente compartilhada por seus três Poderes — Legislativo, Executivo e Judiciário — com suas funções precípuas e reciprocamente indelegáveis. Assim, é função precípua do Legislativo elaborar as leis que garantam o direito à saúde; do Judiciário, "*aplicar coativamente estas leis aos litigantes*" (Meirelles, 1993), e do Executivo, converter a lei em ato individual e concreto, isto é, exercer a função administrativa, obedecendo ao disposto na lei e buscando a permanente

consecução das finalidades da lei. O objeto do presente estudo limita-se à discussão do papel do Poder Executivo, isto é, ao conjunto de "atos individuais e concretos" exercidos pelo governo e pela administração pública que buscam traduzir o dever-poder abstrato do Estado em bens e serviços usufruídos por cada cidadão e pelo conjunto da sociedade.

O dever-poder do Estado deve se expressar num *"conjunto de atividades diretamente destinadas à execução concreta das tarefas ou incumbências consideradas de interesse público comum, numa coletividade ou organização estatal"* (Bobbio, 1991), ou seja, demanda a atuação permanente do governo e da máquina administrativa que lhe é subordinada.

Os conceitos de governo e administração pública estão sempre imbricados e são freqüentemente confundidos, até mesmo por sua existência ser indissociável do exercício institucional do poder numa sociedade organizada na forma de Estado de Direito. Governo e administração pública manifestam-se sempre em relações de complementaridade recíproca no que se denominou de *"fenômeno administrativo público"* (Bobbio, 1991), tendo por elementos fundamentais os processos institucionais, organizativos e funcionais. Estas relações têm sido uma das problemáticas mais complexas e parcialmente insolúveis da atualidade (Bobbio, 1991), sendo objeto permanente de reflexão tanto no campo da Ciência Política quanto do Direito Administrativo.

Conceitualmente, é possível apropriar-se de definições originárias de ambos os campos de forma a clarificar questões centrais para o desenvolvimento do presente estudo. Assim, quanto ao elemento institucional, governo se identifica

com os poderes e órgãos supremos do Estado e traduz sua *"... expressão política de comando, de iniciativa, de fixação de objetivos"* (Meirelles, 1993). O governo é responsável pelas decisões de condução política dos negócios públicos. Entre o conjunto de instituições estatais que organizam a sociedade (regime político), aquelas que têm a *"missão de exprimir a orientação política do Estado são os órgãos de governo"* (Meirelles, 1993). É a estes que compete, institucionalmente, o exercício do poder de decidir de modo determinante a orientação política do Estado, através do consenso ou do uso do monopólio da força.

A Administração Pública, ainda no plano institucional, se traduz no conjunto de ações voltadas para a satisfação das necessidades coletivas, através do *"desempenho perene e sistemático, legal e técnico, dos serviços próprios do Estado"* (id.). Suas atividades são dependentes, subordinadas e controladas pelas opções políticas do Governo, que determinam os fins a atingir. Tem permanente característica executiva, no duplo sentido de que acata uma escolha ou norma anterior dá continuidade à norma, *"intervindo para a consecução final de objetivos e interesses já fixados"* (Bobbio, 1991). Em síntese, o Governo *comanda* com responsabilidade constitucional e política, enquanto a administração *executa* com responsabilidade profissional, técnica e legal. *"A Administração é o instrumental de que dispõe o Estado para pôr em prática as opções políticas do Governo"*. (Meirelles, 1993.)

No plano organizativo, o Governo se materializa através de entidades estatais dotadas de capacidade política, além de autonomia administrativa e financeira, que no Brasil, segundo a Constituição Federal de 1988, são exclusivamente a

União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, cujas decisões são expressas através de atos de soberania (União) ou de autonomia política (níveis subnacionais) e cuja organização compete privativamente à legislação constitucional.

A administração pública se materializa no conjunto de órgãos e entidades, centralizados ou descentralizados (da administração direta ou indireta), que assumem o caráter de centros de decisão ou pessoas jurídicas independentes, instituídos ou organizados pela legislação complementar ou ordinária ou por decretos, para desempenhar as funções do serviço público através de atos administrativos e da atuação de agentes públicos (pessoas físicas) que lhe dão concretude nas decisões cotidianas.

No plano funcional, a ação do Estado, no âmbito do Poder Executivo, assegura-se pelos atos de governo e de administração obedientes aos ditames constitucionais e legais. *Atos de governo* são aqueles soberanos, politicamente autônomos e hierarquicamente superiores que caracterizam o *comando* político da sociedade. Constituem uma *função* (conjunto coordenado e articulado de atos) estrutural e imanente do governo, indivisível, que se expressa através da fixação de objetivos, da formulação e implementação de políticas públicas, do pensar estratégico que dá direcionalidade ao exercício do conjunto de funções próprias da administração, do processamento técnico-político dos problemas da sociedade e da escolha de soluções alternativas que tenham base material concreta, ou seja, do *planejamento* em seu sentido mais amplo. O exercício desta *função governamental*, num Estado de Direito, é privativo dos mandatários superiores de cada nível de governo (União, Estados e

Municípios), que obtiveram delegação específica da sociedade para este fim, através de processos eleitorais, e dos seus auxiliares diretos, aqueles que se convencionou chamar de Primeiro Escalão em regimes presidencialistas, ou Gabinete ou Conselho de Ministros em regimes parlamentaristas. Aos primeiros incumbe dar direcionalidade de caráter global e abrangente, integrativa do conjunto de problemas econômicos e sociais, enquanto aos segundos cabe, em suas áreas específicas de atuação, planejar e dirigir as intervenções setoriais, de forma coerente e consistente com o plano e os objetivos governamentais.

Os *atos da administração*, por sua vez, são de natureza significativamente distinta. Podem ser dotados de maior ou menor autonomia funcional, segundo as competências próprias dos órgãos e agentes que os praticam, mas são sempre subordinados à legislação e aos planos globais e setoriais do governo, expressão de suas decisões políticas. Isto não quer dizer que a administração pública não tem poder de decisão. Os agentes (pessoas físicas) que a integram são titulares de um expressivo papel de direção de seus respectivos órgãos, e decidem permanente e cotidianamente, de forma individual ou colegiada, mas apenas na área de suas atribuições e nos limites de suas competências executivas.

Os atos administrativos são exercidos pelos dirigentes dos órgãos públicos, nomeados expressamente para tal fim pela autoridade governamental competente e pelos corpos burocráticos permanentes destes órgãos, que alcançaram tal posição em conformidade com os critérios de provimento estabelecidos em lei.

No caso brasileiro, os dirigentes são quase sempre ocupantes de cargos de confiança e, portanto, nomeáveis segundo o exclusivo critério do governo e demissíveis por este, a qualquer tempo. Desta forma, devem guardar uma afinidade ou identidade política com o próprio governo, sem que este fato lhes autorize a extrapolar suas competências administrativas.

Dentro destes limites, os dirigentes desempenham o papel essencial de decodificar e traduzir opções políticas do governo em procedimentos operacionais, ações concretas e movimentos institucionais dos órgãos públicos, dando articulação e direcionalidade à atuação do corpo técnico-profissional, através de reflexões, avaliações e decisões que, em conjunto, podem ser chamados de *planejamento tático-operacional*.

Aos órgãos e agentes (dirigentes e corpos técnico-profissionais) públicos é que são atribuídas, em última instância, as responsabilidades concretas e cotidianas pelo provimento dos bens e serviços a serem usufruídos pela população e pela adequação da quantidade e qualidade necessárias destes aos recursos disponíveis, através dos planos, orçamentos e programas. Estas responsabilidades é que tornam a administração pública detentora de um poder de características peculiares, totalmente distintas da administração privada, mesmo quando aquela se utiliza de instrumental e métodos de trabalho originários desta.

A idéia de administração está sempre associada a gerir bens e interesses alheios, sobre os quais o administrador deve exercer atribuições de guarda, conservação, manutenção e obtenção do melhor rendimento que a técnica lhe

permitir, sem poder dispor ou decidir sobre o patrimônio, competência privativa do proprietário (Meirelles, 1993). Se na vida privada pode acontecer de o administrador e o proprietário coincidirem numa única pessoa física, isso nunca ocorre na área pública, uma vez que o proprietário dos bens e interessado nos serviços é a coletividade, representada temporariamente por um governo. O dever do administrador público é, então, agir sempre segundo os interesses coletivos.

Assim o poder para os órgãos e agentes públicos, e exclusivamente para estes, tem o significado de *dever-poder*, no sentido de que quem o detém está sempre na obrigação de exercitá-lo. É *poder* enquanto expressão institucional, organizativa e funcional do Estado, e é *dever* enquanto insuscetível de renúncia por seu titular.

3.2 A face concreta da responsabilidade sanitária: funções administrativas e práticas de saúde

Formulamos o conceito de responsabilidade sanitária para exprimir, o mais objetivamente possível, *sobre o que e como* é exigido do Estado atuar no que se refere à saúde. Esta expressão, assim definida, pode ser aplicada ao Estado como um todo ou a qualquer de seus entes em particular, desde que relacionados ao setor. Refere-se, da mesma forma, à atuação de qualquer das esferas de governo constitucionalmente estabelecidas: União, Estados, Municípios e Distrito Federal.

Uma reflexão aprofundada com relação aos atos individuais e concretos através dos quais a administração pública exerce cotidianamente o dever-poder do Estado na saúde esclarece que tais atos são o *como* da responsabilidade sanitária do Estado, e que os mesmos carecem de alguma forma de sistematização útil à indução dos debates e das transformações necessárias à atuação de órgãos e agentes públicos setoriais.

A abordagem clássica dos tratados e manuais de administração não oferece um substrato que assegure uma taxonomia própria para as profundas indagações do processo de ampla reorganização dos organismos públicos gestores do sistema de saúde, necessário para sua adequação ao exercício do dever-poder do Estado.

Buscamos, então, estabelecer uma taxonomia específica para os atos administrativos no setor saúde, pela ótica dos órgãos e agentes públicos, buscando tipificar conjuntos coordenados e articulados de atos, no que se pode denominar de *funções administrativas*.

A partir de uma discussão exaustiva dos distintos arranjos, associações e combinações de atos que ocorrem na prática real das organizações públicas, buscou-se adotar um agrupamento de forma que cada uma das funções fosse indiscutivelmente necessária e que seu conjunto fosse plenamente suficiente para descrever todo o exercício da administração. Chegou-se, então, à definição de seis funções *primas entre si* (no conceito matemático da expressão, ou seja, que não têm divisor comum, exceto a unidade), que não têm componentes comuns. O papel de unidade, como único

divisor/componente comum, é exercido pela direcionalidade única ou convergente imprimida ao exercício das distintas funções administrativas pela direção do órgão público em busca dos objetivos políticos.

Assim, cada uma das funções administrativas representa um conjunto coordenado e articulado de atos administrativos concretos e não contém ou está contida pelas demais, não é resultante da justaposição das demais ou de componentes (subconjuntos de atos) destas. Para os organismos gestores do setor saúde (MS, SES e SMS), estas funções podem ser explicitadas da seguinte forma:

- **Regulação**, que equivale ao estabelecimento de padrões de qualidade para comportamentos, serviços, estruturas, processos de produção e produtos de interesse para a saúde, e aos movimentos de contínua transformação da realidade em direção aos padrões predeterminados, através da expedição de regras de obediência compulsória ou da implementação de mecanismos indutivos, visando ao alcance universal ou seletivo do padrão.
- **Gerência de Meios**, que significa o provimento dos recursos de todos os tipos (financeiros, materiais, humanos, tecnológicos, informacionais e cognitivos) necessários à viabilização do consumo dos bens e da prestação dos serviços indispensáveis para garantir a saúde. Equivale a providenciar, adquirir, abastecer, fornecer, prover, enfim realizar o que for preciso para tornar disponíveis tais recursos na oportunidade, quantidade e qualidade necessários ao adequado desempenho do sistema.
- **Articulação Intersetorial**, que se refere à atuação junto a outras instituições que interferem com as atividades de e para a saúde. Trata-se aqui do estabelecimento de demandas, proposições, negociações ou

entendimentos com outras áreas do Poder Executivo, Poder Legislativo e Ministério Público, entidades representativas da sociedade civil e de corporações profissionais, instituições de fomento e execução de pesquisas, aparelho formador de recursos humanos, organismos governamentais e não governamentais, estrangeiros e internacionais, e meios de comunicação de massa.

- **Execução**, que é a realização final e concreta de ato técnico, desempenhado por profissional(is) ou pelo próprio indivíduo-alvo, decorrente da aplicação direta de conhecimento científico. Pressupõe interação física de profissional do serviço com o usuário do sistema, o meio ambiente ou com produtos de interesse para a saúde e sua circulação, ou do segundo com os últimos.
- **Controle**, que é o monitoramento direto da execução, observando o cumprimento da norma. Consiste em medir o produto ou conferir o processo de produção, comparar com a norma e determinar, se for o caso, a rejeição do produto e/ou a retificação do processo, sem questionar a norma.
- **Avaliação**, que consiste na mensuração do resultado e/ou impacto de um serviço, comparação com resultados e/ou impactos de outros serviços ou do mesmo serviço em outra situação, ou com metas, propósitos ou normas, e emissão de juízo de valor. Quando referenciada a uma norma, questiona-a, podendo demandar/determinar sua reformulação. Define também, com frequência, a necessidade de revisão de processos.

Definidas estas seis funções administrativas, é possível visualizar através de que procedimentos o Estado exerce seu papel ou cumpre seu dever. É preciso refletir melhor então sobre o que está sendo chamado de saúde quando se trata da atribuição/incumbência estatal.

Durante muito tempo foi aceito, no país, que a responsabilidade sanitária do Estado podia ser resumida ao controle das doenças de massa. Transformações sócio-econômicas e políticas acabaram por envolvê-lo, mesmo que em via paralela e seletiva, numa co-responsabilidade com relação à assistência médico-hospitalar individual, e geraram pressões para que tais obrigações se ampliassem, culminando no fato de que o texto constitucional de 88 estabeleceu o atendimento integral como uma das diretrizes fundamentais do sistema.

A expressão assistência integral à saúde surge da necessidade de plasmar no setor um conceito que supere as dicotomias preventivo/curativo e individual/coletivo, reiteradamente criticadas como traços perniciosos do sistema que se quer reformular.

Tentativas de dissertar sobre o conceito, no entanto, têm esbarrado na dificuldade de traduzi-lo em novas práticas e acabam por reduzi-lo a uma soma ou justaposição das ações de cunho coletivo ou preventivo com as de cunho individual ou curativo. A integralidade da assistência não deve ser entendida como uma nova forma de fazer velhas coisas, nem está determinada por um modo de organização dos serviços com base territorial definida do tipo distrito sanitário, sistemas locais de saúde ou equivalente.

Assistência integral é um conceito que só se aplica ao sistema de saúde como um todo e implica a redefinição do universo de práticas, relacionadas à saúde do indivíduo, do coletivo, do meio e das relações que se estabelecem entre eles. Esta afirmação decorre da compreensão de que a integralidade engloba a oferta de serviços das mais variadas naturezas e graus de complexidades, o

que não poderia ser atribuído a uma unidade prestadora de serviços, um profissional ou uma equipe técnica em particular.

O aprofundamento desta reflexão nos levou a redefinir o universo possível de práticas de saúde em três categorias:

- **Práticas de saúde dos indivíduos**, categoria que compreende comportamentos individuais ou de um indivíduo com relação a outro, que interferem positiva ou negativamente nas condições de saúde dos envolvidos, tais como escovar os dentes, fumar, cometer agressões, dirigir prudente ou imprudentemente, enfim, todo um conjunto de hábitos de higiene, de consumo e de civilidade.
- **Práticas de saúde sobre os indivíduos**, que incluem todos os atos realizados pelos estabelecimentos de saúde que incidem diretamente sobre um ou mais indivíduos com efeito imediato ou mediato sobre sua condição físico-psicossocial, tais como consultas, internações, aplicação ou fornecimento de medicamentos, vacinação, investigação e bloqueio de casos de doença infectocontagiosa, orientação educativa sobre práticas individuais etc.
- **Práticas de saúde que envolvem o ambiente, os processos de produção e os produtos**, englobando os atos realizados por entidades ou instituições de diferentes naturezas que produzem efeito nas condições de sanidade do ambiente físico em geral, do ambiente de trabalho, incluindo o das unidades prestadoras de serviços de saúde, assim como nas condições de propriedade, do ponto de vista da saúde, dos bens e produtos de uso humano. Tal conjunto de práticas pode expressar-se através de exemplos como a destinação adequada do lixo de uma fábrica ou do lixo hospitalar, a observação da ergonomia na relação

trabalhador/processo de trabalho, o controle da exposição do trabalhador ao risco de adoecer em consequência de fatores inerentes ao processo de trabalho, e o controle da propriedade e da qualidade da água, dos alimentos, dos medicamentos, dos cosméticos, das substâncias e produtos de uso humano em geral.

A correlação das seis funções primas da administração com as três categorias de práticas de saúde permite explicitar, na matriz apresentada em anexo, os atos técnico-administrativos que descrevem, em termos concretos, a responsabilidade sanitária do Estado. A partir desta taxonomia peculiar, que busca caracterizar de modo exaustivo o *como* e o *sobre o quê* atua a função pública estatal no setor saúde, entendemos ser possível aprofundar as reflexões e iniciativas para um movimento de transformação institucional e adequação das estruturas, culturas organizacionais e recursos instrumentais dos entes públicos gestores do SUS (MS, SES e SMS) e de mudança na qualidade das ações e dos serviços de saúde em direção ao princípio da integralidade da assistência, que permitam experimentar contribuições setoriais ao movimento de reconstrução do Estado brasileiro.

Por fim, é extremamente oportuno salientar que a "experimentação" real destas idéias sobre a responsabilidade sanitária do Estado em qualquer ente público do setor, bem como de qualquer das demais reflexões e/ou proposições atualmente em circulação, oriundas do meio acadêmico, de organismos internacionais, do Ministério da Saúde, de entidades representativas das Secretarias Estaduais e Municipais ou de corporações profissionais ou, ainda, de órgãos colegiados de participação na gestão das políticas de saúde, deverá

considerar prioritariamente os interesses e necessidades cotidianas da população usuária do sistema público de saúde. Parodiando Adam Przeworski (1993): "Sempre que eu me candidato a um financiamento governamental para pesquisa exige-se de mim que assine um compromisso de que não farei experiências com seres humanos. Eu gostaria que os Governos tivessem que fazer o mesmo", bem como todos os demais "atores" políticos, sempre plenos de certezas e "paradigmas politicamente corretos".⁹

Responsabilidade Sanitária do Estado: Matriz de Inter-relação Funções Administrativas/Práticas de Saúde

Funções /Práticas	Regulação	Gerência de Meios	Articulação intersectorial
Dos Indivíduos	Estabelecimento de padrões de comportamentos, hábitos de higiene e de consumo.	Provimento dos recursos financeiros, materiais e cognitivos necessários à viabilização das práticas individuais.	Atuação junto a instituições — Poderes Executivo e Legislativo, Ministério Público, meios de comunicação de massa, entidades da sociedade civil e organismos governamentais e não-governamentais estrangeiros e internacionais — que interferem nas práticas dos indivíduos.
Sobre os Indivíduos	Estabelecimento de padrões de qualidade para estruturas, processos e produtos dos serviços e sistemas.	Provimento dos recursos — financeiros, físicos, materiais, humanos, tecnológicos e informacionais — necessários à viabilização dos processos de trabalho que permitam a qualidade das práticas dos serviços.	Atuação junto a instituições — Poderes Executivo e Legislativo, Min. Públicos, conselhos, sindicatos e organizações de categorias profissionais, entidades da sociedade civil, aparelhos formadores de RH para saúde, instituições de fomento e execução de pesquisas e organismos governamentais e não governamentais, estrangeiros e internacionais — que interferem na prática dos serviços.
Sobre o Ambiente, Processos de Produção e Produtos	Estabelecimento de padrões de qualidade para processos de produção e consumo de produtos e padrões de sanidade para recursos naturais e sua utilização.	Provimento dos recursos — financeiros, materiais, humanos, tecnológicos e informacionais — necessários à viabilização das práticas sanitárias sobre o ambiente, processos de produção e produtos.	Atuação junto a instituições — Poderes Executivo e Legislativo, Ministério Público, meios de comunicação de massa, entidades da sociedade civil e organismos governamentais e não governamentais, estrangeiros e internacionais — que interferem nas práticas sanitárias sobre o ambiente, processos de produção e produtos.

(continua)

**Responsabilidade Sanitária do Estado: Matriz de Inter-relação Funções
Administrativas/Práticas de Saúde**

(continuação)

Funções /Práticas	Execução	Controle	Avaliação
Dos Indivíduos	Inapicável	Não é função do setor saúde	Aferição dos indicadores de saúde (perfil do adoecimento e morte) e correlação das variações observadas com comportamentos, hábitos de higiene e de consumo
Sobre os Indivíduos	* Prestação de serviços de assistência à saúde. *Fiscalização, interdição e liberação da circulação dos indivíduos nas fronteiras e limites de estados e municípios.	* Fiscalização do cumprimento das normas relativas aos processos gerenciais dos sistemas de saúde e dos processos técnicos e gerenciais dos seus serviços, ou seja, à organização político-institucional e funcional e à utilização de recursos.	Aferição dos indicadores de saúde (perfil do adoecimento e morte) e correlação com a estrutura, o processo e os produtos dos serviços e sua adequação, acessibilidade, custo e resultado.
Sobre o Ambiente, Processos de Produção e Produtos	* Exercício do poder de polícia sanitária, através da fiscalização, interdição e liberação da circulação de produtos de uso humano e recursos naturais. *Autorização de produção e comercialização de produtos. *Intervenção sobre fontes de recursos naturais para garantia de sua sanidade.	*Fiscalização do cumprimento de normas relativa à estrutura dos estabelecimentos de serviços de saúde, à sanidade dos recursos naturais e à qualidade dos processos de produção e dos produtos de uso humano.	Aferição dos indicadores de saúde (perfil do adoecimento e morte) e correlação com os processos de utilização de recursos naturais, a produção e o consumo de bens e o estabelecimento de relações entre indivíduos e indivíduo-ambiente.

Notas

- (1) José da Silva Guedes, exposição no Painel Geral "Implementação do SUS", Brasília, 9ª CNS, 12/08/92.

Flávio A.A. Goulart, exposição no Painel Específico "Modelo Assistencial", Brasília, 9ª CNS, 12/08/92.

Eduardo Levcovitz, exposição no Painel Específico "Controle e Avaliação no SUS", Brasília, 9ª CNS, 11/08/92.
- (2) Déa M. C. Arruda, Eduardo Levcovitz, Flávio A. A. Goulart, José da Silva Guedes, Luiza P. Silva, Neyde Glória M. Garrido, Ricardo Oliva, *Responsabilidade Sanitária do Nível Federal de Governo: Gestão da Qualidade das Práticas de Saúde*, Brasília, MS/SNAS, agosto de 1992 (mimeo.)
- (3) Mesmo após a troca da equipe de direção do MS, o citado documento continuou a circular e a ser sistematicamente utilizado em pronunciamentos de técnicos do MS que, lamentavelmente, optaram por suprimir a referência à sua elaboração durante a gestão do Ministro Adib Jatene.
- (4) Além dos já referidos, participaram em distintos momentos das discussões: Ana Tereza S. Pereira, Edison Keiji Yamamoto, Oswaldo Y. Tanaka, Paulo Henrique F. Mello, Maria Cecília M.M.A. Correa e Telma Ruth C. Pereira.
- (5) Os elementos conceituais centrais do documento citado e inúmeros trechos completos do texto estão transcritos na publicação Ministério da Saúde/GERAS-Grupo Executivo da Reforma Administrativa. DOCUMENTO BÁSICO: 1993 sem qualquer nota ou referência de fonte, e com profundas alterações das concepções originalmente desenvolvidas pelos autores.
- (6) Seminário "Aspectos Jurídicos e Constitucionais do SUS", Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2 e 3 de agosto de 1993.

- (7) Munus, "funções que um indivíduo tem que exercer, encargo, ...", Munus público - o que procede de autoridade pública ou da lei." Cf. FERREIRA, Aurélio B.H., (1986), Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2ª ed.
- (8) Registre-se a importante observação de Bobbio (1990) de que o direito público como corpo sistemático de normas nasce muito tardiamente em relação ao direito privado: apenas na época de formação do Estado moderno.
- (9) O adendo é de responsabilidade exclusiva dos autores deste documento.

BIBLIOGRAFIA

- BOBBIO, N. (1990), Estado, Governo, Sociedade. Para uma Teoria Geral da Política, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 3ª edição.
- BOBBIO, N., MATTEUCI, N., PASQUINO, G. (1991), Dicionário de Política, Brasília: Ed. UnB, 3ª ed.
- BRASIL, (1988), Constituição Federal, Brasília: Senado Federal.
- CARVALHO, G.I., SANTOS, L., (1992), Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde, São Paulo: HUCITEC.
- DALLARI, S.G. (Org.), (1992), O Conceito Constitucional de Relevância Pública, in Série Direito e Saúde Nº 1, Brasília: OPS/OMS - Representação do Brasil.
- EVANS, P. (1993). O Estado como Problema e como Solução, in Lua Nova - Revista de Cultura e Política Nº 28/29, São Paulo: CEDEC/Marco Zero (tradução do original publicado em 1992).
- FERRAZ, A.A.M.C., BENJAMIN, A.H.V. (1992), O Conceito de Relevância Pública na Constituição Federal, in DALLARI, S.G. (org.), op. Cit.

FIORI, J.L. (1991), Democracia e Reformas: Equívocos, Obstáculos e Disjuntivas, in Textos para Discussão Nº 262, Rio de Janeiro: IEI/UFRJ.

_____. (1992a), A Política Social do Governo Collor, in Série Estudos em Saúde Coletiva Nº 3, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

FIORI, J. L. (1992b), O Estado Brasileiro do Futuro: Descentralização ou Desintegração, in Série Estudos em Saúde Coletiva Nº 23, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

LESSA, C. (1993). 15 Anos de Política Econômica, São Paulo: Brasiliense.

MEIRELLES, H.L. (1993), Direito Administrativo Brasileiro, São Paulo: Malheiros Ed., 18ª ed.

PRZEWORSKI, A. (1993), A Falácia Neoliberal, in Lua Nova - Revista de Cultura e Política Nº 28/29, São Paulo: CEDEC/Marco Zero (tradução do original publicado em 1992).

ROSANVALLON, P. (1984), A Crise do Estado Providência, Lisboa: Editorial Inquérito (tradução do original publicado em 1981).

TEXTOS PUBLICADOS

— 1993 —

- 064 - Luz, Hilton Sarcinelli. *Projeto Racionalidades Médicas: A Medicina Homeopática.* 36 p.
- 065 - Camargo Júnior, Kenneth Rochel de. *Racionalidades Médicas: A Medicina Ocidental Contemporânea.* 32 p.
- 066 - Levcovitz, Eduardo. *A Capacidade Operativa da Rede Assistencial do SUS: Recuperação e Adequação pelo Ministério da Saúde na Gestão Adib Jatene I.* 27 p.
- 067 - Sayd, Jane Dutra. *Reformulação do Currículo da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ: Subsídios para Reflexão.* 31 p.
- 068 - Fiori, José Luís. *Existe um Estado Pós-Fordista? Reformas e Funções do Estado Brasileiro no Novo Paradigma.* 24 p.
- 069 - Birman, J. *Sobre o Sujeito no Discurso Freudiano.* 32 p.
- 070 - Magalhães, Raphael de Almeida, Assis, José Carlos de. *Seguridade Social no Brasil: objetivos e viabilidade financeira.* 96 p.
- 071 - Fiori, José Luís. *Globalização, Estados nacionais e políticas públicas.* 24 p.
- 072 - Luz, Daniel. *Racionalidades Médicas: Medicina Tradicional Chinesa.* 64 p.
- 073 - Birman, Joel. *Um Futuro para a Psicanálise? sobre a psicanálise no século XXI.* 64 p.
- 074 - Teixeira, Luis Antonio. *O Instituto Butantan: visitando um período esquecido.* 36 p.
- 075 - Marques, Evair A., *Racionalidades Médicas: medicina ayurvédica - tradicional arte de curar da Índia.* 44 p.
- 076 - Fiori, José Luís. *A Questão do Pacto Social no Brasil.* 32 p.
- 077 - Hagge, Wandyr. *A Lógica do Labirinto.* 68 p.
- 078 - Andreazzi, Marco Antonio. *Impactos de Hidrelétricas para a Saúde, na Amazônia - Parte I.* 80 p.

TEXTOS PUBLICADOS

— 1994 —

- 079 - Soares, Laura Tavares. *Sistemas Comparados de Seguridade Social na América Latina.* 104 p.
- 080 - Reichenheim, Michael Eduardo. *Investigando eficientemente a sensibilidade e especificidade de um instrumento de aferição através de um procedimento amostral incompleto.* 31 p.
- 081 - Ydalgo, Tereza. *Morte materna e pressões da realidade.* 20 p.
- 082 - Almeida, José Luiz Telles de. *Formação de pessoal de nível médio para o setor saúde.* 20 p.
- 083 - Birman, Joel. *Desamparo, horror e sublimação: uma leitura das formações ilusórias e sublimatórias do discurso freudiano.* 40 p.
- 084 - Andreazzi, Marco Antônio Ratzsch de. *Impactos de Hidrelétricas para a saúde na Amazônia.* 72 p.