SAÚDE e DEMOCRACIA

A luta do CEBES



Sonia Fleury

organizadora

LEMOS EDITORIAL

SAÚDE E DEMOCRACIA

A LUTA DO CEBES

Sonia Fleury
(organizadora)

SAÚDE E DEMOCRACIA — A LUTA DO CEBES

Copyright © 1997 – Sonia Fleury

Proibida a reprodução total ou parcial deste livro, por qualquer meio ou sistema, sem prévio consentimento da editora.

Todos os direitos desta edição reservados à:

LEMOS EDITORIAL & GRÁFICOS LTDA.
Rua Rui Barbosa, 70 - Bela Vista
01326-010 - São Paulo/SP
Tel.: (011) 251-4300

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Câmara Brasileira do Livro, São Paulo, Brasil

Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury (organizadora). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

Vários autores.

Bibliografia
1. CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde)
2. Democracia 3. Política e saúde 4. Saúde pública
5. Saúde pública — Aspectos sociais I. Fleury, Sonia.

97–3431 CDD–362.1

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública: Aspectos sociais: Bem-estar social 362.1

ISBN 85-85561-43-2

Impresso no Brasil

EDITORA LEMOS

Índice

Autores 5

Introdução 7

Saúde como Paradigma

Bases conceituais da reforma sanitária brasileira 11
Jairnilson Silva Paim

A questão democrática na saúde 25
Sonia Fleury

Condições de Vida

Saúde da população brasileira: mudanças, superposição de padrões e desigualdades 45
Maurício Lima Barreto, Eduardo Hage Carmo, Carlos Antonio de S. T. Santos

Reforma do Estado

A via do parlamento 63
Eleutério Rodrigues Neto

Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado 93
Antonio Ivo de Carvalho

Análise crítica das contribuições da saúde coletiva a organização das práticas de saúde no SUS 113
Gastão Wagner de Sousa Campos

O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo) 125
Emerson Elias Merhy

Gestão em saúde: o desafio dos hospitais como referência para inovações em todo o sistema de saúde 143
Pedro Ribeiro Barbosa

Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira 163
Paulo Amarante

Direito sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho 187
Sueli Gandolfi Dallari, Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Desafios

Do biológico e do social. Um pequeno balanço 205
Ricardo Lafetá Novaes

Da bioética "privada" à bioética "pública" 227
Roland Schramm

O poder regulamentador do Estado sobre as
ações e os serviços de saúde 241
Lenir Santos

Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos
sobre recursos humanos em saúde no Brasil 281
Lilia Blima Schraiber, Maria Helena Machado

Produção farmacêutica e de imunobiológicos no Brasil:
a necessidade de um novo padrão de intervenção estatal 299
Carlos Augusto Grabois Gradelha, José Gomes Temporão

Autores

Antônio Ivo de Carvalho
Médico Sanitarista, Mestre em Saúde Pública, Professor e pesquisador do NUPES/ENSP/FIOCRUZ

Carlos Antonio de S. T. Santos
Estatístico, Mestre em Saúde Comunitária, Doutorando em Saúde Pública - ISC - UFBA

Carlos Augusto Grabois Gadelha
Economista, Doutorando do Instituto de Economia da UFRJ e Membro da Assessoria de Planejamento Estratégico da Fundação Oswaldo Cruz

Eduardo Hage Carmo
Médico, Mestre em Saúde Comunitária, Doutorando em Saúde Pública - ISC - UFBA

Eleutério Rodrigues Neto
Médico, professor de saúde coletiva da Universidade de Brasília, ex-presidente do CEBES, ex-secretário geral do MS (85-86)

Emerson Elias Merhy
Médico Sanitarista e Professor da UNICAMP Campinas/1996

F. Roland Schramm
Professor de Bioética e de Filosofia da Ciência. Pesquisador Adjunto da Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública/Departamento de Ciências Sociais.

Gastão Wagner de Sousa Campos
Médico Sanitarista e Professor de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UNICAMP.

Jairnilson Silva Paim
Professor Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia Pesquisador 1-A do CNPQ

José Gomes Temporão
Professor da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e ex-Presidente Nacional do CEBES

Leila Denise Alves Ferreira
Estatística, Bolsista do CNPQ - ISC - UFBA

Lenir Santos
Procuradora da UNICAMP. Presidente do Conselho Superior do Instituto de Direito Sanitário Aplicado - IDISA

Lilia Blima Schraiber
Professora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP - Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, Brasil.

Maria Helena Machado
Professora da Escola Nacional de Saúde Pública, Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde/ DAPS - Fiocruz - Rio de Janeiro, Brasil.

Maurício Lima Barreto
Médico, PhD em Epidemiologia, Professor Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia

Sueli Gandolfi Dallari
Diretor, Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário, Livre-docente em Direito Sanitário, Universidade de São Paulo

Paulo Amarante
Mestre em Medicina Social, Doutor em Saúde Pública, Coordenador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (LAPS), do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES), da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Presidente Nacional do CEBES

Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Professor-Doutor, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Pedro Ribeiro Barbosa
Professor/Tecnologista da Escola Nacional de Saúde Pública FIOCRUZ; Coordenador de Ensino Sensu Lato e do Programa de Formação em Gestão Hospitalar.

Ricardo Lafetá Novaes
Professor Doutor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) - Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, Brasil.

Sonia Fleury
Professora da Escola Brasileira de Administração Pública- EBAP da Fundação Getúlio Vargas, Psicóloga, Mestre em Sociologia, Doutora em Ciências Políticas

Sueli Gandolfi Dallari
Diretora, Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário, Livre-docente em Direito Sanitário, Universidade de São Paulo.

Introdução

Este não é um livro de memórias e nem sequer a história oficial do CEBES. A iniciativa de celebrar os 20 anos das lutas do CEBES pela democratização da saúde partiu da necessidade de reafirmar, na conjuntura atual de revitalização das ideologias e políticas conservadoras, não apenas as bandeiras que foram empunhadas durante estes anos, mas também as conquistas que alcançamos como fruto de todo este processo.

Quando a reforma do Estado tem sido reduzida, meramente, a seu conteúdo tecnico-gerencial, que, ainda que essencial, não dá conta, ou mesmo pretende, alterar a própria natureza do Estado enquanto poder institucionalizado, é preciso lembrar que a Reforma Sanitária, que foi gestada no interior do CEBES, é, essencialmente, uma reforma democrática do Estado, que em muito transcende o âmbito setorial.

É inétido em nossa história de autoritarismos vários, a capacidade de formular uma reforma social tão profunda desde a sociedade, construindo ao mesmo tempo um projeto e seus atores, de tal forma que logrou alcançar a hegemonia necessária para se transformar em política pública. A interação sociedade/Estado/sociedade, neste processo, é elucidativa das inúmeras possibilidades que podem ser criadas pela democracia, sem ser preciso que adotemos ou um medidas autoritárias tão ao gosto de nossas elites de plantão, nem mesmo um modelo liberal de democracia que é estranho à nossa cultura política e às nossas instituições.

Não apenas as mudanças profundas na conjuntura internacional, gerando novas modalidades de produção e de articulação a uma economia cada vez mais globalizada sob a hégide de valores individualistas e pouco solidários, mas também as próprias contradições geradas no processo de institucionalização do SUS-Sistema Único de Saúde, demarcaram os limites, possibilidades, paradoxos e desafios que estão por ser enfrentados.

A vontade de celebrar os 20 anos do CEBES nos levou a buscar comemorar esta data de uma maneira que mantivesse o mesmo espírito que podemos identificar como *cebiano*: a abertura de um diálogo, através de uma publicação que pudesse socializar a polêmica desenvolvida por alguns autores acerca das questões que nos inquietam atualmente. Para tanto, seria necessário resgatar a dialética relação entre produção do conhecimento e orientação da prática política, que tão bem caracterizou a trajetória do CEBES.

Neste sentido, esta coletânea não trata apenas do nosso passado, ou meramente especula sobre o futuro, trata de entender as questões do presente, que são fruto de nossa história e cuja resposta encaminhará o amanhã. Para tão estimulante tarefa convidamos alguns companheiros a participar conosco do debate que estruturamos em quatro partes:

"A Saúde como Paradigma", onde os textos de Jairnilson Paim e Sonia Fleury buscam analisar o paradigma sanitário e o paradigma político da reforma sanitária.

Nas "Condições de Vida da População Brasileira" o texto de Mauricio Barreto e colaboradores procura dar conta das transformações ocorridas no perfil epidemiológico

nacional, durante este últimos 20 anos, dando um sentido de realidade às nossas especulações, seguindo o conselho de nosso amigo Giovanni Berlinguer.

Na "Reforma do Estado", Eleutério Rodrigues analisa a estratégia e táticas adotadas ao privilegiar a via do parlamento para transitar a reforma, Antonio Ivo de Carvalho reflete sobre a construção da cidadania e as alterações introduzidas no Estado por meio da gestão colegiada, Gastão Campos polemiza ao analisar as práticas de saúde no SUS, enquanto Emerson Merhy avalia os dilemas do SUS a partir da necessidade de mudar a lógica do processo de trabalho, Pedro Barbosa discorre sobre os desafios da gestão hospitalar, Paulo Amarante reconstitui e analisa a trajetória da Reforma Psiquiátrica e sua contribuição ao resgate do sujeito e Sueli Dallari e Paulo A. C. Fortes resgatam a inovação representada pela constituição do direito sanitário como campo teórico e de prática social.

Nos "Desafios", Ricardo Lafetá enfreta a dificil tarefa de fazer um balanço da relação biológico/social em nossa produção teórica e na prática política, Roland Schramm prenuncia a passagem de uma ética individual para uma ética pública, Maria Helena Machado e Lilia Schraiber propõem uma nova agenda para os estudos dos recursos humanos em saúde enquanto Carlos Gadelha e José Gomes Temporão propugnam por um novo padrão de intervenção estatal na produção de fármacos e imunobiológicos.

Certamente muitas outras questões poderiam ser acrescentadas à estas, e certamente o serão. Não tivemos a pretensão de sermos capazes de dar conta de todas as múltiplas temáticas, análises e perspectivas que seria possível produzir ao tomar como objeto as lutas do CEBES. Neste sentido, esta é uma visão necessáriamente parcial, e por isto convida ao debate. Dentro das limitações enfrentadas, procuramos ser fiéis à trajetória e aos valores que orientaram as práticas do CEBES: a necessidade buscar na teoria a análise correta da realidade, de tal forma que seja possível gerar uma prática política capaz de transformá-la a partir de uma nova configuração desejada, um projeto consensualmente pactado entre as forças sociais que buscam a democratização da saúde e do Brasil.

SONIA FLEURY

Saúde como Paradigma

Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira

Introdução

O movimento pela democratização da saúde que tomou corpo no Brasil durante a segunda metade da década de setenta possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, sustentado por uma base conceitual e por uma produção teórico-crítica. Diversos estudos e artigos publicados nos últimos vinte anos, especialmente através do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), atestam a vitalidade desse movimento e, contemplam, com distintas ênfases, os aspectos político-ideológicos, organizativos e técnico-operacionais da Reforma Sanitária. Mesmo que o debate desenvolvido não chegue a configurar um novo paradigma (Fleury, 1992), teve a importância de questionar a concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, além de apontar diversas relações entre a organizaçãos dos serviços de saúde e a estrutura social.

No presente texto, procurar-se-á discutir certos elementos da base conceitual desse projeto que permitiram o questionamento do paradigma biomédico dominante nas políticas públicas e nas instituições sanitárias bem como a busca de paradigmas alternativos.

O termo paradigma é originado do grego com o sentido de mostrar, manifestar (Garcia, 1971). Utilizado na análise do desenvolvimento científico (KUHN, 1975), trazia a idéia de um conjunto de pressupostos, conceitos e valores aceitos e compartilhados por uma comunidade científica em uma determinada disciplina. Nas palavras do referido autor paradigmas seriam *"as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência"* (Kuhn, 1975:13). Em determinados momentos de crise, entretanto, ocorreria uma ruptura em relação ao conjunto vigente com a emergência de teorias científicas estabelecendo-se novos enfoques para uma disciplina em questão. É nessa acepção mais precisa que a noção de paradigma tem sido empregada em epistemologia. Contudo, não será a privilegiada neste texto.

Outra conotação do termo paradigma aproxima-o à idéia de modelo. Representaria uma forma simplificada e esquemática de expressar a realidade, isto é, a apresentação de um fenômeno atendendo somente às suas características mais significativas (Garcia, 1971). Trata-se, portanto, de um objeto artificial ou abstrato-formal concebido para reproduzir nas suas leis e seus efeitos os fenômenos relacionados com os objetos reais ou empíricos (Almeida Filho & Paim, 1982). No caso da saúde, a clássica tríade do agente-hospedeiro-ambiente empregada para ilustrar a multicausalidade seria um exemplo. Do mesmo modo, o modelo da história natural da doença (Arouca, 1976) ao

indicar os diferentes estágios do processo saúde/doença, incluindo os períodos pré-patogênico e patogênico, seria um outro exemplo. No que diz respeito à organização de serviços de assistência à saúde, o enfoque sistêmico representou um paradigma predominante nos estudos e propostas referentes ao setor saúde, especialmente nas décadas de setenta e oitenta.

Há ainda um uso frequente da expressão paradigma que corresponde a um conjunto de noções, representações e crenças, relativamente compartilhadas por um determinado segmento de sujeitos sociais tornando-se um referencial para a ação. Essa idéia de paradigma, ainda que se aproxime a do senso comum, tem sido utilizada frequentemente em diversos campos e, em particular, no âmbito da saúde.

Como a concepção que orientou a elaboração deste livro teve como perspectivas o resgate e a crítica da ideologia do movimento sanitário, além do balanço das suas práticas e bases conceituais, tomaremos emprestada a noção de "paradigma sanitário", associada às duas últimas acepções em vez daquela mais rigorosa concernente a abordagem kuhniana.

As Concepções de Saúde do Movimento Sanitário

Para apreender as concepções de saúde que constituiram o "paradigma sanitário" faz-se necessário examinar, preliminarmente, o movimento reformista através do seu braço acadêmico: os departamentos de medicina preventiva e social e as escolas de saúde pública ou seus equivalentes. Nesse particular, caberia recuperar parte do marco conceitual do movimento preventivista, especialmente no que se refere à proposta da Medicina Integral (*Comprehensive Medicine*) como disciplina do currículo médico (Silva, 1973) e a sua estratégia de operacionalização nos serviços de saúde, ou seja, a Medicina Comunitária (Paim, 1976; Donnângelo, 1976).

No caso da Medicina Integral, o modelo da história natural das doenças (HND) assumia na fase pre-patogênica a concepção ecológica do processo saúde/doença, representada por uma balança em que um dos pratos era constituído pelo agente e o outro pelo hospedeiro (o indivíduo) e o ponto de apoio ou fulcro era representado pelo ambiente (físico, biológico e sócio-cultural). Na etapa patogênica, o modelo recorria à fisiopatologia para indicar a evolução das lesões ou alterações físico-químicas no corpo anátomo-fisiológico. Para cada um desses estágios era possível acoplar ao modelo os distintos níveis de prevenção - promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano (recuperação) e reabilitação. Assim, as medidas de promoção e proteção à saúde aplicadas aos indivíduos na fase pré-patogênica corresponderiam a chamada "prevenção da ocorrência". Já as ações realizadas no período patogênico visando o diagnóstico precoce, a recuperação e a reabilitação da saúde corresponderiam à "prevenção da evolução". Consequentemente, no marco conceitual erigido pelo movimento preventivista encontravam-se o modelo HND e as noções de multicausalidade, normal, patológico e processo saúde/doença. Incorporava-se, portanto, uma visão ontológica e uma visão dinâmica acerca da desenvolvimento da doença, sugerindo um modo duplamente otimista de enfrentar os agravos à saúde, seja eliminando o agente, seja restaurando o equilíbrio (Arouca, 1976).

No que se refere à Medicina Comunitária, constata-se uma busca de racionalidade para os serviços de saúde enfatizando-se noções outras como regionalização e hierarquização de serviços, participação comunitária, multiprofissionalidade, etc (Cordoni, s/d). Através de projetos de demonstração (momento focal) e de programas de extensão de cobertura (momento ampliado) novos aportes conceituais, metodológicos e operativos surgiram a partir das disciplinas de planejamento e administração tais como análises de custo-benefício e custo-efetividade, programação, planejamento participativo, sistema de informação, etc (Paim, 1986).

Na medida em que a compreensão e crítica das propostas de Medicina Preventiva e de Medicina Comunitária eram desenvolvidas no Brasil e em alguns países latino-americanos, com estímulo de certos setores da Organização Panamericana de Saúde (OPS), verificou-se um renascimento da Medicina Social inspirada nos princípios que fundamentaram a sua emergência na Europa em meados do século XIX. Nessas tentativas de delimitação do campo disciplinar eram explicitados os conteúdos do novo paradigma:

"Considera-se saúde e doença como um único processo que resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio. Esta interação se desenvolve nos espaços sociais, psicológico e ecológico, e como processo tem dimensão histórica (...). A saúde é entendida como o estado dinâmico de adaptação a mais perfeita possível às condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica (...). A doença é considerada, então, como manifestação de distúrbios de função e estrutura decorrentes da falência dos mecanismos de adaptação, que se traduz em respostas inadequadas aos estímulos e pressões aos quais os indivíduos e grupos humanos estão continuamente submetidos nos espaços social, psicológico e ecológico" (Silva, 1973:31-32).

Nesse sentido, a produção teórica desenvolvida nas décadas de setenta e de oitenta permitia apontar a emergência de um paradigma alternativo em Saúde Coletiva centrado em dois conceitos fundamentais: *determinação social das doenças* e *processo de trabalho em saúde*. O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social, permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade. Não cabe no momento revisar a significativa produção científica dessa corrente teórica mas assinalar que este paradigma orientava muitas das proposições do movimento de democratização da saúde, não apenas no que se referia à saúde do trabalhador e às políticas de saúde, mas naquilo que dizia respeito a uma totalidade de mudanças que passava pelo setor saúde e implicava alterações mais profundas em outros setores, no Estado, na sociedade e nas instituições (Paim, 1992).

Entendendo o movimento sanitário como *"um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto"* (Escorel, 1988:5), três tipos de práticas foram identificadas pela autora para a sua caracterização: a prática teórica (a construção do saber), a prática ideológica (a transformação da consciência) e a prática política (a transformação das relações sociais). Ainda que o estudo dessas diferentes práticas seja fundamental para a compreensão do movimento, parece insuficiente para responder certas questões presentemente postas no processo da Reforma, particularmente no que se refere ao momento tático-operacional.

Essas práticas identificadas no âmbito do movimento representam distintas dimensões da prática social mas não a esgotam. Entendendo prática social como *"conjunto das práticas que se inter-determinam dentro de um todo social dado"* (Herbert, 1976:200),

caberia destacar a questão das *práticas de saúde* que integram esse conjunto complexo de práticas presentes em um processo social. As práticas de saúde constituem, também, uma prática social mas retêm suas especificidades. Tais práticas se articulam e dispõem, concomitantemente, de elementos técnicos e sociais (econômicos, políticos e ideológicos). São, enfim, práticas estruturadas de classe (Donnângelo, 1976; Mendes-Gonçalves, 1979).

Procedendo uma analogia com o movimento preventivista - *"um dos principais fundamentos teóricos do movimento sanitário que deu origem ao processo hoje denominado Reforma Sanitária"* (Fleury, 1988:195), esta autora sugeria um novo paradigma para tal *projeto*:

"Partindo da análise dos processos de trabalho e do conceito-chave de organização social da prática médica, tal movimento opera uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada bem como de sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder as demandas prevalentes, organizado de forma democrátcia em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento" (Fleury, 1988:196).

Nessa perspectiva, o conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes assumido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e posteriormente incorporado pela Constituição da República e pela legislação infra-constitucional fundamenta-se em parte da produção teórico-crítica da Saúde Coletiva no Brasil. Do mesmo modo, os princípios e diretrizes relativos ao direito à saúde, à cidadania, à universalização, à equidade, a democracia e a descentralização conferem uma atualidade dessa produção, sobretudo pela contribuição das ciências sociais ao campo da Saúde Coletiva. Já as propostas de sistema único de saúde, de rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, de atendimento integral, de participação da comunidade, e de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, presentes naquele arcabouço jurídico, tiveram como matriz conceitual o paradigma originário do movimento preventivista e da saúde comunitária.

Os Obstáculos da Prática da Reforma Sanitária

Os impasses relativos à realização dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária nas relações entre os serviços de saúde, trabalhadores do setor e os usuários/cidadãos não podem ser explicados, obviamente, pelos limites dos seus paradigmas. Existem situações muito concretas e objetivas que têm sido apontadas como responsáveis pelas distorções verificadas nas tentativas de implantação do projeto da Reforma Sanitária (Paim, 1989), ao se distanciar do que fora concebido originalmente, tal como se pode verificar no trecho:

"A análise da conjuntura não indica, portanto, um tempo próximo favorável à concretização de todas as proposições formuladas na VIII CNS. Evidentemente que certos avanços poderão ocorrer a partir dos resultados da implantação do SUDS, nos textos das constituintes estaduais e das leis orgânicas dos municípios e da saúde, entre outros. Mas a crise fiscal do Estado não parece ter solução próxima. A dívida externa constrange a economia e o financiamento dos serviços públicos fica comprometido. Se o SUDS era uma possibilidade da passagem de políticas racionalizadoras para políticas democratizantes do setor saúde, a Reforma Sanitária, enquanto expressão dessas últimas, é impensável sem os investimentos necessários à ampliação da rede pública de serviços" (Paim, 1991:114).

Desse modo, distintas perspectivas de análise e de posições político-ideológicas apontaram para muitas das ambiguidades do projeto reformista (Gallo, 1995). O debate verificado ao final dos oitenta sobre a natureza e o estágio da Reforma Sanitária Brasileira ilustra parcialmente seus impasses. Muitos questionamentos foram feitos por companheiros que defendiam a Reforma Sanitária movidos, certamente, pelo intuito de fazê-la avançar o mais rapidamente possível, sem comprometer os seus traços fundamentais. É compreensível que muitos centrassem a sua atenção não apenas naquilo que consideravam mais importante para o avanço mas, também, em função de posições político-ideológicas e de inserções político-institucionais diversas. O trecho a seguir ilustra parte daquelas ambiguidades:

"As Ações Integradas de Saúde (AIS) eram consideradas como estratégicas para a implantação da Reforma Sanitária mas a sua defesa não deveria representar nenhum empecilho para seu início (da Reforma). Os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) são considerados como um passo fundamental para a Reforma, assim como a criação de um Sistema Único de Saúde. Ambos, porém, não devem ser confundidos com a própria Reforma" (Arouca, 1988:2).

Se a Reforma Sanitária não eram as AIS, não eram os SUDS nem o SUS, o que seria, afinal, a Reforma Sanitária? Talvez essa fosse uma das perguntas que mais atormentava as cabeças dos seus militantes. Tratar-se-ia de um ideal a ser perseguido que, apesar dos passos dados, jamais seria alcançado? Ou seriam apenas manifestações parciais de uma totalidade na dependência do ângulo pelo qual se dirigisse o olhar?

Ainda que não se questionasse o projeto da Reforma Sanitária nem a busca de uma teoria para o mesmo, foi criticada a "via prussiana" de operar modificações reformistas no modelo assistencial e aqueles que estavam adotando uma concepção restrita da Reforma Sanitária *"escudados em um pensamento de fundo conservador, o da dialética do possível"* (Campos, 1988:189).

Se a Reforma Sanitária é um processo que passou pelas AIS e SUDS, ainda que não se confundisse com os mesmos, sofreu a implantação distorcida do SUS (conduzida por muitos dos seus oponentes), e não se restringe a uma reforma administrativa, caberia resgatar nesse tortuoso percurso, até mesmo para reforçar o moral dos militantes e combatentes, as vitórias conquistadas e os elementos eventualmente concretizados. Os esforços para a unificação e descentralização (Cordeiro, 1991; Brasil, 1993), bem como as tentativas, de mudança do modelo assistencial hegemônico (Teixeira & Paim, 1990; Merhy et alii, 1991; Campos, 1992; Mendes, 1993; Cecílio, 1994; Ayres, 1994; Teixeira & Melo, 1995; Schraiber et alii, 1996) nos últimos anos, inscrevem-se nesse resgate.

Contudo, compõe a radicalidade do projeto a consciência de que o mesmo integra uma totalidade de mudanças, inclusive de órdem ética e cultural. Nesse sentido deve fazer parte dessa radicalidade uma certa distância entre realidade e projeto na medida em que novos propósitos sejam historicamente estabelecidos. Não fora assim o risco seria o conformismo e o conservadorismo. Mas a referência a uma Reforma que nunca se reconhece na realidade, enquanto *processo*, e uma reiteração obsessiva *do que não é* Reforma Sanitária tem também o risco do fatalismo e do imobilismo.

Se a leitura da crise do setor saúde efetuada pelo projeto da Reforma implicava a reorganização dos sistema de saúde, a gestão democrática e o planejamento participativo, como não considerar, seriamente, os resultados alcançados nesses componentes técnico-institucionais? Se a unidade dialética entre a construção de um saber, a ideologia e as

práticas tem uma história que precisa ser contada e ensinada, a unidade dialética da teoria da Reforma Sanitária com a práxis no sistema de serviços de saúde tem que ser, progressivamente, posta em prova gerando acumulações de fatos político-sociais.

Não parece convincente, portanto, aguardar o "Grande Dia" em que seria declarada, finalmente, a implantação da Reforma Sanitária. Muito menos esperar que todos os objetivos perseguidos resultem ações concretas a partir das práticas teórica, política e ideológica do movimento sanitário. Se o triedro da Saúde Coletiva é o conhecimento, a consciência sanitária e a organização do movimento e as três faces da luta contra-hegemônica são o saber, a ideologia e a prática política (Fleury, 1988), cabe discutir, concretamente, onde realizá-los. Tratar-se-iam de elementos exclusivos dos movimentos sociais que operam na sociedade civil e têm horror do Estado e dos seus aparelhos ou, enquanto componentes da contra-hegemonia deveriam ser acionados na arena de luta que a realidade apresentasse, seja no Estado ampliado, seja nas instituições, seja na sociedade civil no sentido estrito.

Mesmo no início do processo da Reforma Sanitária esta era vista como um projeto social que enfrenta impasses na construção e na condução - aspectos do denominado "dilema reformista" (Fleury, 1988) e já se questionava se o paradigma adotado seria capaz de dar conta da complexidade e da abrangência do projeto. Reconhecia-se, ainda, *"que a atuação governamental tende a tornar absolutos os aspectos racionalizantes da Reforma Sanitária, minando, dessa forma, sua base política, imprescindível para que essse processo transcenda os limites administrativos"* (Fleury, 1988:204). Isto faz supor que a insistência de distinguir a Reforma Sanitária enquanto *projeto* relativamente "puro" do seu *processo* em que apareceriam seus elementos contraditórios de concretização, sejam racionalizadores, sejam democratizantes, corresponderia a cautela de não reforçar seus componentes técnico-administrativos e técnico-operacionais às custas do sacrifício *"de uma base social, uma coalizão de forças, cuja unidade é construida em torno do desejo, da utopia"* (Fleury, 1988:205).

Para além da polêmica entre a "dialética do possível" e a "dialética do desejo" havia uma ameaça mais grave pairando sobre todos:

"Este quadro fortalece a tese de que a Reforma Sanitária não tem saída se confinada aos limites de uma reforma administrativa setorial na qual a lei, simplesmente, estabeleça a organização do Sistema Único de Saúde. Permanecendo estreitas as suas bases financeira e política corre o risco de se desmoralizar perante a população. Contra esses riscos novos esforços devem ser envidados nos campos cultural e político. A reconceitualização das necessidades de saúde e a crítica das práticas sanitárias apresentam-se como pertinentes deslocando-se a ênfase da questão dos serviços para as condições de saúde e seus determinantes. Tais alternativas precisam ser exploradas para facilitar a repolitização da saúde numa conjuntura que tende a banalizar o projeto da Reforma Sanitária" (Paim, 1991:115).

Desafios Teóricos e Práticos para a Reforma Sanitária Brasileira

Não obstante certas perplexidades que acompanharam o processo reformista, ao lado da crise de financiamento e dos retrocessos político-institucionais, significativos esforços teórico-conceituais e técnico-operativos foram realizados na primeira metade da década de noventa buscando superar as lacunas teóricas e as ausências de práticas solidárias ao processo da Reforma Sanitária.

No que diz respeito à *reconceitualização das necessidades de saúde*, procura-se recuperar os aspectos culturais envolvidos na sua definição e, especialmente, seus componentes psicológicos e subjetivos:

"Saúde e doença, bem-estar e mal-estar são fenômenos não apenas físicos que se manifestam pelo bom ou mal funcionamento de um órgão, mas ao mesmo tempo possuem uma dimensão psicológica que passa pelo vivenciar e pela emoção de cada indivíduo. São fenômenos que possuem uma dimensão sócio-cultural, coletiva, e outra psicobiológica, individual, que não deveriam ser dicotomizadas. Devem então ser compreendidos enquanto parte do modo de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada um" (Vaitsman, 1992:157-158).

Ao questionar a noção economicista das necessidades humanas, a autora critica o chamado "conceito ampliado de saúde" por restringir-se à concepção de saúde como resultado das formas de organização da produção. Mesmo admitindo que as relações de classe geradas no processo social da produção determinem desigualdades nas condições de vida e de saúde, ressalta que existem outros fatores também relevantes como gênero, cor, idade, entre outros, que contribuem para acentuar tais desigualdades. Lembrando a existência de um conjunto mais amplo de necessidades humanas - subsistência, proteção, afeto, compreensão, participação, lazer, criação, identidade e liberdade - a autora apresenta a seguinte reconceitualização de saúde:

"A existência de saúde, que é física e mental - está ligada a uma série de condições irredutíveis umas às outras (...) É produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem formas de organizaação da vida cotidiana, da sociabilidadede, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resusltante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. Uma concepção de saúde não-reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo. Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho mas também do lazer - ou da sua ausência, por exemplo - do afeto, da sexualidade, das relações com o meio amiente. Uma concepção ampliada da saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases (...)" (Vaitsman, 1992:171).

No que se refere à *crítica às práticas sanitárias*, poderia também ser entendida como contribuição à luta contra o risco da banalização da Reforma Sanitária a reflexão teórica sobre práticas de saúde e tecnologias (materiais e não materiais), particularmente a elaboração do conceito de *modelo de organização tecnológica do trabalho* (Mendes-Gonçalves, 1991). O privilegiamento do conceito de *práticas de saúde* poderia até não ser considerado na análise política do movimento sanitário ou no estudo da formulação de macropolíticas governamentais, mas seria imprescindível para balizar a implementação de um projeto com a amplitude e a ousadia que marcaram a Reforma Sanitária. Tratar teoricamente a especificidade dessas práticas e induzir experiências críticas e inovadoras fazia-se necessário não apenas para reformar o "final da linha" ou o "colóquio singular" (Fleury, 1988) mas também para superar certos equívocos presentes na trincheira técnico-institucional da luta pela construção da Reforma Sanitária Brasileira.

Assim, as práticas de saúde constituem uma prática social e apresentam, simultaneamente, uma dimensão técnica e uma dimensão social (econômica, política e ideológica). A tecnologia presente nas práticas de saúde, por conseguinte, não é uma questão externa da prática social devendo ser considerada nuclear para a sua redefinição. Aceitando-se a tese de que a Reforma Sanitária é construida por um movimento que

articula as práticas teórica, política e ideológica numa luta contra-hegemônica, deve-se considerar, também, a hipótese de que parte significativa da Reforma Sanitária *se realiza* no plano técnico-institucional no encontro de indivíduos ou cidadãos com a burocracia e com os agentes das práticas de saúde. Comporia a "vida concreta dos homens" ou a "prática empírica", isto é, a *"relação concreta entre a a prática técnica e a prática política em uma sociedade dada"* (Herbert, 1976:200-201). Faz sentido, no entanto, a advertência embutida na reflexão exposta a seguir:

"Como a reprodução social não se orienta, entretanto, basicamente, nem pela falta de lógica das ideologias, nem pela consistência teórica de suas críticas (...), impõe-se aproveitar essa experiência histórica (a Saúde Pública em São Paulo nos anos 70 e a Reforma Sanitária no Brasil dos anos 80) como lição para as ações futuras que pretendam transformar as práticas de saúde (...). Nenhuma perspectiva tecnocrática terá doravante como justificar-se diante de seus fracassos, quaisquer que sejam seus méritos lógicos ou científicos, o que quer dizer que haverá sempre que buscar sólidas e profundas bases de apoio à ação transformadora no tecido social, para que ela possa viabilizar-se, e mesmo que deva então seguir o rítmo lento dos atalhos transversais e das retiradas" (Mendes-Gonçalves, 1991:101-102).

A Busca de Outros Paradigmas

Ainda como parte dos esforços acima mencionados, cabe registrar o desenvolvimento de uma linha de pesquisa sobre práticas de saúde em distintos centros acadêmicos e a experimentação de modelos assistenciais, de planejamento e de gestão. A valorização da dimensão subjetiva dessas práticas, das vivências dos usuários e dos trabalhadores do setor, além de uma preocupação com a constituição dos sujeitos sociais, tem proporcionado espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e práticas abrindo outras perspectivas de reflexão e de ação. Do mesmo modo, a revisão crítica mais recente de alguns paradigmas, elaborados em outros contextos e reatualizados no Brasil, tais como o "campo de saúde" (Lalonde, 1974), a promoção da saúde (Otawa), a vigilância à saúde (Mendes, 1993), confere novos sentidos para as perguntas formuladas pelo movimento sanitário na década de oitenta.

Assim, entre os paradigmas que contemplam o processo saúde/doença destaca-se o chamado "campo da saúde" (Lalonde, 1974), composto por quatro polos:

- biologia humana: maturidade e envelhecimento, sistemas internos complexos e herança genética;
- sistema de organização dos serviços: recuperação, curativo e preventivo;
- ambiente: social, psicológico e físico;
- estilo de vida: participação no emprego e riscos ocupacionais, padrões de consumo e riscos da atividade de lazer.

Apesar do simplismo que lhe caracteriza, esse modelo teria influenciado, a reforma do sistema de saúde canadense (Terris, 1984). Tendo conseguido maior difusão na última década, representa uma versão ampliada do preventivismo ao propiciar as noções de prevenção primordial, intervenção individual e intervenção populacional. Noutra perspectiva, a revalorização contemporânea da promoção da saúde (OPS,1989; OPS, 1990) e a revisão crítica da "Teoria e Prática da Saúde Pública" (PAHO, 1993) e a renovação da proposta "Saúde para Todos", baseada nas noções de equidade,

solidariedade, sustentabilidade e integralidade (WHO, 1995; WHO, 1996), poderão, também, influenciar a formulação de políticas de saúde.

No que se refere ao paradigma assistencial da "Promoção da Saúde", ressalta-se na Carta de Otawa, durante a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, que *"a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a conservação dos recursos, a justiça social e a equidade são requisitos fundamentais para a saúde"* (Mendes, 1993:11). Esta concepção encontra-se presente entre os secretarios municipais de saúde que subscreveram a Carta de Fortaleza e tende a ser difundida pela ação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Carta, 1995).

O fenômeno saúde tem sido também pensado na América Latina como expressão das condições ou do modo de vida, especialmente nas suas articulações com quatro dimensões da reprodução social: a reprodução biológica onde se manifesta a capacidade imunológica e a herança genética; a reprodução das relações ecológicas, que envolve a interação dos indivíduos e grupos com o ambiente residencial e do trabalho; a reprodução das formas de consciência e comportamento, que expressam a cultura; e a reprodução das relações econômicas, onde se realizam a produção, distribuição e o consumo (Castellanos, 1987a). A partir desse modelo, são identificados diferentes espaços e estratégias de intervenção sanitária. Assim, para o *espaço singular* (indivíduo) teríamos as *estratégias de alto risco*. Para o *espaço particular* (grupos sociais) haveria as *estratégias populacionais*(Finalmente, para o *espaço geral* (modelos econômicos) dispríamos das *políticas de saúde* (Castellanos, 1987b).

No que diz respeito às respostas sociais ao fenômeno saúde/doença, o modelo de "vigilância à saúde" constitui-se numa "prática sanitária que organiza os processos de trabalho em saúde, sob a forma de operações, para confrontar prooblemas de enfrentamento contínuo, num território determinado" (Mendes, 1993), especialmente através de intervenções setoriais organizadas. Ao utilizar o modelo de vigilância em saúde que considera esquematicamente o processo saúde/doença na coletividade e as intervenções centradas sobre danos, riscos e determinantes sócio-ambientais (PAIM, 1993) esse paradigma estimula uma reatualização da reflexão sobre as noções de promoção da saúde e qualidade de vida (Souza & Kalichman, 1993; Schraiber & Mendes-Gonçalves, 1996).

Algumas possibilidades de adoção desses paradigmas e modelos assistenciais alternativos têm sido criadas pela municipalização, pela distritalização e por certas iniciativas de articulação entre a universidade, os serviços e a comunidade. Nesse particular, modelos tecno-assistenciais de base epidemiológica, tais como oferta organizada, as ações programáticas em saúde, a vigilância em saúde, políticas públicas saudáveis, etc, já resultam da reatualização e crítica dos paradigmas sanitários. Certas experiências desenvolvidas no Brasil em municípios como Santos, Campinas, São Paulo (área do Butantã) e Curitiba permitem considerar a pertinência desses esforços, além de por em discussão propostas como as políticas públicas saudáveis (PAHO, 1993) ou as cidades saudáveis (Carta, 1995).

Considerando a reflexão em curso sobre modelos de atenção em saúde e as iniciativas inovadoras de alguns municípios e distritos sanitários no Brasil pode-se afirmar que a Reforma Sanitária, enquanto *processo*, mantem-se viva apesar dos obstáculos econômicos, políticos e ideológicos que historicamente enfrenta. A intensa participação social verificada nas etapas municipal, estadual e nacional das conferências de saúde no Brasil (CEBES & ABRASCO, 1992) reitera a vitalidade do *projeto*. A própria

temática da X Conferência Nacional de Saúde e os debates nela realizados estimulam a ousadia de construir um modelo de atenção voltado para a qualidade de vida.

Portanto, a discussão entre as finalidades das práticas de saúde e o seu objeto, meios de trabalho e atividades bem como a análise das relações técnicas e sociais do trabalho em saúde como via de aproximação entre os modelos assistenciais e de gestão, constituem desafios teóricos e práticos para a Reforma Sanitária Brasileira nos anos que hão de vir. Do mesmo modo, as interações entre propósitos, métodos e organização tal como concebido pelo postulado de coerência, ao estabelecer as vinculações com o papel do Estado, com a Teoria e com a História (Testa, 1995), poderão representar alguns caminhos investigativos que respaldem novos passos para a Reforma Sanitária no Brasil.

Comentários Finais

Nos tópicos anteriores constata-se que a Reforma Sanitária tem sido tratada como movimento, proposta, projeto e processo. Seriam conceitos distintos em estado prático?

Houve textos consultados em que todos esses termos foram empregados. Ao mesmo tempo afirmava-se que *"a reforma sanitária é simultaneamente bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças"* (Arouca, 1988:3). Assim, poder-se-ia concluir que a Reforma Sanitária é uma *proposta* que encerra um conjunto de princípios e proposições tal como disposto no Relatório Final da 8a. CNS. É também um *projeto* pois consubstancia um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária, uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas. É ainda um *processo* porquanto a proposta formulada não se conteve nos arquivos nem nas bibliotecas mas transformou-se em bandeira de luta, articulou um conjunto de práticas, e teceu um projeto político-cultural consistente enquanto prática social, tornando-se História. Trata-se, consequentemente, de um conjunto complexo de práticas (inclusive práticas de saúde) que integram a prática social.

Enquanto totalidade de mudanças a contemplar questões como estrutura do SUS, ciência e tecnologia, produção, modernidade, e controle social (Arouca, 1988), a Reforma Sanitária demanda por paradigmas que não se esgotem nas práticas teórica, política e ideológica. O conceito de totalidade empregado para se referir à situação de saúde reabre o espaço para a discussão da prática social que dá conta dessa realidade. As práticas de saúde, têm, como já foi assinalado, uma natureza técnica porém são, ao mesmo tempo, práticas sociais com dimensões econômicas, ideológicas e políticas.

Questões referentes à ciência e tecnologia ou a certos aspectos da modernidade não são externas à situação de saúde mas uma das suas dimensões. A tecnologia, enquanto meio de trabalho acionado nas práticas de saúde, faz parte da situação sanitária a ser modificada pela Reforma. Assim, tanto as tecnologias materiais quanto as não materiais precisam ser recriadas tendo em conta as reconceitualizações acerca do objeto das práticas de saúde e da instauração de novas relações sociais nas diferentes modalidades de prestação de serviços de saúde (Paim, 1993a). Nesse particular, cabe ressaltar não só as tecnologias utilizadas no cuidado a saúde de carater individual e coletivo mas também o conjunto de técnicas referentes ao planejamento, gestão, informação, comunicação, etc.

A abertura para a filosofia e para a arte, representa outra via progressivamente explorada pelas reflexões e propostas atuais no campo da Saúde Coletiva:

"Além das condições específicas do trabalho em saúde, entre outros, para propiciar avanços no sentido da constituição objetiva dos espaços da ação comunicativa, nos sentidos já apontados, há um outro, ainda relativamente mais inexplorado, mas cujas promessas teóricas são mais decisivas: trata-se evidentemente da presença essencial dos consumidores de serviços de saúde, dos educandos, dos receptores de mensagens, dos fruidores das objetivações estéticas, dos necessitados de filosofias" (Mendes-Gonçalves, 1995;23).

Assim, a discussão de valores que informam as práticas e, especialmente, os que orientam as escolhas, seja nas consultas individuais, seja nas intervenções de carater coletivo, está possibilitando, presentemente, repensar a autonomia dos agentes, ao lado das questões mais estruturais remetidas à análise do processo de trabalho em saúde (Schraiber, 1995). Do mesmo modo, o diálogo iniciado com diferentes manifestações artísticas, recusando o dirigismo (Capinan, 1995) mas convidando para outras leituras da realidade, especialmente no que se refere ao "mundo subjetivo", permite cogitar modelos de atenção para a qualidade de vida fundamentados num "agir comunicativo" que leve em conta as dimensões psicológicas e culturais dos problemas de saúde (Paim, 1995a), particularmente os vinculados ao modo de vida (doenças cardio-vasculares, AIDS, violência, transtornos mentais, etc). Se a arte é amiga da vida pode ser da saúde, também (Paim, 1995b).

Apesar de todos essas iniciativas, não é ocioso lembrar que o chamado paradigma flexneriano continua orientando a organização dos serviços de saúde no sentido de reforçar o modelo médico hegemônico (Paim, 1994). Dirigentes, empresários, trabalhadores de saúde, população e mídia continuam reproduzindo tal paradigma ao reduzir o sistema de saúde a um conjunto de estabelecimentos de assistência médico-hospitalar, centrados no diagnóstico e na terapêutica alopática.

Evidentemente que o modo de vida prevelescente na sociedade brasileira, prenhe de desigualdades e gerador de doenças e agravos, produz incessantemente uma população necessitada de serviços médicos que não pode ser ignorada. Não há, portanto, como conter essa demanda "espontânea", seja produzida pelo sofrimento, pela miséria, ou mesmo pela oferta de serviços médicos. Mas a reorientação do *sistema de atenção a doença* vigente para a construção de um *sistema de saúde* que, além de controlar danos e riscos preocupe-se com os determinantes sócio-ambientais da saúde (PAIM, 1993b), impõe novos desafios. Enfatizar a promoção da saúde, a qualidade de vida e do ambiente, a prevenção das doenças reorganizando a assistência médico-hospitalar – eletiva e emergencial – em função de modelos assistenciais centrados na oferta organizada e na vigilância em saúde, pode ser um dos caminhos. Nessa perspectiva, modelos de atenção voltados para a qualidade de vida, requerem paradigmas alternativos tais como os que se tem tentado, ultimamente, no Brasil.

O repensar dos paradigmas, pressupostos e fundamentos teóricos da Reforma Sanitária não pode, desse modo, aprisionar-se na conexão com as práticas estritamente políticas. Para que a Reforma Sanitária não crie falsos dilemas faz-se necessário que tal conexão seja acompanhada por um conjunto de iniciativas no âmbito das instituições, serviços de saúde e grupos sociais, tal como se observa nos processos de municipalização e distritalização voltados para a adoção de modelos assistenciais, de planejamento e gestão alternativos. E para que o "otimismo da prática" não caia no idealismo ou no voluntarismo cabe lembrar que a Reforma Sanitária ainda dispõe de um referencial

teórico fundamental: a filosofia da praxis - dialógica, plural, comunicativa (Gramsci, 1966; Habermas,1990).

A vigilância crítica contra os desvios tecnocráticos do proceso da Reforma Sanitária não deve conduzir ao equívoco oposto de desqualificar as bases técnico-científicas para a sua implementação nem ignorar os obstáculos ainda presentes na burocracia e na administração pública brasileira, bem como nas questões políticas e econômicas mais gerais. Do mesmo modo, a práxis necessária à geração de novos paradigmas e a mudança do conteúdo das práticas de saúde requer a elaboração de tecnologias nas áreas da atenção, do planejamento, da epidemiologia, da comunicação, entre outras, progressivamente orgânicas ao projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J.S. Contribuição à crítica da abordagem sistêmica em saúde. In: PAIM, J.S. & ALMEIDA FILHO, N. *Introdução à Crítica do Planejamento de Saúde. Textos Didáticos*. Universidade Federal da Bahia, Salvador-Bahia, 1982 p.24-36.

AROUCA, A.S. da S. A história natural das doenças. *Saúde em Debate,* 1:15-19, 1976.

AROUCA, A. Reforma sanitária brasileira, *Tema/Radis*, *11*: 2-4, 1988.

AYRES, J.R. de C.M. Ação programática e renovação das práticas médico-sanitárias: saúde e emancipação na adolescência. *Saúde em Debate*, 42:54-58, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde. A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*. Brasília, 1993a.67p.

CAPINAN, J.C. Aleatória janela. In: OPS/OMS *Informação e Comunicação Social em Saúde.* Brasília, 1995, p. 43-49 (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 15).

CAMPOS, G.W. de S. A Reforma Sanitária Necessária. In: BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G.W.de S. *Reforma Sanitária - Itália e Brasil.* HUCITEC-CEBES, São Paulo, 1988, p.179-194.

CAMPOS, G.W. de S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde em Debate*, 37:16-19, 1992.

CARTA de Fortaleza. *Saúde em Debate*, 48:77-78, 1995.

CASTELLANOS, P.L. *Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico*. Colombia, 1987, 15p. presentado en Congreso Latino Americano, 4 y Congreso Mundial de Medicina Social, 5, Medellin, Colombia, Julio 1987a.

CASTELLANOS, P.L. *Epidemiologia y organización de los servicios.* Mexico, 1987b. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, 88).

CEBES-ABRASCO Saúde é Qualidade de Vida. *Saúde em Debate*, 36:7-18, 1992.

CECILIO, L.C. de (org.) *Inventando a mudança na saúde.* HUCITEC, São Paulo, 1994, 334p.

CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde.* Ayuri Editorial/ABRASCO, Rio de Janeiro,1991. 184p.

CORDONI Jr. L. Medicina Comunitária: O conceito se materializa... Espaço para a Saúde/NESCO. Curitiba, Ano 1, No. 0:11-12, s/d,

DONNÂNGELO, M.C.F. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976, 124p.

ESCOREL, S. Revirada na saúde *Tema/Radis*, *11*:5-7, 1988.

FLEURY, S. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G.W.de S. *Reforma Sanitária - Itália e Brasil.* HUCITEC-CEBES, São Paulo, 1988, p.195-207.

FLEURY, S. Democracia e saúde. In: FLEURY, S. (org.) *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, 1992, p.9-12.

GALLO, E. (org). *Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. HUCITEC/ ABRASCO. São Paulo-Rio de Janeiro, 1995, 154p.

GARCIA, J.C. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Educ. Med. y Salud*, 5(2):130-164, 1971.

GRAMSCI, A. *Concepção Dialética da História*. Ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1966, p.91-139.

HABERMAS, J. *Teoria y praxis. Estudios de filosofia social.* 2a. ed. Madrid, Ed Tecnos, 1990, 439p.

HERBERT, T. La práctica teórica y las ciencias sociales. In: VERON, E. *El proceso ideologico*. Editorial Tiempo Contemporaneo. 3a. ed., Buenos Aires, 1976, p.197-223.

KUHN, T.S. *A estrutura das revoluções científicas.* Ed. Perspectiva, São Paulo, 1975, 257p

LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians: a work document.* Otawa, 1978.

MENDES, E.V. A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário. In: OPS *A vigilância à saúde no distrito sanitário.* Representação do Brasil, Brasília, 1993, p.7-19. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 10)

MENDES GONÇALVES, R.B. *Medicina e história.Raizes sociais do trabalho médico*. Dissertação de mestrado, área de Medicina Preventiva do Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1979, 209p.

MENDES GONÇALVES, R.B. O processo tecnológico do trabalho em saúde. *Divulgação em Saúde Para Debate*, 4:97-102, 1991.

MENDES GONÇALVES, R.B. Seres humanos e práticas de saúde: comentários sobre "razão e planejamento". In: GALLO, E. (org). *Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade*. HUCITEC/ABRASCO. São Paulo-Rio de Janeiro, 1995, p.13-31.

MERHY, E.E.; CECILIO, L.C. de O.; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as confer6encias de saúde. *Saúde em Debate,* 33:83-89, 1991.

OPS *El Modelo de Prestación de Servicios de Salud. 1 - La recuperación de la salud. Promoción de liderazgo y formación avanzada en salud pública.* Taller de análisis del Modelo de Prestación de Servicios de Salud. 1 - Recuperación de la Salud. Lima, 20-24 noviembre, 1989, OPS: Washingtos, D.C; 1989 (Documento de discussión; tercer borrador).

OPS *El Modelo de Prestación de Servicios de Salud. 2 - Estrategia de prevención. Promooción de liderazgo y formación avanzada en salud pública.* Taller de análisis del Modelo de Prestación de Servicios de Salud. 2 Estrategia de prevención. São Paulo, 30 de abril - 4 de mayo 1990. OPS: Washington, D.C; 1989 (Documento de discussión; segundo borrador).

PAIM, J.S. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, (1):9-12, out./dez. 1976.

PAIM, J.S. *Saúde, Crises, Reformas*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBa, 1986, 250 p.

PAIM, J.S. Nascimento e Paixão de uma Política de Saúde. *Saúde em Debate* 27: 5-11, 1989.

PAIM, J.S. A Universidade e a Reforma Sanitária. *Divulgação em Saúde Para Debate*, 4:108-116, 1991.

PAIM, J.S. Collective Health and the challenges of practice. In: PAHO, *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate*. Washington, D.C.: PAHO, 1992, p.136-150

PAIM, J. S. A reorganização das praticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.* HUCITEC - ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, 1993a p. 187 - 220.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (org.) *Epidemiologia e Saúde*. MEDSI, Rio de Janeiro, 1993b p. 455 - 466.

PAIM, J.S *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994, p.9-51.

PAIM, J.S Informação e comunicação social em saúde: janelas abertas para a arte e para a vida. In: OPS/OMS *Informação e Comunicação Social em Saúde.* Brasília, 1995a, p. 55-58 (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 15).

PAIM, J.S. Resenha: Memórias da Saúde Pública - a fotografia como testemunha (Coordenadora: Maria da Penha C. Vasconcelos). *Saúde em Debate*, 47:70, 1995b.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *On the theory and practice of public health: one debate, several perspectives.* Washington, D.C., 1993. (PAHO - Human Resources Development Series, 98).

SCHRAIBER, L.B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde em Debate, 47*:28-35, 1995.

SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (org.) *Saúde do Adulto. Programas e ações na unidade básica.* HUCITEC, São Paulo, 1996 290p.+anexos.

SILVA, G.R. da S. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo*, 28(2):31-35.

SOUZA,M.de F.M. & KALICHMAN, A. O. Vigilância à saúde: Epidemiologia, serviços e qualidade de vida. In: ROUQUAYROL, M.Z. (org.) *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro, MEDSI Editora, 1993, p.467-476.

TEIXEIRA, C.F.; MELO, C. (org.) *Construindo distritos sanitários. A experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo.* HUCITEC/COOPERAÇÃO ITALIANA EM SAÚDE. São Paulo-Salvador, 1995, 107p.

TEIXEIRA, M. da G. L. C.; PAIM, J.S. *Os programas especiais e o novo modelo assistencial*, Cadernos de Saúde Pública, RJ, 6 (3): 264-277, jul/set 1990.

TERRIS, M. Newer Perspectives on the Health of Canadians: Beyond the Lalonde Report. *J. of Public Health Policy*, 5(3):327-337,1984.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação. O caso da saúde.*HUCITEC/ABRASCO, São Paulo- Rio de Janeiro, 1995, 306p.

VAITSMAN, J. Saúde, Cultura e Necessidades. 1992. In: FLEURY, S. (org.) *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, 1992, p.157-173.

WHO *Renewing the Health-for-All Strategy. Elaboration of a policy for equity, solidarity and health.* Gineva, 1995, 37p.

WHO *Renovación de la estrategia de salud para todos. Informe del Drector General sobre los progresos realizados*. A49/12, 4 de marzo de 1996, 6p.

A QUESTÃO DEMOCRÁTICA NA SAÚDE

Sonia Fleury

Saúde e Democracia

A constituição da Saúde Coletiva como campo do saber e espaço de prática social foi demarcada pela construção de uma problemática teórica fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social, tendo como conceito articulador entre teoria e prática social, a organização social da prática médica, capaz de orientar a análise conjuntural e a definição das estratégias setoriais de luta. Assim, enquanto a noção de determinação social nos remetia à estrutura produtiva, subsumindo ao econômico o político e o ideológico, o conceito de organização social da prática médica situava-se ao nível político, ainda que operando uma segunda redução da problemática do poder, ao nucleá-la a partir de sua dimensão de materialização institucional.

As decorrências desta construção teórico-política foram já apontadas em relação à centralidade que a atuação do Estado passaria a ter como campo privilegiado de intervenção e desenvolvimento das lutas políticas. No entanto, esta mesma concepção pode ser responsabilizada pela estruturação de um movimento social tão importante como tem sido o movimento sanitário neste últimos 20 anos, bem como por sua institucionalização através do CEBES-Centro Brasileiro de Saúde Coletiva.

A construção de um ator político passa pelo reconhecimento de um "nós" por oposição a "eles", ou seja, pela construção de uma identidade simbólica que possa diferenciar um certo grupo dos demais, bem como dar a ele a possibilidade de representar-se diante de si e dos outros. Trata-se, portanto, de um conceito relacional de poder, supondo que a construção do "um" se dá por diferenciação do "alter". Esta representação, só deixa de ser individual, no sentido de privado, para alcançar uma dimensão pública, quando a definição do projeto deste grupo articula-se a uma concepção geral do mundo, transcendendo seus interesses individuais e corporativos.

Tal se verificou, na luta pela democratização da saúde, já que, ainda que oriunde de um grupamento de profissionais e intelectuais da área de saúde , o movimento sanitário se propõe a incorporar em sua luta as demandas da sociedade como um todo, partindo da consideração de que as condições de exercício profissional estão submetidas às mesmas determinações que se responsabilizam pela precariedade da saúde da população. Esta expansão do grupo é parte do processo de construção de hegemonia, isto é, de uma nova relação entre classe/Estado/Sociedade[1].

Entretanto, a eficácia da ação política de um ator social não decorre apenas de seu momento de construção de uma identidade política mas fundamentalmente, em termos leninistas, do momento estratégico-militar, no qual são construídos os instru-

mentos de luta dos quais dependerá a possibilidade de alteração real da correlação de forças. Ou seja, parafraseando Gramsci, é quando as ideologias se tornam partido, que se está colocando em questão a hegemonia dominante.

Neste sentido, a institucionalização do movimento sanitário através da criação do CEBES, alcançando assim constituir-se em um verdadeiro partido sanitário, foi capaz de organizar as diferentes visões críticas do sistema de saúde, definindo um projeto comum e estratégias e táticas de ação coletiva. O CEBES representou a possibilidade de uma estrutura institucional para o triedro que caracterizou o movimento da reforma sanitária brasileira: a construção de um novo saber que evidenciasse as relações entre saúde e estrutura social; a ampliação da consciência sanitária onde a Revista Saúde em Debate foi, e continua sendo, seu veículo privilegiado; a organização do movimento social, definindo espaços e estratégias de ação política.

No editorial do número 1 da Revista Saúde em Debate, de 1976 pode-se ler: "A análise do setor saúde como componente do processo histórico-social vem sendo feita de forma frequente por estudiosos, que nem sempre encontram os veículos de divulgação mais apropriados. Saúde em Debate pretende ampliar e levar adiante tais discussões, no sentido de reafirmar a íntima relação existente entre saúde e a estrutura social"[2].

Já no editorial da revista no 10 reafirma-se o papel político da entidade, na condução do movimento sanitário: "O Centro de Estudos, como articulador do saber com a prática política tem assegurado hoje, mais do que nunca, a sua função de formulação de contra-políticas e definição de novos 'modelos' de atuação, frente a um quadro institucional em transformação e grupos de profissionais e contingentes da população em processo de definição política e encaminhamento de suas lutas"[3].

No entanto, tal protagonismo na condução do processo de formulação de contra-políticas não esteve imune ao debate nacional sobre as diferentes concepções e estratégias democráticas que passaram a permear toda a trajetória do CEBES. No editorial da Revista Saúde em Debate no 3, de 1977, encontramos uma divisão explícita entre uma orientação mais "institucional" e outra, orientada de forma mais "movimentista":

"Existem duas concepções da atuação do CEBES, não excludentes, que polarizam os interesses de grande numero de associados. A primeira afirma o CEBES como aglutinador das tendências renovadoras do setor saúde, em nível profissional, com o objetivo de coordenar esforços para desenvolver políticas de saúde mais adequadas à realidade brasileira (ou 'necessidades sanitárias da população').

A segunda concepção, sem subestimar o trabalho realizado nas entidades de profissionais de saúde, quer desenvolver atividades voltadas mais diretamente à comunidade, através de suas várias organizações (Sociedades Amigos de Bairros, Sindicatos, Clubes de Mães, entidades estudantis etc.).

Na realidade as duas concepções se harmonizam quando o CEBES é concebido como um movimento de opinião.... trata-se então de desenvolver o CEBES como um órgão democrático e que preconiza a democratização do setor saúde, recebendo todas as contribuições que atendam aos objetivos de uma Reforma Sanitária, que deve ter como um dos marcos a unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada, crescente, possibilitando sua influência nos níveis decisórios e ampliando o acesso aos serviços de saúde de boa qualidadade"[4].

Apesar da posição do Editorial buscar a conciliação entre as duas posições apontadas, em torno a um projeto comum de sistema democrático de saúde, certo é que

tais contradições foram vividas intensamente pelo movimento sanitário, e, talvez, por toda a sociedade brasileira, durante o processo de transição, caracterizando diferentes concepções e estratégias democráticas que podemos designar como democracia como conflito, democracia como movimento e democracia como institucionalidade .

A proposta de democracia com a qual se trabalhava nos anos 70 tinha um forte conteúdo anárquico e contra-cultural, na medida em que se rebelava contra todo processo de normalização e institucionalização do poder, vistos como rede de macro e micro-poderes que, por meio de um conjunto de práticas sociais, subordinavam a energia criadora e potencialmente revolucionária a uma ordem que reproduzia, desde sua macro-estrutura até aos comportamentos e símbolos, a engrenagem da dominação. A democracia era vista como comportando um elemento social que se traduzia na proposta de desalienação da população e sua consequente organização em direção a uma melhor apropriação da riqueza social. O mecanismo que permitiria esta passagem seria a participação popular, mística do desvendamento das estruturas da dominação e da criação de uma nova lógica de ordenação das relações de poder, marca que pode ser encontrada em situação tão paradigmática como foi o Projeto Montes Claros[5].

O conflito seria, pois, o caminho através do qual se poderia desmontar as estruturas de dominação, ao mesmo tempo em que, ao assim proceder, se estaria produzindo a desalienação do sujeito que se constitui por meio de sua participação. A postulação do conflito como estratégia de redirecionamento das práticas sociais implica no reconhecimento das diferenças e na sua elaboração ao nível político, entrando em contradição com toda perspectiva homogeneizadora, mesmo aquela que recorta a realidadade a partir do seu conteúdo classista.

Bastante influenciada pelo pensamento "foucaultiano" e de outros intelectuais europeus vinculados ao movimento contra-cultural, tal corrente vai progressivamente perdendo vigor dentro do movimento sanitário, restando apenas sua influência na reforma psiquiátrica, para a qual a questão do resgate do sujeito é a essência mesma do movimento reformador.

Uma perspectiva política de orientação mais "movimentista" se associa ao próprio surgimento e crescimento do Partido dos Trabalhadores e das Comunidades Eclesiais de Base, orientada por uma perspectiva de mobilização da comunidade e socialização política, vivendo, no entanto, a contradição crescente entre tomar o Estado como alvo de suas críticas e de suas demandas, ao mesmo tempo em que pretendia que sua luta pelo poder se circunscresse ao âmbito societário. Não por acaso, esta contradição se desenvolve, algumas décadas depois, com a forte presença dos governos municipais do Partido dos Trabalhadores sendo os principais implementadores das reformas institucionais democratizadoras, tanto na saúde como em outras áreas da gestão pública.

A perspectiva democrática "institucionalista", predominante a partir dos anos 80, recorreu ao conceito estratégico de desenvolvimento da consciência sanitária como forma de articulação de diferentes níveis, possibilitados pela concomitância do corpo biológico com o corpo socialmente investido; o corpo produtivo. A articulação se daria entre a experiência singular do sofrimento, a vivência das necessidades vitais, e a dimensão pública do indivíduo enquanto cidadão, portanto, portador de um conjunto de direitos e deveres diante do Estado, e, sua inserção na luta entre dominados e dominadores, aos quais remetem tanto as carências vitais quanto a negação dos direitos sociais. Em outros termos, assumindo o carater dual da saúde, como valor universal e núcleo subversivo de desmontagem da ordem social em direção à construção de uma

nova correlação de forças, o movimento sanitário pretendeu ressignificar politicamente a noção de cidadania, dando a ela um caráter transformador.

A Reforma Sanitária, desde esta posição política, foi por mim definida como referindo-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único sob a égide do Estado[6].

O dilema reformista, enfrentado como tensão permanente durante todo o processo da Reforma Sanitária, estava dado a partir da interpelação cidadã e da luta pelo direito à saúde, o que implicava necessáriamente tomar o Estado - em seu aparato jurídico e administrativo - como locus privilegiado das práticas reformadoras. Para isto, o que se requeria era a ampliação de alianças e a construção de um novo consenso e de uma nova institucionalidade, enquanto a transformação social das práticas sanitárias e a construção de sujeitos políticos e suas estratégias de enfrentamento do conflito provocava tensões, fragmentações e dissensos.

A posição do CEBES foi consolidada no documento apresentado no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, em outubro de 1979, onde foi apresentada a plataforma programática do movimento sanitário, alcançando adesão de parlamentares e sindicalistas, dando início a uma trajetória que culminaria com a inscrição destas propostas na Constituição Federal de 1988. É impressionante reler aquele documento e verificar o grau de amadurecimento da proposta reformadora, dez anos antes de se transformar em norma legal, no que se define uma saúde autenticamente democrática como:

"1. o reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homem, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde.
2. o reconhecimento do caráter sócio-econômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis.
3. o reconhecimento da responsabilidade parcial, porém intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população.
4. o reconhecimento, finalmente, do caráter social deste Direito e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação das condições supra mencionadas[7]".

Para viabilizar tais propostas, são enunciadas medidas concretas contra o empresariamento da medicina, pela gratuidade da atenção médica, pela criação do Sistema Único de Saúde, pela atribuição ao Estado da responsabilidade na administração deste sistema, que deverá coordenar a planificação e execução de uma política nacional de saúde; pelo estabelecimento de mecanismos financeiros capazes de sustentar o sistema, pela descentralização do sistema de saúde que garanta maior controle social e participação política, pela regulação da prática médica privada, pela definição de uma estratégia de produção e distribuição de medicamentos.

A constituição do movimento sanitário como ator político adotou como estratégia, por um lado, a difusão e a ampliação da consciência sanitária, com vistas a alterar a

correlação de forças e a inserir-se no processo de construção de uma sociedade democrática. Por outro lado, sob a bandeira Saúde e Democracia (ou seria, Saúde é Democracia?), o movimento da Reforma Sanitária alia a eficiente organização política do movimento social com a busca da formulação de um projeto alternativo para o sistema de saúde, alcançando ser, ao início do processo de democratização, um ator político impossível de ser ignorado. Além de ter formado quadros técnicos que estavam aptos a assumir a condução das instituições formuladoras de políticas, era, inegavelmente, o único portador de um projeto reformador consistente e amplamente acordado.

Portanto, a relação da Reforma Sanitária com a democracia revelou-se com toda sua complexidade: como formulação doutrinária que corporifica, na política pública, os ideais igualitários;como frente de luta e arena na qual se construiram, reforçaram-se ou reformularam-se identidades políticas; como processo de transformação da gestão social e reforma democrática do Estado, dentro dos limites constitucionais.

Democracia e Teoria

Quando se fala em teoria da democracia seria mais próprio se falar em democracias, já que não existe democracia no singular, mas sim um conjunto diferenciado de concepções e mecanismos de governo. Neste sentido, seria necessário clarificar de qual democracia estamos falando quando afirmamos que o movimento sanitário alcançou vincular saúde e democracia, através de sua prática teórica e social. Para tanto, torna-se oportuno rever as principais concepções de democracia oriundas da teoria política.

Bobbio[8](1994:37) procura simplificar esta difícil tarefa encontrando dois sentidos básicos para o conceito de democracia: "É inegável que historicamente "democracia" tem dois significados prevalecentes, ao menos na origem, conforme se ponha em maior evidência o conjunto das regras cuja observância é necessária para que o poder político seja efetivamente distribuído entre a maior parte dos cidadãos, as chamadas regras do jogo, ou o ideal em que um governo democrático deveria se inspirar, que é o da igualdade. À base dessa distinção costuma-se distinguir a democracia formal da substancial..."

No caso da democracia formal, o princípio reitor é a liberdade, que precederia, para os jusnaturalistas a própria organização política, definindo os direitos individuais como liberdades individuais que definem os limites da ação do Estado. Além dos direitos individuais, e para preservá-los da ditadura da maioria, a ênfase é dada nos procedimentos necessários à garantia do gozo das liberdades em uma sociedade complexa. O mecanismo de representação e as regras de eleição daqueles que tomam decisões que afetam à toda a coletividade - o governo representativo - passa a ser o foco central do debate sobre a democracia liberal.

No caso da democracia substancial, prepondera o conteúdo ético baseado na solidariedade e no desenvolvimento integral da comunidade política, assegurando a participação mais ampla possível à cidadania, quer seja no exercício do poder político, quer seja na distribuição das riquezas sociais. Esta visão socializante da democracia é encontrada desde os escritos clássicos de Rousseau[9], para quem a soberania não pode ser representada, até autores como Lenin[10], para quem a democracia burguesa, e seu intrumentos como a representação, são reduzidos a uma mera ditadura de classe, sem

se dar conta que sua ausência viria a comprometer as formas de democracia direta de base.

Os modelos alternativos de democracia, dentro da teoria política liberal, ganham sua mais clara conformação na proposta de Schumpeter[11], no caso da democracia representativa, e no de Macpherson[12], para a democracia participativa.

Schumpeter (1984:337) define: "o método democrático é aquele acordo institucional para se chegar a decisões políticas em que os indivíduos adquirem o poder de decisão através de uma luta competitiva pelos votos da população".

Chaui (1990:138)[13] chama a atenção para a relação entre Estado interventor e economia oligopólica embutida nesta definição e resume os traços do modelo schumpeteriano: a) a democracia é um mecanismo para escolher e autorizar governos, a partir da existência de grupos que competem pela governança, associados em partidos políticos e escolhidos pelo voto; b) a função dos votantes não é a de resolver problemas políticos, mas a de escolher homens que decidirão sobre quais são os problemas políticos e como resolvê-los - a política é uma questão de elites dirigentes; c) a função do sistema eleitoral, sendo a de criar o rodízio dos ocupantes do poder, tem como tarefa preservar a sociedade contra os riscos da tirania; d) o modelo político baseia-se no mercado econômico fundado no pressuposto da soberania do consumidor e da demanda que, na qualidade de maximizador racional dos ganhos, faz com que o sistema político produza distribuição ótima de bens políticos; e) a natureza instável e consumidora dos sujeitos políticos obriga à existência de um aparato governamental capaz de estabilizar as demandas, reforçar acordos e moderar os conflitos. Em outros termos, a burocracia é imprescindível para manter um certo equilíbrio entre procura e oferta de bens públicos.

A crítica a este modelo assinala o esvaziamento do conteúdo moral da democracia bem como a pressuposição de que o homem político seja essencialmente um consumidor e apropriador, reduzindo a participação cidadã à escolha dentre as ofertas políticas elaboradas pelas elites, o que provocaria tanto a alienação como a perda de legitimidade da própria representação democrática (partidos, sistema eleitoral, governo).

Macpherson (1978:94) vai mais além ao afirmar que "um sistema de elites em competição com um baixo nível de participação pelos cidadãos é uma *exigência* de uma sociedade em que há desigualdade".

Em uma combinação original de pluralismo e corporativismo, Hirst[14] (1992:13) faz igualmente a crítica da democracia representativa e do socialismo, propondo como solução viável "o gerenciamento econômico por meio da coordenação dos grandes interesses sociais e da orquestração do acordo pela negociação entre os grupos de interesse". Faz em seguida a defesa do corporativismo e do pluralismo (modalidades de representação de interesses geralmente vistas como antitéticas por outros autores, já que implicam em situações opostas do ponto de vista da relação entre Estado e sociedade, e da mesmo quanto à competição no interior da sociedade), concluindo: "o que se afirma aqui é que a representação corporativa dos interesses organizados pode *fortalecer* a democracia, no sentido de aumentar a influência popular sobre o governo, e não a debilita, como supõem muitos críticos do corporativismo (1992:13)". "As formas mais sofisticadas de pluralismo não pretendem abolir a democracia representativa e substituí-la por um sistema novo e único de democracia funcional. O que pretendem é multiplicar os corpos representativos e complementá-los por formas de representação funcional de interesses organizados (1992:15)".

Em outras palavras, trata-se de buscar novos mecanismos em um corporativismo societário e competitivo, que restitua a funcionalidade do modelo de democracia representativa, em crise nos dias atuais.

Partindo também da crítica à democracia representativa já Macpherson procura formular um modelo de democracia participativa enfatizando os movimentos sociais e a ampliação do espaço político pela sociedade civil. Diferentemente dos modelos anteriores - voltados, em termos concretos, para a estruturação da engenharia institucional da democracia - o modelo de Macpherson (1978:114) é mais bem um projeto, com toda a carga de utopia que carrega este termo, no qual busca combinar os mecanismos da democracia representativa com aqueles experimentados como modelo piramidal de participação direta e indireta dos cidadãos, através de conselhos. "A combinação de um aparelho democrático piramidal direto e indireto com a continuação de um sistema partidário parece essencial. Nada, a não ser um sistema piramidal, incorporará qualquer democracia direta numa estrutura de âmbito nacional de governo, e exige-se certa significativa quantidade de democracia direta para o que quer que se possa chamar de democracia de participação. Ao mesmo tempo, partidos polítcos em concorrência devem ser presumidos, e partidos cujas reivindicações não casem coerentemente com o que se possa chamar de democracia liberal deverão ser repelidos".

O próprio Macpherson (1978:115) acredita que seu modelo de democracia participativa seja compatível com a democracia liberal, a meu ver, no mesmo sentido que Bobbio (1994:43) afirma que o encontro entre liberalismo e democracia se dá com o método democrático como salvaguarda dos direitos fundamentais da pessoa, que, por sua vez, é condição para o correto funcionamento do método democrático.

Acerca deste encontro nos fala outro teórico da democracia, Robert Dahl[15] quando identifica dois eixos histórico-analíticos de desenvolvimento político das sociedades: o eixo da liberalização, referente ao grau de institucionalização alcançado pelas regras de competição política e acatamento dos seus resultados, e o eixo da participação, referindo-se à proporção da população à qual direitos e liberdades são garantidos (Santos, 1993:27).

A situação ideal de democracia corresponderia ao encontro entre o desenvolvimento máximo nos dois eixos, ou seja, quando a maior aceitação das regras de competição institucionalizadas também correspondesse à maior participação dos cidadãos. Como não costuma ocorrer uma sincronia entre a evolução dos dois eixos encontramos situações históricas onde primeiro houve a institucionalização da competição entre as elites, para só depois abrir a participação na competição para a população (caso anglo-saxão), e casos em que as oligarquias foram progressivamente incluindo maiores contingentes da população em sistemas de participação (nem sempre eleitoral, na América Latina a incorporação se deu por meio da proteção social), mesmo que as regras do jogo político ou não existissem ou não fossem respeitadas. Para Dahl, o caminho via liberalização é menos instável que a alternativa via participação, chamando atenção para o componente de governança requerido para a estabilidade democrática. Para Santos, mais do que instabilidade, a incorporação via políticas sociais, distributivas, em um contexto de baixa institucionalização política leva ao populismo irresponsável, que se torna, progressivamente, um elemento antagônico à necessária institucionalização política.

A ênfase de tais autores na constitucionalização como aspecto fundamental da democracia liberal, que posteriormente viria a encontrar um conteúdo mais democrático com a ampliação da participação, é crucial para o entendimento do predomínio assumido

pela conformação de um corpo jurídico-institucional nos processos históricos de democratização. No entanto, deixam de tomar em conta dois aspectos cruciais para a democracia: em primeiro lugar, a necessidade que um processo institucional que assegure a igualdade básica da cidadania seja acompanhado de uma realidade social compatível, isto é, onde a desigualdade de renda esteja minimizada; e, em segundo lugar, o fato de que o encontro entre liberalização e participação embora não defina o modelo de participação adotada, o que quer dizer que não qualifica a democracia que se funda no encontro entre os dois eixos, termina por subsumir a participação ao espaço estrito do governo representativo.

O dilema entre representação (enquanto formato adotado predominantemente para institucionalização da competição) e participação também se coloca para os marxistas, tendo sido expresso por Poulantzas[16](1981:293) em termos da opção polarizada entre a aceitação do Estado existente, introduzindo modificações secundárias que não alteram a natureza do estatismo social-democrata e do parlamentarismo liberal, ou, alternativamente, ater-se apenas à democracia direta de base, o que para o autor conduz inelutavelmente a um despotismo social-democrata ou a uma ditadura dos especialistas.

A saída deste dilema seria: "como compreender uma transformação radical do Estado articulando a ampliação e o aprofundamento das instituições da democracia representativa e das liberdades (que foram também conquista das massas populares) com o desenvolvimento das formas de democracia direta na base e a proliferação de focos autogestores, esse é o problema essencial de uma via democrática para o socialismo e de um socialismo democrático".

A proposta de uma via democrática para um socialismo democrático feita por Poulantzas consiste em transformar, fortalecer e/ou criar os centros de resistência difusos, que as massas sempre tiveram no seio das redes estatais, em centros efetivos de poder, o que não significa uma sucessão progressiva de reformas mas um movimento de rupturas reais da relação de forças no interior do Estado. Para tanto, trata-se de fugir da perspectiva de uma luta interna nos aparelhos do Estado tanto quanto de uma estratégia de luta fisicamente exterior a estes aparelhos, para pensar uma estratégia frontal de poder dual: lutas populares de movimentos e proliferação de democracia direta na base acompanhadas da constituição de núcleos reais de poder popular no seio do Estado (o que não se confunde com uma via eleitoral ou parlamentar).

Na tentativa de sumarizar o debate teórico acerca da democracia podemos assinalar como pontos cruciais:

- a democracia não pode prescindir da dimensão liberal representada pela defesa das liberdades individuais básicas;
- por conseguinte, a juridicização das relações políticas é uma consequência inevitável, já que as liberdades se objetivam em um corpo de direitos positivos e instituições estatais;
- a cidadania, como dimensão pública dos indivíduos resgata a mediação entre Estado e sociedade, materializando-se em uma pauta de direitos e deveres, restituindo e revitalizando a comunidade política;
- a cidadania enquanto um processo de inclusão na comunidade política é uma expressão do processo de expansão da hegemonia, pelo qual o Estado restrito se transforma em um Estado ampliado;
- a burocracia estatal é requerida como fundamento da igualdade política dos cidadãos;

- neste sentido, a cidadania não pode deixar de ser compreendida em toda sua complexidade contraditória: entre o individual e o coletivo; entre o público e o privado; entre homogeneidade e singularidade;
- a participação cidadã nas decisões coletivas que afetam a comunidade política deve ser reguardada por um corpo de regras reconhecidas e aceitas, em relação à representação dos interesses e negociação dos conflitos;
- o sistema de representação com base territorial e a definição da participação através dos mecanismos de organização partidária e de competição eleitoral têm sido escolhido como aquele que melhor garante a igualdade de condições para que as opiniões individuais sejam consideradas nas decisões coletivas;
- imprescindíveis para garantir a participação democrática e a legitimidade do governo, tais mecanismos, são, no entanto, considerados como insuficientes, em função da distribuição desigual de recursos que condicionam a participação dos diferentes grupos na sociedade e pela limitado espectro de poder de decisão da cidadania em sistemas representativos;
- a cidadania, como concepção igualitária, requer a positivação dos direitos sociais e a atuação estatal como garantia de sua vigência;
- a dimensão social da democracia, representada pelo valor atribuído à igualdade, revela os limites da democracia representativa, exigindo novas formas concomitantes de participação no poder político;
- a combinação do sistema de representação territorial com uma modalidade de representação corporativa, pretende ampliar assim o poder da cidadania, reduzindo as disfuncionalidades do sistema representativo;
- a combinação do sistema representativo com a participação direta em organizações públicas auto-geridas pretende transformar a correlação de forças, alterando o equilíbrio da hegemonia dominante, conformando um novo Estado, em sua dimensão tanto de pacto de domínio quanto de modalidade de co-gestão pública implementada por governos locais[17].

Saúde: Utopia e Prática Social

O projeto da Reforma Sanitária portava um modelo de democracia cujas bases eram, fundamentalmente: a formulação de uma utopia igualitária; a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática.

Ao traduzir a noção de equidade como o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, abolindo qualquer tipo de discriminação positiva ou negativa, a Reforma Sanitária assume a igualdade como valor e princípio normativo, formulando um modelo de ética e de justiça social fundado na solidariedade, em uma comunidade políticamente inclusiva.

A proposição de um sistema igualitário, em uma das sociedades mais fortemente marcadas pela diferenciação e segmentação sociais revela que o imaginário social não

se deixou abater por esta dura realidade e nem mesmo pelo sentimento de fracasso das utopias que se denominou como pós-modernismo. Na contra-mão das tendências predominantes, que entronizaram o pragmatismo e o individualismo como valores universais, o modelo da Reforma Sanitária fundou-se em uma utopia democrática igualitária, opção política consistentemente formulada e assumida como mobilizadora das diferentes forças sociais que se somariam a este projeto.

Ainda que alguns detratores da Reforma tenham tomado esta posição igualitária como ingenuidade ou mero proselitismo, face à incapacidade de sua operacionalização, certo é que a formulação de uma utopia democrática não poderia ser avaliada em termos de viabilidade, mas sim de sua capacidade de gerar e concentrar poder. Exatamente por ser uma proposta formulada no interior de uma sociedade marcada pela vivência cotidiana da desigualdade e da exclusão sociais, a adoção de uma utopia igualitária tem o caráter de contestação de toda a ordem política, para além das formas jurídicas.

No entanto, a tradução deste modelo de ética e justiça social em um sistema de saúde de acesso universal e igualitário, garantido legalmente, não se dá de forma imediata, muito menos sem deixar transparecer as profundas desigualdades que segmentam a sociedade brasileira e as novas tendências societárias, que valorizam o individualismo e a produção, em uma economia que pressupõe cada vez mais a inserção diferenciada.

A convivência e simultaneidade de padrões democráticos baseados nos direitos individuais e na igualdade, existentes na forma legal e a experiência cotidiana de adequação à uma sociedade altamente hierarquizada e discriminadora, através de seus conhecidos rituais de passagem entre estes dois mundos,[18] bem como a inexistência de um projeto nacional de desenvolvimento que tomasse a questão da desigualdade e exclusão como o cerne da questão democrática, acabaram por minar as possibilidades de concretizar um sistema igualitário de saúde.

Ao contrário, em uma situação de crise econômica e ajuste liberal, com redução do gasto público e da atuação redistributiva do Estado, como a que enfrentamos nos últimos anos, a segmentação social manifesta-se como predomínio da lógica individualista, na qual cada um busca defender seus interesses egoístas, transformando a política pública em palco da disputa de privilégios corporativos. Neste processo, as redes de solidariedade se decompõem e os intrumentos de ação coletiva são revertidos em uma forma de anomia sócio-institucional, que perverte o sentido público da ação política.

A dura verdade se revela como aprendizagem a partir das dificuldades na implantação do projeto da Reforma Sanitária: NÃO SE CRIA IGUALDADE POR LEI, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei.

As consequências na organização do sistema de saúde foram marcantes: cada um dos atores, grupos ou instituições, buscou fugir do Sistema Único de Saúde com suas regras uniformizadoras, evitando o nivelamento por baixo. A política de universalização se transforma em uma focalização perversa; a equidade se deforma em um sistema altamente segmentado, a publicização se revela em uma articulação complexa e descontrolada entre o público e o privado.

A postulação do direito à saúde implicava, por um lado, na reconceituação da saúde e, por outro lado, na criação de uma estrutura institucional que viabilizasse e garantisse o gozo deste direito. Com relação à revisão do conceito de saúde, esta se faz em uma dupla dimensão:

- como concepção ampliada, incorporando os determinantes sociais do processo saúde/doença em uma perspectiva de atenção integral às necessidades da população, com a superação do paradigma clínico de atenção às enfermidades, para se projetar uma nova divisão de trabalho que atue em todas as funções inerentes à promoção prevenção e reabilitação, garantindo ao paciente o lugar de sujeito ativo da sua condição sanitária;
- a saúde assume a condição de função pública, a partir da definição de suas ações e serviços como sendo de relevância pública, reafirmando as prerrogativas do Poder Público na sua regulação, fiscalização e controle, independentemente do regime de propriedade do provedor.

Paradoxalmente, a tradução da concepção ampliada da saúde na norma legal não foi acompanhada de uma alteração das práticas sanitárias prevalecentes, de tal forma que se pode avaliar que a Reforma Sanitária, originada como contestação ao modelo médico hegemônico, tem sido a principal via de sua expansão e institucionalização através do Sistema Único de Saúde.

A saúde, assim reconceitualizada, constitui-se como direito da cidadania a ser garantido pelo Estado. A cidadania é postulada como eixo do paradigma democrático da Reforma Sanitária, materializando-se através de uma estrutura jurídica e institucional própria.

Para tanto, o direito à saúde foi traduzido em uma base legal e normativa, incluindo a Constituição Federal, a Lei Orgânica, as Constituições Estaduais, as Normas Operacionais Básicas, etc. A Reforma Sanitária, ao materializar, em um corpo legal, seus princípios doutrinários e as estratégias organizacionais, incorreu na sobrevalorização dos aspectos formais da democracia, que, ainda que imprescindíveis, não foram suficientes para garatir a concomitância entre o mundo da norma legal e o mundo da vida, usualmente, distanciados na experiência brasileira.

A institucionalização do direito à saúde requereu sua inserção em uma base mais ampla, em conformidade com a própria concepção ampliada adotada, que foi a Seguridade Social. Rompendo os vínculos entre contribuições e benefícios, com a introdução da Saúde e da Assistência junto à Previdência, no interior do mesmo aparato institucional da Seguridade Social, procurava-se sepultar, assim, o modelo excludente do Seguro Social até então imperante na Previdência e no conjunto da política social a ela articulado.

A intenção de se criar um mecanismo global de financiamento e orçamentação para as políticas de proteção social, assegurando seu fortalecimento externo no conjunto das políticas públicas e um processo interno de pactação na alocação dos recursos, requeria, para viabiliza-la, a existência de fontes diversificadas e estáveis de recursos, bem como a criação de mecanismos de negociação entre os três componentes da Seguridade Social. Na inexistência destas condições, e em base à natureza contratual dos benefícios previdenciários, houve um brutal desfinanciamento da área de saúde - só recentemente recuperado - o que acarretou a deterioração progressiva da rede física e de pessoal dos serviços públicos de saúde.

A estratégia de democratização da saúde através do fortalecimento do poder local não deixou de considerar a dinâmica política nacional, na qual alternaram-se sístoles e diástoles, representadas umas pelo predomínio do poder local em mãos de uma oligarquia retrógrada e outras pela centralização do poder em mãos de uma burocracia

autoritária, ainda que algumas vezes, socialmente progressista. Assim, o processo de descentralização proposto implicou na alteração das bases do poder local, criando formas de co-gestão social, nas quais a sociedade organizada passou a ter presença em um Executivo que se transformava. Este novo modelo de Estado, em muitos aspectos se contradiz com a democracia representativa, ao criar formas setoriais de representação diretamente no Executivo, poder que se fortalece diante da representação tradicional. Em outros aspectos, pode-se considerar que a conjugação de mecanismos de democracia direta em um contexto que preserva a representação política é uma inovação que supera os problema apontados em relação à simples representação, alcançando transformar-se em um poderoso mecanismo de construção simultânea de cidadãos e de um Estado menos submetido ao poder das elites tradicionais.

Neste sentido, mais do que uma profunda reforma do Estado, o projeto da Reforma Sanitária foi a ponta de lança na construção de uma nova hegemonia, portanto, de reconstrução, em novas bases, da relação Estado-sociedade.

Ao falar de hegemonia temos em conta o processo vigoroso de *empowerment* representado pela emergência de novos atores no cenário político setorial, como os Secretários Municipais de Saúde com suas forma organizativas próprias, bem como de outros grupos como os usuários do sistema, ademais da extensão da condição de cidadania àqueles que antes a desconheciam, ou aos quais ela era negada.

Também é indicativo do deslocamento de poder ocorrido a construção de uma nova base técnica ao nível municipal, capaz de dar conta das tarefas inerentes à gestão pública da saúde, sem estar submetida aos ditames técnicos emanados de um centro único de poder.

Em resumo, se há uma frente em que a Reforma Sanitária foi amplamente vitoriosa esta é inegávelmente na difusão de uma consciência sanitária, revelada na introjeção da noção de direito à saúde por parte da população usuária do sistema. Se, no entanto, esta noção se reduz ao consumo de serviços curativos, exames e medicamentos, esta é uma evidência de que a reforma, ademais de democrática, necessitaria reencontrar a sua dimensão sanitária.

Igualdade, Segmentação, Diversidade

A América Latina retomou o caminho democrático em meio a uma situação altamente complexa de alteração das estruturas produtivas e reorganização mundial dos mercados, processo que tem sido denominado pelo termo globalização, face ao aumento sem precedentes da circulação de informações, tecnologias, recursos financeiros, bens e pessoas. Tal processo, que tem por base nas transformações tecnológicas, e por fundamento do poder a hegemonia inconteste do capital financeiro, está alterando tanto as formas produtivas e as relações econômicas quanto o papel dos Estados nacionais.

Neste contexto, os Estados latino-americanos, em crise fiscal e administrativa, enfrentam-se com a crescente crise de legitimidade e com a explosão de demandas e expectativas geradas no processo de participação democrática. As opções para incorporar a cidadania e garantir os direitos sociais têm sido marcadas pela polarização entre

os modelos de universalização ou de focalização, entre modalidades de proteção social do tipo assistencial, ou de seguro social ou de seguridade social.

Estas modalidades, ainda que fundamentalmente distintas enquanto princípios norteadores (mercado, mérito ou necessidade), formatos organizacionais e padrões de cidadania (invertida, regulada ou universal), têm em comum o fato de terem como pressupostos um ciclo ascendente da economia, que, ademais, incorporava em seu ascenso à força de trabalho disponível; a existência de Estados nacionais fortalecidos e capazes de responder às demandas de uma sociedade organizada em torno de valores agregadores; bem como a concentração das contradições na esfera do trabalho, expressas pela centralidade do conflito capital versus trabalho.

Nenhuma das condições pressupostas acima parece existir plenamente na conjuntura atual, o que torna imprescindível pensar a questão da proteção social em novos marcos conceituais e institucionais, rompendo com sua origem clássica de vinculação à dimensão do trabalho, ainda que preservando seu significado socialmente construído, de garantia da dignidade inerente à condição humana.

O debate atual, no entanto, tem ficado aquém das necessidades de ruptura conceituais e políticas assinaladas, restringido-se à polarização entre políticas de universalização ou de focalização o que me remete, imediatamente, ao trabalho de Wanderley G. dos Santos (1993)[19], no qual ele formula a proposição de que toda política social envolve um princípio de ordenamento de escolhas trágicas. Para além do aspecto mencionado pelo autor em relação aos custos implicados nestas opções, creio que a possibilidade de considerar a política social como uma metapolítica deva ser pensada de uma forma muito mais ampla do que a mera discussão reducionista que limita o problema à atual escassez de recursos.

Se a política social é sempre uma política distributiva ela pode ser vista como metapolítica na medida em que assumimos com Walzer (1993)[20] que a sociedade humana é uma comunidade distributiva, onde os homens se associam a fim de compartir, dividir e intercambiar. Ora, neste sentido, o critério de ordenamento implicado nas políticas sociais transcende o mero aspecto distributivo para ser um critério de inclusão/exclusão na comunidade.

É por este raciocínio que Walzer (1993) pode afirmar que ainda que a distribuição real será limitada pelos recursos disponíveis, todo critério além da necessidade será visto como uma deformação, já que proporcionar o bem estar de seus membros em proporção às suas necessidades é a essência da comunidade política e dever moral de seus membros. Neste sentido, critica as análises eivadas de pragmatismo econômico, que supõem que a distribuição seja fruto do superávit e não o primeiro encargo do produto social.

Se a política social é vista como um princípio de ordenamento das escolhas que definem a inclusão/exclusão dos membros de uma comunidade, não podemos deixar de considerá-las desde a perspectiva do poder. Em outras palavras, as políticas sociais são poder institucionalizado e devem ser compreendidas como resultados de um curso histórico singular que configurou um dado padrão de respostas às demandas sociais emergentes.

A institucionalização das políticas sociais representou uma mutação no conceito de cidadania, ao somar o componente dos direitos sociais aos demais componentes representados pelos direitos civis e políticos. Os autores[21] que elucidaram tal trajetória apon-

taram as contradições inerentes à este "somatório" de elementos de natureza distinta. Evidentemente, a primeira questão que se coloca é a característica processual da cidadania, que implica não somente na incorporação de novos portadores deste status através da extensão da cobertura, assim como a ampliação da pauta de benefícios atinentes à condição de cidadania. Mais dos que esta expansão de benefícios e beneficiários, o processo de construção da cidadania tem também se expressado pela incorporação de novos elementos, passando a incluir mais recentemente os direitos difusos ou coletivos e os direitos das minorias, aumentando as contradições assinaladas.

Bobbio (1992:21)[22] analisa a diferença entre direitos civis e direitos sociais assinalando que os primeiros consistem em *liberdades*, exigindo dos poderes públicos obrigações puramente negativas, enquanto os direitos sociais consistem em *poderes*, só podendo ser realizados se forem impostas aos outros, pelos órgãos públicos, um conjunto de obrigações positivas. Seriam pois antinômios, já que "quanto mais aumentam os poderes dos indivíduos, tanto mais diminuem as liberdades dos mesmos indivíduos".

Assim, enquanto os direitos civis requerem uma postura liberal de defesa do Estado mínimo, os direitos sociais foram fruto da intervenção crescente do Estado.

Da mesma forma, as contradições aparecem quando pensamos que os direitos de cidadania estiveram restritos à dimensão de direitos individuais e agora incorporam, em franca oposição, direitos difusos de uma coletividade. A cidadania enquanto igualdade básica socialmente construida também se enfrenta com a perspectiva de que existem direitos que devem ser aplicados diferencialmente a grupos específicos, garantindo uma discriminação inversa e sua incorporação positivamente distinta.

Considerando as diferenças entre os direitos individuais tradicionais e os direitos sociais Bobbio defende a tese de que os direitos que inplicam em liberdades pressupõem a universalização, não permitindo qualquer discriminação. O mesmo não ocorreria com os direitos sociais, posto que na atribuição dos direitos sociais não se podem deixar de levar em conta as diferenças específicas. Assim, grupos populacionais como idosos, crianças, mulheres etc vão requerer estatutos de direitos específicos.

Retomamos, portanto, novamente, a questão da universalidade versus focalização, em função do princípio de justiça que se adota, seja ele a igualdade ou a diferenciação positiva.

Alguns autores atuais têm discutido esta questão, tais como Walzer, Chantal Mouffe, Boaventura Santos, dentre outros. No seus estudos sobre a justiça, Walzer distingue a igualdade simples do conceito de igualdade complexa. Enquanto na igualdade simples o que se reivindica é a não existência do monopólio dos bens sociais por qualquer indivíduos ou grupo na sociedade, o que necessita a regulação estatal para se exercer, na igualdade complexa a luta é contra o predomínio de qualquer dos princípios de justiça, identificados pelo autor como princípios distributivos: o livre intercâmbio, o merecimento e a necessidade.

Sua tese de um uso plural de princípios, de acordo às particularidades do bem em questão é que "a igualdade complexa abrirá formas mais amplas e particularizadas do conflito social, esferas próprias de competição e controle, sem uma ação estatal de grande envergadura".(1993:30)

Em outros termos, a visão pluralista de Walzer pressupõe a convivência de múltiplos princípios distributivos, sem o predomínio de um sobre o outro, já que bens sociais com significados distintos devem ter distribuições autônomas. O importante a

reter, é que a proposta pretende combinar a subjetividade com a igualdade, não mais como homogeneidade, mas como igualdade complexa, que supõe necessariamente a diversidade.

Boaventura Santos (1994:207)[23] trabalha a tensão entre cidadania e subjetividade afirmando que: "Ao consistir em direitos e deveres, a cidadania enriquece a subjetividade e abre-lhe novos horizontes de auto-realização, mas, por outro lado, ao fazê-lo por via dos direitos e deveres gerais e abstratos que reduzem a individualidade ao que nela há de universal, transforma os sujeitos universais em unidades iguais e intercambiáveis no interior de administrações burocráticas públicas e privadas, receptáculos passivos de estratégias de produção, enquanto força de trabalho, de estratégias de consumo enquanto consumidores, e de estratégias de dominação, enquanto cidadãos da democracia de massas".

Por este raciocício o autor chega a formular uma proposição geral para a tensionalidade entre igualdade e diversidade: DIREITOS IGUAIS QUANDO A DIFERENÇA INFERIORIZA; DIREITO DE SER DIFERENTE QUANDO A IGUALDADE DESCARACTERIZA.

Em outros termos, o que está em questão é a democracia que almejamos, já que a forma que definimos a cidadania projeta o tipo de comunidade política que queremos.

Em sua proposta de democracia radical Chantal Mouffe[24] define-a como exigência do reconhecimento da diferença, recuperando tudo que tinha sido excluído pelo conceito abstrato de homem: o particular, o múltiplo, o heterogêneo. Não se trata de negar o universalismo, mas de particularizá-lo, assim como a igualdade complexa não propõe a desigualdade ou a segmentação dos mercados.

A proposta radical de Mouffe (1996:97) assim se expressa: "a concepção de cidadania que proponho rejeita a ideia de uma definição universalista abstrata do público, oposto a um domínio do privado, entendido como reino da especialidade e da diferença. Considera que, embora a ideia moderna de cidadão tenha sido realmente fundamental para a revolução democrática, constitui hoje um obstáculo à sua extensão".

Creio que chegamos aquí ao ponto central da transformação que se está operando na noção de cidadania e no próprio projeto de democracia: trata-se de romper com a divisão tradicional entre as esferas do público e do privado, reintroduzindo a tensão permanente entre a liberdade e a igualdade.

Ao invés de compreender a cidadania como a dimensão pública dos indivíduos particularizados no mercado, que se homogenizam assim em sua mediação com o Estado, trata-se de reconstruir a relação entre Estado e sociedade através da valorização de uma nova esfera pública não-estatal, permeada pelas diferenças e situada ao nível local, que nos permita reformar democraticamente o Estado.

A reforma do Estado não é, portanto a sua subordinação ao predomínio do princípio alocativo do mercado em detrimento dos demais princípios de justiça como o mérito e a necessidade. Isto nos levaria às propostas atuais de segmentação dos mercados sociais, institucionalizando as desigualdades através das políticas públicas, o que nos remeteria, irremediavelmente, à focalização como negação da cidadania.

Também não se trata de pensar a reforma do Estado a partir de um padrão anglo-saxão de separação entre as esferas do Estado e da sociedade, mediadas pela cidadania e pelo sistema de representação de interesses, buscando entender porque afinal não

desenvolvemos práticas públicas não patrimoniais e princípios políticos-administrativos de *accountability*.

Na verdade, a heterogeneidade intrínseca à estrutura econômica latino-americana retraduziu-se no sistema de proteção social, transformando benefícios em privilégios cumulativos para os grupos sociais com maior poder de barganha. Por outro lado, a impossibilidade de separar interesses privados da administração do Estado, caracterizando o estatal como modalidade atual do patrimonialismo, ou uso privado da coisa pública, nos impediram de chegar a um Estado democrático e eficiente e a uma sociedade mais igualitária.

O desenvolvimento de estratégias de construção de um novo tecido social, descentralizado e participativo, repõe a nossa especificidade regional em um patamar distinto, capaz de reivindicar um modelo de democracia onde impere a co-gestão pública, retomando os princípios de solidariedade e igualdade em uma complexidade que seja capaz de reconhecer a subjetividade e a diversidade como parte da cidadania.

Para tanto, temos que pensar novos modelos de proteção social que terão como princípios articuladores o rompimento da vinculação entre proteção social e estrutura do mercado de trabalho; a experimentação das estratégias de co-gestão pública em um processo articulado de democracia representativa e participação direta; a combinação da noção de igualdade com a heterogeneidade; a luta contra a exclusão sem buscar a uniformização e sim a auto-determinação solidária. Nestes marcos, a polarização focalização/universalização encontra-se definitivamente superada, em um processo simultâneo de construção do Estado e dos cidadãos.

Para tanto é necessário, antes de tudo, superar a condição de exclusão, já que não se pode falar em cidadania, como igualdade e como diversidade, onde há exclusão. Em uma sociedade em que o trabalho sempre foi um bem escasso, e cuja tendência internacional é aprofundar esta diferenciação, não se pode pensar em um modelo de cidadania e de proteção social que seja expressão desta segmentação.

Estamos, portanto, diante de nossa escolha trágica: ou institucionalizamos, via políticas sociais, a segmentação e a exclusão, ou construimos um projeto de democracia, no qual a gestão pública social seja um dos principais mecanismos promotores da inserção dos cidadãos em uma nova comunidade política, que se expressa em novos formatos para a relação Estado/sociedade.

Referências Bibliográficas

1. vide BUCI-GLUCKSMAN, C- Gramsci e o Estado - Paz e Terra, SP, 1980
2. Editorial, Revista Saúde em Debate, no 1, out/nov/dez, SP,1976
3. Editorial, Revista Saúde em Debate, no 10, abr/mai/jun, RJ, 1980
4. Editorial, Revista Saúde em Debate, no 3 abr/mai/jun/, SP, 1977
5. FLEURY, S- Projeto Montes Claros: A Utopia Revisitada, Abrasco, RJ, 1995
6. FLEURY, Sonia - Reforma Sanitária - Em Busca de uma Teoria - Ed Cortez/ ABRASCO, SP, 1989
7. CEBES - "A Questão Democrática na Área de Saúde", Revista Saúde em Debate no 9, jan/fev/mar, RJ, 1980, pp 11- 13

8. BOBBIO, N- Liberalismo e Democracia, Ed Brasilienese, 6a edição, SP, 1994

8. ROUSSEAU - O Contrato Social, III, Ed Abril, SP

10. LENIN - O Estado e a Revolução, Ed Progresso, Moscou, s/d

11. SCHUMPETER - Capitalismo, Socialismo e Democracia - Ed Zahar, 1984

12. MacPHERSON, CB - A Democracia Liberal - Origens e Evolução, Ed Zahar, RJ, 1978

13. CHAUI, MH- Cultura e Democracia - 5a edição, Cortez Ed. SP, 1990

14. HIRST, P - A Democracia Representativa e seus Limites, Jorge Zahar Editor, RJ, 1992

15. DAHL, R - Polyarchy, Yale University Press, 1971, apud Santos, W G - Razões da Desordem, Ed Rocco, RJ,1993 e Dahl, R - Um Prefácio à Teoria Democrática, Jorge Zahar Editor, RJ, 1989

16. POULANTZAS, N - O Estado, o Poder, o Socialismo - Graal Ed, RJ, 1981

17. GENRO, T - "O Novo Espaço Público- 21 teses para a criação de uma política democrática e socialista", Folha de São Paulo 9/6/96

18. Da MATA, R -"Você Sabe com Quem Está Falando?- Um Ensaio sobre a Distinção entre Indivíduo e Pessoa no Brasil"in Carnavais, Malandros e Heróis, Zahar, RJ, 1983

19. SANTOS, W G- "A Gênese da Ordem" in Razões da Desordem, Ed Rocco, RJ, 1993

20. WALZER, Michael - Las Esferas de la Justicia - Una Defensa del Pluralismo y de la Igualdad - Ed Fondo de Cultura Económica, México, 1993

21. MARSHALL, TH- Cidadania, Classe Social e Status, RJ, Zahar, 1967 e Polanyi, K - A Grande Transformação, RJ, Campus, 1980

22. BOBBIO, N- A Era dos Direitos, RJ, Campus, 1992

23. SANTOS, Boaventura, Pela Mão de Alice - O Social e o Político na Pós-Modernidade, Lisboa, Afrontamento, 1994

24. MOUFFE, Chantal - O Regresso do Político, Lisboa, Gradiva, 1996

Condições de Vida

Saúde da População Brasileira: mudanças, superposição de padrões e desigualdade*

Maurício Lima Barreto
Eduardo Hage Carmo
Carlos Antonio de S. T. Santos
Leila Denise Alves Ferreira

Introdução

Nas últimas décadas o país vem experimentando intensas transformações na sua estrutura populacional e nos padrões de morbi-mortalidade. Este processo se inicia ja em fins da primeira metade do presente século, mediante a queda nas taxas de mortalidade e se intensifica com uma expressiva queda da natalidade a partir da década de 70, que se torna mais acentuada que a verificada no componente da mortalidade, provocando uma diminuição nas taxas de crescimento populacional (Bayer et al, 1982; Patarra, 1995). Outras observações importantes deste processo são o aumento da expectativa de vida ao nascer, que passa de 46 anos em 1950 para 66 anos em 1991, e o aumento da proporção de idosos, que demarcam não só uma profunda modificação na estrutura populacional, mas também aponta para a redefinição de novas prioridades nas políticas sociais (FIBGE, 1992; World Bank, 1993). Na composição da mortalidade destaca-se a substituição das doenças infecciosas por doenças crônico-degenerativas. No plano da morbidade, mudanças marcantes na organização da sociedade levam ao crescimento dos agravos de natureza ambiental, ocupacional e aqueles relacionados à violência. Chama a atenção que para os padrões de morbidade não se observa as mesmas mudanças observadas para a mortalidade, sendo este desencontro mais evidente com relação às tendências das doenças transmissíveis.

O resultante deste conjunto complexo de fenômenos é o aumento na carga mórbida da população e demandas crescentes sobre o já esgotado sistema de assistência à saúde. Todas estas mudanças ocorrem em um contexto de profundas desigualdades, quer sejam entre as diferentes regiões do país, quer sejam entre os grupos sociais, apontando para redefinições das políticas que considerem as determinações sociais, econômicas, históricas e culturais da situação de saúde observada.

* Esta é uma versão revista e atualizada de trabalho previamente publicado pelos autores (Barreto& Carmo, 1995).

Fontes de Dados

Qualquer tentativa de apresentar o quadro de saúde da população brasileira é uma tarefa sempre incompleta, não só pelas próprias questões conceituais, mesmo sobre o que seja "condição", "situação" ou "nível" de saúde, mas tambem pela disponibilidade e qualidade dos dados existentes. Aqui foram analisadas séries históricas de alguns importantes indicadores de morbi-mortalidade para o país como um todo e para as macrorregiões. Para os indicadores de mortalidade foram utilizados os dados do Sistema de Informação de Mortalidade, o qual foi operacionalizado para o país a partir de 1979 e encontra-se disponível em CD-ROMs para utilização em microcomputadores ou em publicações anuais do Ministério da Saúde (MS/FNS/CENEPI, 1996a; MS/FNS/CENEPI, 1996b; MS/FNS/CENEPI, 1996c). Foram analisadas as tendências dos coeficientes para os principais grupos de causas e para causas de morte específicas selecionadas. As análises abrangeram o período de 1980 a 1993, último ano com informações disponíveis para todo o país. Na medida em que o risco de morrer por cada uma das causas estudadas pode variar entre os grupos etários, os coeficientes para os diferentes anos foram padronizados para uma estrutura etária constante, tomando-se como referência a população do país para o ano de 1991.

No estudo da morbidade utilizou-se o sistema de informação constituído pelas Autorizações de Internações Hospitalares, sistematizado deste 1984 e que hoje cobre em torno de 80% dos internações ocorridas no país (Buss, 1993). Para tal, procedeu-se acesso "on line" ao Sistema SINTESE, do Ministério da Saúde/DATASUS, utilizando-se das informações disponíveis para o período de 1984 a 1995. Utilizou-se como indicador, a proporção de internações por grupo de doenças ou doenças específicas em relação ao conjunto total das internações, para o mesmo local e período de tempo. Para a análise das doenças transmissíveis utilizou-se ainda de dados do Sistema de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, que agrega informações sobre as Doenças de Notificação Compulsória, para o período de 1980 a 1993 (MS/FNS/CENEPI, 1992a; MS/FNS/CENEPI, 1992b; MS/FNS/CENEPI, 1993a; MS/FNS/CENEPI, 1993b). Para as doenças que não são de notificação obrigatória, utilizou-se de informações publicadas dos programas de controle específicos, ou resultados de inquéritos ou pesquisas feitas no país. Na construção dos indicadores de morbidade e mortalidade, utilizou-se os dados dos Censos Demográficos de 1980 e 1991 (FIBGE, 1984; FIBGE, 1987; FIBGE, 1990; FIBGE, 1992; FIBGE), realizando-se estimativas das populações nos períodos extra-censitários com base em taxas geométricas de crescimento.

Modificações nos Padrões de Morbi-mortalidade

Para entendermos as modificações na estrutura demográfica faz-se necessário uma apresentação das recentes tendências no padrão de morbi-mortalidade. Uma das mais importantes tendências diz respeito à redução nas taxas de mortalidade infantil (/1000 nascidos vivos), intensificada à partir da década de 60, quando apresentava uma média nacional de 117, passando para 50,2, na década de 80 (FIBGE, 1992). Na análise das informações para a última década, verifica-se que houve uma redução nacional média de 32,6% (60,2/1000 NV em 1981 para 45,0/1000 NV em 1993), tendo esta redução ocorrido em diferentes intensidades nas diversas macro-regiões. Importante ressaltar

que se verifica um aumento nas taxas para todas as regiões, à partir de 1991, o que merece algumas considerações: a primeira delas diz respeito ao fato de que o número de nascidos vivos para os anos de 1991 a 1993 foram projetados à partir da última série disponível (FIBGE, 1992), seguindo portanto, uma tendência decrescente; o número absoluto de óbitos em menores de 1 ano aumentou à partir de 1991, o que não pôde ser verificado, mediante consulta as informações disponíveis, se pode ser atribuído a uma melhora na base de informações.

As tendências para os dois componentes da taxa de mortalidade infantil (neonatal - < 28 dias e pós-neonatal - 28 dias à 1 ano) evidenciam que esta redução foi mais acentuada para a mortalidade infantil pós-neonatal. Este componente associa-se mais fortemente com fatores relacionados ao ambiente, concentrando uma maior proporção de óbitos por doenças infecciosas, particularmente as infecções intestinais, enquanto que a mortalidade neo-natal relaciona-se mais fortemente com fatores ligados à assistência pré e pós-natal.

Outra importante tendência nos padrões epidemiológicos, com evidentes reflexos na estrutura demográfica, diz respeito às modificações na composição da mortalidade por grupo de causas. Assim, as doenças infecciosas e parasitárias (DIP), que representavam 45,7% do total de óbitos ocorridos no país, em 1930, representaram apenas 6,5% dos óbitos no ano de 1990 (excluído do total de óbitos as causas mal definidas). Enquanto isto, as doenças cardiovasculares (DCV), seguindo uma tendência inversa, aumentaram sua participação de 11.8% para 37.4%, do total dos óbitos ocorridos no mesmo período. Analisando a evolução recente das taxas padronizadas de mortalidade ($x10^{-5}$ habitantes) para os principais grupos de causas definidas, observa-se que as DCV apresentavam uma taxa de 194,2 em 1993, seguidas das causas externas (72,9) e das neoplasias, com taxas bem próximas (72,6). Ao analisarmos as tendências nas taxas de mortalidade cabe pontuar que, para o ano de 1991 observou-se redução importante em todos os grupos de causa, retornando, nos anos seguintes, aos níveis esperados de acordo com a tendência observada para toda a série histórica. Tal distorção pode ser atribuída a possíveis problemas no SIM para o ano em questão, o que entretanto necessita ser confirmado.

Enquanto que para as DCV observou-se uma tendência de estabilização nas taxas de mortalidade, com uma discreta redução a partir de 1988, as neoplasias apresentaram tendência de crescimento constante em todo o período estudado e as causas externas, após uma período ascendente, tende a estabilizar-se a partir do final da decáda de 1980. As doenças respiratórias que não tinham uma participação expressiva na composição da mortalidade, em décadas anteriores, têm apresentado uma tendência de estabilidade na última década e figurou como a quarta causa de óbito na população total em 1993. Por fim, as doenças infecciosas e parasitárias persistem com a tendência descendente iniciada em décadas anteriores, tendo apresentado uma taxa de 28,5 óbitos $x10^{-5}$ habitantes em 1993.

O aumento significativo da participação das doenças crônico-degenerativas na composição da mortalidade, pode ser melhor apreendido verificando-se as taxas de mortalidade para algumas causas específicas para o ano de 1993. A doença cérebro-vascular aguda mal definida representou a principal causa básica de óbito, entre as causas diagnosticadas (taxa de mortalidade de 41,3 $x10^{-5}$ habitantes). Para o país como um todo, as seguintes doenças crônico-degenerativas apresentaram uma importante expressão no quadro de mortalidade: infarto agudo do miocárdio (2a causa, com taxa

de mortalidade de 40,8 x10^{-5} habitantes), insuficiência cardíaca (3a causa, com taxa de mortalidade de 28,7 x10^{-5} habitantes) e diabetes mellitus (4a causa, com taxa de mortalidade de 17,0 x10^{-5} habitantes). É interessante notar que a mortalidade das duas principais doenças cardio-vasculares apresentam tendências bastantes similares, observando-se reduções em suas taxas à partir de 1988, sendo que para infarto agudo do miocárdio, verificamos uma tendência de redução mais consistente na região Sudeste. As taxas por insuficiência cardíaca, evidenciam uma redução constante para toda a série histórica. Diferente do que tem sido observado para as doenças cardio-vasculares, verifica-se para a diabetes uma tendência ascendente constante nas taxas de mortalidade.

Para as neoplasias malignas, as principais localizações, no sexo masculino são traqueia, brônquios e pulmão, seguido de estômago, enquanto que para o sexo feminino, destacam-se as localizações em mama, estômago e colo de útero.

Entre as causas externas destacam-se os acidentes de trânsito por veículo a motor e homícidio por arma de fogo, sendo esta última a que apresentou as maiores taxas de crescimento no decorrer da última década.

A redução acentuada da mortalidade por DIP, que se verifica para o país como um todo, pode ser em grande parte atribuída à drástica redução verificada para as doenças infecciosas intestinais (DII) que, entre 1980 e 1993, teve uma redução na sua taxa de mortalidade da ordem de 68,2%, enquanto que para todas as demais doenças infecciosas do capítulo das DIPs, agrupadas, a redução foi de 23,6%. Como consequência, as doenças infecciosas intestinais, que representavam 57,6% dos óbitos por DIPs em 1980, reduzem sua participação para 35,1%, em 1993. Ainda assim, as DII em conjunto com as septicemias, doença de Chagas e tuberculose, são responsáveis por 86% dos óbitos registrados por causas infecciosas. O impacto das DIPs é maior ainda, quando consideramos o grupo de menores de 1 ano de idade. Neste grupo etário, as doenças infecciosas intestinais foram responsáveis por 72,2% dos óbitos registrados por DIPs, em 1993. Representaram, portanto, a 2ª causa de óbito por todas as causas definidas, com uma participação inferior ao que foi registrado para os óbitos por outras afecções respiratórias do feto e RN.

Por fim, para as doenças respiratórias, destaca-se a participação das pneumonias, a 5a causa com maior participação na mortalidade geral e que representou 45,7% do total de óbitos atribuído a este grupo em 1993. Na última década vem apresentando uma discreta tendência de redução nas taxas de mortalidade, sendo que em 1980 correspondia a 60% do total de óbitos por causas respiratórias, reduzindo para 45,7% no ano de 1993. Deve-se lembrar que as pneumonias representam um conjunto de doenças infecciosas, mas que são classificadas em outro grupo. Por outro lado, tem havido um aumento na proporção dos óbitos atribuídos à obstrução crônica das vias respiratórias, de 4,7% para 21% no período.

Ao analisarmos os indicadores de mortalidade verificam-se alguns problemas relacionados a sua qualidade, ademais da inesperada redução nas taxas em 1991, como ja referido. O primeiro deles diz respeito à proporção de óbitos por causas mal definidas que colocou-se como segundo "grupo de causas" no conjunto da mortalidade. Deve-se ressaltar que, apesar da sua tendência de lenta redução para o país como um todo, persiste ainda em níveis bastante elevados nas regiões Nordeste e Norte, refletindo as deficiências no sistema de assistência médica. No que diz respeito à proporção da população coberta com informações regulares para mortalidade, são registrados níveis inferiores a 70% no período de estudo, também para estas duas regiões. Estes dois

fenômenos citados tendem a reduzir os valores das taxas de mortalidade por causas definidas, o que interfere na magnitude das taxas e nas comparações inter-regionais. Porém, acreditamos que tenham uma menor interferência nas suas tendências temporais.

As tendências nos indicadores de morbidade apresentam algumas diferenças, quando comparadas com as tendências observadas nos indicadores de mortalidade, particularmente no que se refere às doenças infecciosas. Neste grupo, pode ser citada uma série de doenças que apresentam tendências nitidamente crescentes. Como exemplo podemos citar a malária e as leishmanioses, possivelmente associadas ao processo de ocupação do espaço urbano. Neste particular, a leishmaniose visceral representa a melhor expressão, devido à sua introdução e difusão em grandes centros urbanos do país (Monteiro et al, 1994).

A rápida disseminação da AIDS no país tem trazido importantes reflexos na ocorrência de uma série de doenças infecciosas associadas, particularmente a tuberculose. A expansão da dengue, que ademais de acometer grandes contingentes populacionais com a sua forma clássica, apresenta sombrias expectativas em relação a possibilidade de ocorrência de formas hemorrágicas. Por fim, a hanseníase vem apresentando uma constante tendência de aumento na incidência, com maior incremento na região Nordeste, devendo refletir, não só a melhoria na capacidade de detecção de casos novos, como também uma real expansão desta doença no país (Waldman et al, 1995).

A análise das tendências para a tuberculose evidencia que, no período de 1980 a 1992, houve uma pequena redução na incidência até 1987, seguido de uma estabilização no período subsequente. Esta tendência é, em grande parte, definida pelo comportamento da forma pulmonar que representa em torno de 85% de todas as formas de tuberculose (Hijjar, 1994).

O controle da transmissão vetorial do *T. Cruzi t*em feito decrescer a incidência e prevalência da infecção chagásica nos grupos populacionais mais jovens, como tem sido evidenciado por inquérito sorológico em escolares, em curso no país (Silveira & Resende, 1994). Tal fato coloca a transmissão sanguínea e, em menor escala, a transmissão congênita como novos aspectos de interesse, para o controle desta doença.

A esquistossomose mansônica, apesar da queda da prevalência observada na etapa inicial do tratamento em massa, vem apresentando, no últimos anos, um novo patamar de estabilidade, que resiste às medidas de controle (Carmo et al, 1993). Para a cólera, passado o descenso que se seguiu à sua explosiva reintrodução no país, mantém-se as condições para a sua endemização, particularmente na Região Nordeste.

Algumas doenças infecciosas apresentam nítidas tendências decrescentes, destacando-se a evolução da incidência das doenças imunopreveníveis, com evidente impacto na morbidade infantil. Para este grupo, o exemplo mais clássico é representado pela poliomielite, a qual desde o final da década passada está com a sua transmissão interrompida em todo o continente americano. Impacto semelhante, resultado de altas coberturas vacinais alcançadas, vem atualmente sendo verificado para o sarampo, com drásticas reduções nos seus níveis de incidência. Tendências decrescentes têm também sido observadas para coqueluche e difteria e, em menor dimensão, para o tétano neonatal.

Com base no sistema de informação hospitalar do SUS também se evidencia, para as doenças transmissíveis, um panorama diferente ao que tem sido apresentado para os indicadores de mortalidade, na medida em que não se observa tendência de redução na proporção de internações por este grupo em relação ao total de internações

no país. Assim, nos últimos 12 anos, para o país como um todo, as doenças classificadas no capítulo das DIPs têm representado valores próximos aos 10% do total de internações, sendo estes valores superiores para as regiões Norte e Nordeste. Na composição das causas de internações por DIPs, para o ano de 1995, destacam-se as doenças infecciosas intestinais, que representaram 70,9% do total no país e 79,2%, na região Nordeste.

No que diz respeito aos indicadores de morbidade para as doenças crônico-degenerativas, existem poucas informações disponíveis para sua mensuração, na medida em que não foram desenvolvidos sistemas para o registro sistemático destes agravos. A sua apreensão só é possível mediante resultados de inquéritos específicos, realizados para algumas doenças. Assim, para a diabetes, inquérito realizado em 9 capitais e concluido em 1988, registrou uma prevalência média de 7.6 % na população de 30 a 69 anos de idade (Comissão Coordenadora Central do Estudo sobre Prevalência de Diabetes Mellitus no Brasil, 1992). Os registros de câncer de base populacional, existentes em 6 (seis) capitais, além de Campinas, se constituem em importante fonte de informação e, em seu conjunto, mostram importantes diferenças regionais na ocorrência das neoplasias. De uma maneira geral, na população masculina predominam as neoplasias de localização em estômago, pulmão, próstata e colon/reto, enquanto que na população feminina as principais localizações são colo uterino e mama (Koifman, 1995).

Também para as doenças crônicas o Sistema de Informações Hospitalares possibilita uma análise de tendências históricas e das diversidades regionais. Analisando-se as tendências da participação nas internações para os seus diversos sub-grupos, no conjunto das doenças que tiveram destaque como causa de mortalidade - excluindo-se portanto causas obstétricas, psiquiátricas, entre outras - as doenças cardiovasculares representaram a segunda causa de internação. É interessante notar que as doenças cardiovasculares vêm apresentando uma tendência lenta, porém constante, de reduzir a sua participação proporcional no total de internações. Tal redução tem sido observada para o país como um todo, à exceção da região Sul, aonde tem apresentado tendência de estabilidade no período. As neoplasias, com uma participação média anual de 3% do total das internações, apresenta tendência estável no período.

Para as doenças respiratórias e as causas externas também são observadas tendências estáveis em toda a série histórica. Enquanto que as doenças respiratórias são responsáveis por aproximadamente 16% das internações - sendo mais da metade representado pelas pneumonias - as causas externas contribuem com uma participação próxima aos 5% do total de internações. Vale ressaltar que ao considerarmos todos os grupos de causa de internações, incluindo-se aqueles que não foram analisados na discussão sobre mortalidade, verificamos que os motivos relacionados à gravidez, parto e puerpério (CID - Cap. 11) respondem pela maior proporção das internações (25,8%).

Também no que se refere às informações sobre morbidade, algumas questões relativas à qualidade merecem consideração. A primeira delas, já pontuada, diz respeito ao fato de que, para as informações de base não hospitalar, existe um sistema para as doenças transmissíveis, enquanto que para as demais doenças, as fontes de dados se limitam aos inquéritos que são realizados de forma assistemática ou nos esparsos registros de câncer. Para as informações de base hospitalar, deve-se ressaltar que o SIH cobre informações para todas as unidades financiadas pelo SUS, o que corresponde à aproximadamente 80% do total das internações realizados no país, como já referido. Ademais, a distribuição da rede hospitalar e o seu acesso não são homogêneos para

todos os espaços do território nacional, com um percentual importante de municípios sem unidades hospitalares.

Alguns contrastes emergem na compatibilização das informações nas categorias de morbidade ou mortalidade, chamando à atenção as diferentes ordem de frequência na participação dos diversos grupos de causas. Tal quadro justifica-se pelo fato de que a ocorrência do óbito é uma expressão bem definida da gravidade da doença, enquanto que a hospitalização não segue necessariamente esta ordem de determinação. Como exemplo, tem-se a grande proporção de internações pelo grupo de causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, que não configuram no seu conjunto uma situação de gravidade. Porém, aqui devemos chamar a atenção para a questão da mortalidade materna, a qual apesar de sua aparente baixa magnitude, apresenta, no Brasil, taxas consideradas altas quando comparadas a outros países, refletindo as deficiências na assistência pré e pós-natal (Laurenti, 1995). Por outro lado, alguns agravos podem evoluir para quadros severos, porém com baixa letalidade ou que sejam potencialmente reversíveis, mediante ações por parte dos serviços de assistência à saúde, fenômeno que deve acontecer com relação às doenças respiratórias, explicando as diferenças na ordem de frequência entre os seus indicadores de morbidade e de mortalidade.

Desigualdades na Situação de Saúde

O indicadores de morbi-mortalidade da população brasileira apresentados acima permitem uma comparação com outros países do terceiro mundo. Tem sido fartamente documentada a situação paradoxal do Brasil de apresentar indicadores econômicos em níveis incompatíveis aos dos indicadores sociais, incluindo-se os de saúde, como por exemplo, taxa de mortalidade infantil e expectativa de vida ao nascer (Fleury, 1995; Ometto, 1995). Ainda que observe-se uma tendência de melhoria para alguns indicadores de saúde no Brasil, a reduzida velocidade desta tendência, proporciona a persistência, ou mesmo ampliação das desigualdades, quando comparado com outros países. Assim, a Argentina apresentou em 1991 uma expectativa de vida ao nascer 5 anos maior que o Brasil, o Uruquai 7 anos e o México 4 anos, apesar de suas conhecidas desigualdades regionais, cabendo ressaltar que os quatro países têm níveis de renda *per-capita* similares. No período de 1970 a 1991 houve redução das taxas de mortalidade infantil (TMI) na Argentina, no Uruguai, no México, no Brasil, bem como na grande maioria dos países do globo. Entretanto, houve, naquele período, um aumento da razão entre as taxas do Brasil com relação as taxas de cada um dos 3 outros países citados. Assim, para 1970, a taxa média de mortalidade infantil no Brasil era 1,32, 1,83 e 2,07 vezes maior que a do México, Argentina e Uruguai, respectivamente. Em 1991, estas razões passam a ser, respectivamente, de 1,61, 2,32 e 2,76, representando um incremento médio de aproximadamente 30% no período analisado. Em outras palavras, nas duas últimas décadas, apesar da queda observada nas taxas de mortalidade infantil no Brasil, nos distanciamos, em termos relativos, de outros países latino-americanos (World Bank, 1993).

Outra ordem de desigualdades, não menos importante, diz respeito às diferenças observadas nos indicadores de saúde entre as regiões do Brasil. Apesar da intensa queda verificada nas TMI para o país como um todo, verifica-se que isto ocorreu com diferentes intensidades nas suas várias regiões. Assim, na década de 30, a região Sudeste

apresentava TMI de 153, a região Sul 127 e a região Nordeste de 168. Portanto, a região Nordeste apresentava taxas 10% superiores à região Sudeste e 32% superiores à Região Sul. Para o ano de 93, o Nordeste apresentava TMI 98% maior do que a registrada na região Sudeste e 163% maior do que a da Região Sul.

As desigualdades entre as regiões podem ser também visualizadas nos indicadores relacionados à composição da mortalidade, para os grupos de causa analisados no presente estudo. Enquanto que para as regiões Sul e Sudeste, as DIPs já representavam a quinta causa de óbito em 1980, na região Nordeste este grupo representava a segunda causa de óbito neste ano e a quarta causa em 1993 (excluindo-se os sinais e sintomas mal definidos). As doenças cardio-vasculares, por sua vez, representavam a primeira causa de óbito para todas as regiões, já em 1980. Entretanto, em 1993 este grupo era responsável por 34,7% e 36.5% dos óbitos nas regiões Sudeste e Sul, respectivamente, enquanto que na região Nordeste representava 31.1% dos óbitos, com causa definida.

As diferenças interregionais são também evidenciadas nos indicadores de morbidade. Assim, considerando-se a participação destes grupos de causa na composição da morbidade hospitalar (excluindo portanto, motivos relacionados à assistência ao parto) verifica-se que as doenças cardio-vasculares representam a segunda causa de internações nas regiões Sul e Sudeste em todo o período de 1984 a 1995, em seguida às doenças respiratórias. Nestas duas regiões, no ano de 1995, as DIPs representaram a terceira causa de internações. Na região Nordeste, as DIPs foram a segunda causa de internações, enquanto que as doenças cardio-vasculares representaram a terceira causa em todo o período.

Outros indicadores de morbidade, de base não hospitalar, também revelam as desigualdades interregionais, como as maiores taxas de incidência e/ou prevalência para a cólera, dengue, esquistossomose, doença de Chagas, leishmanioses, para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Diferenças importantes são ainda observadas no estado nutricional das populações. Resultados de dois grandes inquéritos realizados no país em 1975 e 1989, permitem verificar que, para o país como um todo neste período, houve uma redução de 61% da desnutrição infantil (medida através do *deficit* no índice altura/idade). No entanto, a análise dos dados para as regiões permite constatar que a maior redução ocorreu nas regiões Sul e Sudeste, as quais já apresentavam um menor índice de desnutrição no início do período considerado. Em 1975 a prevalência de desnutrição infantil no Nordeste era 2,3 vezes maior que no Sudeste, enquanto que em 1989 já era 5,1 vezes maior. As diferenças entre classes sociais também aumentaram, pois os 25% mais pobres, em 1979, tinham uma prevalência 5,0 vezes maior de desnutrição, comparados aos 25% mais ricos; já em 1989 esta diferença era de 9,7 vezes, ainda que a desnutrição tenha decrescido para todos as classes sociais (Monteiro et al, 1995).

Também em relação à qualidade das informações é possível visualizar diferenças interregionais. Observa-se que a região Nordeste vem apresentando proporções de óbitos por sinais e sintomas mal definidos acima de 40%, em toda a série de 1981 a 1993, enquanto que as regiões Sul e Sudeste apresentam proporções abaixo de 20% dos óbitos. Outro indicador de qualidade revela que as regiões Norte e Nordeste apresentavam baixas taxas de cobertura com relação à municípios que produzem informações regulares para mortalidade, enquanto que as regiões Sul e Sudeste vêm apresentando proporções próximas de 100% desde 1979.

Determinantes do Quadro Epidemiológico

No atual estágio do desenvolvimento científico, dispomos de um largo arsenal de recursos que nos capacitam a identificar e entender aspectos relevantes da dinâmica das condições da saúde nas populações humanas. Evidentemente, a capacidade de percebermos e explicarmos as transformações nos níveis de saúde está limitada pelo nosso desenvolvimento teórico-conceitual, como o modelo de causalidade adotado, e pela capacidade de registro, mensuração, análise e interpretação disponíveis em nossos sistemas de informações e pesquisas. As estratégias de intervenção em saúde têm que obrigatoriamente estarem vinculadas à modelos e concepções causais razoavelmente definidos, os quais são resultantes do desenvolvimento científico, porém também se situam dentro de referências ideológicas estabelecidas.

A análise dos determinantes das condições de saúde tem, em geral, privilegiado os determinantes micro-epidemiológicos (individuais) e dado pouca ênfase nos determinantes macro-epidemiológicos (coletivos). Acreditamos que esta última forma de abordar a questão é relevante pois, sem retirar a devida importância dos fatores individuais, relativiza o papel das intervenções médico-sanitárias na transformação dos perfis de saúde da população.

Determinantes Macro-epidemiológicos

As mudanças seculares nos perfis epidemiológicos, bem como as diferenças de perfis entre diferentes sociedades, têm-se apresentado como um problema de não simples explicação. Constata-se, na quase absoluta maioria das sociedades, uma tendência secular decrescente das diversas medidas da mortalidade, tais como mortalidade infantil e mortalidade geral, como consequência, principalmente, da redução na mortalidade por doenças infecciosas. Esta tendência, tem sido observada mesmo em sociedades em que os indicadores econômicos apresentam tendência a agravamento (Fleury, 1995; Ometto et al, 1995). Inversões desta tendência tem sido observadas em alguns momentos de grande crise social ou econômica, porém estes períodos são, em geral, curtos e seguidos por nova redução nos indicadores de mortalidade.

Apesar desta tendência decrescente, as diferenças dos indicadores entre os países - mesmo entre aqueles com níveis econômicos similares -, entre as macrorregiões, ou ainda entre grupos sociais, tendem a se ampliarem, como verificamos no panorama apresentado para o Brasil. A determinação e a intensidade deste processo não encontra lastro em uma teoria unificadora.

Um ponto que merece destaque respeito à discussão sobre se a modificação das macrodiferenças existentes nos padrões de saúde ou mesmo a intensificação do processo secular de mudança está fora da capacidade dos serviços de saúde. Isto se daria em consequência de mudanças nos padrões econômicos ou da constituição de políticas sociais, como aquelas voltadas para as questões do saneamento e para incremento do estado nutricional da população. Modificações de aspectos comportamentais também podem ter efeitos positivos nos padrões de saúde, tomando-se como exemplos, o impacto da disseminação do aleitamento materno e do declínio da fertilidade sobre os indicadores da mortalidade infantil (Patarra, 1995; Victora et al,1987; Monteiro et al, 1995).

Uma proposta apresentada recentemente, na tentativa de constituir uma teoria unificadora, busca entender tais mudanças nas condições de saúde como o efeito do acúmulo, de recursos físicos (infra-estrutura do sistema de saúde, infra-estrutura de saneamento, habitação, etc) e sociais (educação, percepções e comportamentos ligados à saúde etc.), em períodos históricos definidos (Murray & Chen, 1993). A grande contribuição desta abordagem é exatamente a de minimizar os fatores conjunturais, transitórios, e valorizar o processo secular de acúmulo de "recursos" com efeitos positivos sobre a saúde. Além de explicar o que acontece internamente à cada região, pode também atribuir a ampliação das diferenças observadas, ao acúmulo diferencial de investimentos nas regiões. Se nos centrarmos nas regiões Sudeste e Nordeste do Brasil, veremos que a redução de uma série de indicadores econômicos e sociais no período de 1970 até o final da década de 1980 foi mais acentuada na primeira (quadro I), apesar de inicialmente esta região já apresentar melhores níveis socio-econômicos.

Os dados deste quadro I indicam, portanto, um agravamento das diferenças sociais e econômicas existentes entre as regiões Sudeste e Nordeste, e pode contribuir para o entendimento sobre a ampliação das desigualdades nos indicadores de saúde.

Determinantes Micro-epidemiológicos e o Papel das Ações de Saúde

Existe consenso sobre a contribuição de um conjunto de fatores na produção de doenças, enquanto que existam divergências sobre os fatores que teriam uma maior expressão neste processo. Por qualquer que seja o conceito ou indicador social/econômico pelo qual se estratifica os indivíduos (classe social, renda, educação, ocupação etc.), observam-se grandes diferenciais na ocorrência de agravos e doenças. Tanto as ditas doenças da "riqueza" como as ditas doenças da "pobreza" ocorrem, em geral, nas populações mais pobres. Assim, em recente documento do Banco Mundial sobre saúde no Brasil conclui-se que "*Em resumo, são os pobres do Brasil que enfrentam maiores riscos dos problemas de saúde da pós-transição, que tem as mais altas taxas de doenças, e que apresentam as mais altas taxas de mortalidade por estas doenças*" (World Bank, 1990, p. 61) e portanto "*estratégias de prevenção devem ser baseadas nestes fatos*" (Ibid., p.61).

Apesar de vários consensos (multicausalidade, determinação social), e por mais paradoxal que pareça, na prática, as ações de prevenção em saúde, em seus vários níveis,

Quadro I - % de redução (1970 - 1989)

Variável	Região	
	Sudeste	Nordeste
Renda per capita <1/4 SM	38,3	17,3
Domicílios s/ água	68,8	41,0
Domicílios s/ esgoto	37,8	9,9
Vacinação tríplice incompleta	49,2	35,1
Mulheres jovens não alfabetizadas	77,8	56,3

Fonte: Monteiro et al, 1994

se utilizam de apenas alguns poucos modelos unicausais: a) teoria do germe; b) teoria do estilo de vida; c) teoria ambiental e d) teoria genética (Tesh, 1988; Barreto e Carmo, 1995). O enquadramento de cada doença ou agravo em uma destas teorias está na dependência de vários fatores, incluindo-se a disponibilidade de tecnologias de prevenção. Assim, para algumas doenças infecciosas, para as quais se dispõem de vacinas eficazes, a teoria do germe é suficiente para satisfazer à rotina de ações, enquanto que para outras doenças, para as quais não se dispõem destes recursos, tem-se enfatizado as causas ambientais (p. ex. cólera, dengue etc) ou do estilo de vida (p. ex. AIDS, doenças sexualmente transmissíveis). Além da aplicação para algumas doenças infecciosas, uma série de agravos gerados pela intensificação dos processos industriais, tem sido tratado no rótulo dos problemas ambientais e, neste sentido, tem gerado não só ações específicas, como legislações reguladoras das condições do ambiente. Diversos aspectos relacionados ao estilo de vida têm sido responsabilizados por doenças de diferentes origens e, consequentemente, tentativas de modificação dos estilos através de medidas predominantemente educativas, têm sido apresentadas como solução (p.ex. tabagismo e suas consequências). Por fim, as causas genéticas, que após um período de pouca relevância, por falta de fundamentação científica, ganha novos adeptos na nova onda de estudos da estrutura genética e sua relação com os eventos de saúde (Davison et al, 1994).

O conjunto de ações, centradas nos serviços curativos de saúde, por sua capacidade de prevenção dos danos, tem provocado uma diminuição da letalidade de algumas doenças ou agravos, sem, evidentemente, interferir no padrão de ocorrência destas doenças, já que não atua nos seus determinantes. Isto é bastante visível, para problemas como a cólera. A epidemia do século passado caracterizou-se pela sua alta letalidade, enquanto que a epidemia atual tem apresentado uma letalidade marginal. Para vários outros agravos e doenças, este efeito sobre a letalidade também é observado, ainda que em graus diferentes, porém provocando uma crescente dissociação entre o padrão de morbidade e o da mortalidade. Portanto, chama a atenção que, enquanto as mudanças dos padrões de mortalidade que ocorreram na virada do século XIX para o século XX, nos países da Europa e America do Norte, deveram-se quase que exclusivamente à diminuição da ocorrência das doenças (Mckeown, 1979), na atualidade, as mudanças nos padrões de letalidade estão na base de muitas das mudanças observadas na mortalidade.

O papel das ações de saúde na modificação dos padrões epidemiológicos tem sido tema de controvérsias, abrangendo um espectro de estudos que apontam para a incorporação de tecnologia como determinantes na melhoria dos indicadores (Omran, 1971; Frederiksen, 1969), enquanto que outros estudos, desenvolvidos em países desenvolvidos, são uníssonos em relativizar o papel da tecnologias médicas (Mckinlay & Mckinlay, 1977; Wing, 1984). Em épocas mais recentes o desenvolvimento de novas tecnologias tem permitido o aumento da sobrevida de pessoas acometidas com algumas enfermidades crônicas, como por exemplo para as neoplasias, as doenças cárdio-vasculares e diabetes. Da mesma forma tem sido ressaltado a sua utilização na prevenção de doenças, tendo como exemplo mais clássico o papel desempenhado pelas vacinas na redução de algumas doenças transmissíveis, como também a utilização de métodos diagnósticos em procedimento de triagem para câncer cervico-uterino e hipertensão (Albert et al, 1996).

Implicações para as Políticas de Saúde

Do diagnóstico aqui apresentado podemos sumarizar algumas questões maiores:

1. Ocorreu, nas últimas décadas, uma melhoria significativa dos indicadores de saúde do país, porem esta melhoria, tem sido observada na maioria das sociedades, inclusive nas mais pobres. No caso do Brasil tem ocorrido em menor intensidade, quando comparado com muitos países de economias similares (p. ex. México e Argentina), ampliando as desigualdades entre estes países no que diz respeito aos níveis de saúde;
2. Internamente, as acentuadas disparidades regionais e sociais, têm ocasionado ganhos diferenciados e maiores para regiões e grupos sociais mais ricos, gerando uma situação paradoxal, em que a queda geral do indicadores de saúde é acompanhada da ampliação dos diferenciais inter-regionais e inter-classes sociais.
3. A tendência do envelhecimento da população, se é uma conquista a ser celebrada, vem acompanhada de mudanças importantes nos padrões de morbi-mortalidade e na necessidade de serviços de saúde.
4. A complexidade das tensões sociais em meio urbano e rural tem gerado um aumento acentuado da violência, que se expressa na manutenção de altas taxas de morbidade e mortalidade no grupo das causas externas.
5. A queda acentuada da mortalidade pelas doenças infecciosas e parasitárias, não é acompanhada de uma redução, na mesma magnitude, na morbidade por este grupo de patologias, que ainda ocupa o quarto lugar em termos do total de internações hospitalares; quando associado às pneumonias representam em torno de 20% das internações.
6. A prestação de serviços de saúde tem se caracterizado pela compra a custos crescentes de serviços ao setor privado, que sem aumentos significativos do percentual do PIB investido no setor, tem implicado em que a proporção de recursos dedicada às atividades preventivas e de atenção primária diminua em relação às atividades de assistência hospitalar.

Tendo em conta o diagnóstico acima apresentado e a necessidade de fazer cumprir os preceitos constitucionais de que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Constituição Federal: art. 196), conclui-se que as ações voltadas para a resolução das distorções e desigualdades existentes nos padrões de saúde ultrapassam os limites das ações deste setor e passam a exigir ações coordenadas em várias esferas de governo.

Fica evidente dos resultados apresentados acima de que a concepção de nível de saúde não é absoluta, mas representa o ideal a ser alcançado em um determinado momento histórico, tendo por referência países, regiões ou grupos sociais que atingiram os níveis mais altos. Há algumas décadas atrás a expectativa de vida ao nascer em torno dos 60 anos já era uma grande conquista, porém tal indicador já atingiu valores em torno dos 80 anos em algumas sociedades e esta passa a ser uma meta possível de ser almejada pelas demais. As desigualdades entre as populações, portanto, são o que delimita a plena realização dos potenciais biológicos geneticamente definidos. Quando

estas diferenças ocorrem no espaço interno de uma sociedade, a situação se torna ainda mais injusta, demandando imediatas reparações. Por exemplo, em 1940, o excesso de expectativa média de vida de um brasileiro nascido no Sudeste era de 6 anos, em relação aos brasileiros nascidos no Nordeste (44,0/38,2) e em 1980 esta diferença já era da ordem de 12 anos (63,7/51,5). Apesar de uma melhoria absoluta ter sido observada nas duas regiões, o agravamento das diferenças relativas mostra que as soluções em busca do cumprimento das potencialidades biológicas está se dando com diferentes intensidades, provocando uma ampliação das desigualdades.

Estas e outras diferenças apresentadas em seu nível macro não serão, sem dúvida, resolvidas por ações setoriais de saúde. Diferenças macro-epidemiológicas assentam-se no processo complexo em que se deu o desenvolvimento regional brasileiro, com o empobrecimento relativo de algumas regiões. Se observarmos os indícios de que as diferenças inter-classes sociais também se agravaram, com conseqüente distanciamento dos níveis de saúde entre as classes, construímos um complexo de determinações que se expressam em níveis macro e micro-epidemiológico, para os quais somente políticas que, ao modificarem os grandes determinantes econômicos e sociais, impliquem em melhorias no cotidiano da vida de cada indivíduo, fazendo inverter a tendência de ampliação das desigualdades e possibilitando equacionamentos satisfatórios.

Centrando-se ao nível das políticas sociais, dentre as quais as políticas de saúde estão inseridas, existem fortes indícios de que os seus efeitos cumulativos tem um importante papel na forma como se modificam o padrões de morbi-mortalidade. É notório o papel do saneamento básico na incidências das doenças diarreicas e em outras afecções infecciosas transmitidas por via hídrica, devido ao grau de modificação dos seus padrões de ocorrência com a melhoria das condições sanitárias. Por exemplo, existem evidências de que a epidemia de cólera não atingiu dimensões ainda maiores na região Nordeste, devido a situação sanitária nesta região, que, apesar de deficiente, apresentou melhorias significativas nas últimas décadas. Da mesma maneira, não se propagou nas regiões Sul e Sudeste, em função da infra-estrutura existente (Toledo, 1993).

O processo de envelhecimento da população brasileira e as mudanças observadas nos padrões epidemiológicos não vêm se dando de forma desejada, ou seja, em que o surgimento de novos problemas seja acompanhado pela resolução de outros. Neste contexto se inserem as doenças infecciosas, que apesar da intensa queda nas taxas de mortalidade, ainda representam uma grande carga de morbidade, onerando os serviços curativos de saúde em volumes ainda expressivos. Soluções mais definitivas, para esta questão passam pela resolução dos determinantes destas doenças. No caso das diarréias significa a adoção de medidas preventivas bem conhecidas (saneamento, aleitamento, educação materna) e de atenção primária ao indivíduo, seja no domicílio, seja nos serviços de saúde. No caso das infecções respiratórias, as medidas preventivas ainda não estão bem estabelecidas, porém existe acordo sobre a alta efetividade da atenção primária a este agravo (Albert et al, 1996). Como parte das soluções deste complexo de problemas, as questões nutricionais, demandam ações diretas, que aumentem o aporte de macronutrientes (proteínas, carboidratos) e micronutrientes (ferro, vitamina A, iodo) adequados. A melhoria da situação nutricional traria resultados benéficos na diminuição das infecções e dos seus efeitos, na medida em que diminuiria a expoliação que elas ocasionam (FAO & WHO, 1992). Neste contexto, deve-se enfatizar os esforços de erradicação do sarampo que, além de significar a redução da mortalidade associada a esta doença, resulta em benefícios no estado nutricional da população.

Na área das doenças crônicas é obrigatório uma intervenção mais eficaz sobre a hipertensão arterial que está na base de um complexo de problemas, gerando custos importantes nos serviços curativos e de reabilitação (Lessa et al, 1996). A intervenção deve-se dar tanto a nível da sua prevenção (consumo de sal, ingesta de bebidas alcoólicas, diminuição dos fatores estressores, etc), como de ações curativas através da atenção primária. No campo das doenças respiratórias crônicas e vários tipos de canceres, existe consenso sobre o papel do cigarro como um fator de alto risco. A diminuição do seu consumo tem-se mostrado apresentar grande impacto sobre a ocorrência destes eventos mórbidos.

Faz-se necessário também a definição de políticas mais contundentes sobre a violência, entendendo que este grupo de problemas, além de afeto às áreas policiais e jurídicas, se constituem em um grupo de agravos que geram grande impacto sobre as condições de saúde e utilizam uma grande quantidade de serviços curativos e de reabilitação (Souza & Minayo, 1995).

Em resumo, delineiam-se medidas que visam reduzir de forma significativa a morbidade por afecções crônicas e infecciosas, cuja prevenção pode ser feita por ações simplificadas e de baixo custo. Este processo, denominado de "compressão da morbidade" (Fries, 1983), além do significado sobre a saúde da população, representa redução da pressão sobre os serviços de saúde, já que as mudanças nos padrões epidemiológicos brasileiros, tem-se caracterizado, como visto, pela superposição e não pela substituição de morbidade.

O cumprimento destas ações implica reorganizar o sistema de saúde adequando-o às suas responsabilidades constitucionais; reorientar as políticas de saúde previlegiando as atividades coletivas de promoção da saúde e prevenção da doença, em contraposição a atual priorização das atividades individuais e curativas; e buscar diminuir as iniquidades sociais e regionais que se refletem nos padrões sanitários, o que só poderá ser feito através das políticas sociais e econômicas implementadas para o país.

Referências Bibliográficas

ALBERT, X, Bayo A, Alfonso JL, Cortina P & Corella D, 1996, The effectiveness of health systems in influencing avoidable mortality: a study in Valencia, Spain, 1975-90, *J Epidemiol Communit Health*, 50:320-25.

BARRETO, ML & Carmo EH, 1994. Situação de saúde da população brasileira: Tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. *Inf Epidemiol SUS*, III (3/4):5-34.

BAYER, GF, Rotberg LC, Tavares R & Paula SG, 1982., População brasileira no século XX: alguns dados. RADIS/FIOCRUZ, *Dados.* 2:1-8.

BUSS, PM, 1993. Assistência hospitalar no Brasil (1984-1991): uma análise preliminar baseada no Sistema de Informação Hospitalar do SUS. *Inf Epidemiol SUS*.II (2):5-42.

CARMO, EH, Barreto ML & Evangelista Filho D, 1993. Control of schistosomiasis in Northeast Brazil and trends in related morbidity. *IV Simpósio Internacional de Esquistossomose.* Rio de Janeiro.

COMISSÃO Coordenadora Central do Estudo sobre Prevalência de Diabetes Mellitus no Brasil, 1992. Estudo multicêntrico sobre a prevalência de Diabetes Mellitus no Brasil. *Inf Epidemiol SUS*. I (3):45-74.

DAVISON C, Macintyre S & Smith GD, 1994. The potencial social impact of predictive genetic testing for susceptibility to common chronic diseases: a review and proposed research agenda. *Sociol Health Illness*, 16 (3): 340-71.

FAO & WHO, 1992. International Conference on Nutrition. *Final report of the conference*.

FIBGE, 1984. *Anuário estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro, FIBGE.

FIBGE, 1987. *Anuário estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro, FIBGE.

FIBGE, 1990. *Anuário estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro, FIBGE.

FIBGE, 1992. *Anuário estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro, FIBGE.

FLEURY S, 1995. Iniquidades nas políticas de saúde pública: o caso da América Latina. *Rev Saude Publica*, 29 (3)243-50.

FREDERIKSEN, H, 1969. Feedbacks in economic and demographic transition. *Science*,166:837-47.

FRIES JF, 1983.The compression of morbidity. *Health and Society*, 61 (3):397-419.

HIJJAR MA, 1994. Controle das doenças endêmicas no Brasil - Tuberculose. *Rev Soc Bras Med Trop*, 27 (III):23-36.

KOIFMAN S, 1995. Incidência de cancer no Brasil. In: Minayo MCS (Org.). *Os muitos Brasis*: saúde e população na década de 80. São Paulo - Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO.

LAURENTI R, 1995. O perfil da mortalidade materna. In: Minayo MCS (Org.). *Os muitos Brasis*: saúde e população na década de 80. São Paulo - Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO.

LESSA I, Mendonça GAS & Teixeira MTB, 1996. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. *Bol Oficina Sanit Panam*, 120 (5):389-413.

MCKEOWN T, 1979. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* Oxford, Basil Blakwell.

MCKINLAY JB & McKinlay SM, 1977. The questionable contribution of medical measures to decline of mortality in the United States in the twentieth century. *Milbank Mem Fund Q*,55:405-28.

MONTEIRO CA, Benicio MHD, Iunes R, Gouveia NC, Taddei JAAC & Cardoso MAA, 1994. O estado nutricional das crianças brasileiras: a trajetória de 1975 a 1989. in: ABRASCO. II Congresso Brasileiro de Epidemiologia. *Anais*. p.89-104. Belo Horizonte, Coopmed/ABRASCO.

MONTEIRO CA, Benicio MHD, Iunes R, Gouveia NC & Cardoso MAA, 1995. Evolução da desnutrição infantil. In: Monteiro CA (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo, HUCITEC-NUPENS.

MONTEIRO PS, Lacerda MM & Arias JR, 1994. Controle da Leishmaniose Visceral no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*, 27 (III):67-72.

MS.FNS.CENEPI, 1992a. Séries históricas de agravos e doenças transmissíveis. *Inf Epidemiol SUS*, 1: 17-72.

MS.FNS.CENEPI, 1992b. Doenças transmissíveis e acidentes provocados por animais peçonhentos. Taxas de incidência anual por Unidade Federada, Brasil. 1980-1991. *Inf Epidemiol SUS*, 5: 119-38.

MS.FNS.CENEPI, 1993a. Casos de agravos e doenças infecciosas e parasitárias notificados em 1991, 1992 e 1993. *Inf Epidemiol SUS*, 6: 117-46.

MS.FNS.CENEPI, 1993b. Prevalência e detecção da hanseníase segundo macrorregiões e unidades federadas. Brasil - 1991, 1992 e 1993. *Inf Epidemiol SUS*, 6: 147-52.

MS.FNS.CENEPI, 1996a.*Estatísticas de Mortalidade*,BRASIL,1991.

MS.FNS.CENEPI, 1996b.*Estatísticas de Mortalidade*,BRASIL,1992.

MS.FNS.CENEPI, 1996c.*Estatísticas de Mortalidade*,BRASIL,1993.

Murray CJL & Chen LC, 1993. In search of contemporary theory for understanding mortality change. *Soc Sci Med*, 6 (2):143-55.

OMETTO AMH, Furtuoso MCO & Silva MV, 1995. Economia brasileira na década de oitenta e seus reflexos nas condições de vida da população. *Rev Saude Publica*, 29 (5):403-15.

Omran AR, 1971. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q*, 49:509-83.

Patarra NL, 1995. Mudanças na dinâmica demográfica. In: Monteiro CA (Org.), 1995. *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo, HUCITEC-NUPENS.

Silveira AC & Rezende DF, 1994. Epidemiologia e controle da transmissão vetorial da doença de Chagas no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*, 27 (III):11-22.

Souza ER & Minayo MCS, 1995. O impacto da violência social na saúde pública no Brasil: década de 80. In: Minayo MCS (Org.). *Os muitos Brasis*: saúde e população na década de 80. São Paulo - Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO.

Tesh SN, 1988. *Hidden arguments: Political ideology and disease prevention policy*. London, Rutgers University Press.

Toledo LM, 1993. O cólera nas Américas e sua produção no Brasil. *Inf Epidemiol SUS*, II (1): 7-40.

Victora CG, Barros FC & Vaughan JP, 1987. Evidence for a strong protective effect of breast feeding against infant deaths from infectious disease in Brazil. *Lancet*, 2:319-22

Waldman EA, Silva LJ & Monteiro CA, 1995. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. In: Monteiro CA (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil*: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo, HUCITEC-NUPENS/USP.

Wing S, 1984. The role of medicine in the decline of hypertension-related mortality.*Int J Health Serv*, *14* (4):649-67.

World Bank, 1990. *Brazil: the new challenge of adult health.* Washington DC, World Bank.

World Bank, 1993. *World development report 1993: Investing in health.* New York, Oxford University Press.

Reforma do Estado

A Via do Parlamento[1]

Eleutério Rodrigues Neto

Porque Privilegiar a Via do Parlamento

O chamado movimento sanitário brasileiro, do qual o CEBES foi o primeiro protagonista institucionalizado, teve como características fundamentais, por um lado, a inserção da luta pela saúde no movimento mais global de democratização da sociedade brasileira, ainda sob a ditadura militar, e, por outro, uma estratégia de atuação diversificada, em várias frentes, decorrente tanto do conceito "ampliado"de saúde que lhe servia de base, inspirado pelo movimento da Medicina Social dos anos 60 e 70, quanto da visão político-ideológica que predominava entre os seus militantes, a maioria oriunda de partidos políticos na clandestinidade, em particular o então Partido Comunista Brasileiro.

Se pelo lado da questão da saúde a Medicina Social tinha introduzido novos conceitos e aberto outros campos de intervenção além do prevenir/diagnosticar/curar, quais sejam, a determinação social do fenômeno saúde/doença e a organização das práticas, serviços e sistemas de atenção à saúde, pelo ângulo da política, a visão que predominava no movimento era eminentemente reformista, ainda que tendo no horizonte o socialismo.

Com essa base político-ideológica e no contexto do início da distensão política iniciada pelo Governo Geisel, o movimento sanitário conformou-se de maneira inovadora e criativa, na política de "aproveitar espaços", rompendo com o isolacionismo a que a sociedade tinha sido condenada, em relação ao aparelho de Estado, não sem, com isso, despertar, em vários segmentos de esquerda uma severa crítica que ia da acusação de reformismo, até a de oportunismo e adesismo.

Mesmo não sendo objetivo deste texto analisar as origens e evolução do movimento sanitário, mais aprofundadamente estudado por outros autores[2], a escolha da "via do parlamento" para sua atuação só pode ser compreendida a partir desse conjunto, como uma das suas estratégias.

As demais "vias" de atuação do movimento poderiam ser sintetizadas em: produção acadêmica "informada" politicamente, estimulação e promoção do debate, divulgação pela série de livros e pela Revista Saúde em Debate, construção de contra-políticas ou de políticas alternativas e ocupação de espaços institucionais.

1. texto modificado e atualizado, basedo em parte do trabalho de doutoramento do autor: **SAÚDE: promessas e limites da Constituição**, 1988, inédito.
2. Ver em especial Escorel, S., **A Reviravolta da Saúde - Origem e articulação do movimento sanitário**, Rio de Janeiro, dissert. mestrado, ENSP/FIOCRUZ, 352 p., mimeo.

Todavia, se todas essas "vias" foram e têm sido extremamente produtivas, em termos de avanços do movimento, parece não haver dúvida que a escolha do parlamento como canal para se fazer avançar o processo de democratização da saúde encontrou aí um espaço privilegiado para exploração. Várias tentativas de explicação "a posteriori" podem ser tentadas. Entretanto, alguns fatos são, sem dúvida elucidativos. Primeiramente, o parlamento sempre foi um espaço de contradições, mesmo nos momentos duros da ditadura em que permaneceu aberto. Da mesma forma, por suas características próprias, era o que oferecia mais oportunidade ao debate democrático, ainda pouco franqueado em outros espaços institucionais e mesmo públicos, assim como na imprensa. De outra parte, as eleições de 1974 haviam recuperado, em boa medida, a pluralidade partidária do parlamento, ainda que agrupados sob as duas legendas da ARENA e MDB; e, neste, podiam ser encontrados vários parlamentares identificados, se não com os partidos de esquerda inspiradores do movimento, com o próprio movimento, que sempre teve a questão democrática como central, permitindo assim,um amplo arco de alianças. Na verdade, até mesmo na ARENA foi possível encontrar parlamentar identificado com o movimento.

Assim, a "via do parlamento" não significou apenas se privilegiar o processo legiferante, isto é, a proposição e aprovação de leis convergentes com a Reforma Sanitária. Pelo contrário, no começo, ou seja, até a Constituinte (87-88), o Parlamento, e em especial a Câmara dos Deputados e sua Comissão de Saúde, foi utilizado principalmente como espaço para o debate público sobre a Saúde e até mesmo para a "organização" do movimento, com apoio de parlamentares e da infra-estrutura da própria Comissão.

Embora a legislação aprovada em 1975, criando o Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6229) e o SINPAS já fosse um alvo objetivo do movimento, uma vez que continha toda a base jurídica para a manutenção do "status quo", a investida no campo propositivo, em termos de mudança da legislação, só se iniciou, de fato, com o processo Constituinte em 1987, deflagrado, no caso da Saúde, em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

No tocante ainda à "via do parlamento", uma outra vertente também deve ser destacada, que era a do investimento militante na eleição de parlamentares federais e estaduais e também prefeitos e vereadores comprometidos com o movimento, que passaram a ter a questão da saúde em suas plataformas eleitorais. Nessa época ainda foram poucos os que se candidataram a partir da sua inserção no movimento; a maioria estava mais ligada à questão geral da democratização, sob cuja bandeira o movimento "pegava carona".

Assim, a escolha da "via do parlamento" pelo movimento sanitário, teve menos a ver com uma visão "legalista", que passou a ser privilegiada mais tarde, do que com as circunstâncias que conferiam ao parlamento a condição de espaço quase exclusivo para o debate público de oposição ao regime, através da denúncia e da construção de uma contra-política; no caso, para a saúde.

Neste texto será privilegiada a questão do processo constituinte, por ser o mais bem documentado do período e o que teve os resultados mais objetivos e concretos, quanto à institucionalização da Reforma Sanitária. O processo de elaboração da legislação infra-constitucional também já tem sido estudado, o que será referido oportunamente. Ademais, a exemplificação, via Constituinte, dá bem uma dimensão do que tem sido a atuação do movimento sanitário no Parlamento.

O Período Pré-democratização

A criação do CEBES em 1976, conferindo base institucional ao movimento sanitário, ocorreu simultaneamente e em articulação com dois outros fatos: um de caráter geral, representado pelo início da abertura política "lenta e gradual" que, se ainda não permitia uma plena e transparente organização do movimento social, especialmente mantendo na clandestinidade os partidos de esquerda, criou as condições para o início do debate público de oposição, até então restrito apenas ao âmbito parlamentar; e outro, que foi a consolidação do modelo médico assistencial privatista, assegurada pela Lei nº 6229 de 1975, que repartia as responsabilidades quanto à saúde pública e à assistência médica, respectivamente entre os Ministérios da Saúde e o da Previdência e Assistência Social, assegurando a este um fluxo de recursos regular e vinculado, relegando o Ministério da Saúde à tradicional condição de "ficar com a sobra" do Tesouro. Foi essa a estratégia que, logicizando as ações de prevenção e cura em um "sistema" apenas funcional (o Sistema Nacional de Saúde), garantiu a expansão do modelo.

Todavia, havia contradições intrínsecas a essa conjuntura, em que o Governo tentava administrar as tensões e pressões sociais em relação ao seu projeto econômico ainda em expansão, embora às custas de abrir novos espaços de intervenção setorial, especialmente por meio dos chamados projetos de extensão de cobertura, inspirados pelos organismos internacionais, entre os quais deve-se destacar o PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento e, na sua esteira, várias experiências de organização de redes de serviços básicos de saúde em nivel municipal, particularmente naquelas prefeituras eleitas pelo MDB.

Ao mesmo tempo, esse período de "modernização" do Ministério da Saúde, que assumiu ações assistenciais dirigidas às populações pouco inseridas no mercado produtivo, e inicia um trabalho de cooperação com Secretarias Estaduais de Saúde, induz à formação de uma massa crítica de técnicos e profissionais que passam a discutir as estratégias de, pela via do reforço à "atenção primária" e da medicina comunitária, se contrapor ao INAMPS. Foi nesse momento que vários quadros do movimento sanitário, oriundos do Rio deJaneiro e São Paulo, núcleos do movimento, começam a se incorporar ao Ministério da Saúde e até mesmo ao INAMPS, na medida que este também buscava algumas estratégias de racionalização, sem comprometer o cerne do seu modelo[3].

Essas circunstâncias, associadas às necessidades e demandas dos parlamentares de oposição, permitiram que esses quadros passassem a atuar como assessores de deputados e senadores, de maneira informal, militante e, às vezes, até clandestina, embora organizados em torno do núcleo do CEBES de Brasília, em articulação com o movimento em nivel nacional.

Nessa etapa, poucas ações concretas e produtivas, em termos de reorientação da política puderam ser realizadas, restringindo-se essa articulação à troca de informações e assessoria aos parlamentares nos seus pronunciamentos.

Entretanto, a partir de 1979, com o Governo Figueiredo, já tendo como pano de fundo o fim do "milagre" e no horizonte as nuvens da recessão e o aprofundamento da abertura política, essa situação avançou, inclusive pela eleição de novos parlamentares com afinidades com o movimento e a ocupação de novos postos estratégicos por quadros

3. Foi o caso do PLUS - Programa de Localização de Unidades de Serviço.

do movimento, fosse no Ministério da Saúde, na Previdência (Ministério, e não INAMPS), na SEPLAN (IPEA) ou na OPAS - Organização Panamericana da Saúde.

Essa situação, se permitiu a influência direta sobre algumas das políticas de Saúde, especialmente no apoio às iniciativas locais de reorganização dos serviços de saúde, também proporcionou uma tática "sui generis", embora perigosa, com riscos e algumas vezes com "cabeças roladas", de se investir nas contradições. Isto é, ao mesmo tempo que se assessorava o Ministério, se assessorava parlamentares para questionar as ações e políticas do próprio Ministério. Além de propiciar o acesso de informações privilegiadas, que eram repassadas tanto ao movimento, como para jornalistas e, especialmente aos parlamentares a ele vinculados, para pronunciamentos, arguições e denúncias.

Nesse período, além dessas ações correntes, que ora serviam para desestabilizar algumas propostas, e, em outro momento, para incentivá-las, foram realizados os primeiros debates abertos e organizados oficialmente, sobre a Saúde, no espaço conquistado pelo movimento junto à Comissão de Saúde da Câmara, consubstanciados nos Simpósios Nacionais de Políticas de Saúde.

O primeiro desses Simpósios, realizado em 1979, ocupa um papel real e simbólico pela precedência histórica no lançamento do projeto do Sistema Único de Saúde. Esse Simpósio, organizado com a assessoria direta do CEBES, mas realizado com uma ampla representação institucional que lhe conferia legitimidade, teve suas principais discussões e conclusões centradas em torno do documento produzido pela Diretoria Nacional do CEBES - "A Questão Democrática na Saúde" e trazido como colaboração para o Simpósio [4a]. Esse documento, além de fazer uma ampla análise da conjuntura nacional e das políticas de saúde, assumia um caráter propositivo, ao apresentar o projeto de reorientação do sistema de saúde brasileiro, com base na descentralização, na integração institucional, na regionalização e hierarquização da rede assistencial, e na participação popular, com ênfase nas ações básicas de saúde. A doutrina contida nesse documento representava a convergência das discussões havidas nos anos anteriores sobre a questão, pelos setores de oposição ao regime, mas tinha uma característica inovadora para a época, entre os movimentos sociais de oposição, que era o caráter propositivo, transcedente à denúncia.

E foi isso que conferiu à proposta o poder de influenciar ou, no mínimo informar, a maioria das propostas de reforma setorial que foram, a partir de então, engendradas oficialmente ou como contra-políticas.

O fato imediato a esse Simpósio foi a tentativa ingênua, levada pelos coordenadores do próprio Simpósio e por lideranças do movimento, aos Ministérios da Saúde e da Previdência, para que se unificasse o INAMPS com o Ministério da Saúde. Naquela época, o grande "cavalo de batalha" do movimento era a questão da unificação da Saúde em torno de um único ministério, a partir do diagnóstico de que aí residia a principal base estrutural e conceitual de distorção do modelo vigente.

O então ministro da Previdência, Jair Soares, vindo da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, era visto como um "modernizador" e permeável às idéias dos sanitaristas, uma vez que, de fato, havia imprimido uma nova dinâmica na secretaria daquele estado, a partir da incorporação de quadros da área de saúde pública e epide-

4a. CEBES, A Questão Democrática na Área da Saúde, **Rev. Saúde em Debate**, 9: 11-13, 1980.

miologia. (O ministro chegou até mesmo a ser condecorado pela OPAS pela sua atuação.) No entanto, os projetos político-eleitorais imediatos falavam mais alto e a idéia, apesar de ter sido publicamente aceita pelos dois ministros, foi remetidas a "estudos técnicos". Essa situação gerou, no entanto, a criação de um grupo de trabalho interministerial, com assessoria da OPAS, que se propôs a elaborar um projeto de reorientação do sistema de saúde, a partir daqueles princípios e diretrizes então acordados: atenção primária, serviços básicos, descentralização, participação, etc.

A partir da primeira versão do projeto (julho de 1980), que iria se chamar, originalmente, Pró-Saúde e que, posteriormente, por imposição do Ministério da Previdência, passou a ser o Prev-Saúde, o processo ocorrido foi quase surrealista. Nenhuma das versões elaboradas chegou a ser assumida oficialmente. As versões eram "vazadas", havia debates públicos sobre as mesmas, eram negadas para, depois, aparecerem modificadas e seguirem o mesmo processo, até o começo de 1981, quando se extinguiu como projeto.

Ao final de algumas versões, o Prev-Saúde havia se afastado tanto de suas proposições originais que Carlos Gentille de Mello já o chamava de "nati-morto".

O fato, no entanto, de nunca ter sido apresentado oficialmente por, supostamente contrariar interesses que as instituições proponentes não puderam ou não quiseram contornar, transformou o Prev-Saúde em um verdadeiro paradigma das reformas setoriais, aspiradas pela sociedade civil e não atendidas pelo governo.

Esse foi um período de mobilização e debates muito profícuo, que contou com a participação intensa da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, onde, em audiências públicas, foi possível se mapear claramente os interesses em disputa: por um lado o fisiologismo do INAMPS, desejando manter a sua máquina clientelista e favorecedora dos interesses privados e, por outro, a ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo que, emergente na ocasião, apresentava um face de "capitalismo moderno", simpática à SEPLAN, toda poderosa naquele momento. Esta última, chegou a elaborar uma proposta altenativa, baseada nos modelos de HMO (Health Maintenance Organizations), então em expansão nos Estados Unidos.

A época pré-eleitoral que se seguiu levou a que nenhuma mudança fosse empreendida; pelo contrário, era época de se utilizar a máquina então montada, para os fins eleitoreiros, numa ação de rapina, uma vez que já se identificava, com clareza, o esgotamento do modelo: quase como se quisessem "raspar o fundo do tacho", enquanto era tempo.

Assim é que, só em fins de 1981, quando os resultados eleitorais já haviam sido plantados, em especial pelo então Ministro da Previdência, candidato a governador, o Governo Federal reconhece a "crise da Previdência" e faz aprovar o "pacote da Previdência", aumentando alíquotas de contribuição, retirando benefícios de aposentados e criando o CONASP- Conselho Consultivo de Saúde Previdenciária. Este, como uma estratégia quase intervencionista no INAMPS, mas com uma perspectiva protelatória, com vistas a garantir a colheita dos resultados eleitorais de 1982.

Mesmo a criação do CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estduais de Saúde e da CIPLAN- Comissão Interministerial de Planejamento MS/MPAS que iniciou os chamados convênios tripartites MS/MPAS/SES não conseguiu introduzir mudanças importantes, reagindo, inclusive, à susbstituição da US como unidade de remuneração dos serviços públicos estaduais, uma vez que muitos secretários tinham interesses eleitorais em jogo.

Todavia, o perfil majoritariamente liberal do CONASP, que assumiu uma missão "moralizadora" em relação à assistência médica da Previdência, levou a que o mesmo resgatasse as análises e idéias que tinham, em grande parte, informado a elaboração do Prev-Saúde.

Nesse momento, houve um fato novo, sobre o qual o movimento sanitário, em articulação com o Parlamento, teve uma ação decisiva, com sua estratégia quase de guerrilha.

Ocorre que, acenada a possibilidade de passagem do INAMPS para o Ministério da Saúde, por ocasião da substituição do Ministro da Previdência, seus titulares se articularam com a SEPLAN para a elaboração, à margem do CONASP, de um plano de unificação, a partir de uma estratégia completamente oposta àquela que vinha sendo desenvolvida e proposta pelo Conselho. Tal proposta separava o sistema nacional de saúde em três sub-sistemas: o privado autônomo, não dependente de recursos públicos diretamente, mas com subsídios que poderiam permitir ao mesmo cobrir cerca de 8 milhões de pessoas; o sub-sistema de assistência à saúde delegado, em que, por meio da modalidade tipo "convênio-empresa", poder-se-ia cobrir ao redor de 70 milhões de habitantes vinculados ao mercado de trabalho; e o sub-sistema de responsabilidade pública, correspondendo aos serviços públicos federais, estaduais e municipais, assim como aos contratados por estes, para cobrir perto de 40% da população, considerada fora do sistema produtivo regular.

Afora as questões econômico-financeiras que privilegiavam o segundo sub-sistema, a argumentação era de que seria um atraso, em relação ao modelo economico vigente e em processo de modernização, apostar no desenvolvimento do setor público. Além disso supunha que o controle sindical sobre os serviços de saúde era uma garantia que o setor público não tinha legitimidade para assegurar.

O envolvimento de reconhecidos integrantes do movimento sanitário na elaboração da proposta criou uma situação de perplexidade e constrangimento, na medida em que essas idéias estavam cobertas de sigilo e só vinham à tona por inconfidências pessoais.

Assim, utilizou-se a tática de, valendo-se da organização e realização de mais um Simpósio de Saúde na Comissão de Saúde da Câmara Federal, esvaziou e "desmontou" a proposta, impedindo que a mesma fosse adotada pelo CONASP. A situação, dada a conhecer posteriormente em círculos maiores, gerou pela primeira vez, algumas rupturas temporárias, ainda que com cicatrizes, no até então coeso "partido sanitário".

Ao lado da participação na construção da estratégia das Ações Integradas de Saúde, uma das frentes do Plano do CONASP, que continha o embrião do processo de descentralização e integração intitucional que veio a ser a base real para o SUS, a próxima etapa que o movimento viveu foi a do período de elaboração das propostas de programas de saúde para o futuro Governo da Aliança Democrática.

Muitos foram os grupos, instituições e entidades que elaboraram e fizeram chegar suas propostas ao futuro governo, em processo de montagem. Todavia, havia uma convergência doutrinária informada pelo movimento sanitário e pela idéia do Sistema Único de Saúde. Foi um momento de muitas articulações, a maioria passando pelas lideranças políticas parlamentares que tinham potencialidade de influir no processo, devendo-se destacar dois conjuntos de propostas altamente convergentes entre si, que foram o Plano da COPAG[4], de elaboração mais técnica e a proposta do Grupo Parlamentar

de Saúde do PMDB, que tinha uma clara intenção de disputar o espaço, assumindo a condução da política de saúde. No primeiro, houve a participação de vários integrantes do movimento sanitário, ainda que de forma mais pessoal; no segundo, a participação foi mais orgânica e articulada coletivamente, conferindo uma legitimidade indiscutível à proposta, embora as mesmas não se distinguissem em pontos essenciais.

O Processo Constituinte: Atores, Organicidades e Conflitos

A partir da convocação da Assembléia Nacional Constituinte, a atuação do movimento sanitário no, e através do Parlamento, passou a privilegiar o próprio processo legiferante, como seu objetivo estratégico maior; isto é, passou-se a investir na própria mudança da Constituição e das leis, a fim de criar a nova base jurídico-institucional para a Saúde, nos novos tempos democráticos. Mais ativo, com maior consciência de sua importância e representatividade, o próprio Parlamento passou a produzir fatos novos, pela sua própria dinâmica, ao mesmo tempo que se permeabilizava mais à própria influência direta e aberta de "lobbies", entre os quais o do movimento sanitário. O que diferenciava este dos demais era a sua organicidade com os interesses sanitários e populares, ainda que fosse também um "lobby".

Assim, mesmo tendo consciência da limitação do instrumento legal, em termos da sua suficiência para as mudanças necessárias, o movimento deu, acertadamente, um maior peso a esse tipo de atividade, ainda que hoje, aprovadas a Constituição e várias leis, possa-se confirmar aquela relatividade; isto é, apesar das leis, o quanto se está longe de uma plena implementação dos preceitos constitucionais, não só em relação à Saúde, mas a toda área social.

Na seqüência dos documentos e propostas elaborados a partir de 1984, com o fim de subsidiar o programa de governo da Aliança Democrática no tocante à saúde, a questão da Constituinte apareceu pela primeira vez na proposta da assessoria parlamentar do PMDB -"Contribuição ao Governo do Presidente Tancredo Neves". Esse documento explicitava a necessidade de se desencadear um processo de estudos e compatibilização de propostas e experiências que deveriam culminar com uma Conferência Nacional de Saúde que subsidiaria a Assembléia Nacional Constituinte, bem como a legislação complementar correspondente.

Entretanto, embora a 8ª Conferência não tenha feito propostas específicas de textos para a nova Constituição, definiu o quadro de referência que passaria a informar, a partir de então, o conjunto de sugestões e reinvindicações que o "movimento sanitarista" passaria a fazer junto ao processo constituinte[5].

Convém ainda recordar que as conclusões da 8ª Conferência, embora altamente representativas da sociedade brasileira no seu conjunto, não conseguiram consenso no interior do movimento social na área da saúde, por duas vias extremas: uma, pela não inclusão das teses do setor privado de prestação de serviços de saúde que mesmo convidado, negou-se a participar da conferência; outra pela derrota, pelo voto da tese/tática da "estatização imediata", defendida pelos setores sindicais ligado à CUT e pelo

4. COPAG - Comissão de Elaboração do Plano de Ação do Governo Tancredo Neves.

PT e PDT, principalmente. No que diz respeito a este último segmento é justo que se registre que, a partir do encerramento da 8ª Conferência, o mesmo passou a endossar unitariamente o movimento que ganhou então a denominação mais explícita de "movimento pela reforma sanitária".

Isso não impediu que essas posições fossem reiteradas nos vários momentos de discussões que se seguiram, especialmente no correr dos trabalhos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, quando se estabeleceu uma nova polarização, pela participação no órgão de representantes da iniciativa privada.

Em setembro de 1986 a ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva realizou o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva onde, pela primeira vez, a questão da Constituinte foi debatida. Nesse congresso foi realizado um seminários sobre o tema e uma mesa redonda com a participação de representantes dos vários partidos políticos. Ao final do Congresso foi apresentada e aprovada uma proposta de texto, a título de subsídio para a Constituinte, cujo conteúdo foi extraído e derivado da forma mais fiel possível, das conclusões da 8ª Conferência.

A essa altura, vários projetos globais de Constituição já circulavam, elaborados por partidos políticos, intelectuais e pela própria Comissão Afonso Arinos, entre outros. A análise feita por ocasião do Congresso concluiu pela impropriedade ou insuficiência de todas as propostas até então conhecidas, no respeito à saúde e, em particular, em relação às conclusões da 8ª Conferência.

De acordo com o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, as seguintes questões podem ser consideradas centrais à Reforma Sanitária e definidoras dos novos rumos da polítca nacional de saúde, e devendo estar asseguradas constitucionalmente:

- O conceito de saúde, referido não apenas à assistência médica, mas relacionado com todos os seus determinantes e condicionantes, como: trabalho, salário, alimentação, habitação, transporte, meio ambiente, entre outros.
- O direito universal e igualitário à saúde.
- O dever do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde.
- A natureza pública das ações e serviços de saúde.
- A organização das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde gratuito, descentralizado para Estados e Municípios, sob controle social.
- Subordinação do setor privado às normas do Sistema Único e, quando necessário, contratado sob as normas do direito público; diretriz de estatização progressiva.
- Desvinculação do Sistema de Previdência Social, com financiamento autônomo, preservada a gradualidade na substituição das fontes previdenciárias; estabelecimento de pisos de gastos.

5. Embora por caminhos sinuosos, a Conferência foi realizada em março de 1986, incluindo um painel onde o tema específico da saúde na Constituição foi debatido. Nessa ocasião o único participante que apresentou uma proposta de texto, foi o deputado Carlos Sant'Anna. Como registro, vale o fato de o Presidente José Sarney ter referido no seu discurso à ocasião, que a 8ª Conferência Nacional de Saúde deveria se constituir "numa verdadeira pré-constituinte de saúde" (discurso elaborado com assessoria de militante do próprio movimento).

Tendo-se tratado, até o momento, do processo anterior à Constituinte, das fontes para a mesma, na questão saúde, os tópicos seguintes se referirão a cada etapa dos trabalhos da própria Assembléia Nacional Constituinte.

Diferentemente das estratégias usualmente adotadas em outros países e em momentos anteriores no próprio país, a Constituinte não partiu de qualquer ante-projeto, apesar da existência do Projeto Afonso Arinos que foi descartado pelo próprio Presidente da República ao convocar o Congresso Constituinte.

Essa estratégia significou, pelo menos no início, um processo extremamente rico e uma grande superfície de contato da Constituinte com a sociedade, algo extremamente desejável já que a natureza congressual da Assembléia impediu que no processo eleitoral as teses constitucionais pudessem ter sido discutidas.

De acordo com o regimento aprovado, o processo de elaboração da Constituição obedeceria a quatro fases sucessivas:

- Sub-comissões (com audiência públicas).
- Comissões temáticas.
- Comissão de sistematização.
- Plenário.

A questão da saúde esteve tratada pela Sub-Comissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente que passou a compor, no momento seguinte, a Comissão da Ordem Social.

A análise do perfil dos constituintes (559) revelou um número de 58 parlamentares cujas profissões eram ligadas à saúde, na maioria médicos. No entanto, se isso poderia representar um alto percentual em relação ao total, só superado pelo de advogados, empresários e engenheiros, um estudo mais detido evidenciava um número bastante pequeno dos que tinham a questão da saúde nos seus currículos de história política. Os demais, apesar de médicos, ou já haviam abandonado a profissão ou, no momento, não incluíam a questão da saúde nas suas prioridades políticas e eleitorais. Verificou-se, no entanto, mais tarde, que, por ocasião dos processo decisórios mais definitivos, essa maioria acabou por revelar sua organicidade com os interesses corporativos e do capital.

A Sub-Comissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente

A Sub-Comissão foi a "porta de entrada" das propostas para a Constituição. O seu trabalho consistiu em ouviu e debater com entidades da sociedade civil, lideranças e dirigentes institucionais suas respectivas reinvindicações e propostas e, após, elaborar um relatório que, votado e aprovado, seria apresentado como ante-projeto para a Comissão da Ordem Social (no caso).

A Sub-comissão esteve presidida pelo deputado José Elias Murad, do PDT de Minas Gerais, famacêutico e médico, dedicado às questões da indústria farmacêutica, e ao problema de drogas, com uma perspectiva nacionalista.

O relator, na prática o papel mais relevante, foi o deputado Carlos Mosconi do PMDB de Minas Gerais, ex-presidente da comissão de saúde da Câmara dos Deputados, ex-Secretário de Saúde do Distrito Federal, médico, ligado às questões da saúde na perpectiva do "movimento sanitário", embora nefrologista e proprietário de serviço médico privado.

A análise da composição e perfil da sub-comissão, composta por vinte e um constituintes e vinte um suplentes, revelou uma primeira surpresa: a maioria não havia escolhido a sub-comissão por primeira opção, o que revela a falta de importância a ela conferida. Estes se dividiram polarmente entre os adeptos das teses da 8ª Conferência Nacional de Saúde e os defensores da iniciativa privada na saúde.

Como se pode observar, ao começo, poucos tinham propostas claras quanto à saúde, mesmo porque desconheciam o seu quadro diagnóstico com agudeza.

Assim, as audiências públicas realizada tiveram um perfil essencialmente pedagógico.

Foram ouvidas as entidades mais representativas do setor, os Ministros da Saúde e da Previdência, dirigentes dos órgãos vinculados às pastas, Secretários de Saúde e a própria Comissão Nacional de Reforma Sanitária que introduziu a proposta referente ao seu trabalho de interpretar as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

As considerações e propostas feitas aos constituintes podem ser divididas em três grupos:

- as derivadas e orgânicas com a 8ª Conferência, apresentadas pela CNRS, pelo CONASS e pelas entidades sindicais, associações profissionais, conselhos federais, ABRASCO, CEBES, entre outras;
- aquelas em defesa da "prática liberal"e da iniciativa privada, representadas pela AMB, FBH, cooperativas médicas, entre outras;
- e as institucionais, especialmente representadas pelas posições dos Ministros da Saúde e da Previdência Social, cada qual na defesa da preservação e valorização corporativa da sua pasta.

É importante notar que o primeiro grupo, apesar de mais numeroso foi extremamente convergente e complementar entre si, em relação às teses da Reforma Sanitária, já que foi o único grupo que trouxe propostas de texto, enquanto os demais apenas argumentos e contra-argumentos.

No caso do grupo que representava os interesses do setor privado ficam nítidas as diferenças entre as suas reinvidicações, orientadas à defesa das suas formas específicas de prática, embora todos se unissem contra qualquer perspectiva estatizante.

O único sub-setor desse grupo passível de aderir a uma ou outra posição era o ligado ao setor filantrópico, especialmente às Santas Casas. Estes, que tradicionalmente vêm se beneficiando da sua ambigüidade (pública/privada) estão sempre dispostos a uma aliança com a proposta que melhor viabilize seus interesses. No correr dos trabalhos acabou por ser selada uma aliança desse setor com as teses mais publicistas, quando lhe foi assegurado um tratamento diferenciado precedência na contratação por parte do poder público.

No que toca aos ministros, expressaram posições bastante particulares. O Dr. Roberto Santos, Ministro da Saúde, em meio a uma grave crise interna no seu ministério, usou o espaço para fazer um relatório em defesa da sua pasta e da sua administração, sempre declarando formalmente sua adesão à Reforma Sanitária.

O Dr. Rafael de Almeida Magalhães, Ministro da Previdência e Assistência Social, compareceu à Comissão com intenções mais claras: defendendo os princípios de descentralização e democratização derivados da 8ª Conferência e do "movimento", propunha

pragmática e corporativamente uma drástica desecentralização dos recursos da Previdência para Estados e Municípios, com o risco inclusive de desaparecimento do INAMPS, desde que o MPAS continuasse como "caixa" do sistema de saúde no nível federal[6].

Esta estratégia foi denunciada num célebre e polêmico editorial do boletim da ABRASCO que acusava o MPAS de estar "cooptando"os governos estaduais e tentando esvaziar o movimento da Reforma Sanitária, dando-lhe uma dimensão administrativa.

As reações a este editorial foram severas, mas também emocionais, como era o clima à época, no MPAS. Um artigo de Saraiva Felipe, chamando "MPAS - o vilão da Reforma Sanitária?" insistiu em colocar a questão de forma a denunciar a incoerência do movimento e defender a idoneidade do MPAS. Deve-se recordar, no entanto, os antecedentes remotos e recentes do ministro que já no MPAS lançou propostas inquestionavelmente contraditórias com os princípios da Reforma Sanitária como o "cheque- consulta" e a "capitação" para médicos credenciados[7].

Nesse documento, mais tarde aperfeiçoado e distribuído oficialmente como posição do INAMPS, registravam-se claras divergências estratégicas e táticas em relação a tudo que já vinha sendo discutido no "movimento"e na CNRS - Congresso Nacional da Reforma Sanitária. O centro da polêmica era a falsa oposição entre a unificação "por baixo"e a "por cima". Nunca tendo sido negado o processo pelas duas vias, a polarização servia ao não declarado (e velho) interesse corporativo de não promover a unificação em nível federal ou pelo menos, não para o lado da saúde. Foi aventada na ocasião, a tese da criação do Ministério do Bem Estar Social. O mínimo que se pode dizer dessa e das demais propostas correlatas é que não estavam legitimas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, a base de sustentação política do "movimento" naquele instante.

Essas consideração não ilidem o enorme mérito de que acabou se revestindo os SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ao tornar irreversível a "direção" da descentralização, ao conquistarem o apoio sólido dos governos estaduais.

Entretanto, ainda que passível de contestação, arrisca-se aqui a afirmação de que a reação do "movimento" à postura da Previdência, em que o editorial da ABRASCO foi apenas uma das manifestações, impediu uma maior ruptura nos caminhos das mudanças institucionais pretendidas, aproximando e relativizando os SUDS, em relação à Reforma Sanitária; esta, para avançar precisava dos SUDS como tática, mas não podia confundir-se teleológicamente com o mesmo, sob o risco de se mostrar pífia, administrativa e parcial. Essa recomposição acabou por torná-la políticamente forte e os SUDS significarem um avanço substantivo, inclusive no que diz respeito à substituição do clientelismo pelo voto.

Ainda que essas considerações possam ser vistas como uma conjectura sem muito a ver com a Sub-comissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, ela é fundamental

6. como poderá se verificar, essa foi apenas a primeira investida da Previdência, no sentido de tentar evitar a consumação da unificação da saúde no nível deral, que incluísse, como se ainda reinvidicava, o Fundo Nacional de Saúde sob a administração do "novo" Ministério da Saúde.

7. Ainda, para reforçar essa posição discordante, embora alegando o contrário, é bom que se registre a omissão da Previdência quando a CNRS discutia suas propostas inclusie a respeito do arcabouço institucional do novo Sistema Nacional de Saúde; enquanto isso preparava e fazia circular oficiosamente um documento reconhecido como "pink paper", dada a sua cor - não necessariamente política, mas do papel.

para compreender alguns desdobramentos que ocorreram por ocasião da Comissão da Ordem Social e da Comissão de Sistematização.

O texto aprovado pela Sub-Comissão introduziu algumas questões novas, em relação à proposta do CNRS:

- a "execução" das ações e serviços de saúde como de responsabilidade do Estado;
- a proibição de propaganda de medicamento e produtos nocivos à saúde;
- a "facilidade"para os transplantes.

Essas duas últimas questões contaram com a participação decisiva do presidente da Sub-Comissão e do seu relator, dadas as vinculações profissionais originais; a primeira foi fruto da decisão coletiva majoritária da própria sub-comissão, perplexa com o diagnóstico do setor.

A sub-comissão não conseguiu chegar a um acordo sobre as questões do financiamento, remetendo-as para a Comissão da Ordem Social[8].

Isso revela o fato de que não se conseguiu convencer para a proposta apenas os constituintes que tinham organicidade com o setor privado; os demais, inicialmente jejunos na matéria, tornaram-se adeptos das propostas do "movimento", bastante bem representadas no ante-projeto aprovado, com exceção da questão do financiamento.

É mister referir as táticas dos dois "lobbies" principais que atuaram sobre o processo. Um, o que representava os interesses do movimento da Reforma Sanitária foi realizado nessa etapa principalmente através da equipe do NESP - Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília, articulado com o CEAC - Centro de Estudos e Acompanhamento da Constituinte, da UnB, acrescida de algumas lideranças e dirigentes de entidades como o CEBES, o CFM - Conselho Federal de Medicina, ABRASCO, etc. Mais tarde esse organização ganhou corpo com a constituição da Plenária de Saúde, conforme se descreverá à frente[9].

Do lado do setor privado, o "lobby"era exercido diretamente através da presença dos principais dirigentes da área privada, tanto hospitalar como da medicina de grupo, que usaram sempre um assessor princiapl, o Dr. Reynold Stephanes, ex-presidente do INPS na fase de criação do SINPAS e um dos responsáveis pela implantação do modelo privatista de atenção médica na Previdência social, àquela época[10].

A Comissão da Ordem Social

A Comissão da Ordem Social instalou-se em uma sessão solene em que os relatores das Sub-Comissões fizeram a entrega oficial dos ante-projetos respectivos ao presente da Comissão.

Houve uma inovação não regimental nessa oportunidade quando foi convidado um representante do movimento civil correspondente a cada área, para fazer uma alocução a respeito das expectativas que a sociedade tinha em relação aos vários temas

8. O processo de elaboração do relatório e do ante-projeto contou com a participação de assessores técnicos ligados ao "movimento sanitário", convidados para esse fim, pelo relator. A votação na sub-comissão evidenciou o aqui já referido como função pedagógica das audiências: o ante-projeto foi aprovado em todos os seus ítens com imensa maioria, no padrão 19 X 3, 18 X 5, 21 X 2, etc.

em discussão pela Constituinte. Ela acabou por consistir numa das três oportunidades que a sociedade teve de se manifestar direta e oficialmente dentro do processo constituinte. A primeira foi por ocasião das audiências públicas e a terceira seria na defesa da "emenda popular". Ao passo que nesses dois momentos puderam se manifestar todas as correntes, neste caso, a posição ouvida foi a do movimento da Reforma Sanitária por ser considerada a mais expressiva do "espírito "do ante-projeto.

A Comissão da Ordem Social esteve presidida pelo Deputado Edme Tavares, do PFL de Minas Gerais. O relator foi o Senador Almir Gabriel, do PMDB do Pará, médico, cirurgião toráxico, ex-secretário Estadual de Saúde, ex-prefeito de Belém e ex-diretor da Divisão Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde; bastante ligado ao movimento sanitarista, era dos poucos constituintes que tinham a questão saúde como um dos principais itens da sua plataforma política. A sua escolha como relator não foi aleatória, mas fez parte da estratégia geral do PMDB de ter a seu cargo as principais relatorias, além de ter sido discutida com representantes do "movimento" (assim como a escolha do relator da Sub-Comissão de Saúde).

Essa dinâmica fez com que a preparação do ante-projeto pelo relator, a partir dos apresentados pelas Sub-comissões, consistisse na etapa mais importante da Comissão. Foi nesse momento que começaram a ocorrer algumas situações novas.

Ocorre que, no início, ao invés de buscar o respaldo político do "movimento" ao qual pretendia ser orgânico, o relator valeu-se de uma estratégia mais "técnica", utilizando mais os assessores "da casa" do que os externos, informais, como havia acontecido na Sub-Comissão.

Embora tenha sido difícil se chegar à seqüência real dos fatos, a verdade é que, além dos "assessores da casa", a presença que se fez sentir de forma intensa durante os trabalhos foi a do Ministério da Previdência e Assistência Social através do próprio Ministro Rafael de Almeida Magalhães e dos seus assessores, reconhecidos como tais pelo relator.

Outra força também condicionante dos rumos do ante-projeto da Comissão veio da articulação com os setores da Constituinte que estavam tratando da questão tributária e orçamentária, em particular o Deputado José Serra e alguns assessores.

Quando se tomou conhecimento da primeira versão do ante-projeto ele já tinha uma "cara", que acabou sendo preservada até o final da Consltituinte: a da Seguridade Social; isto é, a idéia de que a saúde, a previdência social e a assistência social deveriam conformar um mesmo conjunto sob a denominação de Seguridade Social.

9. O CEAC, no caso através do NESP e com a colaboração do CFM pretendia exercer três tipos de atividades simultâneamente: realizar estudos documentais e acadêmicos do processo, assessorar os constituintes e promover a mobilização da sociedade em relação aos vários temas em discussão. Do ponto de vista do registro, a estratégia foi a da gravação das várias etapas em "vídeo-tape", para o que se contou também com a colaboração da Organização Panamericana de Saúde; os produtos, brutos ou editados se encontram a disposição para consulta.

10. O fato de ter sido deputado federal também lhe facilitava o acesso às dependências e documentos do Congresso, prerrogativa de ex-parlamentares. Registra-se também que sua assessoria foi sempre profissionalizada, estando contratado pelo setor para essa finalidade. Foi também perfeitamente caracterizada uma articulação entre o mesmo e alguns assessores e funcionários da "casa", na facilitação de informações, acesso às dependências, num vínculo nunca esclarecido se ideológico, pessoal, hierárquico ou por outra motivação.

Questão polêmica até hoje, sobre a qual se referirá à frente, a idéia foi apresentada sob dois conjuntos de argumentos:

- o primeiro, de natureza conceitual, alegava a modernidade do termo e o fato de que os seus três componentes, muito interligados teriam tratamento comum e mais destacado como política social integrada; o relator alegava que esse tratamento tiraria o ranço corporativo da saúde, colocando-a num outro patamar; por outro lado, historicamente ligado às idéias do "Welfare State", implicava uma tendência à universalização e ampliação de benefícios, sob responsabilidade do Estado, sem uma relação necessariamente direta entre tipo e grau de contribuição e de benefícios, como implícito na idéia de "seguro", como a Previdência Social vinha sendo tratada até então;
- o segundo, mais pragmático, alegava a necessidade de se obter um tratamento diferenciado da questão do financiamento que seria impossível para cada área (saúde e previdência) em separado; além do mais, estaria descartada a idéia de "fundos", conforme reinvindicado pela saúde, assim como destinações constitucionais de percentuais orçamentários para setores específicos.

Alguns representantes do "movimento sanitarista" chamados nesse momento para opinar e sugerir aperfeiçoamentos ao texto, ainda um pouco perplexos pelo novo tratamento dado à questão, alertaram para um ponto que comprometeria um aspecto considerado estratégico: o comando único e autônomo do Sistema Único de Saúde, que poderia estar ameaçado pela interpretação administrativa do texto, levando a um comando subordinado à área da Seguridade/Previdência. Tentou-se contornar essa questão com a inclusão do dispositivo que reza:

"A proposta do orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, asssistência e previdência social, obedecendo às metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, sendo assegurada a cada área a gestão de seus recursos".

Ainda que não se tivesse a convicção de que essa formulação resolveria totalmente a questão, não há dúvida que a proposta de financiamento feita, significaria um substantivo crescimento dos recursos orçamentários para a Seguridade Social como um todo, e para a Saúde, em decorrência. Nesse particular conseguiu-se incluir como disposição transitória a destinação mínima de trinta por cento do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde.

A promessa representada pela proposta de finaciamento foi o principal aval para a aceitação do ante-projeto como um todo e que fazia avançar também as possibilidades da Previdência Social.

Nessa fase do processo já era perceptível no plenário da Comissão uma maior polarização em relação às questões da Saúde, quando o setor privado já dispunha, proporcionalmente, de mais constituintes seus representantes, do que por ocasião da Sub-Comissão.

O processo de votação não foi, pois, tão tranqüilo, quanto o da Sub-Comissão. As diferenças de escores foram menores, mais ainda bastante significativas a favor do ante-projeto apresentado. A única questão que esteve ameaçada, ganhando por pequena margem de votos, foi a saúde ocupacional/dos trabalhadores como integrante do Sistema Único de Saúde[11].

Com as diferenças representadas pela transformação da Saúde em seção subordinada ao capítulo da Seguridade Social e pela estratégia correspondente do financiamento, pode-se dizer que o texto aprovado continuou a conter a essência da proposta que se vinha defendendo para a Saúde, com alguns aperfeiçoamentos.

Cabe, no entanto, algumas considerações sobre o processo e sobre o resultado final, no que toca à questão da "Seguridade Social".

Em primeiro lugar, parece ter havido um distanciamento do "movimento", do processo de elaboração do projeto. Não por opção, mas pela tática adotada pelo relator, que pretendia ser mais "técnico" e realista, interpretando as "pressões do movimento", como desvio corporativo. Entretanto, com isso, desconsiderou-se todo o processo de alianças e consenso a que se tinha chegado, a partir das conclusões da 8ª Conferência. Todos se sentiam confusos e excluídos da discussão sobre as novas alternativas. Esse sentimento continuou presente nas etapas subseqüentes do processo, ainda que se tenha conseguido uma maior participação daí por diante.

A Comissão de Sistematização

A Comissão de sistematização foi encarregada de elaborar o projeto de Constituição propriamente dito, que seria discutido, emendado e votado pelo plenário da Constituinte.

Integrada por todos os presidentes e relatores das comissões e relatores das sub-comissões, acrescida de indicações proporcionais de todos os partidos, a Comissão de Sistematização não deveria, a rigor, "criar"novos conteúdos, mas trabalhar a partir dos ante-projetos parciais produzidos nas etapas anteriores. Ocorre que, mesmo isso sendo um preceito regimental, a intenção real parece ter sido outra, na medida em que foi nessa comissão que se investiu mais, com o fim de lhe conferir a maior representatividade não só proporcional, mas também qualitativa; isto é, as principais lideranças ai estavam.

Entretanto, o fato de ser integrada em grande parte pelos relatores oriundos das sub-comissões interessados em manter suas proposições originais, se por um lado podia significar uma garantia de coerência, significava também o privilegiamento das teses mais progressistas.

Recorde-se que esses relatores foram todos indicados pelo líder do PMDB na Constituinte, Senador Mário Covas, num acordo com o PFL.

Essa é a origem dos conflitos que surgiriam mais adiante quando os setores mais conservadores e majoritários se julgaram ludibriados pelo regimento que criava dificuldades para o plenário modificar o texto aprovado pela Comissão de Sistematização.

11. Foi nessa ocasião que se configurou o surgimento de um novo "lobby", constituído especialmente pelas Associações de CIPAs - Comissão Internas de Prevenção de Acidentes, em articulação com o próprio Ministério do Trabalho e outros setores interessados em manter a questão da saúde ocupacional fora do Sistema Único. As alegações eram de várias ordens, mas a mais comum era o receio de a área sair do MTb, disfarçando os interesses nitidamente corporativos (e orgânico com os interesses empresariais) dos engenheiros de segurança do trabalho.

Durante o processo foram redigidos e votados um ante-projeto e três projetos que deram origem ao Projeto de Constituição enviado ao plenário da Assembléia Nacional Constituinte.

O primeiro ante-projeto representou apenas uma compilação dos ante-projetos das Comissões, sem acréscimos ou modificações.

O segundo foi elaborado com base nas emendas apresentadas pelos constituintes e consistiu no 1º substitutivo do relator. Isto é, um novo texto criado pelo relator a partir do original e da acolhida ou não, pelo relator das emendas apresentadas.

Esse primeiro substitutivo foi também aberto ao debate e recebeu emendas do plenário. Foi nessa etapa que foram apresentadas as "emendas populares" previstas no regimento, entre elas a proposta pela Plenária da Saúde, defendida, em plenário pelo hoje Deputado Sérgio Arouca.

Seguiu-se a fase de defesa das "emendas populares" perante a Comissão de Sistematização e os debates sobre cada título, capítulo e seção, entre os constituintes.

Este foi o período em que o relator viu-se submetido ao maior número de pressões já que, em seguida, deveria apresentar o segundo substitutivo que seria votado pela Comissão. A pressão foi de tal ordem que o relator Deputado Bernardo Cabral entrincheirou-se no edifício-sede do Bando do Brasil, que passou a ser o "quartel general" da Constituinte.

Tal expediente não passou sem críticas, na medida em que isso não significava um distanciamento de todas as pressões; apenas os mais tímidos, sem "padrinhos"e sem gravata, não conseguiam ter acesso ao "bunker".

Se no momento o processo padeceu desse elitismo, foi essa mesma etapa que propiciou a maior mobilização popular durante a Constituinte, motivada pela busca do apoio às "emendas populares"que necessitavam, cada uma, de pelo menos trinta mil assinaturas de eleitores para serem admitidas e merecerem um defensor indicado pelas entidades patrocinadoras, para ocupar a tribuna da Comissão.

Embora a idéia de "plenárias", ou seja o "pleno" das entidades de cada área não ter sido original da saúde, sem dúvida, para o "movimento sanitário" esse talvez possa ser considerado o seu grande salto de qualidade.

Isso porque, ao contrário dos momentos anteriores em que havia uma certa "condução" do movimento por algumas entidades setoriais e por lideranças individuais, a partir da criação da "plenária" com o intuito específico de organizar a colheira de assinaturas, novos atores sociais entraram na cena da saúde até então bastante corporativa.

As dificuldades enfrentadas na colheita de assinaturas evidenciou o quanto o "movimento" estava distante das entidades realmente populares, de base, na sua prática de todo dia. Foi nos locais em que o movimento popular de saúde era mais forte como São Paulo, que os resultados foram mais expressivos. Isso evidenciou mais ainda a necessidade de que o "movimento" da saúde, da Reforma Sanitária buscasse seus verdadeiros aliados que estão especialmente fora das academias e das corporações.

Apesar de todas essas constatações que, longe de serem detratoras do "movimento" apenas lhe abrem novos caminhos, tiveram participação importante na "plenária" os partidos de esquerda, especialmente PT, PCB, PC do B, assim como as

entidades tradicionais da área, como ABRASCO, CEBES e, de forma absolutamente significativa pelo seu reconhecimento social, o Conselho Federal de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos; ao lado, e integrados com CUT, CGT E CONAM, além de dezenas de entidades de moradores, sindicais, profissionais e éticas de nível local e regional.

Retomando-se a questão da dificuldade em se colher as assinaturas para a emenda popular da saúde (esta teve menos de sessenta mil assinaturas, enquanto a da Reforma Agrária obteve mais de três milhões de assinaturas e a do Ensino Público mais de um milhão), parece estar aí mais uma evidência do raciocíno sobre a relatividade do "avanço" da "saúde"por referência a todo o movimento social. Isto é, enquanto o "movimento" elitizado profissional encaminha propostas técnica e politicamente corretas e progressistas, os que são seus sujeitos principais, os usuários estão premidos pelas questões que, longe de serem contraditórias ou distanciadas, são as próprias intermediações da saúde.

Isso não implica em negar ou questionar o "movimento", mas apenas lhe questionar a auto-suficiência de que, em muitos momentos se revestiu.

Significa que, certas as teses, sua conquista só se dará pela sua adequada compreensão social, o que, por sua vez só pode ser conseguido mediante um efetivo compromisso com as lutas de base, de subsistência, de forma que a saúde se transforme de meio em fim. E a idéia de "plenária" parece ser um caminho para a ampliação da luta pela saúde para além das suas bases tradicionais[12].

A outra emenda "popular"apresentada tinha outra organicidade: foi apresentada conjuntamente pela Federação Brasileira de Hospitais, pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo, plea Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, pela Associação Brasileira de Hospitais e por um desconhecido Instituto de Estudos Contemporâneos da Comunidade, e teve cerca de setenta mil assinaturas.

Não tendo se tomado conhecimento de qualquer movimentação de rua para a colheira dessas assinaturas é de se supor que os signatários deveriam ser, e há indícios disso, funcionários da área hospitalar privada.

Essa emenda propunha:

"Inclua-se onde couber:

O Sistema Nacional de Saúde deve respeitar aos princípios:

a. universalidade do atendimento;
b. pluralismo de sistemas médico-assistenciais;
c. livre exercício profissional;
d. livre opção do indivíduo entre diversos sistemas".

Nessa mesma etapa da apresentação e defesa das "emendas populares" começavam a surgir algumas emendas globais ou substitutivos, apresentados por grupos parlamentares interpartidários, como o chamado "grupo dos 32"comandado pelo Senado José Richa, entre outros.

No entanto, paralelamente e longe dos olhos dos passantes do Congresso nacional, o relator recebia, um a um, os Ministros de Estado, expondo os interesses de suas respectivas pastas e, no conjunto, do Governo. Contraditórios com o próprio governo que representavam, os Ministros da Saúde e da Previdência também ali estiveram. Segundo

relatos de participantes dessas reuniões, o Ministro da Saúde, Dr. Roberto Santos empenhou-se em defender o Sistema Único, conforme já propunha o Projeto da Constituição em análise.

Por outro lado, e em outra reunião, o Ministro Rafael de Almeida Magalhães, da Previdência, apresentou um substitutivo para a Seguridade Social que a reduzia a um único capítulo, em que a saúde seria apenas um artigo dos sete que o comporiam.

Ainda que inteligentemente formulada, contendo diretrizes essenciais, o seu nível de agregação não deixa dúvidas sobre a intenção político-administrativa: entender as três áreas: saúde, previdência e assistência social como indissociáveis na coordenação e execução. Indagado por um dos presentes porque a omissão em relação ao Sistema Único, o ministro respondeu (a aí se fecha o círculo) que os SUDS já haviam provado a sua inecessidade.

Felizmente essa não foi a compreensão do relator e, tampouco dos governos estaduais; os SUDS acabaram por ser um grande aval para a aprovação final do projeto, a despeito de alguns pensarem o contrário.

Quando o segundo substitutivo do relator foi a votação, todos os textos haviam sido bastante "enxugados", inclusive o da saúde. Essa postura, longe de ser uma questão técnica como querem muitos, representa, no mínimo, passar por cima de questões relevantes; se não, optar contra as mesmas. Na prática significou a diminuição de possibilidades de negociação, nas etapas posteriores quando, não se tinha mais onde ceder. Esse desvio tecnicista, muitos parlamentares progressistas acabaram por cometer.

A votação não trouxe maiores surpresas, com exceção das questões da saúde ocupacional e do monopólio estatal para a compra de matérias primas, equipamento e medicamentos.

A concentração do problema nesses dois aspectos permitiu a celebração de um acordo para a rejeição do dispositivo sobre o monopólio, em troca da aprovação da saúde ocupacional como atribuição do Sistema Único de Saúde. De qualquer maneira esse ítem foi aprovado por escassa maioria.

Apesar de já ter-se distanciado bastante das propostas iniciais e, em particular da "emenda popular", a apreciação feita pela "plenária" sobre o projeto aprovado foi positiva, na medida que julgava que, na essência, a proposta do "movimento" estava preservada; era necessário o trabalho na próxima etapa para seu aperfeiçoamento.

Pelos mesmos motivos, agravados por outros aspectos em que o projeto se mostrou mais progressista, alido à impotência regimental para reverter a situação, é que os setores conservadores desncadearam uma reação que mudou os rumos do processo daí por diante.

12. Além da emenda encaminhada pela "plenária", outras quatro não antagônicas com aquela, também foram apresentadas. Essas quatro eram sobre: pisos de gastos com saúde; municipalização, ecologia e medicina natural e terapias e métodos alternativos de assistência à saúde, o que evidencia, no mínimo, e apesar de tudo, a insuficiente coordenação do processo, pois esses conteúdos poderiam ter sido, com facilidade, complementares entre si e integrados a uma mesma proposta unitária. Seguramente os signatários seriam quase os mesmos, e a representatividade da proposta cinco vezes maior.

O Plenário - Primeiro turno

Ao ser apresentado ao plenário da Assembléia Nacional Constituinte, o Projeto de Constituição aprovado pela Comissão de Sistematização, começou a polarizar a discussão entre os vários grupos de interesses, numa verdadeira medição de forças, com vistas a se entrar na batalha final do processo.

Os setores conservadores da Constituinte não se conformavam com o teor do texto constitucional aprovado pela Comissão de Sistematização, considerado por demais avançado no campo das conquistas sociais, insuportavelmente estatizante e, mais ainda, por não deterem os instrumentos regimentais para derrubar os dispositivos com os quais não concordavam[13].

Esse setor, ligado nitidamente aos interesses patronais e ao governo e que em vários momentos já esboçava se organizar como "bloco", suprapartidário, acabou por constituir o "Centro Democrático"mais conhecido por "Centrão", envolvendo os segmentos mais conservadores do PMDB, PFL, PTB, PDS, e outros partidos[14].

O "Centrão" alegando a manipulação da Constituinte por setores minoritários (sic) e se arvorando de representante da "vontade média"do povo brasileiro, decidiu num ato de rebeldia e valendo-se de uma circunstancial maioria propor um "projeto de resolução" para mudar o regimento interno.

Obtido o número necessário de assinaturas, o projeto de resolução foi aprovado pela maioria do plenário.

Assim, passou a ser admitido pelo novo regimento a apresentação de emendas substitutivas globais, ou seja, a possibilidade de apresentar Projetos de Constituição alternativos ao aprovado pela Comissão de Sistematização; e o uso desse projeto alternativo ter preferência de votação e possibilidade de aprovação sobre o da "Sistematização".

Estava formado pois, segundo as apreensões do momento o "rolo compressor" que poderia por abaixo todo o trabalho anterior e, nessa etapa, aprovar uma Constituição completamente diferente e até oposta à que vinha sendo (moderadamente) construída.

E assim o "Centrão"se colocou a tarefa de elaborar o seu Projeto de Constituição, apresentando-o com mais de 280 assinaturas. Apenas um outro bloco parlamentar chamado "Grupo dos 32 "que também já vinha se articulando e apresentando emendas coletivas desde a Comissão de Sistematização, sob a coordenação do Senador José Richa e integrado por constituintes de feição liberal de vários partido, elaborou uma emenda substitutiva global, conhecida como "Hércules IV".

O restante dos constituintes, com a moral bastante abatida, tratou de articular a defesa do Projeto da Comissão de Sistematização, tarefa, de início, considerada quase inglória, sob a liderança principal do líder do PMDB, Senador Mário Covas.

O principal instrumento dessa defesa foi a negociação de cada capítulo entre as lideranças partidárias, mas na prática, entre o "Centrão' e os representantes da Comissão de Sistematização, com a criação agora regimental, do instituto da "fusão de emendas". Isto é a apresentação de uma emenda consensual resultante da fusão de várias outras oficialmente apresentadas, desde que subscritas por todas as lideranças partidárias.

A idéia de que se partiu era que o limite da perda era o projeto do "Centrão", e o da conquista, o da "Sistematização". Assim, tudo que se negociasse nesse espaço seria vantajoso em relação ao limite da perda, alcançável na polarização do voto; só seria disputada no voto a matéria não possível de ser consensualizada por não consistir questão de grau, mas de mérito, como acabaram sendo o sistema de governo, critérios para desapropriação de terras, duração de mandato, etc.

Mais, no entanto, que uma questão de "boa vontade", o que permitiu a negociação foi a percepção, que cedo se teve, de que as teses do "Centrão" não eram tão consensuais assim, mesmo entre os seus integrantes. Ocorre que o fenômeno "Centrão" não se viabilizou apenas por motivações ideológicas. Havia uma legião de descontentes com o processo de tomada de decisões na Constituinte e que, se sentindo marginalizados ou "não adotados" pelas lideranças tradicionais acostumadas aos acordos de cúpula, aderiu à "reação", mas que no momento de tomar decisões sobre questões de princípio já não se mostravam tão orgânicos entre si. Não é de se desprezar também a movimentação feita especialmente pelo PT e setores sindicais na denúncia pública dos "traidores do povo" que ameaçou significativamente a relação de muitos parlamentares com suas "bases"; prova disso foi a forte reação por parte dos que se consideraram atingidos, e que chegaram a mover processos criminais contra os autores das denúncias.

Outro fato importante para se registrar foi a decisiva participação dos partidos e parlamentares de esquerda na mesa de negociações. Dada a situação já referida de se ter nas etapas anteriores escoimado ao máximo as "gorduras" do Projeto de Constituição não havia mais quase nada em que se ceder, sem perder essência. Assim, o contraponto das propostas à esquerda foi fundamental para rebalancear as matérias em análise, uma vez que os acordos só poderiam ser "fechados" sob concordância de todos os partidos.

A postura madura desses segmentos que, ao mesmo tempo que batalhavam pelas propostas mais progressistas sempre estiveram dispostos ao acordo razoável, viabilizou em grande parte os resultados que, ainda que insuficientes poderiam ter sido muito piores.

Se por um lado, no entanto, as disputas obedeciam a uma organicidade geral, polarizada entre os interesses públicos e os privados, o trabalho e o capital, a estatização e o liberalismo, em cada área assumiam suas especificidades, evidenciando interesses e atores concretos.

Na saúde a grande bandeira levantada pelos setores conservadores foi a do combate à "estatização" a que levariam as propostas contidas no texto da "Sistematização". Essa bandeira uniu o setor hospitalar privado, o setor da "*medicina de grupo*", o setor das cooperativas médicas e o setor liberal da medicina.

É interessante notar que esse último segmento tradicionalmente vinha fazendo alianças históricas com os setores progressistas, na defesa do setor público. No entanto,

13. Isso porque o regimento interno então em rigor não permitia a apresentação de substitutivos globais e o texto básico a ser emendado tinha que ser o da "Sistematização"; assim teriam que, por ocasião da votação de cada dispositivo, que rejeitar o indesejável e aprovar uma emenda substitutiva, para o que precisariam, a cada situação, mobilizar duzentos e oitenta constituintes.

14. Deve-se recordar, no entanto, a origem mais remota do "Centro Democrático", como grupo situado dentro do PMDB desde 1984, numa clara oposição ao grupo liderado pelo seu presidente, Deputado Ulysses Guimarães, conhecido como "Unidade", os quais conseguiram coexistir enquanto durou a Aliança Democrática.

face à possibilidades de definições mais estruturais, que vinham se configurando desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o mesmo foi-se afastando e chegou a celebrar alianças claras com os interesses do capital. Talvez se possa levantar aqui alguma hipótese de erro tático do "movimento sanitário" na vertente da sua luta corporativa (Conselhos e Sindicatos), ao não ter conseguido manter a aliança com os setores efetivamente liberais não dependentes do Estado. Pode-se, porém, contra-argumentar, desde já, que nem mesmo esse liberalismo é real e que a perspectiva de estatização não os afeta apenas ideologicamente mas na sua prática real altamente dependente do fracasso e das insuficiência do poder público; senão com vínculos íntimos com o setor privado de insumos.

Por outro lado, ainda que unidos em relação à bandeira contra a estatização, os interesses particulares dos grupos ligados ao setor hospitalar privado contratado pelo poder público, ao setor do pré-pagamento (medicina de grupo, seguros e cooperativas), indicavam caminhos organizativos distintos para o Sistema de Saúde. Enquanto aquele lutava pela preservação da tutela do Estado, este pleiteava a independência do mesmo.

Ao setor hospitalar contratado (ou contratável) interessava o aumento da receita da Seguridade Social e uma estratégia de organização dos serviços que viabilizasse a sua participação nesses recursos, sem subordinação técnica ou administrativa ao poder público. Pelo contrário, ao setor de pré-pagamento interessava a possibilidade de captação direta dos recursos sem a intermediação do Estado, isto é, sem passar pelo *"caixa"* da Seguridade Social; para tal seria necessário a não compulsoriedade de contribuição para a Seguridade Social e a possibilidade de o Estado transferir a esse setor parte da sua responsabilidade na cobertura assistencial.

É interessante e lógico notar como, face a essas alternativas, o setor empresarial mais moderno tende a preferir a alternativa estatal, preservada a possibilidade de organização de serviços independentes do recurso público, contra a preservação dos intereses empresariais dependentes do Estado e pouco eficientes. O que esse setor não tolera é o que chamam de "xenofobia", numa defesa clara da participação do capital estrangeiro no setor.

O Projeto apresentado pelo "Centrão", atendia basicamente às reinvidicações do setor hospitalar privado, conforme analisado por técnicos ligados à "plenária da saúde".

Assim, se aprovado, o projeto do "Centrão" significaria um retrocesso em relação ao que na prática, já vinha ocorrendo na política nacional de saúde, através dos SUDS.

Como já foi referido, face a essas circustâncias, tentou-se repolarizar a discussão através da apresentação de novas emendas[15].

15. Assim, podem ser destacadas as seguintes, além daquelas que recuperavam o texto da "Sistematização".
    - recuperação da "emenda popular", pelo Deputado Eduardo Jorge. (PT);
    - recuperação da questão do monopólio estatal de importação de medicamentos, equipamentos e matérias primas, pelos Deputados Célio de Castro (sem partido) e Aldo Arantes (PC do B);
    - inclusão do piso de 13% de gastos orçamentários com Saúde, pela Deputada Abigail Feitosa (PSB).
    - recuperação da idéia da "natureza pública", pelo Deputado Carlos Sant'Anna (PMDB);
    - recuperação do conteúdo da saúde ocupacional, pelo Deputado Eduardo Jorge (PT);
    - explicitação da proibição de comercialização de sangue e hemoderivados, pelo Deputado Carlos Sant'Anna (PMDB) e Senadores José Fogaça (PMDB) e Mário Covas (PDT), que deram origem a uma "emenda de fusão" sob a coordenação do Deputado Raimundo Bezerra e participação do Senador Jamil Haddad (PSB) e do Deputado Eduardo Jorge (PT);

Várias emendas individuais foram apresentadas para excluir ou relativizar a saúde ocupacional, em relação ao Sistema Único de Saúde.

O processo de negociação foi desencadeado duas semanas antes da data prevista para votação, sob coordenação do Senador Almir Gabriel e, já na fase de "fechamento", diretamente pelo Senador Mário Covas.

Pelo lado do setor progressista participaram das negociações na primeira etapa (de aproximações), também os Deputados Raimundo Bezerra, Carlos Mosconi e Alceni Guerra (PFL). Pela ala conservadora, os Deputados Adolfo de Oliveira (PFL), Konder Reis (PDS), Jofran Frejat (PFL) e Jorge Viana (PMDB). Ainda que o Deputado Jofran Frejat não tenha sido signatário do projeto do "Centrão" e negasse a sua ligação a ele, acabou por ser um dos principais interlocutores dos setores conservadores, dada inclusive a escassez de parlamentares efetivamente ligados às questões de saúde como militância, no interior do "Centrão"[16].

Enquanto se processavam os debates no "plenarinho" as movimentações externas dos vários segmentos da sociedade, interessados, cada um sob seu prisma, nas questões em discussão, eram cada vez mais ruidosas, ocupando espaços pagos em jornal, disputando pautas de reportagem, divulgando documentos e fazendo o "corpo a corpo" final junto aos constituintes.

Nesse processo final, duas questões acabaram por polarizar as discussões. Uma, referente à inclusão ou não da saúde ocupacional como componente do Sistema Único de Saúde; a outra, a mais essencial, sobre a "natureza pública" ou não dos serviços de saúde, com suas implicações decorrentes sobre o relacionamento entre os setores públicos e o privado.

A "plenária da saúde" em sessão permanente, com participação de delegações de vários Estados, da maioria dos Secretários Estaduais de Saúde e muitos Secretários Municipais, passou a acompanhar e analisar passo-a-passo as negociações através das informações trazidas pelos constituintes que dela participavam. Evidentemente que os representantes do setor privado faziam o mesmo, em outro local e trabalhando junto aos "seus" constituintes.

A "plenária" fazia uma avaliação de que se estava negociando "na defensiva" e era necessário se ter uma avaliação mais profunda dos textos em discussão para se poder opinar sobre as sutilizas de redação que estavam em jogo. A essa altura, o texto-base da discussão era fruto da fusão entre a proposta da "Sistematização" e uma proposta trazida pelo Deputado Adolfo de Oliveira. Deve-se registrar que antes das negociações inter-partidárias houve um acordo preliminar sobre esse texto entre os parlamentares mais próximos à área. Isto é, o texto original do "Centrão" já não estava mais em jogo. Por exemplo, a questão do financiamento puramente federal já havia sido descartada, e aceita a tese do financiamento solidário entre União, Estados e Municípios; e o texto

16. Deve-se recordar que um dos mais ilustres integrantes do "Centrão", o líder do governo na Câmara, ex-ministro, Deputado Carlos Sat'Anna, no caso da saúde vinha assumindo históricamente as posições da Reforma Sanitária, numa defesa intransigente e obstinada do Sistema Único de Saúde, numa contradição quase surrealista com as suas habituais posições a respeito de outras matérias institucionais e da própria conjuntura. O próprio "Centrão" tentava desqualificar sua posição invocando questões de ordem pessoal que não ilidem a postura coerente e combativa que tem mantido há muito tempo sobre a matéria.

sobre o conceito, abrangências e financiamento da Seguridade Social também já havia sido objeto de acordo.

A análise feita naquele momento sobre o texto indicava no entanto uma vulnerabilidade da idéia do Sistema Único que era o fato de, segundo entendimento da maioria, haver possibilidade de participação da iniciativa privada na cobertura assistencial pública, isto é, com recursos públicos, fora do Sistema Único. Em vista disso, foram propostas algumas redações alternativas que contornavam o problema, explicitando a proibição de aplicação de recursos públicos para custeio da rede privada, fora do Sistema Único. Por seu lado o setor privado desejava a explicitação do direito da iniciativa privada participar das ações de saúde. Ao final o acordo foi feito com esta inclusão, sem contemplar a explicitação desejada pela "plenária", mas incluindo o "contrato de direito público" como forma única de participação do setor privado no Sistema Único de Saúde.

Foi complexa a tomada de decisão da "plenária" para avalizar o acordo e respaldar os parlamentares nele envolvidos. A avaliação dos parlamentares e dos seus assessores jurídicos dizia que não havia o risco para o qual a "plenária" havia alertado. Alegavam com a combinação do "contrato de direito público" e a "forma de financiamento" que, entendiam, garantia a totalidade dos recursos públicos do setor para o Sistema Único, asseguraria que o setor privado só receberia recursos públicos de custeio sob contrato de direito público e dentro do Sistema Único.

Por outro lado, muitos julgavam que o "movimento" se desgastaria muito se avalizasse as perdas sofridas e que seria melhor arriscar na disputa pelo voto. Havia uma avaliação (nunca possível de ser comprovada com segurança), por parte dos Secretários Estaduais de Saúde de que, numa votação se teria maioria. No entanto, o que estava na mesa dengociações não era só a "Seção Saúde", mas todo o "capítulo de Seguridade Social"; e o acordo só seria "fechado" globalmente, pelas regras do jogo vigentes. Essa era uma variável difícil de se analisar e de se "bancar", isto é, se fosse levada a votação, poderia ser que na Saúde até se conseguisse vantagem, mas e nas outras partes, como o financiamento da Seguridade Social (e da Saúde), a Previdência, etc.? Seguramente era um jogo de se ganhar de um lado e perder do outro; ou perder os dois. Assim, tratava-se de identificar o ponto crítico de viabilidade do acordo. A concordância em substituir o termo "Saúde Ocupacional" por "Saúde dos Trabalhadores" influiu no favorecimento dos ânimos a favor do acordo. Apesar da relutância de alguns setores, especialmente o ligado ao PC do B e seus próprios paralamentares presentes, houve condições de se dar o respaldo necessário aos constituintes para concluirem as negociações.

Pelo acordo, com o qual o PC do B acabou concordando mesmo que marcando posição de insatisfação por ocasião da declaração de voto em plenário, ficou preservada a possibilidade de disputa pelo voto de três questões: a emenda de fusão sobre a proibição do comércio de sangue e hemoderivados, proposta pelo Deputado Raimundo Bezerra, a emenda da Deputada Abigaill Feitosa sobre o piso de gastos orçamentários em Saúde, e a emenda do Deputado Célio de Castro sobre o monopólio da importação de medicamentos, equipamentos e matérias primas.

Outro indicador relativo do avanço conseguido foram as manifestações veladas dos representantes da área privada de insatisfação quanto ao texto acordado. Um parlamentar do "Centrão" questionado por um dirigente hospitalar do setor privado chegou a responder que o problema era que "as esquerdas tinham trabalhado mais e

melhor desde o começo e tinham tornado certas conquistas difíceis de serem revertidas na última hora" No entanto, o setor de "pré-pagamento", ainda que não tenha conseguido a opção da contribuição previdenciária para o setor público ou para o setor privado parece não ter se sentido tão prejudicado, de acordo com manifestações na imprensa; a rigor, sem o desvio de recursos para o setor, essa forma de organização da prática médica realmente foi preservada[17].

Os aplausos da galeria provindos de lado a lado, podiam confundir alguns, mas não confundiam os analistas efetivamente orgânicos com o Capital, como revelaria a reportagem de capa da "Visão" na sua edição da semana, quando declara: "Constituinte: o fim da medicina privada".

A Legislação Infra-constitucional

A Constituição, promulgada em outubro de 1988, deu um prazo de seis meses para que o Poder Executivo enviasse ao Congresso os Projetos de Lei referentes à organização e funcionamento da Seguridade Social. Da mesma forma, ainda que sem prazo, ficaram também pendentes de leis ordinárias várias outras questões, como, em especial, o Sistema de Sangue e Hemoderivados e a Doação e Transplante de Órgãos.

Tendo-se "engolido", digerido e assimilado (mesmo que estrategicamente, para alguns) o conceito de Seguridade Social, passou-se a investir na elaboração desses ante-projetos, mediante apoio financeiro do MPAS, conseguido pelo NESP- Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB, visto, naquele momento, como cabeça de ponte estratégica para a ação, Essa foi uma ação técnico-política estratégica e interessante, na medida que, em diferentes etapas, acabou por reunir mais de 100 técnicos ligados ao movimento, na produção de um conjunto de ante-projetos de lei que incluíram: a Lei Orgânica da Seguridade Social; a Lei Orgânica da Previdência Social, a Lei Orgânica da Assistência Social, a Lei Orgânica da Saúde e a Lei sobre o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados.

Ainda que apresentados como contribuição do movimento e produto do convênio celebrado com o Executivo, esse "pacote" não foi adotado automaticamente pelo Governo que, nas suas instâncias próprias acabou por formular outros projetos alternativos a esses, ainda que os levando em consideração como pontos de partida. Ou seja, conseguiu-se "dar o tom" ao processo.

Ao descumprir os prazos constitucionais, todavia, o Executivo deu margem a que parlamentares apresentassem como iniciativa concorrente os projetos de lei então elaborados pelo NESP, forçando o Executivo a também enviar os "seus", aos quais foram apensados, tramitando conjuntamente[18].

17. Em plenário, a única emenda aprovada além do texto do acordo foi a relativa ao sangue, defendida ardorosamente pelo seu apresentador, pelo relator da Constituinte e pelo líder do governo na Câmara. A votação foi significativa pelo escore (313 X 127) e pelo seu impacto junto à opinião pública. No dia seguinte, mais que a aprovação do Sistema Único de Saúde, a imprensa alardeava a "estatização do sangue" no país.

18. Ver, quanto à tramitação da Lei Orgânica da Saúde: Gomes, M.A., **Equidade e universalidade do direito ã saúde: representação de interesses no Congresso Nacional 1987-1990**, UnB, Dissertação de mestrado em Ciência Política, 1996, 89 p., mimeo.

Não se vai aqui discutir a tramitação dos projetos relativos à Seguridade Social (geral), Previdência Social e Assistência Social que acabaram por incorporar outros atores considerados "naturais" por representarem grupos de interesses específicos, como os aposentados, os trabalhadores e os funcionários da Assistência Social, fazendo com que já começasse aí o esgarçamento da Seguridade Social, enquanto campo unitário de políticas sociais[19].

Ao começar a tramitar, pode-se claramente identificar, de início, três grupos de interesses que tentavam influir sobre o rumo do Projeto de Lei Orgânica da Saúde: o representado pelo Ministério da Saúde, o da Reforma Sanitária e os Empresários da Saúde.

Depois do período constituinte, esse foi o momento mais ativo do movimento dentro do Congresso Nacional, por uma série de circunstâncias, fosse pela presidência da Comissão ter ligações com o movimento ou, talvez principalmente, pelo cacife com que se chegou ao debate, em termos de consistência das propostas e respeito pelas lideranças que haviam atuado durante o processo constituinte (mesmo pelos "inimigos").

Essa situação levou a uma situação processualística inusitada até então no Congresso: foram reconhecidos oficialmente os vários "lobbies" e dado espaço para a negociação direta entre eles, com a participação dos parlamentares ligados a cada um deles, no âmbito da Comissão de Seguridade Social, onde tramitavam originalmente os projetos.

No decorrer dos debates, outros grupos de interesses foram também se organizando e tentando influir, pelo mesmo processo, nos seus resultados. Foi o caso dos interesses empresariais associados aos dos técnicos de segurança do trabalho, a lutarem pela não inclusão da "saúde do trabalhador" no âmbito do SUS; os funcionários do INAMPS, da Fundação SESP, da SUCAM e das Pioneiras Sociais, a defenderem a manutenção de suas instituições; os diretores de Hospitais Universitários e de Ensino, também a reagirem a uma maior integração e à co-gestão dos Hospitais Universitários com as Secretarias de Saúde, criando na ocasião e para esse fim, uma Associação Nacional de Diretores de Hospitais de Ensino; os representantes das filantrópicas também ao não aceitarem a figura da co-gestão e querendo apenas se diferenciar pela "preferência" de contratação e de valores de remuneração; entre outros representantes, inclusive, de associações de portadores de patologias e outras condições especiais.

Muitos desses interesses (ou quase todos) acabaram por ser contemplados no texto final aprovado, ainda que a maioria por meio da omissão ou da ambiguidade no tratamento dado à questão, postergando-se mais uma vez, o equacionamento definitivo das mesmas. Daí a necessidade atual de se ter que apresentar e tramitar outros projetos de lei complementares à Lei Orgânica, para dirimir polêmicas, como é o caso dos Planos e Seguros de Saúde.

No decorrer da tramitação da Lei Orgânica, outro fator interveniente obrigou à abertura de novas negociações pelo movimento, com o Governo: a própria mudança de governo e a assunção do Governo Collor. Ainda que o então ministro declarasse a adesão ao SUS e suas próprias ligações com as suas origens, o processo retardou-se mais,

19. No caso específico da Assistência Social, o projeto foi tão desfigurado pelos interesses corporativos da LBA que, quando aprovado pelo Congresso, teve que ser vetado integralmente pela Presidência da República por contrariar os preceitos constitucionais correspondentes. Só há pouco tempo um movimento no campo do serviço social conseguiu levar a cabo a aprovação de uma lei orgânica para o setor.

especialmente no debate da questão da descentralização, à qual havia resistência, pela maneira com que estava sendo tratada. Mesmo tendo-se chegado a um "acordo", o projeto, aprovado pelo Congresso, acabou por receber alguns vetos presidenciais importantes, orientados pelas autoridades econômicas, que obrigaram a retomada das negociações com o Governo. Essas negociações tiveram resultados parciais, ainda que substanciais: a Lei nº 8142/90 reintroduziu as questões relativas ao controle social - conferências e conselhos e as condições para os repasses financeiros para estados e municípios, pilares hoje essenciais do processo de implantação do SUS.

O outro momento significativo desse processo foi quando da tramitação do projeto de lei referente à extinção do INAMPS, já no âmbito do Ministério da Saúde. Entretanto, a movimentação das lideranças do movimento sanitário foi mais de bastidores, na assessoria ao poder executivo (Ministra Luiza Erundina, da Administração) e ao relator (o Dep. Sérgio Arouca), e na mobilização durante os acalentados debates que aconteceram na Comissão. Pelo simbolismo, ao se "derrubar" o maior baluarte da política de assistência médica centralizadora e privatista, talvez esse tenha sido uma dos momentos mais importantes do período. Mesmo porque, a essa altura, as forças conservadoras que haviam "perdido" na Constituinte, já se rearticulavam para torpedear o SUS; e esse era um momento estratégico. Foi nessa ocasião que foi apresentada pelo Dep. Genésio Bernardino, a proposta de separação do SUS em dois: um público, para os não vinculados regularmente ao mercado de trabalho e para as ações de saúde pública; e outro, subsidado, por meio da opção de contribuição dos empregados e empregadores para planos de saúde privados, ao invés de contribuirem para a Seguridade Social. Tal proposta está vívida até hoje, e é levantada em todo momento de "crise" do SUS, como alternativa.

Com exceção do projeto de lei referente à implantação do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados, ainda em tramitação, em relação com os demais projetos de lei derivados dos preceitos constitucionais relacionados com a saúde, o movimento sanitário não teve mais uma atuação contínua e regular, apenas reagindo em alguns momentos à ameaças de um ou outro projeto de lei ou proposta de emenda constitucional, por meio da rearticulação da Plenária da Saúde; ainda que em alguns momentos, essa intervenção tenha sido crítica. Foi o caso, inclusive, do período da frustrada reforma constitucional, em que o trabalho foi mais de se tentar bloquear as iniciativas que tentavam desarticular o SUS, por meio da divulgação de análises entre os parlamentares e entidades.

Todavia, outros projetos têm sido apresentados, tramitado e alguns aprovados, mas por iniciativas de parlamentares, alguns dos quais ligados ao movimento, mas com baixa articulação com o mesmo, em termos de discussão e articulação política Tratamento à parte recebeu o projeto relativo ao planejamento familiar, apresentado por um conjunto de parlamentares, em articulação com o movimento de mulheres, sem, no entanto, uma participação maior do próprio movimento sanitário (aliás esse é um viés do movimento, ao considerar, algumas, "questões menores").

Nesse contexto, deve-se registrar a aprovação do projeto de lei que regulamenta a proibição da propaganda de medicamentos, álcool e cigarro, com acompanhamento e tratamento em um nível muito inferior à importância que lhe era atribuída por ocasião da Constituinte. Da mesma forma, o relativo aos transplantes de órgãos, cuja ambiguidade ainda traz problemas para o equacionamento da questão.

Na esteira, outros projetos ainda tramitam, como o dos "direitos do paciente", da "organização da prática médica", da "saúde indígena" e dos "planos de saúde", entre

outros, merecendo, neste momento, um balanço, para orientar a atuação mais propositiva do movimento, hoje bastante ausente do debate parlamentar.

Conjuntura e Perspectivas: Uma Agenda

Com a promulgação da Constituição e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o movimento sanitário parece ter considerado que "ganhou a guerra", em relação à implantação do SUS, esquecendo-se que tinha sido apenas "uma batalha". No entanto, o mesmo não ocorria em relação aos setores conservadores; e não só em relação à Saúde: o perfil do Parlamento em nivel federal adquiriu contornos nitidamente mais à direita, como um todo, além de reorganizar-se a partir de interesses específicos, com objetivos concretos de reverter muitas das políticas aprovadas pela Constituinte para a área social, em particular o SUS. O que não impediu, todavia, a condução também de novos parlamentares ligados ao movimento ao Congresso Nacional, como é o caso do ex-presidente do CEBES e liderança amplamente consensual do setor, Sérgio Arouca; talvez o primeiro a se eleger, em nivel federal, a partir de uma plataforma e de uma base organizadas principalmente ao redor da questão da democratização da saúde, da Reforma Sanitária.

Ocorre que, desde a negociação da Lei Orgânica da Saúde, já se evidenciava a reorganização dos interesses empresariais e corporativos, levando a que a sua aprovação fosse muito mais difícil; é claro que não poderia também ser de outra forma, pois afinal, tratava-se de "dar nomes aos bois", detalhar o "como" fazer atuar e funcionar o SUS. E isso ocorria numa conjuntura em que o poder executivo ganhava novo fôlego, com a eleição de Collor, legitimado pelas urnas, sobre uma plataforma "modernizante", em contraponto ao período imediatamente anterior do Governo Sarney, por todos rejeitado, pelos escrachados clientelismo e fisiologismo que o caracterizavam; e derrotando o candidato das forças populares, que poderia significar uma real alternativa àqueles desvios.

Assim, durante o curto Governo Collor, ao lado de algumas bravatas, assistiu-se a uma insistente reação à descentralização e a várias tentativas de reinterpretação dos princípios do SUS, num flagrante desrespeito à Constituição e à Lei. Nesse período, houve a primeira tentativa de, ao se emendar a Constituição por meio do "emendão", retirar a proibição da comercialização do sangue e hemoderivados; tentativa mal sucedida no seu conjunto, mas que revelava a intencionalidade e a organicidade do Governo com os interesses que se consideravam derrotados na Constituinte.

No Governo Itamar, se por um lado o Ministério da Saúde tentou retomar a doutrina original do SUS, inclusive extinguindo o INAMPS, o Ministério da Previdência, em conivência com as autoridades econômicas (as mesmas de hoje), implodiu olimpica e impunemente o conceito de Seguridade Social e remeteu novamente o Ministério da Saúde à condição de pediente, de "pires nas mãos", resultando na sua atual e crônica situação de carência de recursos.

Todavia, apesar das reiteradas declarações oficiais de adesão ao SUS, o que se tem visto é um renitente descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais, com retardamento do processo de descentralização (e até mesmo de "inchamento" do nivel federal) e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações

de saúde em geral, inclusive e principalmente dos serviços privados contratados pelo SUS e dos outros serviços privados, particularmente os planos e seguros de saúde.

Poder-se-ia dizer que o problema é grande e complexo demais para um equacionamento a curto prazo (embora já decorram quase dez anos da promulgação da nova Constituição). Ocorre que é justamente em função dessa dimensão e variedade que a descentralização se impõe como estratégia central.

Outra questão que tem comprometido profundamente a possibilidade de avanço do SUS como política social é o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos, pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais, nas suas respectivas esferas, propiciando a destinação, pelas instituições públicas, de vultosos montantes ao co-financiamento de planos e seguros de saúde privados de seus funcionários. Sem se falar no prestígio e força que esses segmentos de usuários (normalmente os mais organizados) deixam de emprestar à pressão pela melhoria dos serviços públicos, usados pela população menos organizada e mais necessitada. Além de renúncias fiscais, como a dedução do imposto de renda e outros subsídios diretos e indiretos que favorecem o setor privado e estimulam o seu uso pela população, numa tática específica da cartilha neo-liberal.

Quanto à malversação do dinheiro público, fato inconteste, a questão tem duas expressões principais: o não controle público sobre as ações e serviços prestados pelos hospitais, clínicas e laboratórios privados contratados pelo SUS (e que deveriam atuar como se públicos fossem) e que, com a conivência de autoridades e respaldados pelos parlamentares que os representam, constituem verdadeiras sinecuras de captação dos recursos públicos de saúde, com fins eminentemente mercantis, sem qualquer compromisso social; e a ineficiência da gestão pública propriamente dita, sufocada por regras burocráticas que se sobrepõem ao interesse público e também pelo corporativismo e descompromisso público de amplos segmentos profissionais (ainda que se deva reconhecer a inexistência de uma política de real valorização do trabalho). Outra questão que, sem dúvida tem mantido o padrão de distorções nos serviços privados contratado e, hoje incorporadas também aos serviços públicos, é a modalidade de remuneração (AIH) por produção, há vinte anos denunciada por Gentille de Mello como "fator incontrolável de corrupção", assertiva ainda válida.

Deve-se registrar também que, além de se gastar mal, não há dúvida que, para os parâmetros internacionais também se gasta pouco; o que poderia ser otimizado pela maior racionalidade e controle dos gastos, sem que isso ilida a necessidade de se buscar mais recursos para o setor, de uma forma mais estrutural e menos conjuntural.

É necessário também que se denuncie o afastamento do SUS do seu princípio doutrinário mais central que é a integralidade. Isto é, a indissociabilidade entre prevenção e atenção curativa. Hoje, a prioridade orçamentária federal é nitidamente representada pela assistência médico-hospitalar, em detrimento criminoso das ações de promoção e proteção da saúde. E a atual proposta de reforma administrativa do Ministério da Administração e da Reforma do Estado ainda insiste em separar o SUS em dois: o hospitalar (de referência) e o básico (dos distritos sanitários). Na verdade, o que está-se passando é uma relegação da própria doutrina da Reforma Sanitária, pelos próprios integrantes do movimento, que, após a aprovação da base jurídico legal, passaram a tratar apenas do SUS, esquecendo-se que este é apenas estratégia de uma projeto maior de democratização da saúde, que inclui a questão da intersetorialidade e a mudança da cultura médica e tecnológica vigente que associa qualidade ao consumo de tecnologia

sofisticada. Isso significa a necessidade de se investir em muitas frentes, inclusive, e principalmente, na reorientação do processo de formação profissional e num trabalho de comunicação social que aponte na direção da formação da "consciência sanitária" de Berlinguer.

Assim, um próximo período de vitalidade do movimento da Reforma Sanitária e do CEBES deve construir sua pauta em torno de algumas questões que hoje não estão resolvidas conceitual e tecnicamente, necessitando, tanto de estudos e avaliações de experiências, quanto da repactuação entre vários segmentos do movimento, hoje bastante esgarçado.

Entre essas questões, encontram-se:

- a proposição e aprovação da legislação que assegure a complementação do processo de implantação do SUS, em especial disciplinando melhor as relações com o setor privado, tanto o contratado, quanto o "autônomo"; também a relativa ao sangue e hemoderivados, aos medicamentos (genéricos, organização farmacêutica, etc.);
- a reabertura da discussão sobre o financiamento da Saúde, em termos estruturais e levando em consideração a implosão, na prática da Seguridade Social; a necessidade de uma reforma tributária que viabilize e compatibilize a diretriz da descentralização com a auto-suficiência também no financiamento;
- a abertura de discussões, no movimento e com o Congresso e o Executivo, de novas estratégias de gestão pública que a otimizem e lhe confiram produtividade e satisfação/realização profissional e impacto ao SUS; é claro que isso supõe a revisão de várias bandeiras dos movimentos corporativos, como a isonomia, planos de carreira únicos, etc.; assim como uma priorização da discussão de novas políticas de valaorização do trabalho, hoje absolutamente secundarizadas no processo de implantação do SUS;
- a radicalização do processo de descentralização, com revisão profunda das funções e estrutura do nivel federal do SUS (MS).

Sem qualquer pretensão de se esgotar a temática, conclui-se esse texto com um alerta: embora o discurso de que o SUS "não deu certo", constantemente alardeado pela imprensa e por setores do Governo é sabidamente equivocado e mal intencionado, ele **precisa começar a dar certo**, aos olhos da população e da midia. E, para isso, é necessário que o movimento novamente se debruce sobre a realidade, reavalie suas estratégias e estabeleça uma nova agenda de atuação, pois, com o atual desgaste e com a intencionalidade neo-liberal do Governo, em pouco tempo, de fato, estaremos lamentando "termos morrido na praia".

Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado

Antônio Ivo de Carvalho

Introdução

Um dos feitos mais notáveis da Reforma Sanitária no Brasil foi a institucionalização, no interior do aparelho estatal, de um formidável sistema nacional de órgãos colegiados, dotados de um conjunto razoável de poderes legais e onde os usuários têm representação paritária em relação aos prestadores e ao governo. São os Conselhos de Saúde que, no âmbito das três esferas gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) - federal, estadual e municipal - têm a atribuição de deliberar sobre a "formulação de estratégias e (exercer) controle sobre a execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros ..." (Brasil, 1990). Desse sistema fazem parte também as Conferências de Saúde, foruns que se reunem periodicamente com a participação ampla de diversos segmentos sociais para avaliar e traçar diretrizes para as políticas de saúde.

Tendo raízes nas lutas comunitárias por saúde dos anos 70, os Conselhos de Saúde são a expressão institucional de uma das idéias fundadoras da Reforma Sanitária: a participação da sociedade nas políticas e organizações de saúde. Embora assumindo significados diversos ao longo do tempo, a que corresponderam padrões distintos de práticas sociais, o tema da participação esteve constantemente presente na retórica e na prática do movimento sanitário, atestando a íntima associação entre o social e o político que, no Brasil, tem caracterizado a agenda reformadora da saúde. Postulando a democratização do acesso a bens e serviços propiciadores de saúde, mas também a democratização do acesso ao poder, a agenda da reforma sempre teve nas propostas participativas a marca de sua preocupação com os "mecanismos de funcionamento" do Estado e não só com os "resultados redistribuitivos" de suas políticas. Daí o emprego simultâneo das consignas "Democracia é saúde" e "Saúde é democracia", emblema da Reforma Sanitária enquanto reforma também da política, no sentido de que o direito universal à saúde deveria ser acompanhado, garantido mesmo, pelo direito à participação no poder. Saúde como estratégia para a democracia e democracia como estratégia para a saúde.

Ao longo dos anos, especialmente durante a década de 80, essas idéias de participação ganharam maturidade e refinamento, evoluindo para as propostas de remodelação institucional que se concretizaram a partir da Constituição de 1988. A arquitetura institucional proposta para o setor saúde visava tornar o Estado "capaz" de implementar os princípios finalísticos da Reforma Sanitária, como a universalidade, a

equidade, a integralidade, expressivos do direito à saúde como um direito de cidadania. Para tanto, o núcleo de idéias-força do pensamento reformador prescrevia que o Estado deveria ser aproximado da sociedade usuária e permeabilizado a suas demandas. É nesse contexto que a "participação da comunidade" e a "descentralização político-administrativa" aparecem como o centro da reforma institucional embutida na Reforma Sanitária. A primeira para dar expressão e legitimidade política às demandas redistribuitivas e a segunda para diminuir distâncias administrativas e remover barreiras burocráticas, prevenindo o desperdício e a erosão de recursos. Vê-se claramente que, em tal agenda, o compromisso com a equidade é associado à preocupação com a eficiência.

Algo muito distinto marca o discurso que, na passagem da década, aportando tardiamente ao Brasil, encarna a receita neoliberal de "ajuste estrutural da economia": deslocar o Estado e restabelecer o mercado como *locus* privilegiado do processo alocativo de recursos e do desenvolvimento econômico. Com sua pauta minimalista de política social e seu projeto de desmonte do aparelho estatal provedor e regulador, a reforma do Estado presidida pela razão econômica, apresenta-se como um veto à Reforma Sanitária. No fogo de barragem da eficiência contra a equidade, o campo da Reforma Sanitária perde seu elo doutrinário com a temática da reforma do Estado, aceitando tacitamente que a bandeira da eficiência seja monopolizada pelos neoliberais e que o SUS seja colocado em xeque, não pelos constrangimentos financeiros e administrativos que sofre, mas por suas generosidades universalistas, "irremediavelmente geradoras de práticas perdulárias".

Atualmente, meados dos anos 90, apresenta-se uma curiosa conjuntura setorial. De um lado, um clima intelectual e político de reservas e restrições ao SUS. De outro, um processo exuberante e acelerado de modificações na arquitetura e no funcionamento do Estado, sobretudo através da descentralização e da participação, tendentes ambas a elevar as pressões redistribuitivas.

A efetiva descentralização da gestão e a ampla disseminação dos Conselhos de Saúde por todo o país são lembradas positivamente em todos os inventários sobre realizações do SUS, como inovações que "pegaram". Entretanto, não é claro seu papel nos futuros desdobramentos do SUS e da Reforma Sanitária. Aqui, tanto a reflexão teórica quanto o cálculo político parecem presos a um círculo de giz onde os Conselhos são tratados ou como heróicos guardiães do SUS, ou como construções fúteis, de escassa potência política.

Na verdade, uma efetiva valorização das vivências sociais e práticas políticas suscitadas pelos Conselhos exige ultrapassar os limites de suas relações mais imediatas com o SUS, suas prescrições e marcos legais, possibilitando então uma ponte com o debate contemporâneo sobre a reforma do Estado. Os Conselhos de Saúde são, por seus fundamentos conceituais e por sua trajetória empírica, um tema propício a esse desafio. Recuperar as inspirações e marcos originais da Reforma Sanitária, providenciando seu *aggiornamento* conceitual e programático, pode abrir caminho para incorporar na pauta da reforma do Estado o desafio de reconciliar a eficiência com a equidade, requalificando-a, assim, como caminho para a democracia.

Estado Instrumento e Estado Arena: do Confronto Político ao Controle Social

Item privilegiado do corpo doutrinário e da pauta programática da Reforma Sanitária, a proposta participatória trilhou um longo percurso teórico e prático até alcançar o formato institucional dos Conselhos de Saúde contemporâneos. Nesse processo, adquiriu centralidade a noção de controle social que, aliás, disseminou-se como prescrição normativa para a democratização das relações Estado-sociedade.

Oriundo da sociologia e da psicologia, onde designa os processos de influência do coletivo sobre o individual, o termo controle social teve seu significado invertido, transformando-se em conceito operacional para designar o processo e os mecanismos de influência da sociedade sobre o Estado. Curiosamente, para isso, a sociedade passa a ser identificada com o interesse geral e o Estado é tido como liminarmente comprometido com interesses particulares.

Apropriado pelo senso comum no contexto brasileiro da luta contra o Estado autoritário, o termo controle social adquire, não sem razão, forte conotação maniqueísta e instrumental. Maniqueísta porque tanto o Estado quanto a sociedade são destituídos das complexas relações sociais neles embutidas, e rebaixados a entes homogêneos, animados por vocações distintas. O Estado, vilão, identificado com interesses privatistas e práticas excludentes, usurpador do interesse público; a sociedade, vítima, identificada com os interesses coletivos, excluída da decisão pública. Instrumental porque tratava-se, então, de estabelecer estruturas ou mecanismos capazes de funcionar como instrumentos da sociedade para controlar o Estado.

Foi a partir desses referenciais que os Conselhos desenvolveram suas práticas iniciais e modelaram sua identidade política. Se sua disseminação foi favorecida por esse imaginário, é possível que, hoje, ele represente um obstáculo a uma compreensão mais adequada do papel desses órgãos. Para prosseguir, é recomendável uma breve recapitulação da sequência de referenciais teóricos e conjunturas políticas sob as quais se moldaram as idéias e práticas que originaram os Conselhos de Saúde.

Pode-se dizer que a noção de controle social, tal como emergiu na agenda da Reforma Sanitária, é marcada por uma combinação de influências do paradigma marxista do Estado instrumental e do paradigma liberal do Estado plural.

Assim, bem antes de pretender controlar, o movimento sanitário buscou confrontar o Estado. A politização das lutas comunitárias por saúde, ocorrida ao longo dos últimos anos da década de 70, junto com a emergência dos chamados movimentos sociais urbanos, resultou numa contestação frontal ao regime militar de 64, identificado com práticas política e socialmente excludentes e com interesses privados. Era, então, amplamente dominante a influência do pensamento estruturalista, sobretudo de corte marxista, no balizamento teórico e programático do movimento sanitário. Decisiva para a crítica ao modelo biomédico de explicação do processo saúde-doença, essa matriz de pensamento identificava as estruturas sociais como determinantes para a produção e desigual distribuição dos riscos sanitários entre as populações. Nesse modelo, o Estado cumpria o papel de reproduzir a ordem estrutural e funcionava como um instrumento dos grupos sociais dominantes, guardião de seus interesses. Sobre esse Estado - verdadeiro "comitê de negócios da burguesia" - só era possível a influência de fora para dentro, a partir das pressões dos movimentos sociais e suas lutas reivindicatórias,

mesmo assim com resultados sempre limitados ou parciais, enquanto não se alterasse a lógica estrutural do modelo. A participação institucionalizada e representativa de segmentos sociais no interior do Estado era vetada, não sendo buscada pelo movimento senão na forma da ocupação de espaços técnicos no interior das instituições, como estratégia de fortalecimento do processo de luta. Não se tratava de participação ou pretensão de controle do Estado e sim de luta contra ele, disputando palmo a palmo melhorias no acesso ao produto social, especialmente nos aspectos relacionados à saúde.

Mais tarde, ao longo da década de 80, a experiência de enfrentamento com o Estado foi associando, na medida do alargamento de espaços democráticos, a demanda social por bens e serviços de saúde à demanda política por acesso aos mecanismos de poder. A própria vivência do aumento da permeabilidade do Estado foi ensejando novos modos de compreensão das relações Estado-sociedade. À visão de um Estado monolítico, fiel depositário e executor dos desígnios de uma elite dominante, sucede uma compreensão mais flexível da esfera estatal. Nesse momento, ganha peso e importância a concepção gramsciana do Estado ampliado. Ainda no campo do pensamento marxista, essa vertente atribui ao Estado moderno o papel de construção de uma "base material de consenso", que torne aceitável ou suportável pelo conjunto da sociedade a ordem capitalista e a primazia dos interesses econômicos da burguesia (Coutinho, 1989). Assim, para realizar os interesses da burguesia ou do capital (acumulação econômica), o Estado deve considerar os interesses dos demais setores (legitimação política), associando então práticas de coersão com práticas de persuasão. Essa visão implica em que o Estado, ainda como instrumento da classe dominante, permita que alguns interesses das classes dominadas sejam nele representados e por ele acolhidos, implementando-se através das políticas públicas.

Na segunda metade da década de 80, com o advento da Nova República, acelera-se o processo de incorporação de demandas sociais, a partir do reconhecimento da diversidade de atores sociais e grupos de interesses. A revalorização das eleições e outros mecanismos da democracia representativa permitiu a ampliação da participação política, disseminando e fortalecendo a concepção pluralista do Estado, que passa a predominar entre os atores políticos relevantes. Essa concepção supõe que o Estado funcione a partir do reconhecimento da diversidade de interesses sociais presentes na sociedade e da aceitação de suas formas de representação, sendo as políticas públicas o fruto do processo de disputa e pactuação entre grupos de interesse no seu interior. Isso normalmente significa a inclusão, no arcabouço jurídico institucional do Estado, de estruturas de representação direta da sociedade, investidas de algum nível de responsabilidades de governo, ou seja, a presença explícita e formal no interior do aparato estatal dos vários segmentos sociais, de modo a tornar visível e legitimada a diversidade de interesses e projetos.

Esse referencial presidiu, ao longo dos anos 80, o aparecimento progressivo de diversos órgãos colegiados no âmbito do aparelho estatal, compostos por representações mistas da sociedade e do Estado. Primeiro com as AIS, depois com os SUDS[1], instituiram-se diversos tipos de conselhos e comissões, nas três esferas de governo, que foram englobando a presença dos principais atores na arena político-sanitária: representantes governamentais, prestadores de serviços, profissionais de saúde, diversos segmentos de usuários.

O pressuposto e, ao mesmo tempo, o corolário do pluralismo e das formas institucionais que assume é o reconhecimento recíproco - por parte do Estado e da sociedade - de interlocutores legítimos e com um mínimo de eficácia dialógica. Ou seja, o Estado

deve aceitar como legítimas as demandas dos diversos grupos sociais, assim como demonstrar capacidade de transigir e flexibilizar suas políticas em função delas. E a sociedade deve ter capacidade, a nível dos diversos grupos sociais, de elaborar interesses e vocalizar propostas, assim como reconhecer no Estado condições e possibilidades de acolhimento.

O período da Nova República foi marcado pelo absoluto predomínio da visão pluralista do Estado. Na verdade, todo o *policy-making* no período é presidido pela visão pluralista, em especial por sua vertente neocorporativista. Multiplicaram-se as arenas de pactuação entre grupos de interesse, que assim obtinham *status* público e legitimidade para defender seus projetos e influir nas políticas públicas. A proposta de "pacto social" perseguida naquele período por diversas forças políticas é emblemática do clima pluralista que então predominava e da crença na possibilidade de acordar uma política que contemplasse os interesses e a concordância do conjunto de grupos sociais.

É nesse clima, e a partir das experiências dos órgãos colegiados, que amadurece a proposta dos Conselhos de Saúde, na forma institucional atual. Embora com identidade e atribuições legais formalmente definidas, os Conselhos, na verdade, iniciaram e ainda hoje vivem sua trajetória prática em meio a um conjunto de dilemas e ambiguidades, decorrentes dos marcos conceituais e contingências políticas de onde se originaram. Pertencem ao governo ou a sociedade? Devem governar ou fiscalizar? Devem ampliar suas responsabilidades executivas ou aprimorar seus mecanismos de acompanhamento?

Na verdade, é a própria idéia de controle social, que os fundamenta, que carrega uma ambiguidade básica, responsável por gerar uma expectativa a respeito dos Conselhos que, no limite, oscila entre a ilusão e o ceticismo.

A ilusão, proveniente da matriz pluralista, consiste na superestimação da margem de efetividade dos Conselhos como arenas decisórias. Alimenta-se da miragem de um Estado neutro, passível de ser conduzido pelos segmentos que obtenham vantagens circunstanciais nos espaços decisórios. Nesse padrão, a sociedade, suficientemente organizada e representada nos Conselhos, poderia controlar o Estado, conduzindo-o segundo seus desígnios. Como se, a partir do mero funcionamento regular dos Conselhos, do cumprimento de suas prerrogativas legais, o Estado "se corrigisse" e passasse a funcionar segundo os interesses da maioria. Embora tal imagem possa favorecer o proselitismo participatório, atraindo segmentos sociais ansiosos por colocar suas demandas junto ao aparelho estatal, até então impermeável a elas, na verdade, ela se mostra insuficiente para dar sustentação ao funcionamento estável dos Conselhos. Diante da inefetividade desses órgãos em satisfazer as demandas finalísticas a eles submetidas, os representantes de segmentos podem reduzir suas expectativas, gerando seja o esvaziamento dos Conselhos, seja uma adaptação conformada a seus limites como arenas decisórias (burocratização).

O ceticismo provem, ao contrário, da matriz marxista, e tende a subestimar as possibilidades de autonomia e efetividade dos Conselhos. É curioso que a configuração jurídico-institucional desses órgãos, cuja composição discrimina positivamente setores sociais com menos acesso ao poder (caráter paritário) e enfatiza sua responsabilidade decisória (poderes deliberativos), tenha se originado exatamente na desconfiança de

1. As Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1984, e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), em 1987, foram programas precursores do SUS e iniciaram a operacionalização de alguns de seus princípios, como a descentralização e a participação.

que o Estado pudesse ser passível de influência a ponto de implementar as medidas redistribuitivas demadadas pelos setores excluídos e agora representados nos Conselhos. Levada ao extremo, essa desconfiança pode paradoxalmente provocar um rebaixamento ou "atraso" nas práticas dos Conselhos, reduzindo-as a uma dimensão meramente fiscalizatória, onde a obsessão com o controle burocrático de processos termina por fazer negligenciar a preocupação com resultados, elo mais importante de ligação dos Conselhos com a sociedade representada, sobretudo os setores excluídos.

Ambas as situações extremas têm como base comum a visão instrumental dos Conselhos que, considerados "braços" da sociedade, devem manter-se em posição externa ao Estado, seja para guerreá-lo, seja para vigiá-lo, seja para invadi-lo, podendo resultar numa perspectiva de controle social despolitizada e eventualmente inócua. Daí a necessidade de superar a visão maniqueísta das relações Estado-sociedade e a concepção instrumental dos Conselhos de Saúde, desobrigando-os da hercúlea tarefa de guardiães heróicos da agenda da Reforma Sanitária, para redescobri-los como experiência social e inovação política relevante para a reforma democrática do Estado.

Estado Seletivo, Desenho Institucional e Inovação Política

A compreensão do Estado como arena ajuda a vislumbrar a diversidade de interesses sociais vigentes e o caráter não monolítico do aparelho estatal, mas não elucida a hierarquia de critérios que preside a lógica da decisão pública. Sabe-se que, mesmo na situação democrática, o funcionamento do Estado está longe de lembrar uma ausculta plebiscitária entre atores sociais em situação. Nem o voto individual nas eleições gerais, nem a manifestação coletiva das representações corporativas têm peso simétrico na definição das políticas públicas.

Diversos autores têm contribuído para enriquecer as teorias de Estado, buscando explicar seus mecanismos de funcionamento nos marcos das complexas relações sociais das sociedades contemporâneas, em especial seus processos de tomada de decisão.

No campo da tradição marxista da não neutralidade do Estado perante as relações sociais, e acolhendo aportes do neocorporativismo, o alemão Claus Offe (1984) propõe o conceito de "seletividade estrutural" para designar a incorporação desigual das demandas sociais por parte do Estado. Nesse modelo teórico, a seletividade do Estado estaria expressa através de um sistema de filtros ou sensores que, agindo no interior do aparelho estatal, teriam a função de identificar e classificar as demandas ou *inputs*, segundo seu caráter mais ou menos compatível com a lógica dominante, selecionando assim aquilo que deve ou não ser objeto de políticas públicas. Segundo o autor, o sistema de filtros envolve a problematização das demandas e a interposição de barreiras ao seu acolhimento nos níveis de estrutura (racionalidade estratégica), ideologia (idéias correntes), processo (regras e procedimentos) e repressão.

Da operação cumulativa desses filtros é que resulta a formação da agenda pública, ou seja, o rol de temas e questões passíveis de articulação política e implementação de ações administrativas. Pode ser dito que, a cada momento, o Estado é dotado de um padrão de seletividade estrutural, decorrente de um padrão de ajustamento de seus filtros. O padrão de seletividade vigente é que dá solução à disputa de interesses, mas é passível de alterações ou deslocamentos conforme evoluam essas disputas sociais. Essas

alterações de padrão de seletividade expressam-se através de modificações institucionais que trazem em si novos parâmetros de ajuste ou funcionamento dos filtros. Nesse modelo, uma inovação seria uma mudança no formato institucional caracterizada por expressar ou provocar uma alteração no padrão de seletividade estrutural, ou seja, por estabelecer novos critérios para a definição do que deve ou não deve ser objeto de políticas públicas.

Simplificadamente, o caráter mais ou menos democrático do Estado seria dado conforme seu sistema de filtros lhe conferisse maior ou menor porosidade aos interesses e demandas dos diversos segmentos da sociedade. Da mesma forma, nesse modelo, alterações na estrutura administrativa ou no desenho organizacional do aparelho estatal deveriam ser julgadas mais ou menos democráticas conforme seu impacto sobre o sistema de filtros ou sobre o padrão de seletividade se desse no sentido de alargar a faixa de acolhimento ou no de estreitá-la.

Esse modelo permite que os Conselhos de Saúde sejam analisados, não mais como instrumentos externos de controle do Estado, mas como componentes do aparelho estatal, onde funcionam como engrenagens institucionais com vigência e efeitos sobre o sistema de filtros, capazes de operar alterações nos padrões de seletividade das demandas. Concebidos sob a égide do propósito democratizante da Reforma Sanitária, tanto no plano social como político, os Conselhos podem então ser considerados inovações institucionais, entendidas como uma reforma adaptativa do desenho institucional do Estado, dirigidas para alterar o padrão de recepção e processamento de demandas na área de saúde, no sentido do seu alargamento.

Uma abordagem sobre a efetividade dos Conselhos deveria então examinar seu impacto sobre o padrão de seletividade do Estado no que diz respeito às demandas de saúde. Embora uma avaliação empírica seja metodologicamente problemática, já que os eventuais resultados redistribuitivos e sanitários não podem ser relacionados diretamente à existência de Conselhos, envolvendo fatores mais complexos, é possível uma discussão sobre seu significado como inovação institucional.

Nesse sentido, para fins analíticos, pode ser dito que os Conselhos de Saúde são arranjos institucionais tendentes a produzir impactos modernizantes e democratizantes sobre o padrão de processamento de demandas na área de saúde.

O impacto modernizante consiste no veto que os Conselhos representam à cultura patrimonialista típica do Estado brasileiro. No lugar dos arranjos hierárquicos próprios do patrimonialismo, onde a política, destituída de alteridade, fundava-se na circulação não regulada de favores e lealdades, sob o império da razão e dos interesses privados, os Conselhos introduzem um padrão de racionalidade tecno-burocrática que, tipicamente, vem marcando a implantação do SUS. Todo o processo recente de normatização da alocação setorial de recursos, com a automatização dos fluxos de recursos e normas entre esferas e a universalização de canais de circulação de demandas e decisões representam a substituição das "influências políticas" por critérios técnicos, como mediação do proceso decisório (tecnificação da política). Os Conselhos representam, assim, um processo potencialmente alternativo às práticas clientelistas, na medida em que "publicizam" e tecnificam o processamento das demandas no interior do Estado, nos marcos de um pacto democrático. Modulam a interlocução e o jogo de interesses entre os diversos atores, em ambiente de forte densidade técnica, o que tende a ocorrer em escala nacional, por força da descentralização.

O caráter recorrente e muito arraigado do patrimonialismo do Estado brasileiro recomenda ressalvas, sobretudo levando em conta as características da recente transição do regime militar, por alguns considerada uma continuidade da modernização

conservadora vivida pelo país desde a década de 70. Como transição pactada com e entre as elites, implicou na permanência nas esferas do poder de setores conservadores e na manutenção da cultura das coalizões, muitas vezes baseadas em práticas arcaicas de política. Essa herança neopatrimonialista certamente confere ao aparelho de Estado e a suas instituições um "molde resistente" às mudanças na sua "seletividade" propostas pelos Conselhos, sobretudo no interior do país, onde a sobrevivência patrimonialista e as práticas clientlistas ganham cores cotidianas.

O impacto democratizante decorre da alteração que provoca nos filtros estatais, deslocando o padrão de seletividade no sentido de maior permeabilidade às demandas de setores até então não contemplados. Perante uma demanda concreta, segundo o modelo de Offe, o sistema de filtros pode (a) ignorá-la, não considerá-la, ou (b) considerá-la, reconhecê-la, mas não decidir sobre ela, deixando-a fora da política pública, ou ainda (c) acolhê-la mas não implementá-la, ou finalmente (d) acolhê-la e implementá-la. Parece bastante evidente que o advento dos Conselhos provocou uma tendência de deslocamento no sentido (a) ® (d), significando uma ampliação da agenda pública, entendida como a pauta de questões e demandas que se tornaram passíveis de articulação política.

Como espaço institucional de representação de interesses, os Conselhos conferem a chancela de *status* público aos grupos ali representados, o que favorece especialmente aos segmentos desprovidos de outros canais de acesso. Em outras palavras, o novo padrão de seletividade confere maior legitimidade às demandas vetadas, ou não consideradas, pelos mecanismos tradicionais de influência na decisão, como o Poder Legislativo, a mídia, os canais privativos, etc.

Nesse ponto, pode-se compreender os Conselhos não mais como limitados ao âmbito da Reforma Sanitária. Para além da contribuição específica que possam dar ao SUS, como foruns privilegiados de tematização da Reforma Sanitária, é preciso compreendê-los no processo contemporâneo da reforma democrática do Estado. Para além de seus efeitos sanitários, é preciso resgatar seu significado para a democracia.

Para tanto, propõe-se um deslocamento conceitual: no campo do Estado redescobrir a noção do "público" e no campo da sociedade a noção de "cidadania". No lugar de instrumentos da sociedade para controlar o Estado, os Conselhos devem ser considerados *constructos* institucionais inovadores, expressivos de um processo de reforma tanto do Estado quanto da sociedade. No primeiro caso, favorecendo a publicização da ação estatal, como mecanismo de fixação e tematização do "interesse público" na agenda setorial. No segundo, publicizando a ação societária, como campo de exercício de uma cidadania fundada na diversidade e na solidariedade.

Dentro desse marcos, é possível observar a trajetória dos conselhos e pensar suas possibilidades enquanto espaços de reforma democrática do Estado e enquanto espaços de exercício ampliado da cidadania.

Conselhos como Espaços de Reforma do Estado: Interesse Público e Accountability

Após quase uma década de debates, a questão da reforma do Estado transborda o terreno da economia e alcança o da política, ganhando novo temário e novo fôlego. De

debate específico sobre o papel do Estado na esfera econômica, transforma-se em debate geral sobre o papel do Estado na sociedade contemporânea como um todo. Sem que se tenha resolvido a disputa entre keynesianos e monetaristas a respeito de como otimizar as relações entre Estado e mercado, ganha cada vez mais interesse a discussão a respeito de como otimizar as relações entre o Estado e os coletivos de interesses que constituem a sociedade. Não mais como vilão da economia, mas como mandatário da sociedade, ganha nitidez e destaque a questão da reforma institucional do Estado. Não se trata mais de reformar o Estado para que atrapalhe menos o mercado, mas para que trabalhe mais para a sociedade. Seja nos modelos s*ecurity oriented*, seja naqueles *eficience oriented*[2], o fato é o Estado está chamado de volta[3] e a discussão sobre sua reforma, irremediavelmente reorientada. "Como assegurar que o Estado atue em função da sociedade?" (Cunill, 1995) ou "Como capacitar o Estado a fazer o que deveria fazer e, ao mesmo tempo, evitar que ele faça o que não deveria fazer?" (Przeworski, 1996) são desafios que encabeçam a agenda progressista da reforma do Estado.

Nesse contexto, ganha importância central uma melhor definição de "interesse público", seja em termos conceituais, seja em termos de sua apuração empírica, para designar aquilo que seria interesse geral, comum, de todos ou de toda a sociedade. O termo "público", etimologicamente associado à expressão latina *res publica* - coisa ou negócio do povo - foi banalizado pela sua utilização indiscriminada para designar as estruturas, funções e ações do Estado, por definição, portador do interesse de todos. Daí, o público ficou reduzido à mera qualidade daquilo que é estatal, designando serviços, funcionários, empresas, etc, sem qualquer conotação de efetividade quanto à realização do interesse geral. Na saúde, a Constituição define as ações de saúde como de "relevância pública", para designar seu caráter público e a responsabilidade estatal sobre elas.

No debate contemporâneo, têm-se buscado renovar o significado do termo "público", no contexto das disputas de jurisdição teórica e prática entre Estado e mercado, especificamente para ajudar a caracterização das críticas à dissociação entre a ação estatal e o interesse público. As propostas de resignificação do "público" aparecem tanto a partir de práticas emergentes na sociedade, fora do território estatal, quanto a partir das iniciativas e esforços reformadores do aparelho estatal. Em ambos os casos, correspondem empiricamente à possibilidade de um público não estatal e de um privado não mercantil, quebrando portanto a assertiva clássica da esfera privada como o mundo do interesse individual, ou das práticas auto-interessadas, e da esfera estatal como o mundo do interesse público, ou das práticas coletivo-orientadas.

No primeiro caso, no campo societal, a categoria "público" serviria então para designar iniciativas que, desenvolvendo-se fora das repartições estatais, assumem um caráter público, por se moverem a partir de uma racionalidade ligada ao bem-comum, reivindicando uma motivação altruísta e rejeitando qualquer viés de representação grupal ou específica. Fernandes (1994) denomina esse novo campo de Terceiro Setor, qualificando-o de "privado, porém, público", para designar a idéia de um alternativa de vida social ou de instância social baseada numa concepção de cidadania fundada na solidadriedade e na auto-ajuda.

2. Essa tipologia é empregada por Jon Elster (Przeworski, 1996).

3. Uma alusão ao livro *Bringing the State back*, de T. Skocpol (1985), que recoloca a centralidade do papel do Estado.

Genro (1996), mais criticamente, considera que "o surgimento de novas formas de dominação e exclusão produziram, espontaneamente ou não, novas formas de autonomia e 'inclusão alternativa'(...) - uma esfera pública não estatal - auto organizada ou simplesmente organizada paralelamente ao Estado (...) para interferir na vida pública ...". São milhares de organizações que se constituem num imenso "circuito de representação pública" que, com ou sem o suporte da representação política tradicional, promovem sua auto organização por interesses particulares, principalmente em torno de demandas não aceitas ou não respondidas pelos governos. O autor acredita que esse fenômeno aponta para uma nova concepção de reforma do Estado vinculada a essas novas organizações sociais e à participação do cidadão comum.

Na verdade, a categoria público ganha nova vitalidade explicativa num contexto em que tanto o Estado quanto o mercado parecem incapazes de gerar justiça e igualdade. Independentemente da existência de diversas nuances, vai ganhando força a idéia de que "Estado e mercado deveriam trabalhar articulados, com as populações recuperando suficiente poder para exercer uma influência mais efetiva sobre ambos" (UNDP, 1993).

No segundo caso, no campo da reforma do Estado, a categoria "público" aparece como um atributo a ser alcançado ou recuperado pelo aparelho estatal, através de novos desenhos ou formatos institucionais. Excetuando-se os grupos neoliberais mais extremados, para quem o Estado segue sendo um empecilho às livres e saudáveis forças do mercado, as diversas tendências têm em comum a idéia de que a retomada do caráter "público" pelo Estado envolve o reencontro do Estado com a sociedade, seja na sua dimensão de mercado, seja na sua dimensão de comunidades de interesses. Isso significa que a agenda da reforma do Estado deverá envolver novos padrões de relações com o mercado e com a sociedade (cidadania). No primeiro caso, em busca de eficiência, no segundo, em busca de equidade.

Independentemente da ênfase num ou noutro elemento, há um certo consenso a respeito da necessidade de se trabalhar com um novo *mix* estatal/privado que supere a oposição e contemple a complementariedade de funções. Diversos autores já tem trabalhado com a idéia desses novos padrões de *mix* (Londoño & Frenk, 1995; Almeida, 1995; Fleury, 1996). Não sendo aqui o lugar para uma revisão dessa literatura, importa registrar, para fins analíticos, a existência de dois campos de propostas de recuperação do caráter público do Estado. O primeiro concentra sua crítica na incapacidade do Estado **fazer** o que deve ser feito, atribuindo-a a *deficits* de eficiência e efetividade do aparelho estatal. O segundo aponta a incapacidade do Estado **definir** o que deve ser feito segundo o interesse da sociedade, ou do interesse público, remetendo a *deficits* de representatividade e responsabilidade, e a questões de equidade e justiça.

Tais tendências, não excludentes, correspondem a ênfases distintas no diagnóstico causal do caráter não público do Estado. Embora possa haver um abismo ideológico separando as duas perspectivas, o fato novo é que hoje se estabelece um diálogo entre ambas, já que nenhuma das duas parece poder resolver sozinha o problema do caráter público do Estado, que parece depender tanto de mais eficiência/ efetividade, quanto de mais fidelidade aos interesses da sociedade.

No primeiro caso, situam-se os enfoques mais voltados para a modernização gerencial da administração pública, criando o paradigma do "empresarialismo" governamental. Concentrado na flexibilização da implementação das políticas públicas, essa corrente já produziu um acúmulo de experiências. Propondo-se a "reinventar o governo", introduzindo no setor público o espírito empreendedor da iniciativa privada

(Osborne & Gaebler, 1995), essa tendência vem cumprindo interessante papel de contraponto às teses neoliberais mais radicais[4]. Abarcando um conjunto de funções desde a regulação até o provimento direto de ações e serviços pelo Estado, as inovações envolvem uma revalorização da competição e a adoção de outros mecanismos e regras de mercado para mediar, às vezes presidir, o cumprimento de funções públicas até então exercidas monopolisticamente por agências estatais. Incluem desde as privatizações (retirada total do Estado), as terceirizações (delegação a terceiros, via mercado, do exercício de funções mantidas públicas), até a chamada gestão social (diversas modalidades de parcerias com entidades privadas não lucrativas em programas governamentais). Em geral, nesse terreno, as experiências perseguem a eficiência, com maior ou menor grau de preocupação com a equidade.

Situa-se nesse campo a proposta de reforma administrativa do atual governo brasileiro, formulada pelo ministro Bresser Pereira. Criticando os modelos patrimonialista e burocrático de organização do aparelho estatal brasileiro, marcado pelos interesses particularistas e pelo descompromisso público, propõe um modelo gerencial para dar conta das exigências de efetividade e eficiência colocadas pelo interesse público. Para tanto, redesenha a organização estatal e redistribui suas funções entre novos organismos não estatais. A principal inovação é a criação de uma "esfera pública não estatal", para designar espaços ou organizações que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo sob leis do mercado (Pereira, 1995).

O segundo grupo ocupa-se do processo de formulação das políticas públicas - *policy making* - tratando de discutir os mecanismos mais adequados a subordinar o Estado ao interesse público. Ao contrário da abordagem anterior, que considerava o interesse público como dado, aqui trata-se de discutir a filtragem e seleção de interesses a serem contemplados pelo Estado, envolvendo a questão da distribuição de poder na decisão pública.

Esse campo é hoje fortemente influenciado pelo chamado neoinstitucionalismo para quem a reforma do Estado é a busca de *designs* ou formatos institucionais que favoreçam a capacidade dos governos captar o interesses dos cidadãos e agir conforme esses interesses. Em outros termos, definir mecanismos ou estruturas pelas quais governos possam ser induzidos ou constrangidos a trabalhar pelo interesse público. Essa corrente, em geral, analisa os mecanismos e as lógicas de microdecisão que presidem as relações entre cidadãos (eleitores), burocratas e políticos.

Embora isso não seja especificamente tratado pela abordagem neoinstitucionalista, é preciso ressalvar que a noção de interesse público é historica e politicamente contextualizada, ou seja, depende da concepção vigente de "direitos" e de "bem-comum". Pode-se dizer que, nos marcos da teoria e das experiências democráticas modernas, a determinação do que seja interesse público é um processo político que envolve uma concepção de bem-comum - politicamente pactado e moralmente fundado - e um conjunto de regras ou procedimentos de julgamento a serem seguidos - pertinentes à questão dos direitos (Mouffe, 1995). O conceito de "público", assim entendido, nada tem de neutro, inscrevendo-se claramente no campo democrático.

4. Essa corrente inspirou política e ideologicamente as plataforma reformista do presidente americano Bill Clinton.

Para Offe (1984), a atribuição de *status público* designa a legitimidade obtida por grupos de interesses a partir do momento em que são acolhidos, junto com suas demandas, nas engrenagens da formulação e decisão em políticas públicas. Assim, o público estaria ligado a mecanismos de construção de legitimidade de demandas e representações, sendo portanto pertinente à esfera tanto do Estado quanto da sociedade. Da mesma forma, Habermas (1990) define que o espaço público democrático corresponde a um nível situado entre a esfera privada e o Estado, cuja função principal não é identificar problemas que afetam o conjunto da sociedade, mas sim tematizá-los de maneira convincente e persuasiva para que sejam assumidos e processados pelo sistema político.

Nesse ponto, já é possível reencontrar a temática dos Conselhos de Saúde *vis-à-vis* o desafio da reforma democrática do Estado. Por sua configuração e atribuições, esses órgãos podem ser vistos como *locus* institucionais capacitados a determinar o interesse público e, como tal, parametrar a ação do Estado na área de saúde. Conforme suas origens e escopo histórico, os Conselhos situam-se nos marcos de um pacto de democracia substantiva, expresso nos princípios finalísticos do SUS e da Reforma Sanitária que, assim, estabelece o molde setorial do interesse público.

Os Conselhos podem então ser vistos como estruturas permanentes, de caráter público, que, à luz do pacto de bem-comum estabelecido para a saúde, examina e acolhe demandas, compatibiliza interesses e chancela uma agenda setorial "de interesse público", capaz então de parametrar a ação do Estado. Seu lugar ou papel no sistema estatal de formulação e implementação de políticas seria o de, operacionalmente, estabelecer ou discriminar aquilo que é do interesse público, no processo cotidiano do processo de apresentação de demandas e conflito/pactuação de interesses. Muito mais do que uma "porta de acesso" ao aparelho estatal e seus mecanismos decisórios, os Conselhos são, para os diversos grupos de interesse, uma arena de tematização e publicização de seus interesses específicos. Embora sejam detentores de poderes legais, sua principal característica não é a de operar com os poderes de governo e sim processar interesses de modo a estabelecer o interesse público.

Não sendo canais passivos de captação de demandas para fins de registro formal e posterior processamento, os Conselhos funcionam estabelecendo o interesse público. Ribeiro (1996) observou que os Conselhos podem assumir dois perfis principais: o de vocalização de demandas e o de pactuação de interesses. Na verdade, isso poderia ser visto como a própria dinâmica do processo de estabelecimento do interesse público quanto a temas específicos. O predomínio da vocalização ou da pactuação poderiam expressar momentos distintos de um mesmo processo voltado para operacionalizar o interesse comum para cada questão ou demanda tematizada por um grupo específico de interesses. O interesse público, assim, não é dado previamente, e sim socialmente construído, num processo político de conflito e pactuação.

Os Conselhos não são o "outro", o *alter*, a sociedade ou movimento social em relação ao Estado, e sim o lugar, o espaço no interior do aparellho estatal, onde o "outro" se expressa, por isso, o espaço público, onde atores sociais se constroem como atores públicos. É claro que tal processo não se dá ao arrepio do que se passa na sociedade, nos diversos territórios onde se materializa a esfera da política. A obtenção de *status* público, que qualifica um segmento ou grupo de interesses a ter assento no Conselho, assim como o peso relativo das diversas representações, que definem uma certa correlação de forças, não são dados arbitrariamente pelo Estado, e sim pela dinâmica global da disputa de interesses.

Assim pensados, os Conselhos de Saúde são instâncias públicas de formação de opinião e vontade política, muito mais do que instrumentos do governo ou da sociedade. Atuam na tematização e formulação da agenda pública, muito mais do que na sua execução, na medida em que concedem ou negam a chancela de "interesse público" às demandas e interesses específicos ali apresentadas.

Tomando a recente trajetória do Conselho Nacional de Saúde, é possível acompanhar alguns episódios ilustrativos do processo canônico de determinação do interesse público, quanto a temas e demandas específicas.

É o caso do projeto de lei de regulamentação dos planos privados de saúde, recentemente aprovado pelo Conselho para ser submetido ao Legislativo. O tema vinha, há anos, sendo objeto de debates postergatórios no âmbito da Câmara Federal, sem que se lograsse chegar a uma redação que, pelo menos, organizasse as divergências e qualificasse o projeto para ser submetido à decisão do Legislativo. Objeto de alto nível de conflito, a postergação favorecia diretamente a situação vigente, ou seja, os interesses dos empresários do setor que há anos se beneficiam da ausência de regulamentação. Ao assumir a tarefa de construir um projeto a ser encampado pelo Executivo, o CNS inicia um processo intensivo de debates, envolvendo os diversos segmentos interessados (empresários, profissionais, tecnoburocracia, usuários), cuja interação se dá num ambiente que associa alta densidade técnica com alta dramaticidade política. A conclusão foi um projeto que, em substância, incorpora as principais demandas das clientelas desses planos, expandindo claramente o campo dos direitos desse tipo de consumidor. Por outro lado, em que pese a representação dos empresários diretamente interessados, o projeto veta algumas das principais demandas desse grupo, que pleiteava a manutenção dos prazos de carência e a não cobertura de certas patologias. Os grupos mais empenhados no desenho final do projeto, que podem ser considerados vitoriosos, foram os profissionais de saúde, os portadores de patologias e setores da burocracia governamental. Entretanto, o importante é que, ao ser ali aprovado, o projeto ganha o selo de interesse público. É claro que isso não garante sua aprovação pelo Legislativo, o que dependerá de como estarão lá distribuídas as influências dos diversos grupos, assim como dependerá de sua mobilização no âmbito da sociedade. Entretanto, é inquestionável que a existência do Conselho e a sua chancela de interesse público representam uma nova variável no processo, que contribui para qualificar e delimitar os marcos de legitimidade em que tal decisão será tomada, influindo portanto no cálculo político dos mandatários e políticos interessados.

Pode-se dizer que a existência de um circuito de tematização da agenda pública como o CNS impediu que os temas examinados fossem discutidos apenas à luz do auto-interesse dos grupos envolvidos, introduzindo a mediação ou a referência a parâmetros definidores do interesse público.

Fica, então, claro que os Conselhos não governam, mas estabelecem os parâmetros do interesse público para o governo. Definem o que deve ser feito e verificam / avaliam o que foi feito. Ao examinar demandas e proposições, os Conselhos não as consideram em seu estado bruto - como manisfestações de auto-interesse deste ou daquele grupo - mas a partir de um processamento político-técnico que permite que sejam julgadas quanto à pertinência, viabilidade, prioridade, etc, de tal maneira que o auto-interesse deva se apresentar e se habilitar como interesse público. A decisão deixa então de ser uma decorrência imediata da correlação de forças, apurada através de votação simples, e passa a ser mediada por um rito de fundamentação e qualificação das propostas enquanto interesse público.

Cabe aqui um rápido comentário sobre o caráter deliberativo e a composição paritária dos Conselhos. Na verdade, esses órgãos não decidem quais políticas e ações serão executadas, mas decidem se correspondem ou não ao interesse público. A composição paritária, como se viu, discrimina positivamente os segmentos e grupos com menor poder no sistema, não como um expediente para assegurar maiorias nominais, embora inefetivas, mas sim para explicitar a vigência de um pacto redistribuitivo e operacionalizar o concurso daqueles setores que mais têm necessidade de vocalizar e ter absorvidas suas demandas, de resto não contempladas pelos canais normais.

Como portadores ou sinalizadores do interesse público, os Conselhos de Saúde, no contexto do processo de reforma do Estado, podem muito bem cumprir a função de indutores de responsabilidade governamental ou *accountability*, entendida como a qualidade dos governos de estar à altura da confiança e das expectativas dos cidadãos[5].

Na verdade, nascidos sob a égide de um Estado autoritário e excludente, numa conjuntura de grande descrença na atividade político-eleitoral, os Conselhos são muito mais marcados pela idéia de controle social (sociedade x estado) do que pela de controle eleitoral (eleitores x governantes). A suposição de imperfeição ou insuficiência do controle eleitoral, como mecanismo por excelência da democracia representativa, era natural nas condições vigentes de desigualdade social e restrições à participação política, onde o fator econômico reproduzia a desigualdade no mercado político. Entretanto, conduzia ao paradoxo de se atribuir ao espaço estatal uma espécie de caráter neutro, onde se considerava mais fácil ou viável influenciar a tecno-burocracia do que trocar os políticos.

Por outro lado, embora a maior expectativa ou possibilidade de controle sobre os governos concentre-se nos momentos eleitorais, enquanto mecanismos de julgamento de governos, nos marcos da democracia representativa e da escolha racional e individual dos cidadãos eleitores, cada vez mais tem-se ampliado o consenso a respeito da necessidade de mecanismos complementares. Para que as eleições possam significar efetivamente o julgamento de governos e portanto funcionar como mecanismos indutores de *accountability*, garantindo fidelidade governamental aos interesse públicos, é necessário que, além do arsenal específico de procedimentos e mecanismos garantidores do momento eleitoral (liberdade, acesso universal ao voto, etc.), o Estado seja dotado de outros mecanismos que permitam ao cidadão comum o acesso a informações que o capacitem a conhecer o governo, não só nos seus resultados, mas no seu funcionamento. Instâncias ou instituições que, com independência do governo, pudessem funcionar como auditorias independentes, *controlarias*, *ombudsman*, conselhos independentes, enfim, ***accountability agencies***., capazes de favorecer a capacidade dos cidadãos de monitorar e julgar o comportamento e as ações governamentais (Przeworski & Stokes, 1996).

Parece que os Conselhos de Saúde poderiam ir inclusive mais longe. Embora não possam funcionar como instrumentos diretos de ***accountability,*** na medida em que não dispõem de mecanismos de recompensas nem de punições de modo a fazer valer sua determinações, os Conselhos, ao tematizarem a agenda setorial, a partir do choques e convergências dos grupos de interesses, produzem um campo de definição do interesse público que, ainda que não se transforme em decisão governamental, é dotado de legitimidade pública. Assim, além da disseminação de informações técnicas, factuais, que dêem transparência ao processo governamental, os Conselhos poderão também difundir tópicos da agenda de "interesse público", ajudando a consolidar parâmetros para a formação da opinião pública e para o julgamento eleitoral. É claro que, então, sua efetividade dependerá de sua capacidade de articulação e visibilidade perante o conjunto da sociedade e dos cidadãos, e não apenas de seus segmentos organizados.

Nessa perspectiva, a própria agenda de ação dos Conselhos deveria sofrer uma revisão, no sentido de aproximá-los mais desse papel. Desse ponto de vista, os Conselhos de Saúde estariam precisando não de mais normas, ou mais poderes legais, ou mais institucionalidade, e sim de mais política, mais vocalização, mais visibilidade, envolvendo de forma muito mais direta e orgânica as questões de informação qualificada e da comunicação de massa. A segmentação social e as enormes desigualdades de acesso à informação vigentes no Brasil são uma dificuldade, mas atestam a necessidade de se caminhar nessa direção.

Embora tenha sido um caminho até hoje pouco desenvolvido, pode-se dizer que, no cenário brasileiro de consolidação democrática, com a universalização de regras de disputa e o ordenamento do mercado político, instâncias como os Conselhos devem ser vistas como potentes instrumentos auxiliares de indução de *responsiveness* e estímulo à *accountability*, com condições potenciais de exercer forte influência no julgamento eleitoral.

É, então, como parte do Estado, mas independente do governo, que os Conselhos poderão encontrar seu papel renovado nos marcos da reforma democrática do Estado, não apenas da saúde. Embora a mera existência dos Conselhos já tenha um efeito geral, cultural, digamos assim, é no processo cotidiano da tomada de decisão pública que esses órgãos podem encontrar seu maior alcance democrático, qual seja o de fazer pesar na definição de interesse público as demandas e necessidades dos setores com menor presença nas arenas políticas tradicionais. A multiplicação desse tipo de agências pode viabilizar uma porosidade do aparelho estatal que o qualifique, não como um grande receptáculo de demandas, mas como uma rede flexível de tomada de microdecisões relacionadas à definição democrática do interesse público, assim como à sua garantia e efetivação através das políticas públicas.

Conselhos como Espaços de Exercício da Cidadania: Constituição de Sujeitos e Identidades Coletivas

A idéia da reforma democrática do Estado tem como contraparte a democratização da sociedade, na medida em que a efetivação de espaços públicos a partir do aparelho estatal, apropriados para tematizar a agenda e modular a formação da vontade política governamental, supõe a emergência de sujeitos capazes de discriminar interesses e pactuá-los no processo de construção do interesse comum.

Para melhor sublinhar que não se trata de pensar a sociedade ou o mercado como espaços alternativos ao Estado para a distribuição de justiça e para a efetivação de direitos, prefere-se aqui tratar com a noção de cidadania, no lugar de sociedade ou sociedade civil.

5. Przeworsky (1996) tem usado também o termo *responsiveness* para designar a subordinação do governo ao interesse público, independentemente de se e como os cidadãos o enunciem. Assim, *accountability* teria mais a ver com o empenho em detectar e seguir o interesse público tal como é expresso pela sociedade, enquanto *responsiveness* estaria mais relacionada com a capacidade, inclusive técnica, de saber o que é melhor para a sociedade.

Entende-se, então, por sujeitos, mais do que grupos portadores de interesses comuns e mais do que titulares de direitos formais, aqueles agentes sociais que, a partir da fixação de interesses e valores, constituem-se politicamente na interlocução com outros sujeitos ou instituições.

De forma bastante evidente, os Conselhos de Saúde vêm funcionando como espaços fomentadores dessa constituição de identidades coletivas e sujeitos políticos. A mera existência dos Conselhos representa uma oferta de participação e inclusão, senão na decisão, pelo menos na discussão pública, configurando um fenômeno inédito na história brasileira, pela escala e pela velocidade em que ocorre. Isso tem significado uma nova feição institucional e uma nova dinâmica para o setor. O início dos anos 90 marcou a proliferação extremamente veloz de Conselhos por todo o país. Entre 1991 e 1993, foram constituídos cerca de dois mil Conselhos de Saúde (Carvalho, 1995), o que significa um ritmo de praticamente dois novos Conselhos por dia. Em julho de 1996, uma estimativa baseada no número de municípios já habilitados à municipalização sugere que cerca de 65% do universo de municípios brasileiros dispõem de Conselhos, correspondendo a mais de 80% da população brasileira.[6] Isso significa a existência de algumas dezenas de milhares de conselheiros, número equivalente ao de vereadores.

Embora o dinamismo desses órgãos possa variar conforme a tradição de cultura política ou a conjuntura local, o fato é que eles representam para os cidadãos a abertura de possibilidades inéditas de se incorporarem ao debate e à vida política, através de um fórum que, como se viu, processa demandas específicas segundo o interesse público, nos marcos de um pacto definido por referência a valores de igualdade e justiça distribuitiva.

Como espaços de representação de interesses, os Conselhos funcionam também como catalizadores ou indutores da disseminação de organizações civis. Seriam necessários estudos empíricos para verificar a dimensão, no Brasil, do fenômeno mundial representado pela explosão de organizações não governamentais. Agrupadas pelo Human Development Report 1993 como CBO's - Comunity Based Organizations, essas organizações reuniam 100 milhões de pessoas em 1980, passando a 250 milhões no início desta década (Dowbor, 1996).

São numerosos os grupos de interesses que ganharam identidade e organicidade a partir do advento dos Conselhos de Saúde. Especialmente notável foi o aumento da participação, da visibilidade e da efetividade política das organizações de pacientes ou de portadores de patologias. Esses vêm comparecendo ao cenário setorial não só com demandas de ampliação do acesso a bens e serviços específiccos ou especializados, mas também reivindicando alterações no modelo assistencial. Englobando os renais crônicos, cardiopatas, hansenianos, HIV positivos e vários outros, além dos portadores de deficiência, esses grupos têm presença quase universal nos Conselhos. Ocupam hoje seis das dezesseis cadeiras destinadas a usuários no Conselho Nacional de Saúde.

É significativo como os Conselhos, na medida em que consolidam uma identidade institucional, vão gerando entre seus membros um sentido de pertencimento e identificação recíproca bastante inovador na cultura política brasileira. Como instituições comprometidas com o interesse público, nos marcos de um projeto de bem-comum de caráter redistribuitivo, os Conselhos tendem a tornar seus membros *embebded*[7] por essas idéias, de forma relativamente autônoma em relação aos interesses sociais que mais imediatamente representam.

O caráter de rede nacional adquirido pelos Conselhos expressa um interessante processo de articulação e interlocução, simultaneamente vertical e horizontal, que une não só os Conselhos mas as organizações de seus diversos segmentos. A realização, em maio de 1995, do I Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde marca esse processo. Embora, de início, tal articulação tenha atendido à necessidade política de os Conselhos se diferenciarem do Estado (relação nós-eles), a tendência hoje aponta não para uma organização nacional de conselheiros, mas para uma rede de intercâmbio de práticas e crenças, onde o interesse público em saúde passa a balizar a discussão das demandas específicas, sendo tematizado em ambientes onde as exigências locais combinam-se com as referências gerais.

É também visível e promissora a emergência de manifestações individuais de exercício da cidadania que, se não são fruto imediato dos Conselhos, recebem deles um estímulo colateral importante. A criação de Ouvidorias e outros mecanismos para o acolhimento de denúncias ou demandas individuais expressam a disseminação desse espírito participacionista. Mais do que uma proposta de democracia direta, os Conselhos expressam um processo de capilarização da democracia onde, conforme a sugestão de Bobbio, o importante "não é só quantos votam, mas sim em quantos lugares se vota", ou seja, a diversidade das situações em que se vota.

Ainda sobre a questão do indivíduo, alguns autores, como Santos (1994), vem apontando o risco de um empobrecimento da cidadania por força dos excessos de regulação estatal, numa padronização decorrente da universalização de direitos, e provocando um abafamento da subjetividade, num cerceamento das diferenças e das autonomias individuais e de grupos específicos. Defende a necessidade de um novo marco que rearticule regulação com emancipação para dar conta de um novo equilíbrio entre cidadania e subjetividade, de forma que a busca da igualdade não se dê às custas do abafamento das diferenças. A esse respeito, Bodstein (1996) lembra que "a atual cidadania, como inovação política da modernidade, vincula-se de forma estreita ao individualismo, com a constituição sempre renovada de identidades e novos sujeitos". A revalorização, na agenda democrática contemporânea, do pluralismo e a respectiva aceitação "de concepções divergentes a respeito de nossa identidade como cidadãos" (Mouffe, 1996), tem trazido novas exigências para o difícil processo de construção da cidadania no Brasil, onde predominam de forma dramática as desigualdades sociais.

A experiência dos Conselhos têm certamente servido de campo para a consideração do interesse público, não apenas na perspectiva da busca de igualdades básicas, mas também do respeito às diferenças, propiciando e acolhendo demandas que buscam legitimação e solução não pela extensão de direitos iguais ou prestações padronizadas, mas sim pela discriminação de necessidades específicas, decorrentes da diversidade de situações sociais e culturais. Como se viu no caso dos grupos de pacientes, tal processo precede e preside a constituição permanente de novos sujeitos sociais que, impulsionados pelo auto-interesse, tematizam suas necessidades à luz do interesse público.

Essa diversidade de situações tem na exclusão social de milhões de brasileiros seu exemplo extremo e mais dramático. Aqui, a vivência do pluralismo e a sua valorização política abre caminho para compreender que o princípio da universalidade,

6. A estimativa é conservadora, já que muitos municípios ainda não habilitados já constituíram seus Conselhos de Saúde (Carvalho, 1996). Segundo dados publicados no Conjuntura e Saúde nº 25, correspondente ao terceiro trimestre de 1996, existiam cerca de 3200 municípios habilitados.

construído para superar desigualdades e segmentações sociais, é insuficiente em situações de exclusão social, onde são necessários esforços diferenciados de compensação, concentrados e focalizados nos grupos mais frágeis (Fleury, 1995).

Dowbor (1996), discutindo os impactos da globalização sobre a esfera local prevê uma reconstituição das comunidades, a partir da incorporação das novas tecnologias hoje desagregadoras, mas com potencial para provocar novas formas de articulação social em torno de espaços de conhecimento compartilhado. Segundo ele, trata-se de " ... uma redefinição da cidadania e, em particular, uma redefinição das instituições para que os espaços participativos coincidam com as instâncias de decisões significativas".

O advento dos Conselhos de Saúde, pelas práticas sociais que suscita e conforma, pode contribuir para que as diversas dimensões do indivíduo como ser social - trabalhador, usuário, consumidor, cliente - possam se encontrar ou integrar na condição eixo de sujeito-cidadão. Assim, contribuir para uma reforma do Estado que, ainda que sirva para reorientar a economia, precisa ser reorientada para servir à cidadania.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Célia M. (1995). *As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição?* Tese de Doutoramento. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

BODSTEIN, Regina C.A. (1996). Inovações na análise das políticas de saúde no campo da saúde coletiva. In Nilson do Rosário Costa & José Mendes Ribeiro (org.). *Política de saúde e inovação institucional*. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/Ensp/Fiocruz.

BRASIL, Congresso Nacional (1990). Lei 8142. Brasília DF

CARVALHO, Antônio I. (1995). *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Ibam/Fase.

CORTES, Soraya M.V. (1996). Fóruns participatórios na área de saúde: teorias de Estado, participantes e modalidades de participação. *Saúde em Debate*, nº 49/50, *73-79*. Londrina.

COUTINHO, Carlos N. (1989). Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In Sonia Fleury (org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez Editora/Abrasco

CUNILL, Nuria (1995). La rearticulación de las relaciones Estado-sociedad: en búsqueda de nuevos sentidos. *Reforma e Democracia* nº 4, *25-58*.

DOWBOR, Ladislau (1996). Da globalização ao poder local: a nova hierarquia dos espaços. In Marcos Cezar de Freitas (org) *A reinvenção do futuro*. São Paulo: Cortez Editora/USF-IFAN

FERNANDES, Rubem C. (1994). *Privado porém público: o Terceiro Setor na América Latina*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

FLEURY, Sonia. (1996). Saúde e qualidade de vida: combater a desigualdade e a exclusão. *Conjuntura e Saúde,* nº 25, jul-ago-set. Rio de Janeiro: Nupes/Ensp/Fiocruz

GENRO, Tarso (1996). *O novo espaço público: 21 teses para a criação de uma política democrática e socialista*. São Paulo: Folha de São Paulo, 9/6/96, caderno Mais, pag. 3.

GIDDENS, Anthony. (1996). *Para além da esquerda e da direita - 0 futuro da política radical*. São Paulo: Editora Unesp

HABERMAS, Jürgen (1990). Soberania popular como procedimento: um conceito normativo de espaço público. *Novos Estudos CEBRAP* nº 26. São Paulo.

7. Termo de difícil tradução, empregado na literatura neo-institucionalista para designar a influência do ambiente institucional na formação das idéias dos agentes institucionais.

LONDOÑO, J.L. & FRENK, J. (1995). *Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America*. (mimeo)

MOUFFE, Chantal (1996). *O regresso do político*. Lisboa: Gradiva.

OFFE, Claus. (1984). *Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de janeiro: Tempo Brasileiro.

OSBORNE, David & GAEBLER, Ted (1995). *Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público*. Brasília DF: Editora MH Comunicação.

PEREIRA, L.C. Bresser (1995). *A reforma do aparelho de estado e a Constituição Brasileira*. Brasília: MARE/ENAP

PRZEWORSKI, Adam & STOKES, Susan C. (1996). *Citizen information and government accountability: what must citizens know to control governments*? American Political Science Association (mimeo).

PRZEWORSKI, Adam (1996). Reforma do Estado: responsabilidade política e intervenção econômica. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* nº 32, *20-40,* outubro.

RIBEIRO, J. Mendes (1996). Estruturas tecno-burocráticas e instâncias colegiadas no SUS - uma abordagem dos fundamentos da política setorial. In Nilson do Rosário Costa & José Mendes Ribeiro (org.). *Política de saúde e inovação institucional*. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/Ensp/Fiocruz.

SANTOS, Boaventura S. (1994). *Pela mão de Alice - o social e o político na pós-modernidade*. Porto: Edições Afrontamento.

STOTZ, Eduardo N. (1994). Movimentos sociais e saúde: notas para uma discussão. *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 10 (2) *264-268*, abril-junho.

Análise Crítica das Constribuições da Saúde Coletiva à Organização das Práticas de Saúde no SUS

Gastão Wagner de Sousa Campos

Análise Assistemática

Vinte anos de movimento sanitário. Julgá-los, como? Foram vinte anos de minha vida. O que fizemos? O que fiz? Como separar uma questão da outra e escrever um artigo científico e objetivo, frio. Jamais poderia, poderei. Há alguns dias fui apresentado na Conferência Estadual de Saúde de Pernambuco como professor e sanitarista polêmico. Marca permanente? Medalha pelos serviços e desserviços prestados, inseparáveis.

Agora, avalio, seria momento de recompor forças. Somar resistências. Lutar em prol de uma sociedade mais justa e solidária anda muito difícil. Excesso de derrotas, excesso de pragmatismo, de realismo cínico. O pensamento "neoliberal" pesa como uma canga, todos estamos obrigados a carregá-la. Alguns para melhor desfrute próprio e pessoal; outros, somente para melhor combatê-lo. O antigo movimento sanitário se esfrangalhou, divididos em escolas com capital de saber que preservamos compulsivamente da contaminação alheia - paranóias à parte -; em grupos de interesse montados para fazer carreira nas instituições - vaidades e ambições à parte -; em tendências partidárias ou semi-partidárias zelando por currais onde poucos aceitam encerrar-se; pois bem, excessivamente divididos raramente logramos oposição concreta ao peso desta cangalha neoliberal. Haveríamos que redescobrir pontos de convergência.

Convergência, contudo, nunca poderia significar também unanimidade. Isto não seria nem possível, nem agradável e nem salutar. Tampouco recriar um centro dirigente para o movimento seria adequado. Talvez construir uma plataforma operacional, diretrizes mais concretas que permitissem a neoconstrução do SUS. Relevar as diferenças; revelando-as, entretanto. Cuidar com carinho de nossas incertezas, abri-las ao sol do debate livre. Fazer isto sem que a dissensão implicasse em desarticulação da frente política em defesa do SUS. Por isso não quero mais ser polêmico, sonho participar de um movimento que acumulasse vitórias, que resultasse eficaz na defesa da vida, que evidenciasse a potência das experiências nas quais a solidariedade fosse o cimento de união das pessoas.

Ademais, não há como desconhecer que o Estado brasileiro - estado operado por atores sociais realmente existente, como identidade bem marcada - vem ele próprio impedindo a efetiva implantação do SUS. Primeiro, porque não o financia de modo conveniente; segundo, porque, ao gerenciá-lo, não tem buscado qualidade e eficácia da atenção ; terceiro, porque não realiza reformas da máquina administrativa e assistencial

sem as quais o SUS não conseguirá passar do papel. Depois, estes mesmos atores da destruição ou da inércia bradam contra o estatismo do SUS, alegam que a legislação sanitária não seria razoável e propõem esquemas para destruí-la. Sugerem retorno à privatização, esquecendo-se de que no Brasil a atenção individual sempre esteve privatizada e a coisa nunca funcionou. É um descaramento; mas, com certeza, virão distintos governistas falar em parceria, em desmonte da rede pública, em privatização dos hospitais públicos, etc.

Não obstante, o SUS já tem respostas para muitos problemas. E mais, já provou, em inúmeras experiências locais, que a coisa pode funcionar. Isto amarga a vida dos privatistas compulsórios. Afinal, em vários municípios demonstrou-se a potencialidade dos modelos de atenção que viemos inventado. São dezenas de cidades nas quais o sistema de saúde avançou muito, citar alguma seria injustiça com outras. São dezenas, mas não são ainda a maioria. Na maioria das localidades a população sofre com o descaso. Nem saúde coletiva, nem atenção individual se equacionaram bem na maioria do país. Menos de vinte por cento da população, por exemplo, vive em municípios que assumiram a gestão semi-plena, nossa maior receita contra a burocratização e a corrupção do modelo tradicional de financiamento das ações de saúde. O controle social dos Conselhos de Saúde ou das Comissões multipartites mal começou a ser experimentado. Poucos saberiam que estas alternativas estão prometendo melhoria do SUS. A maioria sofre desassistência, sofre epidemias intermináveis, e, pior, sofre um constante bombardeio da mídia e dos porta-vozes do "neoliberalismo" responsabilizando o SUS por males decorrentes do mau-governo de autoridades que se isentam da responsabilidade, responsabilizando o SUS.

Ou seja, precisamos compor um bloco coeso para assegurar a divulgação e a multiplicação destas experiências. Respeitarmos o trabalho alheio. Reconhecermos o trabalho alheio. Apoiarmo-nos no trabalho alheio. Escaparmos da mesquinharia das vaidades de autoria, da estreiteza do interesse político-partidário colocado na frente de todo o resto, do cálculo miúdo das disputas por cargos burocráticas, é preciso. É necessário sermos mais generosos e ousados. Entretanto, a busca da ação unitária não poderia redundar em congelamento das discussões, dos debates, da procura de novos modelos, de novas maneiras de respondermos aos desafios sanitários e políticos do país. Senão seria um discurso moralista, vazio, este apelo à unificação dos defensores do SUS.

Restaria a questão: como não ser polêmico? Não encontro outra forma viável para viver. Na verdade, talvez seja difícil encontrar equilíbrio para dosar respeito ao trabalho passado com críticas elaboradas a posteriori. Saber combinar reconhecimento com crítica e com a reconstrução de novos projetos é arte para sábios. E apesar da meia-idade, estaríamos, muitos, ainda longe da sabedoria. Não obstante, não custaria sempre buscá-la.

Ou seja, julgo conveniente prosseguirmos analisando criticamente os modos como fazemos saúde. Permanecermos abertos ao novo, a descobertas, que somente acontecerão se não pasteurizarmos o debate e, sobretudo, a experimentação.

Neste artigo, destacarei pontos de algumas experiências municipais que, segundo meu entendimento, lançaram luzes ou sombras sobre nossas doutrinas preestabelecidas. Examinarei eventos ou projetos que ou reafirmaram certezas que construíramos, ou criaram campo de dúvidas e de incertezas nas quais agora nos atolamos. Tentarei avançar nesta linha, sem intenção de derrotar a ninguém mais do que aos adversários do SUS, sem outra pretensão que a de contribuir para a reflexão de

todos aqueles metidos na construção do SUS. E, goiano antigo que sou, vou logo repetindo como meus antepassados: - desculpem-me, qualquer coisa... qualquer coisa. Afinal, as coisas não são controláveis, ninguém as controla, nem os planejadores mais estratégicos. Em nenhuma situação. Nos laboratórios e em programas de computadores, talvez, quem sabe, se invente aparência de controle que nos apaziguaria. Já na vida real, é melhor desculpar-se, em princípio, pelo descontrole!

Analisarei circuitos reiterativos, falas que repetimos e caminhos que insistimos em percorrer em reiterações "neuróticas". Neuróticas porque, às vezes, não nos permitimos a liberdade de repensar teorias reprovadas no teste do princípio de realidade. Assim, farei análise assistemática. A eleição de temas examinados ocorreu-me tão-somente pela insistência com que os repetimos em nossos discursos. Este seria o método.

No Meio do Caminho, entre o Geral e o Particular, Há Todo um Mundo Desconhecido a ser Explorado

E. Menendez e Ricardo Bruno contribuíram para a reconstrução do conceito de modelo de atenção à saúde. O primeiro adaptou ao campo das práticas sanitárias as noções de modelo médico hegemônico e de modelos alternativos de organização de ações de saúde (Menendez, 1985); o segundo elaborou o conceito de modelos tecnológicos para designar determinada composição de tecnologias incorporadas em programas específicos (Bruno Gonçalvez, 1994). É um veio rico prosseguirmos na linha destes autores tomando modelo como uma categoria de mediação entre determinação histórico-estrutural de políticas sociais e as práticas de saúde. Ou seja, uma instância na qual atores sociais reelaborariam determinantes macro-sociais e determinantes disciplinares em função de seus projetos singulares. Tomarei a implantação concreta de modelos como uma espaço de autonomia relativa de sujeitos coletivos atuando em instituições ou em organizações do campo da saúde.

Para analisar os modos como o SUS tem se transformado em realidade haveria que se considerar duas dimensões. Uma de ordem mais macro, onde condicionantes econômicos, políticos e sociais demarcariam espaços potenciais que poderiam ou não ser ocupados por atores concretos. A segunda dimensão, embora envolta por estes determinantes mais gerais, seria também um espaço de embate político e ideológico que influenciaria as práticas sanitárias concretamente implementadas. A maioria dos estudos tem dado mais ênfase à primeira destas dimensões. Neste trabalho estarei mais preso à segunda linha de análise.

Não que a dimensão socio-econômico seja menos importante. Ao contrário. Há todo um contexto de enfrentamento obrigatório para qualquer ator interessado em implantar o SUS. A hegemonia neoliberal é um obstáculo pesado a todo projeto redistributivo. Do valor atribuído à vida humana pela sociedade, até a quantidade de dinheiro investida na saúde, tudo está em reviravolta e em disputa.

O tema do financiamento: sem dúvida há falta de recursos. Entretanto, se enganaria quem imaginasse que maior aporte resolveria automaticamente o acesso ou a qualidade dos serviços do SUS. Não. O atual modelo de organização das práticas é inadequado. Corruptela latinizada do modo norte-americano de atenção: especialização crescente, resolutividade cada vez menor de cada serviço ou de cada agente, desvalo-

rização da clínica e da saúde pública e hipervalorização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos sem consideração por todo o processo de cuidados, centralidade do hospital que funciona tanto como porta de entrada quanto como linha de saída. Ou seja, sem modificação do modelo de atenção seria realmente utópico pensar-se na universalização. A prevalecer a lógica médica tradicional a atenção à saúde seria, realmente, um saco sem fundo. Não haveria dinheiro que cobrisse o número crescente de intervenções, de atendimentos especializados, etc. A universalização pressupõe alteração do modelo, portanto. No caso de privatização, a mercantilização da saúde recriaria o modelo norte-americano, sempre, automaticamente. Ou seja, a receita dos neoliberais, se implementada, agravaria o problema que quereriam resolver. Ironia, safada e trágica.

No Brasil, com a municipalização surgiram inúmeras experiências alternativas de construção e operacionalização de políticas de saúde. Cada uma destas experiências reelaborou aspectos do pensamento, do saber e das práticas tradicionais. Particularmente, por seu caráter hegemônico, estes projetos de mudança se enfrentaram com a prática médica; com escolas de medicina, enfermagem, odontologia, etc; mas também com aspectos da regulamentação corporativa; com a lógica de mercado tão presente no exercício profissional; isto sem mencionar a maneira clientelista e autoritária de gerir serviços públicos e, portanto, também de administrar o SUS.

Estes inovadores, para opor-se a todas estas dificuldades, apoiaram-se em doutrinas elaboradas pela saúde coletiva (medicina social, epidemiologia, ciências sociais, planejamento e administração do público, etc.); no corpo programático de entidades como OMS/OPS; e mesmo em linhas reformistas do pensamento clínico, que vieram divulgando programas com visão mais holística dos determinantes do processo saúde-doença e com propostas mais amplas de intervenção. Sem dúvida, a atuação de partidos políticos, movimentos sociais e de agrupamentos específicos (por exemplo o da reforma psiquiátrica, ou o mais amplo ainda da reforma sanitária, articulado ao redor do CEBES) também contribuíram para a construção e experimentação de distintos modelos de atenção.

Por último, valeria considerar que inúmeros governos bancaram estas iniciativas reformistas. Se houve centenas de municípios em que os governantes não ousaram "fazer cumprir a lei", descuidando do SUS; não há como desconsiderar o papel de algumas dezenas de governos municipais que funcionaram como testemunhos, provando com sua ação que serviços públicos de saúde podem funcionar muito bem e dar conta da tarefa social que lhes caberia pela Constituição.

Neste sentido, as diretrizes ético-políticas do SUS, transcritas no texto constitucional, tomaram distintas feições ao se transformarem em projetos operativos de sistemas locais específicos. É possível identificar-se certo padrão dominante de modelo técno-assistencial implantado na maioria dos municípios. Contudo, mesmo sendo hegemônico, este padrão não é único. Há importante heterogeneidade nos modos como estas diretrizes do SUS vieram passando à prática. Alguns municípios avançaram mais e promoveram mais mudanças do que outros. E, mesmo nestes avanços, houve desigualdades.

O exame reflexivo destas experiências indicam-nos algumas certezas, que poderíamos já tomar como lições; mas nos apontam também algumas incertezas, campos de possibilidade, que deveriam quebrar a dureza doutrinária com que a saúde coletiva tem brandido uma série de dogmas.

Saúde Coletiva: da Onipotência do Discurso a uma Quase Impotência das Práticas

Evidência 1

Se o discurso da saúde coletiva tresanda onipotência; sua prática - afora programas muito específicos, como os de vacinação ou de controle da mortalidade infantil - beira a impotência inocente, sem culpa, já que os motivos da inoperância estariam localizados em outros sujeitos, ou em outras determinações, sempre distantes da própria saúde pública.

A prática - em Icapuí, Quixadá e Fortaleza, no Ceará; ou em Olinda em Pernambuco; ou em várias cidades das regiões sul ou sudeste - demonstrou a eficácia de alguns programas com enfoque pontual. Demonstrou-se que a mortalidade infantil ligada a desnutrição, ou a diarréias, ou a enfermidades previníveis por vacinação, é controlável. Graças à articulação de agentes de saúde, intervenção na comunidade, atenção levada até os domicílios e pouquíssimos médicos - alguns de família, outros pediatras, ou epidemiologistas, ou sanitaristas - e vontade política, e milagre: em dois ou três anos, e os índices atingem padrões mais condizentes com nossa noção de civilização. Quando a estas iniciativas emergenciais se somam outras mais estruturais - habitação e saneamento básico -, aí, então, os resultados são maravilhosos. Vários municípios conseguiram isto.

Problema: tendo em vista o inegável sucesso destes programas, vários intelectuais têm transformado estas linhas de trabalho no MODELO IDEAL. Não seria apenas uma alternativa para enfrentar determinados problemas de saúde, mas estaríamos diante DO MODELO. Ações que deram certo no enfrentamento de alguns eventos produtores de enfermidades são transformadas em receitas para todos os processos.

No entanto, o resultado não tem sido o mesmo quando os danos à saúde são decorrentes da violência, por exemplo. Este estilo de programa pode pouco contra assassinatos em massa de jovens nas periferias das grandes cidades. Tampouco têm interferido para valer na gravidez precoce indesejada, ou no ciclo da AIDS, ou em acidentes de trabalho, ou na ampliação da qualidade e da quantidade de vida dos idosos, ou em problemas de saúde mental. São fatores de risco e enfermidades que exigiriam modelos mais complexos, intervenções mais crônicas e mais amplas.

O pensamento predominante na saúde coletiva, segundo minha percepção, tem simplificado o processo saúde-enfermidade-atenção. E. Menendez, percebendo estas limitações, sugeriu agregar a dupla polaridade saúde-doença com que usualmente temos trabalhado, um terceiro fator - os mecanismos de cuidado -, sugerindo com isso que não nos esquecêssemos, ao analisar estes processos, da interferência permanente e deliberada da sociedade e dos serviços de saúde nesta dinâmica (Menendez, 1985).

Mas além deste aspecto, praticaríamos ainda outras simplificações. Primeiro, ao adotarmos conceito positivista e mecanicista de determinação para os processos saúde-doença-intervenção. Mesmo quando a saúde coletiva atribui ao social a determinação básica, ela o faz cristalizando esta linha de condicionamento. Ou seja, no fundo, faz-se a suposição de que somente por meio da eliminação de um fator que originou um perfil de enfermidade, se conseguiria modificar este perfil. O que não é verdadeiro, felizmente. Os resultados sanitários acima indicados confirmam esta crítica. Não houve mudança

significativa dos padrões de distribuição de renda naqueles municípios e, mesmo assim, houve modificação da mortalidade infantil e da incidência de pólio ou de sarampo. Parece reacionário admitir isto. Creio que mais conservadora ainda é a postura que se recusa a reconhecer os clamores do empírico. Ela torna-se empecilho para toda e qualquer reelaboração teórica, transformando ferramentas de intervenção em dogmas imutáveis e, portanto, inúteis na maioria das situações. Não reconhecer e não analisar evidências mata o espírito crítico e a criatividade de inventar novas formas de intervenção.

Ou seja, atuar nos determinantes dos processos saúde-doença é quase sempre tarefa impossível. Mesmo porque estes determinantes são múltiplos, embora não de peso equivalente. Não estou aqui concordando com a teoria da multicausalidade. Apenas chamo atenção para um fato sociológico: há redes e fluxos de determinação. A violência, por exemplo, seria determinada por quais fatores? Trabalhar com a noção de causalidades diretas não nos ajudaria muito. A desigualdade social explicaria países violentos. No entanto, haveria que se considerar também a cultura do machismo, ou o individualismo exacerbado que transforma todo ser humano em objeto, quando o outro não valeria nada e, portanto, qualquer ato violento seria banalizado. Estas linhas de determinação se somam, se potencializam e seria inútil - como discutir o sexo dos anjos - brigar por qual destes fatores seria o determinante principal. Depois, no momento da intervenção, onde atuar? Em qualquer dos pontos da rede de determinação, em qualquer que fosse possível e necessário. Ao mesmo tempo, com múltiplos instrumentos.

O controle da poliomielite, outro analisador. O fato da saúde pública brasileira haver atuado numa linha secundária da cadeia de determinação da incidência de pólio, a imunidade humana, diminuiria o valor dos resultados que alcançamos? Na Europa, a melhoria das condições de salubridade agiu antes que campanhas massivas de vacinação, e daí? Aqui, vacinamos compulsivamente enquanto continuávamos impotentes para melhorar as condições de vida. E será que universalizar a vacinação não teria reflexos sobre as noções de cidadania, ainda que um pouquinho? Ao introduzirmos um programa de reidratação oral - evitar mortes imediatas por diarréias - não se poderia mobilizar para a cidadania, junto, ao mesmo tempo, enquanto, especificamente, com recursos característicos da saúde pública mais tradicional, iríamos salvando vidas?

A medicina social, desde sua origem, insinuou a utopia de que a sociedade justa seria uma sociedade sem doenças. Assim, aconteceu com o pensamento sanitário da revolução francesa e da medicina social alemã (Rosen, 1994). Depois, a epidemiologia social e a saúde coletiva revitalizaram esta tradição crítica mas simplificadora da realidade. Não que as reformas sociais e o bom governo não produzam saúde. Produzem, e há uma série de questões que somente se equacionariam com o desenvolvimento social justo e harmônico. E a saúde pública tem obrigação de revelar estas evidências. O problema estaria no concomitante borramento da importância específica dos serviços de saúde na produção de saúde. E, em conseqüência, na superestimação de certas receitas - reformas sociais não eliminariam todas as doenças, apenas mudariam o perfil prevalente de enfermidades -; e, por paradoxal que pareça, na subestimação da potência de alguns tipos de intervenção. Refiro-me à prática clínica em geral, ou mesmo a alguns projetos de saúde pública que não interfeririam diretamente com os determinantes principais do processo saúde-doença.

Nos anos sessenta, setores mais puristas da saúde pública pregavam a revolução. Somente o povo organizado autonomamente e enfrentando o capitalismo produziria saúde. Muito bem. Isto ajudou. Daí se desenvolveram as propostas dos movimentos

sociais que lutaram por saúde e alcançaram a lei dos Conselhos. Agora, a revolução saiu de moda. Mas a saúde coletiva, continua predicando que a produção da saúde dependeria do bom governo. Certo, certíssimo. Daí surgiram as propostas de cidades saudáveis, valorizando-se a inevitável ação intersetorial. Muito bem. Acontece que os projetos elaborados a partir desta concepção esclarecem o papel do governo e da sociedade na produção de saúde, mas explicitam pouco sobre o papel específico dos serviços de saúde. Além de superegos sociais, o que mais caberia aos serviços de saúde? Analisar a rede de determinações complexas dos processos de saúde-doença, cobrando ação e reformas. Muito bem. Mas e os serviços de saúde, o que fariam? Engenharia de tráfego, educação pública básica, urbanismo, distribuição de renda, reforma agrária, abastecimento?

Não vai aqui demérito a esta lógica. Vai cobrança. Falta ainda precisarmos o que faremos com nossos instrumentos específicos: ferramentas da saúde pública e da assistência individual. Como potencializá-las? Em que medida investirmos especificamente nelas? Como reorganizá-las? Quais nossos limites de competência e de responsabilidade?

Onipotência da análise, pequena potência da prática. No fundo, vendemos a idéia de que a promoção da saúde e a prevenção esgotariam todo o cardápio de ofertas dos sistemas de saúde. Ou seja, promoção e prevenção seriam O MODELO. "O", artigo definido, transformado no "OM" místico[1], na idéia totalitária de um holismo que produz belas declarações em um ponta e impotência na outra. Tudo estaria determinado pelo social, e o social somente poderia ser mudado com ações "OM". Projetos de macro-política. Equação complicada de se lidar, porque contém verdade e mentira dentro dela, ao mesmo tempo.

Um dos sintomas de onipotência é a arrogância com que se sucedem assertivas totalizadoras. A saúde coletiva, no fundo, também se imagina auto-suficiente para definir necessidades. As necessidades epidemiologicamente definidas seriam mais necessárias do que as outras, em princípio. Se, por um lado, jamais poderíamos renunciar ao olhar crítico que a epidemiologia nos fornece; por outro, seria bom nos recordarmos da noção de saúde de Canguilhem. Para ele, saúde seria a maior ou menor capacidade de cada um gastar sua própria vida (Canguilhem, 1982). Os projetos existenciais imbutem riscos, alguns, eleitos pelas pessoas, outros, impostos pelas circunstâncias. Corredores da Fórmula Um trocam segurança pela glória e riqueza. Motoristas que trafegam pelas estradas brasileiras arriscam-se para sobreviver.

Freqüentemente, a saúde coletiva tem produzido um discurso moralista sobre estilos de vida, tentando apresentar um determinado modo de andar a vida como sendo o mais racional, o mais salubre. A saúde pública oficial, em muitas situações, beira o fundamentalismo mais torpe. Estaria colocado para a saúde coletiva o desafio de combinar seu discurso sobre o saudável com as declarações em que os vários agrupamentos da sociedade civil reelaborariam estas definições. O velho dilema, da participação, mas também o de aprendermos a escutar outras formas da sociedade se expressar. Seria tempo de reconhecermos a complexidade das mensagens inscritas na demanda. Há pilhas e pilhas de textos comprovando o movimento medicalizante e consumista deste fluxo "espontâneo". Há montes de estudos atestando a indução deste espontâneo pelo aparelho médico-hospitalar-industrial. Agora, haveria que se reconhecer

1. "OM" - conceito budista que simbolizaria o todo.

que este movimento por atenção também traria, dentro dele, sofrimento, dor, medo de morrer, riscos reais de óbito, dúvidas, etc. Como dialogar com a demanda senão falando com ela. Como inventar um modelo que atuasse tanto sobre necessidades epidemiologicamente definidas, quanto sobre a demanda por atenção?

É verdade, que ao escolher tal percurso a saúde coletiva preocupava-se em se contrapor ao saber médico tradicional. Saber limitado, como já tanto demonstramos. Contudo, penso que nossa crítica perde força quando se deixa dissolver no social. Além destas elaborações mais gerais - histórico-estruturais - haveria que se reconstruir o pensamento médico, passar por ele para ultrapassá-lo, para enriquecê-lo. Ignorá-lo ou negá-lo somente tem empobrecido nosso discurso.

O saber e a prática sanitária não poderão nunca escapar da centralidade que a doença ocupa em nosso campo. Pretender tratar somente da saúde, afirmar que centros de saúde não deveriam se ocupar da doença mas da saúde, são reações delirantes de auto-afirmação perante o discurso médico hegemônico. Declarações que mais nos infantilizam do que nos permitiriam superar as limitações da prática clínica mercantilizada. A especificidade de nosso campo, tarefa esperada e cobrada pela sociedade, é a de pensar a enfermidade, o risco de adoecer, para daí inventarmos mecanismos de produzir saúde. Espera-se que os profissionais e serviços de saúde descubram meios de ampliar nosso controle sobre o corpo, sobre a quantidade e qualidade da vida. Nosso objetivo é a saúde, certo. Mas nosso objeto de investigação e de trabalho é a enfermidade ou o risco de enfermar-se. Parece heresia, mas não ó é. Afirmo que o objeto da saúde coletiva e da clínica são os processos saúde-doença-atenção. Nosso objetivo, produzir saúde. Senão confundiríamos nosso papel com o das instituições políticas, ou dos movimentos sociais, ou de outras agências governamentais.

Evidência 2

Dilacerada entre a onipotência explicativa e a dificuldade em operacionalizar projetos, a saúde coletiva é cada vez mais, principalmente, sistema de informações ou linha auxiliar de assessoria de outras instâncias que executariam ações produtoras de saúde.

Observei, em vários municípios, a instalação de modernos Centros de Informação, com mapeamento de óbitos, de enfermidades ou de situações de risco por áreas homogêneas e até por domicílio, sem, contudo, haver, como contrapartida, um aumento da capacidade de intervenção dos serviços de saúde. Culto à vigilância, ao esquadrinhamento das cidades; sem criatividade correspondente no tocante às ações práticas.

Sem dúvida, aqui caberia uma longa digressão sobre poder. Muitas ações de saúde pública confrontam-se com interesses particulares. Polêmica sobre distribuição de verbas, o quê tem sido, de fato, priorizado? Dificuldade para interferir na dinâmica de organizações privadas - o mercado ser soberano - e, em conseqüência, não tem sido fácil fiscalizar fábricas para proteger a saúde de trabalhadores, ou controlar a indústria de alimentos ou de medicamentos, etc e etc. Contudo, questiono, aqui, uma certa desistência interna aos próprios agentes da saúde coletiva. Identifico sinais de autocastração quando inventamos mais modos de conhecer indicadores do que de intervir na realidade. Não que as intervenções sejam simples, ao contrário. Identifico em nossas práticas mais respeito à propriedade privada do que a vida dos cidadãos. Para a saúde, a defesa da vida deveria aparecer em primeiro lugar; depois, haveria o jogo social, a disputa. Percebo

certo grau de desistência, à priori. Os desastres da hemodiálise em Caruaru ou das Clínicas Geriátricas no Rio de Janeiro demonstram a constatação. Haveria, apesar da cultura neoliberal hegemônica, espaço para avançarmos na defesa dos consumidores e dos cidadãos em geral. Tanto que sanitaristas acabam processados por omissão, omissão imposta pelo sistema, è verdade. Entretanto, a saúde pública não tem demonstrado vontade política de proceder de outra forma. Instituição conformada, domesticada.

Ou seja, poderíamos desempenhar o papel de vanguarda da defesa da vida. Vanguarda, não. Este termo não está bem colocado. À saúde coletiva caberia o papel de ator social que mais radicalmente defendesse a vida, é isto. Para isso, inventar modos distintos de proceder. Na realidade, sequer temos enfrentado estas batalhas, uma vez que já nos derrotamos por antecipação ao não ousarmos enfrentar lógicas privatistas em defesa do interesse coletivo. Cabería-nos a invenção de outros modelos de ação sanitária.

Problema: há cada vez um grau maior de especialização dos sistemas de informação. Em geral, estão sendo organizados de maneira estanque, separados das instâncias responsáveis pelo planejamento e gestão das equipes encarregadas da intervenção concreta na realidade. Separação entre coletores e analisadores de informação de quem possuiria autoridade e capacidade para intervir. Distanciamento entre informação e instâncias responsáveis pelo planejamento e administração dos serviços. Fratura entre vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. A saúde pública confinada à epidemiologia descritiva.

Nada contra conhecer realidades epidemiológicas, ao contrário. Tratar-se-ia de inventarmos mecanismos de aproximação destes pólos dilacerados. Por que, por exemplo, não ampliar a responsabilidade e o papel destes Centros de Informação Epidemiológica, transformando-os em Centros de Controle de Enfermidades? Inteligência acoplada à responsabilidade interventora.

Superar a impotência da suposta onisciência. Vi, com dois imensos olhos arregalados, mais de uma cidade onde geoprocessadores acompanham, com minúcias, epidemias de dengue - um pontinho para cada novo caso. Surtos que o SUS não consegue controlar e que a inteligência sanitária julga impossível erradicar.

Considero necessário reforçarmos as instâncias responsáveis pela saúde coletiva. Trabalhar com a diretriz segundo a qual cada região, ou município, ou distrito de saúde deveria contar com pelo menos uma equipe especializada em saúde pública. Órgão que coletasse informações e, ao mesmo tempo, coordenasse todas as ações de promoção e prevenção. Equipes que tanto agiriam diretamente sobre o território, de forma complementar, quanto também articulariam as ações de outros agentes, fossem eles de outros setores ou do próprio sistema de saúde: médicos de família, equipes da rede básica, etc.

Com a descentralização das práticas sanitárias tornou-se urgente a eleição de centros que coordenem e complementem a ação dos níveis descentralizados. Equipes de sanitaristas de Secretarias estaduais que analisassem informações da região, propusessem prioridades, programas, cronogramas articulados de intervenção e que até atuassem diretamente em campo auxiliando os municípios. Por outro lado, equipes de sanitaristas em cada município que desempenhassem as mesmas funções, coordenando o trabalho dos profissionais de nível local.

Estou sugerindo, portanto, considerar-se a saúde pública tanto uma especialidade, quanto um corpo de saberes, básico, para todas as profissões de saúde. Ou seja, ações

de saúde coletiva seriam atribuição tanto da rede básica, quanto de Núcleos de Saúde Coletiva, centros integradores da análise das informações com a operacionalização de programas considerados prioritários segundo uma perspectiva coletiva de atuação.

Evidência 3

A compulsão pela integralidade da atenção, muitas vezes, tem impedido ações parciais que poderiam resolver os problemas em questão.

A integralidade seria assegurada pelo sistema como um todo, cada parte poderia, em tese, exercer seu papel de parte, sem culpa.

Colocações singelas, mas complicadas de serem praticadas. Sem aderir às propostas de "focalização" das políticas sociais de recorte neoliberal - reduzir a cobertura dos programas, atendendo apenas aos extremamente carentes -, sou tentado a admitir que a saúde pública, enquanto especialidade, somente conseguiria deslanchar projetos eficazes se, antes, houvesse definição muito precisa de prioridades. Ou seja, os instrumentos da saúde coletiva têm destinação mais ou menos precisa. Não há como fugir a isto. Estes Núcleos de Saúde Coletiva deveriam, sempre, coordenar a negociação de prioridades de atenção. É impossível vigiar tudo, é impossível prevenir tudo. Ações de promoção são mais inespecíficas, produzem efeitos em múltiplos processos de saúde-doença. Mas fora daí, precisamos pensar modelos de intervenção para cada problema, ou, às vezes, para cada grupo homogêneo de problemas. Dengue: necessitaríamos de um programa nacional de combate ao dengue. Com execução e acréscimos complementares descentralizados, mas o básico, este, haveria que articulá-lo o Ministério da Saúde, as Secretarias de estados ou de municípios, e ainda as equipes de distrito. O mesmo, poderíamos dizer da AIDS, de doenças crônicas ou epidêmicas.

Dentro desta lógica, não haveria, em princípio, um modelo melhor do que outro. Nem haveria porque se descartar, à priori, qualquer alternativa de intervenção. Por exemplo, campanhas sanitárias. Em algumas circunstâncias poderiam ser eficazes e racionais. Tomemos o exemplo do cólera no Brasil. Começou pelo Amazonas. O que fizemos? Implementamos um complexo conjunto de medidas em todo o país. Contudo, e se tivéssemos montado uma campanha de cerco no estado por onde se introduziu a epidemia no país? Cair matando sobre o vibrião. E vigiar, nada mais do que vigiar o que poderíamos ter segurado na região norte.

Por outro lado, haveria que se reconhecer a eficácia de alguns esquemas de intervenção heterodoxos. A cidade de Santos enfrentou os temas de saúde mental e da AIDS com relativo sucesso. Examinando a experiência deles constatamos que foram montados serviços específicos, articulados à rede, mas com grande grau de autonomia. Além do mais, criaram serviços síntese, que misturaram, deliberadamente, a rigidez tradicional da hierarquização assistencial. Os Núcleos de Apoio Psicossocial fazem atendimento individual ou em grupos, atendimento de urgência, internação, reabilitação, etc. Equipes especializadas em DST/AIDS cuidam da doença em suas distintas fases: previnem, tratam, cuidam da integração social e profissional dos pacientes e ainda zelam pelo envolvimento do restante do sistema: centros de saúde, hospitais, etc.

Estarmos abertos à criação de soluções singulares, sem preconceitos, mas também sem desconsiderar o estado da arte. Experiências anteriores, saberes acumulados e as limitações do contexto institucional e político. Fazer saúde, é a regra básica. O resto, estaria aberto à análise e ao exame de alternativas. Sempre.

Evidência 4

Exigimos muito da atenção primária, prometemos muito como resultado da ação de centros de saúde e de equipes multiprofissionais inseridas no primeiro nível de atendimento. No entanto, a rede básica nem se transformou em porta de entrada do SUS e nem logrou fazer toda a saúde coletiva que insinuávamos. Depois de vinte anos investindo na rede básica, agora, há como que uma desistência oficial de fazê-la funcionar para garantir atenção integral. Reconhecimento da impotência de promessas onipotentes.

Como fuga para frente, sem exame franco do relativo insucesso, surge nova receita, grandiloqüente: médicos de família e agentes de saúde supririam todas as falhas da atenção primária à saúde.

A proposta da saúde coletiva para a rede básica tem sido também muito "OM", totalizadora. Caberia-lhe simplesmente funcionar como porta de entrada - resolvendo 90% da demanda clínica - e, ao mesmo tempo, executar a maioria das ações de saúde pública. Saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, visitas domiciliares, intervenção sobre a comunidade, prevenção de epidemias e endemias. Sem dúvida, tratou-se de uma exorbitância. Super-trabalhadores primários. E a coisa não tem funcionado.

Como já sugeri, entendo que as responsabilidades pela saúde pública deveriam ser divididas entre a rede básica e núcleos de saúde coletiva em cada distrito de saúde. Ou seja, mesmo quando as equipes locais interviessem diretamente, deveriam ser apoiadas por grupos de sanitaristas. E mais, algumas medidas deveriam estar à cargo destes sanitaristas: vigilância em saúde do trabalhador, por exemplo; ou coordenação de campanhas para controle do dengue, ou investigação de um agravo súbito e inesperado, etc.

Quanto à porta de entrada... bem, assegurar acesso à toda a demanda é um mecanismo indispensável para marcar um sistema como integral. E aí estamos falhando. Falhamos porque não se conseguiu responsabilizar, de fato, aos médicos pela atenção clínica de qualidade no nível básico. Quando muito, alguns realizam pronto-atendimento - as famigeradas 4 consultas por hora. Na verdade, tratar-se-ia de elaborar um novo contrato de trabalho entre equipes multiprofissionais da rede básica e usuários. O modelo de trabalho seria semelhante ao proposto para os médicos de família. Aliás esta é grande incógnita que deveria ser esclarecida: por que razão nossas autoridades propõem mecanismos de atenção integral e resolutiva, com responsabilização dos médicos e auxiliares pelo cuidado integral de um certo número de pacientes, apenas para o programa de médicos da família? Por que não organizar a porta de entrada, toda rede básica, dentro destes princípios? Por que situar o médico de família fora e distante dos centros ou postos de saúde? Receio de quebrar o compromisso sujo selado entre médicos e governantes?

Enfim, sem a criação de uma porta de entrada que assegurasse amplo acesso e acolhida aos problemas de saúde - ou seja, universalidade -; intervenção personalizada como projetos terapêuticos singulares - eqüidade -; e alta resolutividade, nunca teremos o SUS socialmente legitimado. Não custa caro montar um sistema com estas características. Custaria transformações culturais, organizacionais e de poder. Por exemplo, delegar às equipes locais, ao médicos de família, ou aos clínicos, pediatras, o controle sobre as internações e utilização de recursos especializados, públicos ou contratados. Há saídas, mas há também um imobilismo assustador em relação a medidas radicais de transformação dos atuais padrões de funcionamento da atenção básica.

APENAS MAIS UMA EVIDÊNCIA DELIRANTE: Por último, delírios onipotentes por delírios onipotentes, melhor delírios mais passíveis de sublimação. Mais próximos da realidade, talvez? Falo da possibilidade de radicalizarmos as noções de autocuidado e de construção de maior grau de autonomia para pacientes, famílias e comunidades. Quem sabe incluindo estas diretrizes em nosso conceito de saúde. Quanto maior a capacidade de autocuidado, quanto maiores os coeficientes de autonomia mais saudáveis as pessoas. Ou não? Talvez, sim. Neste caso, por exemplo, o SUS não poderia resolver a crise nacional de empregos, mas poderíamos investir em projetos que criassem espaço de trabalho para pacientes cronicamente vinculados aos serviços de saúde, como no caso da saúde mental, ou de portadores do HIV ou de descapacidades físicas, ou de outras enfermidades de curso prolongado. Esta seria uma via tanto para ampliação de nossos horizontes terapêuticos, como para aumentar a capacidade de negociação da sociedade com o autoritarismo inerente a todas as práticas de saúde.

São análises, parciais. Mais sensações do que certezas duras. No entanto, mereceriam certa consideração. Serem desmontadas em função de outras descobertas, em razão de experimentos que desconheci. Somente não suporto nossas velhas reiterações. Afinal, boa parte delas já desfrutam status de argumento de autoridade, inscritas que foram em diversos manuais de alta respeitabilidade científica. Sinal inequívoco de envelhecimento, vinte anos é tempo. Muito. Que venham novas vozes e outros ouvidos. Afinal, algumas de nossas falas perderam a clareza e nossa escuta se ensurdeceu. Nada incurável, exige-se apenas alguns saltos para fora dos circuitos de repetição onanista. Cuidado, contudo. Não vale desligar-se da velha e avassaladora esperança de uma sociedade de paz e justiça.

Referências Bibliográficas

CANGUILHEM, Georges - "O Normal e o Patológico". Rio de Janeiro, Ed. Forense-Universitária, 1982, segunda edição.

GONSALVEZ, Ricardo Bruno M. - "Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde". São Paulo, Ed. Hucitec, 1994.

MENENDEZ, Eduardo - "La Crisis y el Modelo Medico Hegemonico". **Cuadernos Médico Sociales**, Rosario/Ag., n.33, set/85, pag. 55 a 65.

ROSEN, George - "Uma História da Saúde Pública". São Paulo, Ed. Hucitec/ABRASCO, 1994.

O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um Ensaio sobre a Micropolítica do Trabalho Vivo)

Emerson Elias Merhy [*]

Para além da crise do atual padrão de relações entre o estado e a sociedade no Brasil, que em si tem gerado uma enormidade de problemas no interior dos equipamentos institucionais de saúde, convivemos no dia a dia com uma gama muito ampla de outros problemas que alteram intensamente a capacidade dos serviços de saúde em cumprir com o seu papel de instrumentos à serviço da vida individual e coletiva.

Ao lado da: falta de dinheiro; do uso político clientelista das políticas de saúde por parte das esferas federais, estaduais e municipais; das disputas entre os diferentes ministérios sociais por recursos financeiros; da intensa campanha neo-liberal para desmoralizar qualquer ação competente por parte do setor público; da ausência de uma legislação adequada à importância das políticas sociais no interior dos governos e da frágil estrutura tributária dos governos municipais, que convivem com uma grande retração dos gastos federais e estaduais no setor; convivemos com uma profunda crise de falta de eficácia e efetividade dos serviços de saúde, públicos e privados.

Inúmeros são os exemplos que mostram a desumanização dos serviços em relação a clientela; a falta de compromisso dos trabalhadores de saúde com o sofrimento dos usuários; a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde; a intensa desigualdade no atendimento dos diferentes estratos econômico-sociais e o privilegiamento dos cidadãos, que podem pagar altos preços pelos serviços, no acesso ao melhor que se tem no setor.

Alia-se a isto o baixo impacto que as ações de saúde têm tido nos principais problemas da população e a sua pouca contribuição para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, ocorrendo em muitos casos o contrário, uma piora de alguns indicadores do padrão de saúde das populações, revelado no aumento da presença de doenças evitáveis e erradicáveis. O que pode mostrar uma contribuição pouco efetiva das atuais ações de saúde na promoção e proteção dos indivíduos e da coletividade, expressando a capacidade de impacto do atual do modelo tecno-assistencial adotado pelo sistema de saúde, brasileiro.

Este quadro tem estado presente cotidianamente na vida das instituições de saúde, no Brasil, e tem se expressado não só na total insegurança da clientela no tipo de atendimento do qual muitas vezes está sendo vítima, mas também na profunda crise de realização e satisfação, como cidadão e profissional, do conjunto dos trabalhadores do setor saúde.

Entretanto, é interessante observar que, paradoxalmente, a Constituição de 1988 procura garantir a saúde como um direito do cidadão, como um bem de relevância pública, mostrando que qualquer interesse de ordem privatizante, na área da saúde,

deveria se pautar pelo respeito a estes princípios constitucionais, subordinando-se ao interesse coletivo da cidadania, expressa no radical vínculo do conjunto das ações de saúde com a DEFESA DA VIDA, INDIVIDUAL E COLETIVA.

Assim, tem sido um desafio para o conjunto dos agentes sociais, mas em particular para os trabalhadores de saúde e os usuários do sistema, a busca de uma compreensão deste quadro global e o apontamento de possibilidades de intervenções na realidade que possa superar um sentimento de intensa impotência, dada à grande negritude do quadro desenhado e à predominância dos interesses mesquinhos da maioria dos membros das elites econômica e política.

Sabemos que se não alterarmos o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho - a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade, representado como doença - não basta corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde.

Temos como desafios efetivos a busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários do sistema de atenção à saúde, edificando uma relação mais solidária entre os trabalhadores e os usuários e os próprios trabalhadores do ponto de vista do seu desempenho técnico, e da *construção de um trabalhador coletivo* na área da saúde.

Para isto, devemos procurar construir um outro tipo de vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários, no interior do conjunto das instituições de saúde, não só do ponto de vista da participação conjunta nas lutas por melhores condições de assistência, mas principalmente na produção do compromisso cotidiano do trabalhador de saúde diante do cuidado. Os trabalhadores têm que se responsabilizar por uma boa parte da qualidade da assistência que ofertam, pois sendo o trabalho em saúde um trabalho vivo em ato dependente, podem colocar todas as suas sabedorias, como opções tecnológicas de que dispõem para a produção de procederes eficazes a serviço do usuário e de seu problema. Assim, temos que primar pela "cidadanização" da assistência à saúde, construindo deste jeito tanto a dignidade do trabalhador, quanto a do paciente.

Como já dissemos em outro texto[1], obviamente não se está sugerindo que ninguém se torne um "piegas" e que ninguém deixe de reivindicar os seus direitos como trabalhador, mas sim que, nós os trabalhadores de saúde, não nos recusemos a dispor de tudo que temos para defender a vida, *como possuidores do que melhor a tecnologia em saúde nos fornece - que é o nosso saber, o nosso conhecimento e o nosso trabalho em ato* (o exercício do nosso autogoverno) - pois esta é uma das melhores formas de se somar na direção apontada até aqui e construir uma mútua "cumplicidade" entre usuários e trabalhadores, na melhoria real da qualidade de vida.

Parece, a nós trabalhadores de saúde, que é no cotidiano dos nossos trabalhos e no processo coletivo de gestão dos nossos serviços, afim de resolver os problemas que identificamos no dia a dia, que iremos caminhar nesta direção, construindo um outro proceder em saúde que se oriente pela constituição de um vínculo efetivo entre o usuário e os trabalhadores do setor, na busca de uma resolutividade que se oriente por ganhos de autonomia dos usuários perante os seus modos de andar na vida.

1. Merhy, E.E. - Em busca da qualidade dos serviços de saúde, in Cecílio, L.C.O. - Inventando a Mudança na Saúde, Hucitec, São Paulo,1994.

Como pressuposto básico neste caminhar consideramos necessário que o conjunto dos serviços de saúde, pelo menos:

- garantam o acesso dos usuários às ações de saúde, ofertando múltiplas opções tecnológicas para enfrentar os seus distintos problemas;
- acolham os usuários em todos os momentos de relacionamento com os mesmos;
- dêem a máxima resolutividade às ações de saúde, procurando impactar os quadros de morbi-mortalidade a partir da associação mais ampla possível de todas as ações de saúde individuais e coletivas, tecnologicamente disponíveis.

Para conseguirmos construir uma competência nesta direção achamos que o conjunto dos trabalhadores de saúde do setor público tem que se pautar pela luta em torno de um SUS efetivo, publicamente centrado no usuário e democratizado, *controlado por organismos públicos estatais e não estatais;* e, para tanto, é necessário desvendar os mecanismos pelos quais os processos de gestão da política e do trabalho em saúde possam se tornar um tema público, tanto para o trabalhador de saúde, quanto para o usuário.

Para andar nesta direção consideramos necessário debruçarmo-nos sobre uma análise mais apurada da micropolítica do processo de trabalho em saúde, no sentido de se pensar as possibilidades de intervenção nos cotidianos institucionais na busca de um novo modo de operar os modelos de atenção à saúde, como políticas[2].

Este tema tem sido ponto de pauta em vários debates atuais no interior dos países da América Latina, dada a atual conjuntura de reformas institucionais que passam. Entretanto, os projetos neo-liberais têm tido um certo predomínio no modo de colocar estas questões, o que nos estimula a inicialmente apontar a maneira de como temos interpretado este processo, e para o qual tomamos como ponto de análise um evento vivenciado em 1995, na Argentina, como apontamos abaixo.

Algumas Idéias sobre o Debate em Torno das Reformas Institucionais e a Necessidade da Mudança dos Processos de Trabalho

Tanto os debates em geral na área da saúde, quanto o conjunto de intervenções dos vários grupos sociais interessados no setor, têm destacado a necessidade de mudanças do modo de trabalhar na área, em todos os seus níveis de organização.

Entretanto, tem sido comum que o maior parte destas falas dobra-se principalmente sobre as dimensões mais macroestruturais destes processos, e poucos têm sido aquelas que destacam a intimidade destas pretensões com a aquisição de uma certa capacidade teórica e operacional de ação sobre os aspectos mais micropolíticos destes processos.

2. Apesar de tratarmos a noção de modelo de atenção à saúde como o modo de se produzir saúde, através do conjunto das ações individuais e coletivas, em um dada territorialidade populacional e de acordo à existência de determinados serviços, para efeito deste material estaremos centralmente nos referindo a modelos de atenção de serviços e não de sistemas, pois centralmente nos debruçamos sobre o modo de produzir ações de saúde e é neste âmbito micro o nosso olhar reflexivo irá se centrar prioritariamente.

Sem querer negar a importância de qualquer situação mais macro no que toca a organização das práticas de saúde, neste texto vamos tomar como privilegiada uma reflexão sobre as questões micropolíticas dos processos de trabalho em saúde, na tentativa de procurar novas pistas para tratar as intenções de transformações que permeiam o setor saúde.

É neste sentido que inicialmente destacamos uma percepção por nós sentida sobre esta relação entre aspirações de mudanças e as dimensões micro e macropolíticas no setor saúde quando de um debate sobre as atuais modificações do campo de políticas públicas na América Latina e a organização do setor saúde.

Em setembro de 95, ao participar de uma discussão em torno do tema "As Políticas de Saúde na América Latina e a Política do Ajuste", na Faculdade de Ciências Sociais da U.B.A., Buenos Aires, tivemos a oportunidade de sistematizar parte de uma reflexão sobre as possíveis relações que as políticas adotadas pelos atuais governos da Argentina e do Brasil, denominadas de Ajuste Econômico, poderiam ter com o processo atual de ré-ordenamento das práticas gerenciais nas instituições (públicas) de saúde e o campo e os tipos de disputas ali instaladas, em termos das possibilidades da (ré)invenção de novos modelos tecno-assistenciais[3] das políticas de saúde. E, ainda, pudemos pensar sobre o modo como esta peleja vem sendo travada pelas distintas forças instituintes em jogo.

Procuraremos, antes de mais nada, alinhavar o que seriam os "sinais" mais característicos destas políticas de ajuste com implicações no processo de ré-ordenamento das práticas de gestão.

Em primeiro lugar, consideramos como relevante, dentre outras possíveis, que as atuais políticas de ajuste colocadas em prática se fazem acompanhar:

- por um processo de desmonte de vários mecanismos estatais que mediam e controlam o conjunto das práticas gerenciais e administrativas das instituições públicas;
- por uma quebra dos mecanismos de controle mais centralizados e tradicionais, que existiam no interior dos serviços, com liberação de processos instituintes baseados em atos voluntários de alguns atores institucionais, muitos deles grupos instituídos, como corporações profissionais; ou mesmo baseados em atos isolados de grupos de interesses que atuam fortemente em benefício próprio, como os "corruptos" e "oportunistas" de distintos tipos;
- pela presença de um poderoso imaginário instituinte pautado na importância da lógica do mercado e da do "laissez-faire" (ideologia do "deixar fazer" como energia liberadora e criativa do indivíduo e dentro do seu próprio livre-arbítrio), para regularem o processo "satisfação de necessidades-produção de bens e serviços", com implicações nítidas nas práticas de apropriação particular (privatização em lato senso) do espaço público. E, que pela sua força instituinte funciona como um poderoso produtor permanente de "sujeitos institucionais" que defendem a privatização do espaço público, além de gerar uma perspectiva deslegitimadora dos direitos sociais e coletivos;

3. Sob esta denominação estamos procurando entender o modo como nas formulações de políticas de saúde se articulam uma determinada concepção de necessidades de saúde e o desenho assistencial e tecnológico dos serviços existentes, dentro de uma determinada dinâmica gerencial. Para maior entendimento ver Merhy, E,E. - "Saúde Pública como Política", Hucitec, São Paulo, 1992.

– por um cenário de disputa com outras linhas de forças - que apontam para outros processos contrapostos à esta política do ajuste - marcado por uma nítida desigualdade de poderes, devido a uma grande fragilidade destas outras forças opositoras como imaginários instituintes;
– por uma situação favorável muito específica nas instituições de saúde, por encontrar nestas uma articulada e poderosa força instituinte centrada na linha política do modelo médico hegemônico (neo-liberal), que bem antes da instalação plena deste processo de mudança já vinha atuando, instituída, nos espaços gestores (macro e micro) onde se definem os processos de trabalho em saúde [4];
– por uma prática institucional nos serviços de saúde marcada pela fragmentação do processo de trabalho, pelo descompromisso e alienação do conjunto dos trabalhadores com a produção de seus produtos e resultados; atingindo, assim, o principal núcleo no cotidiano institucional que constrói o modo de operar com as necessidades de saúde, e que é o espaço micropolítico de gestão do processo de trabalho.

Nesta situação percebermos o duplo movimento que os processos de gestão envolvem ao nível dos serviços de saúde torna-se fundamental, pois os mesmos revelam que na ação dos conjuntos dos agentes envolvidos, no cotidiano do "fazer" em saúde, de um lado encontram-se práticas gerenciais que tomam o território de formulação e decisão de políticas como o seu campo e de um outro práticas que enfrentam o fabricar "bens" do trabalho em saúde; e a gestão nesta dobra torna-se lugar de possíveis intervenções impactantes sobre a política e o modelo de atenção à saúde.

Assim, partindo destes pontos foi possível refletirmos sobre algumas frentes de lutas que se podem tomar quando se pretende criar processos concretos de contraposição à aquelas práticas, no interior de cada serviço, como por exemplo as lutas:

– por uma imaginário em defesa da vida e da solidariedade, que permita instituir uma orgânica ligação entre saberes da saúde sobre o combate ao "sofrimento representado como doença" e "o controle e prevenção dos riscos e das doenças", e um novo modo de realizar cotidianamente as práticas dos serviços, a partir de um modelo tecno-assistencial centrado no usuário. Aliás diga-se de passagem que esta luta é muito dura, pois seu cenário principal está marcado por uma íntima relação entre o campo macro e micropolítico, o que exige a existência de "sujeitos políticos"[5] do porte de movimentos, partidos, entre outros, com características "trans-institucionais";
– por processos - micropolíticos - que possibilitam "publicizar" o espaço público da gestão do processo de trabalho na busca de novos sentidos e formatos;
– pela produção de novos modelos tecno-assistenciais que possam se contrapor - em termos de eficácia e resolutividade - ao modelo altamente custoso e pouco efetivo do projeto médico hegemônico (neo-liberal) dos serviços públicos e privados de saúde. E,
– pela tomada estratégica do processo de trabalho em saúde como analisador institucional privilegiado para orientar uma grande parte desta disputa, no interior dos distintos equipamentos de saúde.

4. Para uma visão mais elaborada desta questão consultar Campos, G.W.S. - "Reforma da Reforma", Hucitec, São Paulo, 1992.

Deste modo há um permanente desafio para todos aqueles que tomam como tarefa organizar novos modos de se gerir os serviços de saúde e de se produzir ações que tenham impacto na criação, manutenção, ou recuperação da saúde; e que é o de dar conta da especificidade do campo de produção no qual atua.

A não percepção desta especificidade, ou mesmo a não possibilidade de compreendê-la com clareza, tem levado muitos - dos que buscam a reorganização do modo de se trabalhar em saúde - a se inspirarem nos conhecimentos e técnicas gerados no interior de várias correntes organizacionais (veja o que se faz hoje com a proposta da Qualidade Total) de um modo acrítico, e com uma prática meramente copiadora de receitas sobre o como fazer, sem a devida "reconstrução" destes conhecimentos e técnicas para o singular campo da saúde.

Sem ter em mente o modo muito próprio de como se desenvolve o processo de trabalho em saúde e a sua gestão, o ato de buscar receitas em experimentos de outras naturezas tende a ser profundamente frustrante do ponto de vista da capacidade que as ações de saúde têm de gerar melhorias efetivas para a vida das pessoas.

Neste sentido, procuraremos mostrar, a partir de um determinado ângulo de análise sobre o trabalho em saúde, a especificidade das "ferramentas" que podem contribuir com os processos de "análise das instituições de saúde" na direção da elaboração de novas práticas organizacionais e novos modos de trabalhar.

Ultimamente temos nos ocupado, cada vez mais, de uma reflexão sobre as questões referentes à dinâmica micropolítica do trabalho em saúde, tanto no que se refere à sua dimensão mais articulada às práticas produtivas de bens e serviços, quanto na sua relação com os complexos processos de reformas institucionais. Neste sentido, temos visto que a micropolítica do processo de trabalho, no cotidiano institucional do "fazer saúde", coloca em foco os distintos modos instituintes de como vem se disputando, nos processos de gestão institucional do trabalho, pelas distintas forças sociais envolvidas no mesmo, a configuração de singulares modelos de atenção à saúde. Assim, a partir de um quadro teórico centrado na busca de sua compreensão pode-se permitir a conformação de modos de intervenção institucional que tenham operacionalmente mais efetividade no sentido da mudança da direcionalidade das práticas de saúde.

Nesta linha, pretendemos explorar e abrir algumas questões sobre o que se considera uma das fragilidades do movimento em torno da reforma sanitária no Brasil, e que se expressa, por uma falta de consenso no interior das distintas forças sociais que o protagonizam, quanto ao "desenho" efetivo de como se deve "agir em saúde", no dia a dia da produção das ações, dentro dos referenciais da construção da cidadania. Além disso, pretendemos também alertar aqueles que não têm percebido o quanto esta temática atravessa os processos macropolíticos básicos para a reforma das relações estado, sociedade e políticas.

A construção da figura institucional do gestor único com capacidade de intervir na construção de novos modelos de atenção passa diretamente pela possibilidade deste componente do sistema de impactar os processos micropolíticos em saúde, que constroem

5. Sujeitos políticos são tratados como aqueles que geram, com suas formulações e práticas, quadros discursivos referenciais de disputas para os sentidos das ações sociais e o conjunto dos agentes sociais "em cena". Veja mais detalhe em Merhy, E.E. - Saúde Pública como Política, op.cit.

os bens e os serviços, e mesmo as próprias organizações, como relações de poderes e projetos.

Em 1994, tentando analisar e compreender a experiência vivida junto à rede de serviços públicos de saúde do Município de Ipatinga, em Minas Gerais - na qual pretendíamos alterar a lógica da relação dos serviços com os usuários intervindo na porta do sistema - produzimos um material analítico[6] que, apesar de já ter em esboço algumas das interrogações que nos levaram à construção deste texto, ainda mostrava uma baixa elaboração da complexa dinâmica que o processo micropolítico em saúde configura; e, com isto, não permitia uma compreensão suficiente sobre o que vivenciamos. Pois, não tínhamos então uma visão mais clara da dinâmica do trabalho vivo em ato, no interior do processo de trabalho em saúde.

Entretanto, já éramos sensíveis à necessidade de se buscar uma compreensão sobre o processo experimentado, aprimorando algumas questões já, ali, antecipadas, sobre a importância do "autogoverno" dos trabalhadores de saúde no interior do processo de trabalho e o lugar estratégico ocupado pela dinâmica do trabalho vivo em ato na conformação dos processos institucionais.

Em um outro material, mais teórico[7], tomamos como centro de nossa reflexão exatamente esta temática apontada acima. Neste material procuramos demonstrar alguns aspectos básicos do trabalho vivo em ato, ao fabricar as ações de saúde individuais e/ou coletivas, no que se refere ao seu desdobramento tecnológico no espaço da gestão, tanto na sua dobra ao nível do processo produtivo, quanto na das relações institucionais, tentando com isso entender e mostrar a importância deste elemento na análise e compreensão das várias propostas, que vêm sendo geradas no interior dos distintos experimentos do SUS, e ainda quanto às suas capacidades de gerarem dispositivos (analisadores) modificadores dos processos de trabalho em saúde.

Acreditamos que uma boa parte destas distintas experiências, apesar de ricas do ponto de vista macropolítico, têm falhado no sentido de conseguir pensar a elaboração de "tecnologias" para o trabalho vivo em ato que enfrentem as situações efetivas e necessárias de mudanças. E, assim, não têm dado conta da vitalidade deste trabalho no seu fazer, inclusive como chave estratégica para a "publicização" dos modos de "fazer a política e de fabricar as ações nos espaços de autogoverno existentes no interior das equipes de saúde, e expressos nas relações institucionais com os usuários"[8].

Por isso, inclusive tomamos como centro de nossa reflexão o posicionamento estratégico da relação trabalhador-usuário como elemento analisador dos processos institucionais em saúde e como o lugar de criação de possíveis dispositivos instituidores de novas lógicas para o processo de trabalho.

Instituidores que possam contribuir para dar maior capacidade operacional ao conjunto das intervenções que pretendem transformar os modelos de atenção à saúde, na direção da construção de um SUS comprometido com a vida e a cidadania, e com a saúde como um patrimônio público, no Brasil.

6. Merhy, E.E. - Em busca da qualidade dos serviços de saúde, op. cit..
7. Merhy, E.E. - "Agir em Saúde: micropolítica do trabalho vivo", impresso como parte do relatório da pesquisa "Em busca do gestor único", DMPS/FCM/UNICAMP, 1996. (140 páginas)

Em Saúde, Antes de Tudo, Se Produz "Bens Relações", Produtos de Processos Intercessores

Para realizarmos a nossa reflexão vamos partir do conceito de "intercessores" que estaremos usando com sentidos semelhantes ao de Deleuze no livro "Conversações"[9], que com este termo pretende "figurar" a intersecção que ele e Guattari constituíram na produção do livro "Anti-Edipo"[10], procurando passar a idéia de que esta junção não foi uma simples somatória de um com o outro, e muito menos que aquele livro foi um produto de 4 mãos, mas sim o resultado de um processo singular, constituído pelo encontro dos dois em um único momento.

O uso deste termo é portanto para designar o espaço de relação que se produz no encontro de "sujeitos", isto é, nas suas intersecções, e que é um produto que existe para os "dois" em ato, não tendo existência sem este momento em processo, e no qual os "inter" se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, deste sujeito coletivo novo que se formou.

De posse desta idéia, estamos querendo dizer também que quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato.

A imagem deste espaço é semelhante à da construção de um espaço comum de intersecção entre dois conjuntos, ressalvando que este espaço não existe só nesta situação, e nem só na saúde, pois tanto a relação entre dois trabalhadores inseridos em um mesmo processo de trabalho é intercessora, quanto em outros processos de trabalho, que não só o da saúde, também há os processos intercessores.

Deste modo, além de reconhecer a existência deste processo singular é fundamental, em uma análise dos processos de trabalho, se tentar descobrir o tipo de intersecção que se constitui e os distintos motivos que operam no seu interior.

Vejamos isto de um modo esquemático, para que depois possamos tirar conseqüências analíticas deste entendimento.

1. Os esquemas mais comuns em processos de trabalho como o da saúde, que realizam atos imediatamente de assistência com o usuário, apresentam-se como o do diagrama abaixo, que chamamos de uma "intersecção partilhada".
2. Os que se constituem nos casos mais típicos de processos de trabalho, como o de um marceneiro que produz uma cadeira, mostram que o usuário é externo ao processo, pois o momento intercessor se dá com a "madeira", que é plenamente contida pelo espaço do trabalhador, como uma "intersecção objetal".

Esta distinção da constituição dos processos intercessores mostra como a dinâmica entre o produtor e o consumidor, e os jogos entre necessidades ocorrem em espaços bem

8. Merhy, E.E. - Agir em Saúde, op.cit.
9. Deleuze, G. - Conversações, Editora 34, Rio de Janeiro, 1992.
10. Guattari, F. e Deleuze, G. - El Antiedipo - capitalismo y esquizofrenia, Ediciones Corregidor, Buenos Aires, 1974.

distintos, e, inclusive, como os possíveis modelos de configuração desta dinâmica podem ser mais ou menos permeáveis a estas características.

Por exemplo, podemos dizer que nos modelos tecno-assistenciais predominantes hoje na saúde, no Brasil, as relações entre usuários de serviços de saúde e trabalhadores se produzem em espaços intercessores preenchidos pela "voz" do trabalhador e pela "mudez" do usuário, como se o processo de relação trabalhador-usuário fosse mais do tipo da "intersecção objetal".

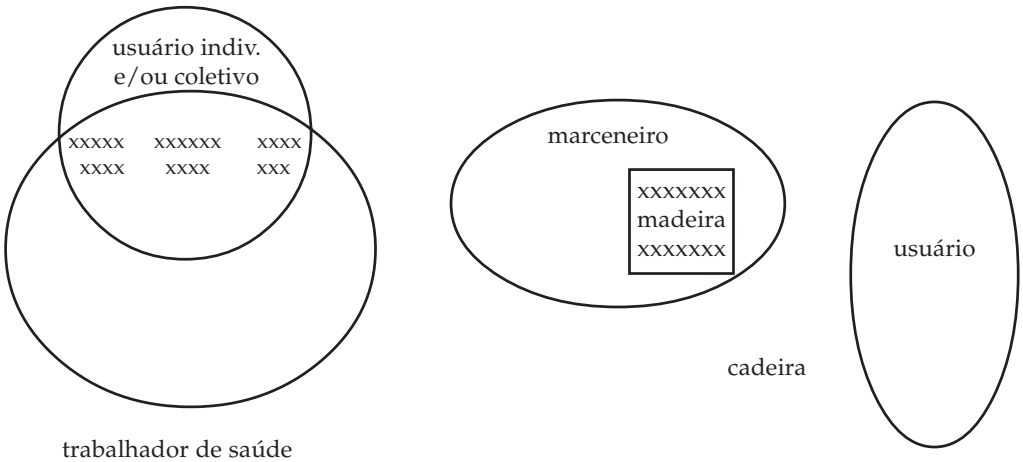
Entretanto, como efetivamente a relação em saúde é a do tipo de "interseção partilhada", com certeza estes tipos de modelos de assistência realizam-se com intensas perdas quanto ao mútuo processo instituinte, contido no momento da produção e consumo de atos de saúde.

No jogo de necessidades que se coloca para o processo de trabalho é possível então pensarmos:

1. que no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de um modo geral), com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, coloca seus conhecimentos e representações, inclusive expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para o momento do trabalho; e,
2. que no seu interior há uma busca de realização de um produto/finalidade, expresso de distintos modos por estes agentes, que podem até mesmo coincidirem.

O que, de uma certa forma, mostra que a análise do processo intercessor que se efetiva no cotidiano destes encontros pode nos revelar a maneira como estes agentes se colocam enquanto "portadores/elaboradores" de necessidades no interior deste processo de "intersecção partilhada".

Os agentes produtores e consumidores são "portadores" de necessidades macro e micropoliticamente constituídas, bem como são instituidores de necessidades singu-



lares que atravessam o modelo instituído, no jogo do trabalho vivo e morto ao qual estão vinculados.

A conformação das necessidades, portanto, dá-se em processos sociais e históricos definidos pelos agentes em ato, como positividades, e não exclusivamente como carências, determinadas de fora para dentro. Aqui, não interessa o julgamento de valor acerca de qual necessidade é mais legítima que outra, este é um posicionamento necessário para a ação mas não pode ser um "a priori" para a análise, porque o importante é percebermos que todo o processo de trabalho e de intersecção é atravessado por distintas lógicas que se apresentam para o processo em ato como necessidades, que disputam como forças instituintes suas instituições.

Assim, a presença de uma linha de força médico-hegemônica que venha positivamente, através de um determinado (e não de qualquer um) trabalho médico, atua como instituinte pela ação efetiva de um determinado agente que é seu constituidor no processo de trabalho, em ato. Do mesmo modo, uma outra linha de força que venha pelo consumidor, como uma busca de um ato que lhe permita restituir sua "autonomia" no seu modo de andar a vida, atua também como instituinte pela ação positiva do usuário no espaço intercessor partilhável.

O espaço intercessor é assim um lugar que revela esta disputa das distintas forças instituintes, como necessidades, e o modo como socialmente um dado processo instituído as captura ou é invadido pelas mesmas.

Isto é um tema para ser entendido pela discussão sobre a relação entre modelos de atenção e a construção dos espaços intercessores. A caixa preta do jogo de necessidades que ocorre entre o produtor e o consumidor abre-se e pode revelar as possibilidades de intervenção dos distintos modelos de gestão do trabalho em saúde e seus compromissos. Mas, fica registrado que, se o trabalho é em saúde, o espaço intercessor será sempre partilhado, mesmo que o modelo que se institua seja o de seu abafamento; porém os instituintes em ato estarão sempre gerando ruídos no seu interior.

Estes são os casos dos desencontros que os usuários relatam quando falam da falta de acolhimento e de responsabilização que vivenciam atualmente nas suas relações trabalho em saúde/consumo.

Os espaços intercessores na saúde, as vozes e as escutas

Dentro desta compreensão sobre a constituição do espaço intercessor no processo de trabalho em saúde é possível introduzirmos uma discussão da possibilidade de identificarmos situações de ruído no cotidiano dos serviços de saúde, com a finalidade de se analisar a própria dinâmica daquele processo, idealizando possíveis intervenções que permitam alterar a direcionalidade das ações em saúde, no próprio ato do processo de trabalho.

Esta idéia de ruído vem da imagem de que cotidianamente as relações entre os agentes institucionais ocorre no interior de processos silenciosos até o momento que a lógica funcional, predominante e instituída, seja rompida. Porém, este rompimento é normalmente percebido como uma disfunção, como um desvio do normal que deveria ocorrer.

Com ruído queremos introduzir a noção, baseado em Fernando Flores[11], de que a quebra do silêncio do cotidiano pode ser, e deve ser, percebido como a presença de

processos instituintes que não estão sendo contemplados pelo modelo de organização e gestão do equipamento institucional em foco, mostrando os distintos possíveis caminhar dos processos de ações dos agentes envolvidos, e, portanto, abrindo possibilidades de interrogações sobre o modo instituído como se opera o trabalho e o sentido de suas ações, naquele equipamento.

A possibilidade de escutar os ruídos do cotidiano institucional é parte de ferramentas analisadoras dos processos institucionais e pode permitir a reconstrução de novos modos de gerir e operar o trabalho em saúde. Permite interrogar sobre a captura do trabalho vivo e sobre a constituição do processo intercessor.

É neste sentido que gostaríamos de explorar tal caminho pelo lado da constituição do espaço intercessor como lugar de vozes e de escutas, isto é, como o lugar que revela, no interior do processo de trabalho em saúde, o encontro de dois instituintes que querem falar e serem escutados em suas necessidades - demandas.

Os construtores de um dado espaço intercessor atuam instituintemente, e se um dado modelo tecno-assistencial, como aquele que procura construir este processo intercessor partilhado como um processo objetal (veja o que foi falado mais atrás) não permite a plena expressão de um de seus partícipes, este não some, não apaga a sua presença deste espaço, mas age "ocultamente" em relação à possibilidade de sua não explicitação.

Quando, em um dado serviço de saúde, há o encontro de um usuário com um trabalhador de saúde - qualquer um deles ou mesmo um usuário coletivo - forma-se um jogo de necessidades no qual o usuário coloca pelo menos a sua perspectiva de que naquele processo de "consumir" atos de saúde (ou pelo menos o que ele entende por isso) vai haver um ganho seu em termos de controlar problemas que identifica como necessidades de saúde e para os quais aquele momento parece construir um caminho de solução. Mas solução para o quê?

Para várias coisas. Para aplacar aquilo que considera como um sofrimento, tanto quanto para possibilitar que o seu "organismo" possa estar "bem" funcionalmente para continuar caminhando na sua vida. Isto é, associa aquele processo como uma possibilidade de retornar a um certo estado de exercício de sua autonomia no seu modo de andar a sua vida.

Não muito estranhamente o trabalhador de saúde identifica aquele encontro também como o lugar de realizar soluções para várias questões. Mas quais? Depende dos interesses que o modelo de organização do trabalho em saúde explicita. Depende do modo como socialmente as distintas necessidades do processo de trabalho em saúde são capturadas pelo modelo tecno-assistencial. Depende do universo ideológico do próprio trabalhador.

Assim, se for uma captura comprometida com um modelo médico hegemônico vinculado à medicina tecnológica, que coloca a produção de procedimentos como o principal produto a realizar - a "finalidade" do trabalho em saúde - pelo lado do trabalhador de saúde a linha de força representada pelos usuários será anulada por um processo de não escuta de sua atuação e pela imposição, no espaço intercessor, da voz única deste modelo na qual o usuário será só um "objeto" a viabilizar a ação de produção de procedimentos.

11. Flores, F. - Inventando la empresa del siglo XXI, Hachete, Chile, 1989.

Ora, mesmo que isto ocorra, o usuário não deixará de estar ali e de continuar "desejando" o que ele queria daquele momento. E se isto não for viabilizado na produção dos atos pelo trabalhador de saúde, ele sai dali e vai atrás de outro processo de consumo que lhe possa trazer a idéia de satisfação e de produto/resultado realizado.

Em parte o usuário será conformado pelo processo de produção, mas na testagem que a vida lhe coloca no seu caminhar, em parte este processo não consegue contê-lo plenamente (veja a imagem do intercessor partilhado e do objetal).

Esta situação se apresenta como um processo gerador de ruídos e que podem ser "gerencialmente" escutados pelos trabalhadores de saúde, ou mesmo pelos usuários. Para tanto, podemos fazer perguntas para o modo como no espaço intercessor se concretiza a produção de processos típicos deste espaço enquanto um lugar de efetivação de ações suportadas por um universo de "tecnologias leves", de tecnologias de "relações" que se concretizam com a produção de "produtos" simbólicos, básicos para operar este tipo de processo de trabalho.

Destacamos como produtos deste tipo, à semelhança do jogo transferencial nos processos psicanalíticos, o acolhimento e o vínculo que são construídos neste espaço em ato, permanentemente. E estamos indicando que a pergunta sobre os mesmos pode mostrar como que se dá a construção de um dado modelo tecno-assistencial do ponto de vista do jogo instituinte das necessidades entre o trabalhador e o usuário. Revelando a situação vital ocupada pelo trabalho vivo em ato no interior do processo de trabalho em saúde e evidenciando como no interior dos processos cotidianos dos serviços se produzem as vozes, as escutas e os silêncios, entre os trabalhadores e os usuários, expressos em formas definidas nos modelos de atenção construídos no interior dos equipamentos de saúde.

Deste modo a busca é a de colocar sob interrogação o encontro trabalhador-usuário como um poderoso processo revelador das distintas lógicas que operam no interior dos modos como se trabalha em saúde, o que permite perceber distintas linhas de fuga que podem abrir este processo a novos significados ético-políticos e operativos. Com estas interrogações pode-se procurar colocar em cheque a natureza pública e privada deste encontro, os processos de captura a que o trabalho vivo está subordinado e os tipos de interesses que predominam neste espaço, os ocultamentos e "abafamentos".

Criar ferramentas para um olhar analisador neste sentido, então, é conseguir operar no interior destas próprias lógicas e torná-las ruidosas, e assim temas públicos para o coletivo/"equipe de saúde", inclusive nas suas relações com os usuários.

Neste sentido, entendemos que há dispositivos "naturais" deste processo descolados da própria tecnologia leve que opera nestes espaços intercessores, como por exemplo o acolhimento, que tem um grande poder de gerar ruídos por expor mais claramente a razão ético-política, e não só instrumental, que opera no seu interior. Entretanto, podemos também criar dispositivos "artificiais" que possam interrogar estes processos instituintes e instituídos; alguns experimentos dos quais temos participado têm mostrado uma certa eficácia interessante no repensar o trabalho em saúde. Neste particular temos trabalhado com a construção de ferramentas, como fluxogramas e redes de petições e compromissos, analisadoras destes encontros singulares.

Dos ruídos do cotidiano a novos modos de gerir e trabalhar em saúde - algumas ferramentas que armam os olhares analisadores

Com a compreensão destas questões, não fica difícil entender da possibilidade de se criar analisadores institucionais sobre o espaço intercessor em saúde, que permitam interrogar o modo como o trabalho vivo opera com esta "tecnologia leve das relações" e como produz estes "produtos da intersecção", que consideramos como "bens relações" fundamentais em saúde; e que também permitem analisar o modo como o processo de gestão do trabalho se realiza apropriando-se do espaço institucional da gestão organizacional, inclusive expondo a dinâmica da relação de apropriação pública ou privada deste processo.

Através da interrogação que podemos realizar sobre o processo de trabalho do ponto de vista, por exemplo, do acolhimento podemos demonstrar a potencialidade deste caminho para repensar processo de trabalho em saúde e da abertura que permite para se olhar o modo como os modelos de atenção capturam o trabalho vivo em ato; potencialidade que se expõe nas distintas possibilidades de linhas de fuga que podem se constituir no interior do processo produtivo e gerencial.

Vale a pena, antes, falar um pouco sobre o que pode significar a perspectiva de operar em um terreno que pretende criar "ferramentas" para intervir em processos institucionais. Parece-nos, que isto não deva ser muito próximo ao modo como se atua em processos produtivos, mais diretamente vinculados à realização de um produto material explícito e bem definido; além de ter algumas implicações distintas sobre a compreensão do que deva ser entendimento sob a ótica de saber tecnológico.

Como já dissemos em vários outros momentos, tecnologia não é confundida aqui com instrumento (equipamento) tecnológico e nem é valorizada como algo necessariamente positivo, pois damos a este termo uma imagem dos saberes que permitem, em um processo de trabalho específico, operar sobre recursos na realização de finalidades perseguidas e postas para este processo produtivo.

Deste modo, uma máquina como um computador não seria em si uma tecnologia, mas um equipamento tecnológico expressão de uma tecnologia, que se apresenta para nós como saberes que buscam na máquina-computador uma ferramenta que possibilita operar com processamentos rápidos e massivos de dados, por exemplo. A tecnologia seria então o saber, ou saberes, que permitiram construí-la e que estão comprometidos com a realização de determinadas finalidades previamente colocadas para os processos de trabalhos que lhe são pertinentes.

Por isso, tratamos a clínica e a epidemiologia como saberes tecnológicos. Por serem saberes que são produzidos de modo compromissado com a realização de intervenções produtivas do trabalho humano sobre os "processos da vida, como a saúde e a doença". E, que estão, deste modo, imediatamente implicados com processos de intervenção. São distintos, nesta dimensão, em relação a outros saberes que não tenham esta implicação imediata.

Entretanto, isto não lhes retira a possibilidade de estarem também produzindo conhecimento sobre a realidade, de modo não imediatamente comprometidos com a ação operatória. Um saber tecnológico opera em uma dobra na qual, de um lado expressa seu compromisso com a "razão instrumental", e, de um outro, com a "razão teórica". Devendo, como tal, estar aberto às leituras de seus pressupostos de construção, de suas intencionalidades e finalidades, em ambas dimensões.

De um lado reverso, um saber que se proponha a ser conhecimento científico mais do que tecnológico também nos apresenta esta dobra de revelar "o mundo" e de permitir uma ação sobre o mesmo.

Mas, aqui estamos operando com saberes que têm uma distinção importante a considerar, desde que, como um saber tecnológico, está imediatamente referido e concretizado em processos de trabalhos bem definidos, que expõem diretamente suas intencionalidades.

Entretanto, tudo indica que quando estamos diante de uma tecnologia do tipo leve (como o acolhimento) a situação é um pouco distinta de quando estamos perante uma tecnologia do tipo dura (como o realizar uma conduta totalmente normalizada ou mesmo o processo incorporador de máquinas-ferramentas), e isto nos coloca que no operar das leves, como a própria clínica ou os processos das tecnologias das relações (como é o caso do acolhimento ou do vínculo), o processo operatório é bem mais aberto ao fazer do trabalho vivo em ato. O que também permite-nos redefinir o conceito que temos de recursos escassos, pois tecnologia leve nunca é escassa ela sempre é em processo, em produção. (Aqui há que rever a noção cara às políticas de saúde pública que operam com o conceito de escassez permanente e prioridade focal excludente).

Por isso, procurar ferramentas para operar sobre relações institucionais é uma tarefa um pouco mais árdua do que estar tratando de um processo bem definido e normatizado, pois vem impregnada de uma quase igual importância tanto do seu lado de instrumentalizar a ação humana de intervir na realidade como em um processo de trabalho, quanto do seu lado de estar revelando "o mundo" e seus sentidos e significados para os "operadores/interventores". Pois estamos diante de uma situação muito parecida com a dinâmica do trabalho vivo na saúde que nos coloca perante uma realidade operatória que é sempre um "em processo", um "dando", no qual os homens são ao mesmo tempo operadores, sujeitos e objetos dos trabalhos-intervenções.

A perspectiva de construir analisadores ruidosos para compreender processos de trabalho em saúde é marcada pela idéia pouco positiva de criar dispositivos que tenham o compromisso com a abertura de linhas de fuga em processos instituídos, mais do que com a produção de receitas sobre como construir o trabalho de saúde correto e certo.

A criação destes dispositivos não obedece a um processo aleatório qualquer, pois como já dissemos os mesmos estão marcados pelas distintas lógicas instituintes que operam no interior dos processos de trabalho em saúde. Assim, tomar os processos instituintes que operam no interior dos espaços intercessores e tentar operar com ferramentas-dispositivos que "abrem" estas presenças lógicas é uma perspectiva vital para criar "olhares analisadores ruidosos" sobre o modo como se constituem as práticas de saúde, suas tecnologias e direcionalidades, e seus modelos de gestão.

Em algumas experiências em serviços que vivenciamos, estivemos diante de uma situação problema que mostrava que um determinado grupo populacional - crianças desnutridas - só tinham acesso aos serviços da rede básica de saúde quando estavam "sem problema imediato", pois sempre que apresentavam uma "intercorrência" eram recusadas (nunca tinha vaga, filas enormes para chegarem à recepção, etc...) e acabavam sendo atendidas em um "pronto-atendimento" qualquer, sem o mínimo compromisso médico-sanitário e sem capacidade resolutiva.

Diante de uma situação deste tipo consideramos como fundamental colocar o conjunto dos trabalhadores das unidades de saúde em situação e produzindo um certo

conhecimento sobre o seu cotidiano, sobre o seu modo de trabalhar. Para que, a partir de então, interrogassem o seu cotidiano e pensassem sobre a situação problema.

Trabalhamos intensamente uma ferramenta analisadora, o fluxograma analisador[12], e fizemos coletivamente uma análise dos processos de acolhimento que permeavam o modelo de atenção em pauta.

Acolhimento que inclusive adquiriu nas discussões uma dupla dimensão: pois, se de um lado era uma etapa do conjunto do processo de trabalho, realizado em serviços concretos, em particular no momento da recepção destes serviços, que estabelecia o modo como o serviço fazia o seu primeiro contato com a sua clientela, em um processo mútuo de reconhecimento - onde o usuário se reconhecia como cliente daquele serviço e o serviço o reconhecia como um usuário com direitos em relação aos serviços realizados - criando suas barreiras e mecanismos de acesso; por outro lado era também uma tecnologia leve do processo intercessor do trabalho em saúde que ocorria em todos os lugares em que se constituíam os encontros trabalhadores-usuários.

Nestas experiências, vivenciamos um processo coletivo diretamente comprometido com a busca de ferramentas tecnológicas que procuravam mostrar com mais clareza o nosso papel de construtor e/ou fazedor de processos analisadores, que permitissem colocar em questão o espaço da gestão do processo de trabalho, lugar privilegiado de realização do trabalho vivo em ato, junto ao conjunto do processo de trabalho em si.

Com isso conseguimos criar modos de operar no interior do processo de trabalho, nas unidades de saúde, no espaço dos "autogovernos", situações interrogadoras da forma como opera o espaço da gestão (onde se decide a partir de pressupostos ético-políticos, que se refletem em lemas e missões, onde se intervém de modo público e/ou privado, com compromissos de responsabilizações mais ou menos aderidas aos usuários, etc...).

Além disso, colocou-se em cheque tanto o modo como se desdobravam as realizações de um trabalho em ato com um outro trabalho em ato, cristalizados nos processos intercessores, destes trabalhos, como construção conjunta trabalhador-trabalhador; quanto aqueles cristalizados pela relação trabalhador-usuário expressos nas práticas produtoras do acolhimento e do vínculo/responsabilização. Permitindo assim, analisar o quanto os trabalhadores estão efetivamente compromissados, ou não, com os processos de "autonomização" do usuário no seu modo de andar a vida, e com as ações de defesa da vida individual e coletiva.

Esta busca de ferramentas disparadoras destes processos de interrogação sobre o trabalho vivo em ato, que podem abri-lo para novos modos instituintes, e a possibilidade de seu compartilhamento público no interior dos coletivos de trabalhadores foi o grande desafio destes trabalhos experimentados em serviços.

No que toca em particular a relação de intersecção de um trabalho em ato com outro em ato (trabalhador-trabalhador), operamos com uma ferramenta analisadora distinta do fluxograma, e que é a rede de petição e compromisso, o que permitiu abrir a caixa preta das relações micropolíticas institucionais, reveladora dos tipos efetivos de contratos de relações que os vários agentes institucionais em cena realizam entre si, em um processo silencioso. Muitos dos quais obedecendo a um padrão do tipo "pacto da mediocridade" no qual o usuário sai sempre como o grande prejudicado.

12. Veja com mais precisão no texto "Agir em Saúde", op. cit.

Esta rede pode ser organizada em qualquer situação na qual se identifique um certo jogo entre forças institucionais bem territorializadas que realizam e cristalizam interesses de distintos tipos e que se organizam com linhas de forças que disputam as várias lógicas que a instituição esta expressando, explícita ou implicitamente. De um modo genérico uma rede de petição e compromisso para a análise do modelo de gestão do processo de trabalho e do equipamento institucional deve ordenar, para interrogar, uma rede de expectativas entre as unidades produtoras que atuam no interior de um equipamento institucional governando recursos e fins.

Estes processos expõem privilegiadamente a dinâmica de prestador consumidor intra-equipamento, porém podemos também com o mesmo abrir o jogo de expectativas envolvido na relação entre o serviço e o usuário final das práticas de saúde, procurando problematizar as próprias disputas entre o que são necessidades do ponto de vista do modelo de atenção e do ponto de vista do usuário, abrindo uma reflexão sobre representações sociais do sofrimento como doença e dos agravos como problemas de saúde e o seu modo de incorporação pelos serviços. Para em última instância perguntar: é deste jeito que vale a pena trabalhar? é isto mesmo que queremos produzir como resultados?

Neste sentido, e para terem possibilidade de viabilizar as respostas às questões acima, o conjunto das ferramentas analisadoras devem ter a capacidade de instrumentalizar o conjunto dos trabalhadores, como gestores efetivos do processo de trabalho, em pelo menos três campos de interrogações sobre os modelos de atenção e os processos gerenciais, e que são:

a. devem ter a capacidade e sensibilidade, como qualquer instrumento, para abrir a caixa preta sobre "o como" se trabalha, e neste sentido revelar qualitativamente o modo de operar cotidianamente a construção de um certo modelo de atenção em serviços concretos;
b. devem ter a capacidade e sensibilidade para revelar "o quê" este modo de trabalhar está produzindo, e assim mostrar em que tipo de produtos e resultados se desemboca com este modo de operar o cotidiano do trabalho em um dado serviço;
c. devem também, pelo menos, ter a capacidade e sensibilidade de permitir a interrogação sobre o "para quê" se está trabalhando, tentando revelar os interesses efetivos que se impõem sobre a organização e realização cotidiana dos modelos de atenção nos diferentes serviços; este momento é privilegiadamente uma interrogação sobre os princípios ético-políticos que comandam a existência de um serviço de saúde.

Conclusão

Com toda esta análise e exemplificações estamos querendo demonstrar que as distintas experiências, que buscam a mudança efetiva do processo de trabalho em saúde, têm necessidade de incorporar novas questões ao nível dos processos micropolíticos do trabalho em saúde.

Destacamos que as relações macro e micropolíticas na saúde encontram-se nos espaços de gestão do processo de trabalho e das organizações de saúde, e que as confi-

gurações que adquirem passam necessariamente pela presença do trabalho vivo em ato.

Destacamos, também, que mais do que questionar o que ocorre nos serviços a partir de um modelo "a priori" de organização do processo de trabalho em saúde, que dispute com o já dado, o já instituído, devemos é desenvolver a capacidade de criar interrogações sobre o que está ocorrendo, abrindo possibilidades do trabalhador coletivo inventar modos novos e singulares de realizar o trabalho em saúde em situações concretas.

Procurando criar nos trabalhadores, através do uso de dispositivos interrogadores, a possibilidade de refletirem sobre duas questões chave para a configuração de qualquer modelo de atenção preocupado centralmente com o usuário:

Uma, que diz respeito ao modo como se usa privadamente - com um compromisso com o coletivo de forma restritiva e com uma maneira de se responsabilizar e prestar contas do que se faz dentro de limites do tipo corporativo - a capacidade e autonomia que todo trabalhador de saúde tem de "autogovernar" o seu trabalho, por ser como trabalhador em ação o próprio trabalho vivo em ato. E, neste sentido podendo-se interrogar a essência do modo como vem se instituindo a gestão do processo de trabalho, e a que interesses e intencionalidades ele obedece; e, outra, que coloca em dúvida o sentido dos modelos instituídos capturadores, seus conteúdos tecnológicos e possibilidades, abrindo a chance de pensar sobre seus pressupostos ético-políticos, e sobre os procedimentos eficazes na produção dos resultados pretendidos, com a captura que fazem do trabalho vivo em ato; abrindo dúvidas quanto aos paradigmas perseguidos, permitindo interrogar mais sistematicamente os modelos que têm servidos como predominantes e seus possíveis limites no modo como o trabalho vivo vem se conformando no seu interior.

Com estas descrições o que temos interrogado e levado a campo é a relação entre o trabalho vivo em ato que é capturado por estes modelos e a possibilidade de que o mesmo seja desterritorializado e (ré)capturado para gerar o oposto, isto é, um melhor equacionamento do uso dos meios e dos benefícios produzidos e uma diminuição da dependência, gerando-se maior autonomia dos "usuários" nos seus modos de andar as suas vidas.

Gestão em Saúde: o Desafio dos Hospitais como Referência para Inovações em todo o Sistema de Saúde

Pedro Ribeiro Barbosa

Alguns Movimentos para uma Nova Gestão em Saúde: a Gestão Hospitalar enquanto Oportunidade para Novas Práticas de Planejamento e Administração[1]

Debate recente tem levantado novas possibilidades para a gestão das organizações públicas no país. No processo de transformação do próprio Estado brasileiro, alguns princípios ganham corpo e buscam novas formas organizativas, de modo a permitirem novos papéis e novas performances às organizações públicas, não apenas hospitalares. Organizações em geral, bastante desgastadas frente aos anseios e necessidades sociais, mas também em relação aos seus membros, que a constituem e que com elas tão pouco se identificam e se comprometem.

Neste artigo, a gestão hospitalar é valorizada enquanto área de conhecimentos e práticas diferenciadas no processo de desenvolvimento e implementação do SUS. Apenas muito recentemente a saúde pública e os sanitaristas em geral, vêm tomar a organização hospitalar enquanto preocupação a demandar desenvolvimento teórico em saúde, com a concomitante pressão para assumi-la profissionalmente. Por longo tempo, a área hospitalar ficou ao largo do chamado Movimento Sanitário. Boa parte de todo o processo político e teórico de crítica ao modelo médico-assistencial previdenciário, que teve seu alge no final dos anos 70, chegava mesmo a identificar o hospital como uma espécie de vilão da crise que se alargava. A maior parte, senão a totalidade das alternativas assistenciais passava um pouco a margem da opção hospitalar, no momento em que era importante denunciar e superar o modelo médico-hospitalar-individual-curativo, amparado na compra de serviços privados com o financiamento da previdência. Os modelos de sucesso e de futuro eram aqueles que valorizavam a atenção básica. Algumas poucas iniciativas e proposições consideravam o papel do hospital no sistema. O Convêncio MEC-MPAS foi um deles, destinando não apenas recursos diferenciados

1. A separação entre administração e planejamento é intencional, pois assume-se como origem do planejamento em saúde no Brasil a doutrina cepalina que desenvolveu importantes aportes teóricos e metodológicos no campo do planejamento econômico-social na América Latina (Rivera, F. Javier (org.). Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. São Paulo. Ed. Cortez, 1989.;de outro lado, ao falar-se de administração, denota-se o campo das teorias administrativas, classicamente voltadas para o interior de organizações produtivas, fabris ou não.

para os hospitais universitários, mas especialmente, contribuindo para inseri-los definitivamente no sistema de atenção mais ampliado, ao mesmo tempo em que eram assumidos como unidades de referência maior nas suas localidades. O Convênio MEC-MPAS foi precursor no processo de fortalecimento do setor público, de modo a fazer frente à ampla hegemonia do setor privado contratado no acesso e utilização dos recursos previdenciários. Depois vieram as Ações Integradas de Saúde. Os antigos asilos do Ministério da Saúde também operaram importantes transformações no início dos anos 80[2], quando evoluíram com alguma dificuldade para hospitais gerais ou especializados, mas também inseridos na lógica das respectivas redes de atenção[3]. O hospital, agora não mais asilar, especialmente nos últimos 10 a 20 anos, também é espaço do sanitarista, agora um novo profissional, também um dirigente hospitalar, de serviços ou de sistemas, a ser formado não no espaço exclusivo da administração, mas no espaço da gestão de organizações complexas de saúde. Ainda que outras iniciativas relacionadas com a área hospitalar e a saúde pública possam ser identificadas, não chegam a ser suficientes e marcantes no sentido de configurarem um espaço definido no seio da Reforma Sanitária, entendida enquanto conjunto de teses e práticas progressistas e transformadoras em saúde no país. Será apenas nos anos 90, que a gestão hospitalar e a importância do hospital no SUS ganhará maior espaço de reflexão e de práticas inovadoras a serem consideradas. O momento é de evolução e desenvolvimento do SUS, ainda que também marcado por crises de diversas naturezas. O hospital ou o nível de atenção hospitalar é parte importante desse processo, tanto por ser foco de graves denúncias, quanto pelo surgimento de referências inovadoras e promissoras em termos de qualidade assistencial e de gestão. Poucos hospitais no país chamam a atenção por suas performances. É reforçado o debate em torno de modelos gerenciais hospitalares a serem difundidos e aplicados mais largamente em unidades do SUS. O hospital é recolocado enquanto organização diferenciada e igualmente estratégica, no processo de construção de novos e mais eficientes e eficazes modelos assistenciais.

O campo do planejamento e da tradicional administração experimentam no seio da saúde coletiva (especialmente com os aportes da epidemiologia), novos desafios e novos arranjos teóricos e práticos, mesclados por insumos do próprio campo da saúde pública, agora oportunamente contaminados com aportes tanto históricos quanto bem recentes, advindos das chamadas teorias organizacionais. Não que esse encontro de conhecimentos nunca tenha existido, mas, com certeza, não havia ocorrido na profundidade e extensão com que se vê atualmente e que parece ser ainda um começo. Essa mesclagem extremamente oportuna, encontra no seio da gestão hospitalar um terreno extremamente fértil, decorrente especialmente ao fato do objeto, uma organização

2. Uma importante análise sobre o processo de transformação de um desses hospitais pode ser encontrada em Lemos, Sheyla M. O Processo de definição e implementação de objetivos numa organização do setor saúde: do conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital de Clínicas Básicas Raphael de Paula e Souza. Dissertação de Mestrado. EBAP/FGV, 1994, mimeo.

3. São exemplos neste caso as transformações operadas nos hospitais psiquiátricos do Rio e no Hospital de Curicica, que se transformou a partir do antigo Sanatório Raphael de Paula Souza; outros hsopitais asilares do MS também operaram semelhantes transformaçòes Adriano Jorge em Manaus, Barros Barreto em Belém e Maracanaú em Fortaleza; alguns asilos sob gestão estadual também o fizeram, como o Hospital do Portão em Curitiba e o Hospital Júlia Kubschek em Belo Horizonte, para citar alguns exemplos; também vale o registro de que no processo de transformação dos hospitais do MS, foi significativa a participação de profissionais sa área de saúde pública, inicialmente através de um Convênio entre o MS e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e que depois evoluiu através de parceria entre o MS e a Escola Nacional de Saúde Pública, com a criação em 1983 do atual Núcleo de Formação de Dirigentes Hospitalares.

complexa o hospital, exigir para a sua condução eficiente e eficaz, aportes de conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos que estejam condizentes com as práticas gerenciais mais avançadas, desenvolvidas em qualquer outra organização social de ponta. Até a pouco, a área de saúde pública, que inclusive não tinha o hospital enquanto espaço de atuação e de produção teórica, também não tinha a gestão de organizações, enquanto disciplina ou área de investimento profissional e institucional.

De maneira geral, o tradicional campo do planejamento foi o que mais se modificou com os novos desafios e a importante aproximação às teorias organizacionais. Hoje, em saúde, as concepções teóricas e metodológicas do planejamento, mais disseminadas e assumidas no país como mais avançadas, podem ser referenciadas em torno do planejamento estratégico-situacional (PES)[4] e de suas diversas aproximações. Esse corpo teórico e metodológico possui mais do que interfaces e intersecções com o campo das teorias organizacionais e em saúde, forçosamente com a epidemiologia. Sob determinados pontos de vista, o PES pode e deve ser considerado enquanto partilhando o terreno das abordagens organizacionais. Sem intenção de enveredar nesta tese, afirma-se apenas a convergência recente dos tradicionais campos do planejamento e da administração, como historicamente abordados pela saúde pública. A gestão hospitalar em muito contribui para o terreno onde se fertiliza esse processo, ainda que não de forma exclusiva, pois a concepção e implementação de sistemas ou redes descentralizadas de atenção também tem acumulado importantes contribuições e avanços.

Ainda que se tenha alcançado avanços significativos no campo do planejamento e da gestão em saúde, assume-se como imperiosa a necessidade de inovações reais, ao nível dos sistemas e serviços de saúde, de tal modo que novas conformações e práticas organizacionais em saúde redundem em melhores indicadores sanitários e de satisfação, tanto profissional como de seus clientes. Embora haja grande consenso quanto à necessidade de mudanças no modelo assistencial e em sua gestão, são poucas as propostas e iniciativas convergentes, que possam ser implementadas de forma mais extensiva no setor saúde e, especialmente, no parque hospitalar público brasileiro. Tem-se como consequência, um escasso consenso e pouca clareza sobre o que mudar ou para onde mudar. Na área hospitalar, encontramos um conjunto significativo de iniciativas do tipo voluntarista, quase sempre conformando propostas que estão mais preocupadas em escapar dos controles centrais e do processualismo da administração pública. Não é por acaso que as chamadas "fundações privadas de apoio"[5] provocam grande simpatia, especialmente entre os dirigentes locais. Mais recentemente, opções por cooperativas de profissionais de saúde também tem propiciado alterações político-organizativas, de maior ou menor envergadura[6].

Entende-se que tal situação se deva, naturalmente, a enormes discrepâncias entre as realidades organizacionais, o que origina diagnósticos os mais variados, mas também por serem realidades que vêm sendo explicadas a partir de categorias tomadas como suficientes (excesso de controles e escassez de recursos) e que uma vez satisfeitas, gerariam soluções satisfatórias. O maior exemplo dessa limitada análise, encontra-se na explicação que supervaloriza o volume escasso de recursos destinados ao setor saúde e aos hospitais ou ainda, as suas modalidades de pagamento, consideradas inadequadas.

4. Ao falar-se de planejamento estratégico-situacional (PES), tem-se como autor de referência o chileno Carlos Matus, mas também diversos outros autores que tem contribuído com o enfoque do planejamento estratégico aplicado em saúde, tais como Mario Testa, F. Javier Uribe Rivera, Gastão Wagner, Emerson Merhy, Luís Carlos Cecílio, Jairnílson Paim, Eugênio Villaça, entre outros.

Sem eliminar esta e outras dimensões explicativas, é necessário, no entanto, que sejam agrupadas e interrelacionadas outras causas, de modo que seja facilitada a implementação de alternativas de transformação mais abrangentes.

Mas sobretudo, deve fazer parte desse processo de análise, a adequada compreensão da natureza mais específica das organizações de saúde, particularmente hospitalares, de modo a permitir não apenas a construção de modelos de referência para análises mais pertinentes, mas também, para que as soluções sejam mais ajustadas e adequadas às condições e condicionamentos particulares deste tipo organizacional, o hospital público.

Procurando satisfazer esses pressupostos, concebe-se a organização deste texto, de modo que num primeiro momento, procura-se identificar algumas dimensões a concorrerem para a crise do setor hospitalar público. Em seguida são exploradas as características mais marcantes das organizações hospitalares públicas, tanto em seus componentes intrínsicos, derivados da natureza de seu trabalho, como em relação aos condicionamentos advindos da sua condição de vinculação à administração pública e sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS).

Dimensões da Crise no Setor Hospitalar Público: uma Referência para os Desafios de todo o Sistema

Ao tomar esse tema para trabalho, não se pode desconsiderar a crise que envolve o setor saúde, sobretudo ao nível da atenção médica-hospitalar. Naturalmente que não se pretende uma análise dessa crise, mas ao menos uma localização das suas dimensões que mais diretamente interagem com o que será tratado ao longo do texto.

Vecina Neto e Malik (1991), propõem uma análise desta crise a partir de três dimensões[7]. Uma primeira a nível estrutural, mais associada à importância política conferida ao setor, que se expressa na baixa prioridade enquanto área de governo. Isso pode ser diagnosticado pelos limitados recursos destinados a área, mas também pelos baixos salários, pela qualidade dos serviços prestados, pelo reduzido controle social, pelos critérios clientelistas para ocupação de cargos de gerência, entre outros. O segundo grupo de causas encontra-se a nível organizacional, naturalmente que condicionadas pelas primeiras. Entre tais causas, destacam-se a inexistência de objetivos claramente defi-

5. Fundações privadas são organizações legalmente constituídas com personalidade jurídica própria e regidas pelo direito privado; as fundações privadas de apoio são constituídas em função e ao lado de uma organização pública e formalmente com ela estabelecem relações formais (convênios), de modo a viabilizar através da fundação diversas ações e processos que legalmente não são possíveis na organização de direito público adm. direta e mesmo indireta.

6. Há distintas formas de inserir a lógica da cooperativa no setor saúde: como exemplo mais radical, não apenas terceiriza-se a responsabilidade pela prestação de serviços finalísticos para uma cooperativa de profissionais, ou para várias, como também vincula-se uma nova modadlidade de pagamento, o pré-pagamento per capita; neste caso o melhor exemplo se deu em boa parte dos serviços de saúde da Prefeitura de São Paulo, na gestão do Prefeito Paulo Maluf (93-96); outros exemplos de cooperativa, restringem-se à terceirização do trabalho à profissionais cooperados, cujo contrato posui valor fixo, baseado no número de profssionais que a cooperativa obriga-se a manter no serviço; os exemplos estão em alguns hospitais do Rio de janeiro, tanto estaduais, quanto municipais.

nidos, gerentes sem compromisso com a profissionalização, escassez de recursos financeiros, limitada utilização de instrumentos de gestão, tais como planejamento, orçamento, custos, sistemas de controle, etc.. Além de tudo, a completa ausência de padrões de trabalho, que limita a busca da eficiência e acrescenta-se, de eficácia. No terceiro plano de análise, estão as causas de caráter individual, das quais faz parte a limitação profissional dos gerentes, que se sentem inseguros em suas funções, tanto por serem instáveis, sujeitos a trocas repentinas, como também pela ausência de capacitação específica. Para os demais funcionários, quase sempre o clima é de desmotivação e descompromisso, estando o gerente incapacitado para lidar com essa "desmotivação generalizada..., no sentido de oferecer-lhes, ao menos, objetivos organizacionais claros a atingir, no mínimo como forma de garantir algum grau de compromisso, se não com a organização, ao menos com suas tarefas"[8].

Depara-se com realidades de gestão na sua maioria marcadas pela improvisação, pelas ações voltadas para emergências, pela grande centralização e baixa autonomia dos dirigentes locais, pela ausência quase completa de compromissos com os resultados finais, pela irracionalidade e desperdício de recursos, etc..

É sabido que a reversão desse quadro não se dará por soluções parcializadas. De maneira geral, a exclusiva injeção de recursos redundará quase sempre em maiores desperdícios, caso não sejam acompanhados de novas práticas, forçosamente amparadas em bases de responsabilidade social e profissionalismo renovado. Aqui, referindo-se a todos os profissionais, não apenas aos dirigentes, o que demanda uma imperiosa necessidade de transformação da cultura que hoje impregna tais organizações, expressa, de maneira geral, por práticas profissionais de limitado compromisso com a razão de ser dessas organizações: a satisfação de seus usuários e a otimização de seus recursos.

Portanto, transformar tais organizações significará um pouco mais do que a necessária, mas não suficiente, elevação do montante de recursos a serem alocados.

Neste quadro de crise relativamente profundo e extenso em que estão envolvidas as organizações hospitalares públicas brasileiras, seus dirigentes tornam-se meros personagens, na maioria das vezes levados por ela, poucas vezes conseguindo dimensioná-la mais detidamente. Para a maioria deles, o "fio da meada" para o seu enfrentamento é o problema que lhes espera ao chegar a cada dia ao seu hospital. Com certeza, até hoje, não foram poucos os problemas enfrentados e superados. Mas ao final do dia, poucos saem de seus hospitais com o espírito renovado, por terem alcançado resultados marcantes. A maioria das vezes, ainda carregam a sensação de frustração, por não conseguirem concretizar planos que acalentam e que podem mudar o hospital. O tempo se esvai rapidamente, muitas vezes os planos também!

Depois de alguns anos de docência em administração hospitalar, não é difícil perceber o quanto a maioria desses profissionais se entregam às suas causas, buscando levar seus hospitais à frente. Não sem angústia e muito desgaste, por se verem limitados nas suas práticas cotidianas, ao mesmo tempo em que os obstáculos se repetem e se avolumam. Enfrentam uma realidade onde as decisões programadas são exceções. Não são poucos os que já passaram por decisões cruéis, do tipo "A Escolha de Sofia"[9]. Que

7. Malik, Ana Maria e Vecina Neto, Gonzalo. Desenhando Caminhos Alternativos para a Gerência de Serviços de Saúde, São Paulo, mimeo, 1991. pp.1-3.

8. Malik, Ana Maria e Vecina Neto, Gonzalo. op.cit. p. 2.

organizações e que modelos de gestão são esses, onde seus diretores, quase sempre médicos, são chamados a partilhar decisões desse tipo?

Neste trabalho, o campo da gestão e do profissionalismo na gestão hospitalar são assumidos enquanto estratégias não apenas para o enfrentamento da crise, mas especialmente, visando à condução dessas organizações. Essas organizações necessitam ser conduzidas e isto é algo mais do que simplesmente existirem e estarem a mercê de inúmeros condicionamentos e por eles erraticamente serem levadas. Assim, seus condicionamentos, sejam oportunidades, sejam fraquezas e limitações, devem ser identificados e compreendidos. Compreender os fatores intervenientes na dinâmica das organizações, é no mínimo estar atento ao que interfere na vida de qualquer pessoa, pois a sua quase totalidade está permanentemente *nas* organizações ou *delas* sofrendo algum efeito[10]. Mas quanto aos dirigentes, estes *não apenas estão* nos hospitais, não são seus pacientes, fornecedores ou funcionários, assim como num avião, o piloto não é um passageiro a mais! Conhecer a complexidade de um avião intercontinental, no caso de um piloto, é uma interessante analogia para o diretor hospitalar. Esse conhecimento para o piloto, não significa que ele deva saber fazer a manutenção de sua turbina, o mesmo para o diretor em relação ao seu tomógrafo. Mas ambos são ou devem ser responsáveis por uma "rota" e mesmo, "rotas alternativas" para suas "organizações". Também devem saber a importância de todas as partes, interações internas e externas, necessidades, insumos e produtos, relacionados com sua organização, para com eles interagir, valorizando permanentemente a razão de ser do todo organizacional ou seja, ser elemento vital para a sua eficiência e eficácia.

É inegável e cada vez mais inadiável, a necessidade que a gestão hospitalar pública tem de encontrar novos caminhos, que seus diretores, ainda que muitos não se apresentem como conscientes dessa obrigação, sejam cada vez mais, *condutores de suas organizações.*

A Complexidade das Organizações Hospitalares

No campo da gestão, teoria e prática, já é bastante difundida a noção de que os hospitais encontram-se entre as organizações mais complexas que existem. Essa noção de complexidade encerra pelo menos duas dimensões. Uma primeira relacionada à organização do trabalho em si, considerando tanto o processo, como o produto. A segunda, em consequência, decorre das exigências para a sua condução, o que significa a coordenação das ações específicas de cada parte desse trabalho, no intento do alcance de produtos e resultados globais em níveis de eficiência e eficácia.

9. Diversas matérias jornalísticas nos últimos anos vem veiculando as precárias condições de trabalho nos hospitais públicos brasileiros; esse tema é tratado em reportagem da Revista Veja de 18/08/93 do jornalista Elio Gaspari, sendo tomada como ilustrativa; expressa uma analogia ao famoso filme em que uma mãe durante a II Grande Guerra, é colocada diante da situação em que deve escolher um de seus dois filhos para salvar das mãos dos nazistas; o outro fatalmente morreria; em vários hospitais, essa escolha já é feita, como por exemplo, no caso de dois pacientes que necessitam respirador (aparelho para manter função respiratória disponível em setores de emergência e centro de terapia intensiva) e há apenas um disponível; o médico, com assentimento de seu diretor ou mesmo orientado por ele, decide em qual paciente utilizar o aparelho; o outro...; na matéria de fortes depoimentos quanto a esse tema de diversos profissionais, incluindo diretores de hospitais no Rio e em S. Paulo.

Portanto, a perspectiva de construção de modelos gerenciais aplicáveis às organizações hospitalares, forçosamente exige compreensão acerca da natureza particular da sua complexidade.

As formulações sobre as organizações, que compõem o campo da Teoria das Organizações, ou como prefere Motta (1990), *das teorias organizacionais*[11], constituem campo bastante vasto, embora num período histórico relativamente curto, sendo que, a evolução dos conhecimentos não tem necessariamente, provocado descarte de contribuições anteriores. O que se percebe é mais um processo cumulativo onde novas ênfases e abordagens tratam de subordinar lógicas formuladas anteriormente. Pode-se dizer que esse processo traduz mesmo os limites para se produzir "teorias" que expressem toda a complexidade que cercam as organizações. Dussault (1992) em poucas palavras identifica as principais abordagens que historicamente se apresentaram.

"A visão delas (teorias das organizações) passou de entidades programáveis, funcionando como máquinas, a sistemas complexos.... Gradualmente, a visão racionalista e positivista ("one best way") foi trocada por outra que aceitava a existência da interdeterminação (contingência) e, mais recentemente, segundo uma nova corrente da literatura (Lincoln 1985, Weick 1989) com uma visão naturalística, que enfatiza a complexidade, o caráter sistêmico, holográfico..."[12].

Há ainda outras formas de explicar as organizações. O uso de metáforas é uma delas, sendo Morgan (1991) um autor de referência nessa forma de teorizar as organizações. São conhecidas as suas metáforas[13], que possibilitam explicar o funcionamento das organizações, o que "*ilustra eloquentemente a dificuldade da teorização de uma realidade tão complexa*"[14].

A opção neste trabalho, para explicação das organizações hospitalares está amparada na lógica construída por Mintzberg (1989), que *"as considera em termos de configurações, isto é, de sistemas típicos de relações entre atributos básicos, cada uma (configuração) tendo características, modo de funcionamento e problemas específicos"*[15].

Para a diferenciação organizacional, Mintzberg (1989) trabalha com algumas combinações de variáveis. Um primeiro grupo de variáveis, é construído a partir da identificação de partes componentes de qualquer organização, sendo elas: *o centro operacional*, onde se localizam os operadores que produzem os bens ou serviços típicos da organização; *o centro de decisão*, onde estão os dirigentes; o *nível intermediário* (midde line), composto por gerentes e supervisores; *a tecnoestrutura*, onde se localizam os especialistas, técnicos ou analistas que planejam o trabalho dos operadores e; *o pessoal de apoio*[16].

O outro conjunto de variáveis consideradas, diz respeito aos mecanismos de coordenação do trabalho, que podem ser: de ajuste mútuo, supervisão direta e ainda de padronização de qualificações, de processos, de produtos e de normas de comportamento[17].

10. Essas idéias derivam da compreensão de Etzioni de que cada vez mais as pessoas nascem, vivem e morrem por ação direta das organizações; vive-se uma sociedade de organizações; Etzioni, Amitai. in: Lemos, Sheyla. "O processo de definição e implementação de objetivos numa organização do setor saúde: do conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital das Clínicas Raphael de Paula Souza" Tese de Mestrado EBAP/FGV, mimeo 1993.p.4.

11. Motta, Fernando C. Prestes., Teoria da Administração: alcance, limites, perspectivas. mimeo., ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP, out. 1990, RJ. p.4.

Um terceiro conjunto de variáveis são designados por Mintzberg de parâmetros básicos, que compreendem: o grau de especialização das funções, de formalização dos comportamentos, o tipo de treinamento necessário, de agrupamento das unidades (tipo de departamentalização), dos mecanismos de ligação entre as unidades, do sistema de planejamento e de controle e finalmente, do grau de centralização das decisões[18].

Por último, enquanto variáveis a se combinar para a conformação das configurações, há os fatores contingentes ou situacionais, onde se enquadram a idade da organização, seu tamanho, o sistema técnico de produção, a complexidade tecnológica (essencialmente equipamentos), o nível de estabilidade do ambiente e a organização do poder (nível de autonomia em relação a controle externo)[19].

São sete as configurações concebidas por Mintzberg, que expressam sete *combinações típicas* entre o conjunto de variáveis apresentadas. Neste caso, importa a configuração profissional que em função deste estudo será especialmente desenvolvida. No entanto, está ressalvado a própria compreensão do autor, de que numa mesma organização, convivem todas as configurações, sendo uma delas a que mais se sobressai[20].

O conceito de *organizações profissionais*, é assumida neste trabalho, como categoria de referência para a caracterização dos hospitais. Nas organizações profissionais, a variável mais expressiva está no fato de que o trabalho finalístico, próprio de seu *centro operacional*, exige qualificações de nível elevado, sendo dificilmente passíveis de formalização e normatização. O *centro operacional* tende a ser a parte mais desenvolvida e forte da organização. O mecanismo de coordenação do trabalho que prevalece está baseado na padronização das qualificações. Esse saber e as habilidades desenvolvidas são alcançadas em todo o processo de formação profissional, exterior e quase sempre antecedente à condição de vínculo numa dada organização[21].

Essa condição, onde o profissional é portador de habilidades construídas independentemente da organização e que também são legitimadas *por fora*, ao nível de órgãos classistas e científicos de base corporativa, tem por consequência uma fraca vinculação entre profissional e organização, onde o primeiro depende da segunda apenas para prover os meios necessários à sua prática, sendo esta bastante determinada por si mesmo. Significa dizer que o poder de decisão sobre o seu trabalho é bastante pessoal e, onde a capacidade de controle da organização sobre este trabalho fica portanto, limitada. Mintzberg (1989) assinala que esses profissionais tendem a possuir maior compromisso com sua tarefa e com sua profissão (expressos por seus órgãos de classe), versus o compromisso com o todo organizacional.

---

12. Dussault, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências, Rev.Adm.Publ., RJ, n.2, vol.26, FGV, 1992. pp.9-10
13. Esse autor concebe oito metáforas, cada uma delas traduzindo uma ênfase a ser valorizada na forma de compreender as organizações e assim, caracterizá-las e diferenciá-las; são elas: a máquina, o organismo, o cérebro, a cultura, o sistema político, o presídio psíquico, fluxos e transformações e um instrumento de dominação; MORGAN, Gareth. Images of Organizations, USA, 3a ed, Sage Publications, Inc.,1991.
14. Dussault, Gilles.op.cit. p.10
15. Idem.Ibidem. p.10
16. MINTZBERG, Henry. Mintzberg on Management: inside our strange world of organizations. The Free Prees, New York, 1989. pp.98-100.
17. MINTZBERG, Henry. op.cit. p.101.
18. Idem.Ibidem. p.103-105.

Os profissionais operam com base na perícia, também fonte de poder, enfatizando a autoridade dos especialistas[22]. Há, especialmente para o médico, uma importante autonomia em relação às suas decisões técnico-profissionais, com um conseqüente desafio: como coordenar a existência de trabalhos com significativa autonomia, a ser mesmo assegurada em algum nível, articulando-os racionalmente em torno de uma missão e objetivos pactuados para a organização como um todo?

Nas organizações profissionais, o papel da tecnoestrutura, do nível intermediário e mesmo de seu centro de decisão, é limitado, tomando como referência o grau de condicionamento sobre o trabalho dos operadores, no caso de um hospital, seus médicos e, no caso de uma universidade, seus professores e/ou pesquisadores.

Segundo Dussault (1992), os profissionais vão tentar controlar a organização para manter e até mesmo reforçar o seu poder sobre as decisões que influenciam o seu trabalho. Nesse caso, os profissionais buscam ocupar espaços em outros setores organizacionais, seja no centro de decisão (os médicos passam a ser dirigentes também), ao nível da tecnoestrutura (interferindo nas condições de trabalho tecnologia, procedimentos gerais como mecanismos de distribuição de recursos, de salários, de outros prêmios, etc.) e mesmo nas atividades logísticas[23].

Dussault (1992) faz uma outra observação de suma importância para que se compreenda o contexto e as exigências de aperfeiçoamento da gestão em organizações de tipo profissionais. Diz esse autor: *"Autonomia profissional tende a favorecer a segmentação em grupos (de profissionais) com interesses divergentes, o que explica a dificuldade de se fazer mudanças na organização inteira. Paradoxalmente, mudanças acontecem facilmente, ao nível das unidades, justamente por causa da autonomia dos operadores"*[24].

Esse *paradoxo*, pode ser trabalhado como **problema tipo oportunidade** para organizações profissionais que optem por modelos gerenciais descentralizados e com sistemas de coordenação baseados enfaticamente nos resultados, como explorado adiante.

É inegável que sejam organizações de poder compartido. Mesmo entre os profissionais, como assinala Lemos (1994), há uma tendência para o isolamento entre si, de grupos e mesmo sub-grupos, com o surgimento de objetivos diferentes, *"onde grupos de especialistas médicos, tendem a abordar os problemas de saúde, enfática ou exclusivamente a partir da perspectiva da sub-especialidade em questão"*[25].

Não é difícil perceber que tal processo gere repercussões negativas sobre o todo organizacional, onde objetivos pulverizados e desconexos comprometem os resultados finais da organização.

A natureza do trabalho médico possui ainda uma outra importante característica, qual seja a de ser consumido no próprio processo de produção e onde cada processo apresenta singularidades condicionadas pelo cliente. São processos não padronizáveis, com muito pouca tolerância ao erro e bastante determinados pelo poder/saber profissional, que condiciona enormemente a sua decisão a cada tarefa enfrentada.

---

19. Idem.Ibidem. p.106-109.
20. Essa noção é interessante e significa compreender cada configuração enquanto uma *força* que age junto com as demais (forças) numa tensão dialética, onde cada uma possui pesos específicos e sendo uma delas mais *potente*, com isso, determinando um tipo organizacional particular.
21. Mintzberg, Henry, op.cit.p.174-176.
22. Lemos, Sheyla. op.cit.p.120.

Os Condicionamentos da Administração Pública

A seguir, são apresentadas algumas características particulares das organizações vinculadas a administração pública. É natural no entanto, que em cada organização pública, essa condição e suas consequências, se expressem diferentemente, o que leva Motta (1989) a utilizar o termo "*repleto de incongruências e ambigüidades*" quando se reporta a algumas características da administração pública[26]. Mas também é preciso compreender tais características no quadro mais geral da própria administração pública, procurando ainda identificar os imediatos e potenciais condicionamentos às suas organizações.

Uma condição que afeta particularmente as organizações públicas de saúde, diz respeito ao fato destas comporem o Sistema Único de Saúde (SUS)[27]. Essa condição adicional, traz consequências importantes, entre elas a própria tendência a uniformidade de regras extensivas a todas as organizações de saúde, desconsiderando, muitas vezes, as suas especificidades. No caso do SUS as regras uniformizadas de financiamento são um exemplo, assim como todas as demais regulamentações universais específicas do setor público de saúde.

Dussault (1992) concorda que as organizações públicas sejam mais dependentes do ambiente socio-político do que as demais e afirma que "*seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização*"[28].

Neste caso, uma das dimensões da regulação está determinada pelos sistemas de controles, enfaticamente sobre os meios e os processos. Esses controles, externos e centralizados, são em geral extensivos, não importando a diversidade organizacional e as características de cada processo de trabalho. Dussault (1992) define essa regulação externa indiferenciada de "*contaminação burocrática*"[29].

Do lado das organizações, o melhor seria que não houvesse controles, não se considerando de maneira geral, a substituição das lógicas dos controles sobre os meios, para controles sobre os fins. A dimensão corporativa, de auto-defesa, refratária à prestação de quaisquer contas, prevalece, configurando o que Campos (1990) denomina de "*imunidade a controles externos*"[30]. A administração pública e suas regras, tendem a reagir com aumento dos controles, sobre os meios, mais uma vez!. Configura-se uma tendência ao exagero de normas e ao seu "*formalismo*"[31], uma vez ser comum, como diz Campos (1990), "*o desrespeito ao seu cumprimento*", chegando mesmo a ser popular a noção de que tal lei ou norma pode *pegar ou não pegar*, mesmo porque algumas "*não são destinadas a serem obedecidas*"[32].

Como resultado. a racionalidade burocrática, que expressa o pretenso valor do cumprimento de normas de processo, prevalece sobre a racionalidade sobre os resultados. Aqui é possível se fazer uma digressão sobre o que significa a lógica burocrática aplicada a organizações do tipo profissional, como é o caso de hospitais. Como visto anteriormente, com os aportes de Mintzberg (1989) e Dussault (1992), a burocracia centralizadora seria característica dominante de organizações mecanísticas, onde o mecanismo de coordenação principal é a padronização do processo de produção. Quando o principal mecanismo de coordenação do trabalho é a padronização de qualificações, a

23. Dussault, Gilles.op.cit. p.11

24. Idem.Ibidem. p.11

25. LEMOS, Sheyla. op.cit.p.121.

lógica burocrática acaba por não surtir efeito, servindo mesmo para gerar disfunções organizacionais.

A administração pública, apesar de conter organizações diversas, com vários tipos de trabalho e portanto, necessitando de diferentes mecanismos de coordenação e controle, ainda é uma grande burocracia. Castor e França (1986), afirmam que a "*administração pública brasileira tem sido fortemente fascinada pela uniformidade.... Apesar dos baixos níveis de eficiência e adequação desses sistemas (nacionais)...*"[33].

A centralização da administração pública é uma condição associada à sua lógica burocrática e também impacta fortemente a *performance* das suas organizações. A limitada autonomia local é a sua contrapartida. Como já referido acima, a centralização expressa-se quase exclusivamente sobre os meios.

Assim, a centralização é sem dúvida um grande obstáculo à melhor *performance* organizacional. A baixa *governabilidade*, praticamente sinônimo de baixa autonomia, condiciona negativamente as regras de *direcionalidade e responsabilidade*, ainda que a primeira se apresente como regra mais condicionada[34].

A definição de objetivos, outra categoria a ser considerada na análise das organizações públicas, também está forçosamente referida a fortes condicionamentos do sistema maior. Os objetivos seriam de competência local, nos limites que os meios possibilitam e obedecidas diretrizes centrais. No entanto, centralmente, associada à ênfase de controles nos meios e processos, as diretrizes enquanto expressão de políticas, se traduzem em uma indefinição generalizada de objetivos. Segundo Lemos (1994), apoiada em Motta (1985), há dificuldades dos dirigentes para assumir objetivos claramente especificados nos níveis centrais, assim, "*se não se sabe claramente o que se deve fazer, e se também, não se tem poder de decidir como fazer, qualquer coisa que se faça pode ser apresentada como satisfatória*"[35].

Essa condição de pouca clareza na definição externa de objetivos não elimina para as organizações públicas, o que salienta Thompson (1976), de que além dos objetivos próprios, desenvolvidos no seu interior, haverá os objetivos *"para"* a organização, propostos a partir de fora[36]. Os objetivos "*para*" a organização, são determinantes para o seu próprio surgimento. Esses objetivos de fora, que são mesmo antecedentes a ela própria, podem vir a conflitar com novos objetivos que se desenvolvam no seu interior, ou ao contrário, quando os objetivos de fora se modificam.

Para uma organização que compõe um sistema (de saúde), essa (des)harmonia de objetivos é ainda mais importante. O princípio de complementariedade (de objetivos), expressa o quanto os objetivos de uma dada organização só se justificam quando articulados àqueles das demais organizações do sistema ou pelo menos das organizações

26. MOTTA, Paulo R. Gestão Governamental: a busca de uma definição e de uma unidade de análise. Síntese da palestra realizada na FUNDAP, S.Paulo, mimeo.,1989. p.8.
27. O Sistema Único de Saúde está definido constitucionalmente, através do artigo 198 da Constituição de 5/10/88 e regulamentado na Lei Orgânica da Saúde n. 8080/90
28. DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. Rev.Adm.Pub, Rio de Janeiro, 26 (2), 1992. p.13.
29. DUSSAULT. Gilles. op.cit. p.13.
30. CAMPOS, Ana Maria. Accountability: Quando poderemos traduzi-la para o português? Rev.Adm.Publ. Rio de Janeiro, 24 (2)30-50, 1990. p.42.

com que mantém maiores interações. Aqui reside um grande desafio para as organizações públicas de saúde.

Uma outra dimensão a ser analisada e característica da adminstração pública, está relacionada com o caráter compulsório de atendimento a clientela, onde as necessidades sociais emergem como direitos, sem correspondência adequada de recursos para satisfação das pressões de consumo. Dussault (1992) diz que "*as organizações públicas tem o* ***dever*** (grifo nosso) *de prestar atendimento, o que não existe no setor privado*". Continua o autor: *"o que significa em princípio, que não existe a possibilidade de selecionar a clientela, os problemas a atender, nem os serviços a produzir"*[37]. É interessante perceber como tal "princípio" não é universalmente aplicado às organizações públicas, a maioria delas por descompromisso público, descaso com a clientela ou mesmo por tudo isso somado à busca por mais recursos. Explica-se: o atual mecanismo de financiamento das atividades hospitalares públicas, prestadas em serviços estatais ou privados contratados, baseado na remuneração por uma tabela de preços mais vantajosa para alguns procedimentos e extremamente desvantajosa para outros, acarreta a preferência por atendimentos de casos melhor remunerados.

Mas se essa condição acima descrita é verdadeira, também o é a de que as organizações públicas não são regidas por leis de mercado, delas não se cobrando eficiência e nem sendo punidas por seus escassos resultados, tanto quantitativos, quanto qualitativos. Uma organização pública raramente fecha e praticamente nunca vai à falência, mesmo com grandes desequilíbrios, inclusive financeiros. A sua sobrevivência está assegurada na sua própria origem!

Há ainda as instabilidades e incongruências de diversos outros setores governamentais com os quais relacionam-se os hospitais, organizações próprias do setor saúde, como outros hospitais com os quais se deveria manter relações de referência e contra-referência[38]. São condições já salientadas e que contribuem para gerar indefinições quanto às decisões e projetos de médio e longo prazo, como chama atenção Motta (1991), ao analisar as implicações de uma gestão submetida à lógica da administração pública[39].

---

31. Na sociologia formal, "a forma e a relação entre indivíduos, feita a abstração dos objetos por eles desejados" (ARON, R. La sociologia alemana contemporanea. B. Anes, Pardos, 1953, p.12) ver Dicionário de Ciências Sociais/Fundação Getúlio Vargas Benedicto Silva coord. geral et. al, 2ª ed. Rio de Janeiro. 1987. p. 498. Na lógica formal, as formas (e o jornalismo) se referem aos elementos que constam do juízo, independente do seu conteúdo concreto...;

32. CAMPOS, Ana Maria. op.cit.p.42.

33. CASTOR, B.O. e FRANÇA, C.Administração Pública no Brasil exaustão e revigoramento do modelo. Rev.Adm.Publ. Rio de Janeiro, 20 (3):3-26, 1986. p. 6.

34. Matus define 4 regras básicas que embasam suas proposições para um adequado sistema de gestão; ao mesmo tempo, tais regras possibilitam análise de práticas de gestão: direcionalidade, que corresponde a uma adequada definição e implementação de missão e objetivos organizacionais; responsabilidade, que corresponde à existência de um sistema de prestação de contas dos resultados que confirme os objetivos; departamentalização, que corresponde à divisão do trabalho organizacional e adequada definição de competências; e governabilidade, que corresponde à capacidade de governo do sistema, expresso no poder que os dirigentes possuem sobre as variáveis que importam ao sistema; é oportuno frisar que para o autor, as regras de direcionalidade e responsabilidade são mais condionantes que as duas outras, na conformação de um eficaz sistema de gestão. Matus, Carlos. O Planejamento estratégico-situacional (PES) na prática. Fundação Altadir, Caracas. mimeo, 1987.

Tendências e Desafios para a Gestão de Hospitais Públicos: Possibilidades Extensivas ao Sistema

Em termos tendenciais, observa-se que o hospital está ainda condicionado por outros fatores, decorrentes da condição de organização pública de saúde. Sobre isso, devem ser observadas algumas alterações ocorridas nos últimos anos, que não têm sido adequadamente consideradas. Não são desconhecidas as exigências de maior racionalidade quanto à utilização de recursos públicos. Igualmente, há uma série de medidas que enfatizam incrementos de produção nessas organizações. Para os hospitais públicos, a introdução de novos mecanismos de financiamento e de custeio Sistema de Autorização de Internação Hospitalar / AIH[40] tem o significado da necessária associação entre recursos e produção, regra até há pouco desprezada em boa parte da administração pública. Apesar de submetidos a este novo sistema, não se esboçam transformações importantes nas suas racionalidades administrativas. Até hoje não dispõem de sistemas de apuração de custos! Tais tendências identificadas na própria administração pública em geral, e não apenas na saúde, com certeza acarretarão em prazos relativamente curtos, novas lógicas de acesso a recursos[41].

As condições ambientais no entanto, estão a indicar uma tendência à valorização de mecanismos mais competitivos no interior das próprias organizações públicas, quanto ao acesso a recursos, o que significa vincular disponibilidade de recursos à produção e à qualidade.

Não é menos importante, sendo mesmo associado à condição referida acima, a tendência à maior autonomia das organizações públicas. No setor saúde, a descentralização é um dos princípios da diferenciação do sistema, embora que ainda não esteja, até o momento, adequadamente implementado. No entanto, as experiências sanitárias que experimentam maior sucesso e inovação, encontram nos caminhos da descentralização e maior autonomia, pelo menos parte das razões que explicam a melhoria dos resultados.

Como alerta Mendes (1993), descentralizar não significa tornar independentes as unidades de saúde, mas sim criar um relação "*biunívoca*" entre as dimensões centralização e descentralização, "*onde a cada momento de descentralização deve corresponder um outro, de centralização subordinada*"[42].

Finalmente, as tendências do processo de reforma constitucional no campo da administração pública brasileira devem induzir à adoção de modelos de maior autonomia das organizações estatais, com a contrapartida da centralização sendo expressa na lógica da cobrança de resultados, acompanhada de mecanismos recompensadores em função de desempenhos satisfatórios[43]. Considerando as propostas do governo dos quatro possíveis níveis da administração pública brasileira, ao menos em três deles, está preconizado a introdução dos *contratos de gestão*[44]. A introdução dos contratos de gestão pode expressar pura e simplesmente uma nova racionalidade para a administração pública brasileira, onde a noção de concorrência por recursos e a sua

35. LEMOS, Sheyla. op.cit. p.130.

36. Thompson, J.D.. Dinâmica Organizacional. São Paulo, Ed. McGraw Hill do Brasil, 1976 in Lemos, op.cit.p.126

37. DUSSAULT. Gilles. op.cit. p.13.

capacidade em otimizá-los constituem o ponto essencial. Essa concepção estaria articulada à uma dada compreensão de Estado com menor responsabilidade sobre o provimento de recursos, bem como sobre a definição de prioridades e objetivos, no caso assistenciais, que passariam a estar mais dependentes de interações no seio da sociedade, reguladas fortemente pelas relações no mercado sanitário, entre ofertas e demandas. No entanto, a configuração de relações entre o Estado e organizações públicas ou privadas também com base em contratos de gestão, podem, além dos efeitos racionalizadores de recursos (leia-se busca de maior eficiência através de alguns mecanismos concorrencionais), propiciar impacto na eficácia do sistema e mesmo na equidade, desde que o Estado e não simplesmente o mercado, possam atuar como função reguladora. Neste caso, os contratos devem propiciar uma relação biunívoca de autonomia (na gestão dos recursos organizacionais) com regulação (na gestão e alcance dos resultados produtos e impacto sanitário). As prioridades, ações, atividades de saúde (volume e qualidade) e mesmo condições de acesso, seriam objeto da regulação do Estado ou por agências/instâncias delegadas.

As possibilidades de aplicação dos chamados contratos de gestão estão dependentes do quanto, no caso da saúde, interajam a Reforma do Estado brasileiro com os princípios da Reforma Sanitária, especialmente em quatro deles, o acesso universal aos serviços, a equidade, a descentralização e a democratização.

No que tange ao processo de Reforma do Estado, as suas tendências formais, quais sejam aquelas dependentes de mudanças constitucionais e do aparato legal, estão a evoluir com enormes limitações, atreladas que estão a tantos impasses de natureza corporativa e conservadora. Proposições recentes ao nível do Congresso parecem restringir a Reforma a questões de teto salarial dos funcionários e ainda, à possível quebra da estabilidade no emprego. No entanto, em paralelo e a despeito do processo legislativo, inúmeras ações reformistas ganham corpo e tornam-se realidade, quase todas inaugurando novas práticas organizacionais e até mesmo gerando alternativas heterodoxas na administração pública, tais como o surgimento de cooperativas de trabalho, de consórcios de natureza privada entre governos, etc.. É verdade que há fortes motivações escapistas em relação aos controles e a operação em geral, da administração pública conforme a legislação vigente. No entanto, ainda que indiretamente, também expressam-se novas relações entre Estado, organizações, seus profissionais e os usuários.

---

38. Referência expressa uma relação de encaminhamento formal de pacientes de uma dada unidade de saúde para outra, com tecnologia mais apropriada à resolução do caso e contra-referência o encaminhamento de retorno à unidade de origem após intervenção; essas relações denotam a necessária complementariedade entre serviços de saúde que componham uma rede.

39. MOTTA, Paulo. Alguns desafios administrativos na gestão pública de saúde, trabalho apresentado no Seminário Novas Concepções Em Administração e Desafios do SUS: Em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial. ENSP/FIOCRUZ FUNDAP/SP, mimeo, 1990. p.23.

40. O Sistema AIH, já praticado como modalidade de pagamento de todos hospitais privados contratados pelo poder público, foi estendido ao setor público em 1991; baseia-se numa tabela de procedimentos associados a diagnósticos específicos, para os quais, há valores definidos a serem pagos aos prestadores da assistência; esses valores são fixos por patologia, existindo valores adicionais segundo a complexidade da unidade prestadora.

41. No momento, há estudos preliminares no interior da própria FIOCRUZ para o desenvolvimento e implantação de contratos de objetivos ou de gestão, que procurariam articular o acesso a recursos com a eficiência e eficácia da respectiva unidade técnica; num primeiro momento, talvez já em 1995, os primeiros indicadores para acompanhamento de performance já estejam sendo utilizados, com metas assumidas tanto pela unidade quanto pela Presidência da instituição.

Muitas dessas relações são de compromisso, onde o Estado reforça seu papel regulador e mesmo de provedor e redistribuidor de recursos em função de prioridades sociais. Quase sempre, nas áreas sociais, são os municípios (alguns poucos) que tem apresentado inovações. Há exemplos limites, em que a gestão municipal conseguiu acabar com os funcionários públicos, com a exceção do prefeito, seu vice e os nove vereadores, simplesmente, contratando uma cooperativa para cumprir suas funções[45]. Sem entrar no mérito dessas iniciativas, percebe-se apenas que na ausência de definições extensivas para a Reforma do Estado, o processo existe de fato.

No caso da saúde, as possibilidades de inovação com a modalidade de gestão municipal semi-plena e plena[46], são bastante extensas, chegando mesmo a ser possível a superação da atual modalidade de pagamento de serviços com base na AIH e na UCA. Ainda que não tal prática não tenha sido experimentada, está aberto o caminho para criatividades. Diferentemente de outros setores, a Reforma de Estado por dentro do setor saúde, encontra balizamentos muito claros, já expressos legalmente. Sem dúvida, as regras de financiamento estão ausentes, sem que no entanto, impeçam em definitivo avançar-se, como podem comprovar diversas experiências existentes no país.

Considerações Finais

O chamado processo de modernização do Estado exige a superação de desafios de grande monta. Primeiramente, há que se ter claro o que deve estar ao nível do próprio Estado e submetido à sua maior regulação e controle. De outro, identificar, aperfeiçoar e introduzir mecanismos de operação do Estado mais eficientes e eficazes. É o campo da gestão propriamente dita, combinado com a formulação e implementação de políticas públicas.

Quanto à atuação do Estado no setor saúde, assume-se sua pertinência e obrigatoriedade, ainda que seja polêmica a extensão da sua intervenção. Para todos os efeitos, entende-se que é imperiosa a atuação do Estado nas áreas sociais, tanto como prestador, sem a pretensão de exclusividade, mas fundamentalmente como regulador, aqui sim, com a obrigação de atuação sobre todas as práticas. A maior ou menor intervenção, a ser expressa pelo oferecimento direto de serviços ou através de terceiros, é uma questão de compromissos políticos dos governos e naturalmente, de competência para fazê-lo de forma eficiente e eficaz.

42. MENDES, Eugênio V. op.cit. p.111.

43. PEREIRA, L.C. Bresser. A Reforma do aparelho do Estado e a Constituição Brasileira. Conferência em seminários realizados com partidos políticos. Brasília, jan. 1995. revisado em abril. mimeo.

44. O atual Ministro Bresser Pereira Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, defende a organização do Estado em quatro níveis a saber: o núcleo burocrático, tipicamente estatal (atividades típicas e exclusivas do Estado); o núcleo monopolista do Estado (atividades não exclusivas, mas dominadas pela atuação do Estado); a esfera pública competitiva (atividades não exclusivas, onde o Estado pode/deve competir com a iniciativa privada e; a esfera não pública (reservada às funções típicas de mercado, podendo ou não ter atuação do Estado); exceto no núcleo burocrático, os demais devem ser geridos mediante contratos de gestão entre cada organização e a esfera que a subordina no núcleo burocrático do Estado; essas considerações foram colhidas em conferência realizada pelo Ministro Bresser em julho de 1995 no Hotel Glória, RJ.

Não se está afirmando que a intervir de forma ineficiente seja melhor retirar-se. Ao contrário, enfrentar os sistemáticos apelos para o chamado enxugamento do Estado, acima de tudo requer uma administração pública eficiente. Movimentos nesse sentido não são apenas necessários, são possíveis, conforme demonstrado em outros países. O caso brasileiro, bastante atrasado nesse sentido e depois de enfrentar processos absolutamente erráticos, como a "reforma Collor", está diante de novas oportunidades.

Na área da saúde, deve-se ler a crise atual como oportunidade. Uma crise que atravessa diversas dimensões, conforme explorada no início deste trabalho. Mas uma crise que encontra um espaço de intersecção de grande potencialidade, localizado nas dimensões estrutural e organizacional, ou seja, do modelo de gestão e de interrelacionamento entre o Estado e suas organizações.

Não há dúvidas de que este espaço não dá conta diretamente de outras dimensões da crise, localizadas por exemplo no campo da disponibilidade de recursos para o setor. No entanto, defende-se que não se trata de resolver um ou outro problema, mas de resolver os dois, ou melhor ainda, ambos só tem sentido caso sejam tratados e enfrentados simultaneamente. Ambos se condicionam tanto negativa, quanto positivamente.

Defende-se que a lógica de organização da administração pública tomando por base os "contratos de gestão", alteram significativamente importantes estrangulamentos a dificultarem atualmente a melhor performance das organizações públicas, em diversos setores, neste caso, os hospitais, mas também e porque não, os sistemas ou redes de serviços. Nesse sentido, há uma analogia possível: os atuais módulos de médicos/equipes de saúde da família disseminados pelo país, possuem um tipo de relação contratual com o poder público muito próximo da lógica do contrato de gestão. Tais equipes são contratadas e remuneradas por capitação, isto é, salários fixos em função do volume de vidas sob responsabilidade. Há na NOB/96[47] a possibilidade de aplicação do Índice de Valorização de Resultados IVR, que viria a agregar recompensa financeira variável em função dos resultados sanitários decorrentes entre outros, da atuação das referidas equipes, a serem apurados através da aplicação sistemática de alguns indicadores de resultados.

A ausência de objetivos externos claros, ao nível dos órgãos centrais, o centralismo administrativo, a ênfase nos controles sobre os meios e processos são características a serem revertidas. O contrato de gestão permite isso. Ao nível dos hospitais, a baixa responsabilidade em relação aos resultados, a ausência de objetivos, a limitada autonomia gerencial, a improvisação gerencial, o desperdício, etc., podem ser melhor enfrentados.

Particularmente para as características da atividade hospitalar, onde o mais essencial do seu trabalho, o trabalho médico, exige liberdade e autonomia relativa, pode ser estendida a mesma concepção de gerência. A prática formal de autonomias internas com base nos serviços/unidades organizacionais/centros de responsabilidades, respeita e valoriza a liberdade e autonomia do trabalho médico, mas dele cobra resultados, responsabilidades, coordenação com o todo organizacional e deste com a própria dimensão maior do modelo de atenção preconizado pelo SUS um modelo interessado em resultados (sanitários).

45. Matéria publicada no Jornal do Brasil de 15/12/96.

46. Conforme regulamentação na Norma Operacional Básica de 1993 e mais recentemente na NOB 96.

Isso tudo significará um reforma na administração pública e particularmente, nos princípios de gestão do SUS, hoje enfaticamente concentrados nos meios.

No setor saúde e, especialmente, para o parque hospitalar vinculado ao SUS, tanto em relação aos hospitais estatais, quanto aos contratados, as iniciativas controlistas centradas exclusivamente sobre as faturas de produção (AIH e UCA), não parecem ter muito futuro. Ainda que sejam aperfeiçoados esses processos, descentralizados seus controles, etc., não há nada que indique, quando cotejados com outros mecanismos de controle no país e no mundo, que o seu maior e melhor aperfeiçoamento, redundará em garantias de melhores e mais racionais serviços hospitalares.

Passados 20 anos em que a relação entre Estado e prestadores privados se dá nessas bases, não há indícios de que a racionalidade e qualidade dos serviços prestados tenha se alterado por decorrência de tais mecanismos. A conclusão é semelhante para os serviços públicos, apesar de uma experiência similar de cerca de 5 anos. Não há indícios de que qualquer dos importantes hospitais públicos ou privados que apresentam modelos de gestão inovadores, o tenham alcançado como decorrência daquele sistema.

Se tal sistema de relacionamento nível central/nível local gerou alguma alteração na gestão local, não ultrapassou os limites do setor de faturamento, onde de fato podem ser encontrados "faturistas profissionais", muitas vezes firmas contratadas sendo remuneradas proporcionalmente às faturas que propiciam aos hospitais.

Na introdução, identificou-se diversas causas a concorrerem para a atual crise do parque hospitalar público brasileiro (SUS). Não há dúvidas de que a nível estrutural, seja fundamental que a saúde se expresse enquanto questão de Estado e que isto se manifeste pela maior capacidade de intervenção/regulação estatal. Tal presença importa enquanto aporte/redistribuição de recursos, mas sobretudo pela definição de políticas claras, objetivas, formulando prioridades sanitárias e criando condições para viabilizá-las.

Não restam dúvidas que, a nível organizacional, boa parte dos problemas seja consequência da ausência de recursos e da indefinição de objetivos de governo. No entanto, a esse nível podemos encontrar espaços potencialmente estratégicos para reformulações que sejam impactantes no sistema como um todo.

Reafirma-se que o modelo baseado nos contratos de gestão permite uma engenhosa e abrangente concepção de gestão. A gestão contratualizada, pode impactar a administração pública no seu todo, denotando compromisso e capacidade de governo em propor e zelar pelo papel do Estado. O processo de contratualização que se inicia no governo, através de seus órgãos centrais e de caráter regulatório, estende-se às organizações contratadas, públicas ou privadas, mas acima de tudo reguladas, na medida em que ao submeterem-se ao contrato, passam a responder e a ter que cumprir funções de natureza pública. Ao nível de cada organização, a noção de contratualização deve permear a sua própria lógica gerencial, de tal modo que se manifeste organizacionalmente, uma cadeia de compromissos cujo elo final é o seu cliente externo, a sociedade, materializada em clientes com necessidades e demandas específicas. A dimensão mais nobre desse processo estará na competência e qualidade das relações últimas, entre os profissionais e seus clientes e, finalmente, na resultante e impacto sobre

47. Norma Operacional Básica. Ministério da Saúde. Diário Oficial de 2/9/96. A partir de 1993, as Normas Operacionais contém os critérios básicos de gestão do SUS, especialmente no que diz respeito aos aspectos intergovernamentais (União, Estados e Municípios).

os problemas demandados a esta organização por cada usuário. Contratualizar, será portanto encadear de forma eficiente e eficaz, as funções e recursos públicos, com as necessidades econômicas e sociais, em cada ramo de atividade, neste caso, em saúde, considerando os princípios fundamentais do SUS.

As novas concepções de gestão em saúde podem assim agregar três importantes pilares, historicamente apartados ou pelo menos, não adequadamente articulados com todas as potencialidades exigidas pela complexidade contemporânea. As atuais exigências da gestão em saúde estão a demandar os aportes da administração, do planejamento e especialmente, da epidemiologia, na medida em que as duas primeiras dimensões subordinem-se ao campo mais estrito do objeto a ser gerenciado, necessidades e problemas sanitários. A conformação de novos modelos assistenciais a serem praticados tanto a nível hospitalar, quanto a nível sistêmico, dependem fundamentalmente das interações desses três domínios de conhecimento.

Referências bibliográficas

ANDRÉ, Maristela A. Contratos de Gestão: contradições e caminhos da administração pública. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v.35, n.3. 1995.

BARBOSA, Pedro R. e LEMOS, Sheyla M. Gestão em Saúde: bases para maior responsabilidade, eficiência e eficácia. Revista Espaço para a Saúde, v. 5, n.5, set.96, Nesco. Paraná.

CAMPOS, Ana Maria. Accountability: Quando poderemos traduzi-la para o português? Rev.Adm.Publ. Rio de Janeiro, 24 (2)30-50, 1990.

CASTOR, B.O. e FRANÇA, C.Administração Pública no Brasil - exaustão e revigoramento do modelo. Rev.Adm.Publ. Rio de Janeiro,20 (3):3-26, 1986.

DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências, Rev.Adm.Publ., RJ, n.2,vol.26,FGV,1992.

DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. Rev.Adm.Pub, Rio de Janeiro, 26 (2), 1992.

ENAP. O contrato de gestão no serviço público. Escola Nacional de Administração Pública, SAF, 1993.

ETZIONI, Amitai. in: LEMOS, Sheyla."O processo de definição e implementação de objetivos numa organização do setor saúde: do conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital das Clínicas Raphael de Paula Souza" Tese de Mestrado - EBAP/FGV, mimeo 1993.

IPEA/IBAM/ENAP, Subsídios para a Reforma do Estado: Contratos de Gestão" vol. IV, dez. 1994.

LEMOS, Sheyla."O processo de definição e implementação de objetivos numa organização do setor saúde: do conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital das Clínicas Raphael de Paula Souza" Tese de Mestrado EBAP/FGV, mimeo 1994.

LORNE, Michel. O contrato de plano entre o estado e a região Provence Alpes Côte D'Azur, in Contrato de Gestão e a Experiência Francesa de Renovação do Setor Público, Fundação Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), Brasília, 1993.

MALIK, Ana Maria e VECINA NETO, Gonzalo. Desenhando Caminhos Alternativos para a Gerência de Serviços de Saúde, São Paulo, mimeo, 1991.

MATUS, Carlos. O Planejamento estratégico-situacional (PES) na prática. Fundação Altadir, Caracas. mimeo, 1987.

MINTZBERG, Henry. Mintzberg on Management: inside our strange world of organizations. The Free Prees, New York, 1989.

MORGAN, Gareth. Images of Organizations, USA, 3a ed, Sage Publications, Inc.,1991.

MOTTA, Fernando C. Prestes., Teoria da Administração: alcance, limites, perspectivas. mimeo., ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP, out. 1990, RJ.

MOTTA, Paulo. Alguns desafios administrativos na gestão pública de saúde, trabalho apresentado no Seminário Novas Concepções Em Administração e Desafios do SUS: Em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial. ENSP/FIOCRUZ FUNDAP/SP, mimeo, 1990.

MOTTA, Paulo R. Gestão Governamental: a busca de uma definição e de uma unidade de análise. Síntese da palestra realizada na FUNDAP, S.Paulo, mimeo.,1989.

PEREIRA, L.C. Bresser. A Reforma do aparelho do Estado e a Constituição Brasileira. Conferência em seminários realizados com partidos políticos. Brasília, jan. 1995. revisado em abril. mimeo.

THOMPSON, J.D.. Dinâmica Organizacional. São Paulo, Ed. McGraw Hill do Brasil, 1976 in LEMOS, op.cit.

Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Paulo Amarante

Parece que Foi Ontem... A Loucura Invade a Cidade

O Movimento, que se convencionou denominar de Reforma Psiquiátrica, tem ampliado visivelmente seu campo de influência política e cultural em nosso país nesta década de 90. Constituído a partir do final dos anos 70, o Movimento surge em meio ao clima de efervescência que dominava o Brasil nestes anos de organização social e civil contra a ditadura militar. O ano de 76, por exemplo, registra o espancamento do Bispo Don Adriano Hipólito; as mortes do operário Manuel Fiel Filho, nos porões do DOI-CODI, e dos três dirigentes do PC do B em São Paulo; a cassação de inúmeros parlamentares; a edição da famigerada Lei Falcão; as explosões de bombas na ABI, na OAB, no CEBRAP, na Editora Civilização Brasileira. São tempos duros de violência e de resistência.

Neste mesmo ano, a partir de um grupo de sanitaristas, nasce em São Paulo, a idéia da criação do CEBES e da *Revista Saúde em Debate*, com o objetivo de produzir e organizar o pensamento e as práticas críticas no campo da saúde pública. No Rio de Janeiro é criado o Movimento de Renovação Médica, com o propósito de dar um fim ao peleguismo que vinha dominando o setor sindical desde 64[1].

Dois anos após, ainda no Rio de Janeiro, a partir de uma série de denúncias desencadeadas por jovens médicos psiquiatras, é constituído o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Atuando sob sua própria legenda ou no interior de outros espaços de representação (CEBES, Sindicatos, Partidos Políticos, Associações, Rede de Alternativas à Psiquiatria, Sociedade de Psicossíntese, etc.), o MTSM torna-se o primeiro e mais importante ator de renovação no campo da saúde mental, que vai estabelecer uma agenda para o setor que, sob o título de Reforma Psiquiátrica, introduz a estratégia da desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas[2].

1. Sobre os aspectos conceituais da reforma sanitária brasileira pode ser consultado o livro organizado por Teixeira, Sonia Fleury, 1989. *Reforma sanitária - Em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco.

2. Em trabalho anterior, a partir de uma pesquisa desenvolvida no NUPES/FIOCRUZ, fizemos um extenso estudo da trajetória prática e teórica do MTSM, o que torna desnecessário um maior apronfundamento neste capítulo. Para maiores informações sobre o MTSM, e também sobre a reforma psiquiátrica brasileira, consultar Amarante, Paulo, org., 1995, *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama ENSP.

As denúncias dos médicos diziam respeito às precárias condições a que eram submetidos os pacientes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, que respondeu com a demissão de 260 profissionais que ali trabalhavam. Os profissionais receberam o apoio do REME, que exercia sua primeira gestão no Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro e, do CEBES, que já representava os setores críticos do pensamento sanitário.

Como conseqüência das demissões e da insensibilidade do Ministério da Saúde teve início, em abril do mesmo ano, a primeira greve no setor público no país após a instalação do regime de exceção política, num episódio que ficou conhecido como a "crise da Dinsam" (Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde). A greve foi logo acompanhada pelo Movimento dos Médicos Residentes que, em poucos meses, tomou praticamente toda a extensão do país. Neste interim, foi desencadeada ainda a histórica greve dos metalúrgicos do ABC que, persistindo até julho, fez com que fosse promulgado o Decreto-Lei 1632, do Presidente Ernesto Geisel, que proibia qualquer espécie de greve nos setores considerados essenciais.

Em pouco tempo o MTSM se expandiu por todo o país. Em parte, no interior do REME e CEBES, em parte, em alguns centros acadêmicos vinculados aos campos da saúde pública e da medicina social, os membros do MTSM amadurecem sua leitura crítica quanto ao aparato institucional e quanto ao estatuto epistemológico da psiquiatria.

Por iniciativa do MTSM, foram organizadas Comissões de Saúde Mental em Núcleos Estaduais do CEBES (SP, BA, MG e RJ) e em sindicatos do setor saúde, que passaram a funcionar como uma espécie de articulação nacional para o primeiro grande encontro de trabalhadores da área, que teve lugar no Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Camboriú, em outubro de 78. Graças à intervenção destes grupos, aquele Congresso, que prometia reproduzir o caráter técnico-especialístico das edições anteriores, transformou-se em um grande evento político, inclusive com repercussão externa ao campo psiquiátrico e sanitário.

Com a "crise da Dinsam", o Congresso de Camboriú - que ficou conhecido como o "Congresso da Abertura" - e, logo após, com o I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados[3], o Movimento saiu do campo exclusivo da comunidade técnica e, com ele, a questão da loucura e da instituição asilar seguiram a mesma trajetória: o debate sobre a loucura saía do interior dos muros do hospício para o domínio público. A loucura/doença mental[4] deixava de ser objeto de interesse e discussão exclusiva dos técnicos e alcançava as principais entidades da sociedade civil (ABI, OAB, CNBB, CONTAG, FETAG, etc), e a grande imprensa, que noticiava, com destaque e ininterruptamente por cerca de quase um ano, as condições relativas aos hospitais psiquiátricos e às distorções da política nacional de assistência psiquiátrica: a "questão psiquiátrica" tornara-se uma questão política.

De uma maneira geral, todas estas iniciativas, em que pesem suas diferenças, tinham uma determinada agenda em comum, na medida em que, superando a prática

3. No I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados, realizado em 1979, foram apresentados os relatórios do MTSM/CEBES, (CEBES, 1980a, 1980b). Trata-se do mesmo Simpósio onde o CEBES apresentou a proposta do Sistema Único de Saúde que viria a inspirar a Constituição de 88 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080, 19/09/90).

e os pressupostos teóricos da instituição psiquiátrica tradicional - que somente via defeito, irracionalidade, desrazão e periculosidade no louco/doente -, colocavam em discussão a possibilidade de resgatar histórias, biografias e subjetividades dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico. Traziam ao debate a cidadania e os direitos humanos do doente e, mesmo, o direito a um verdadeiro e digno tratamento.

Desta forma, retirado o manto de cientificidade da psiquiatria, torna-se possível percebê-la como instrumento técnico-científico de poder ou como saber e prática disciplinares e normalizadoras. A denúncia da realidade dos hospitais psiquiátricos tornou possível verificar sua função mais custodial que assistencial, mais iatrogênica que terapêutica, mais alienadora que libertadora. Se por um lado a psiquiatria deixava de ser questão exclusiva dos técnicos para tornar-se uma questão que diz respeito à toda a sociedade, por outro, o objeto da psiquiatria deixava de ser a doença - contra a qual ela se mostrara impotente - para tornar-se o sujeito da experiência do sofrimento. Como conseqüência, em torno do debate da Reforma Psiquiátrica passava a existir um dos mais expressivos e atuantes movimentos sociais, com uma proposta radical de transformação do setor, que tem merecido um destaque sem igual na história da saúde pública do país.

Assim, antes de mais nada, é preciso explicitar o que se está entendendo, ou construindo, sob o título de Reforma Psiquiátrica. Em que pesem os problemas que esta expressão pode causar (fazendo menção ao velho antagonismo entre reformismo e revolução), a Reforma Psiquiátrica da qual se está falando não diz respeito, exclusivamente, à medidas de caráter tecnocientífico ou organizacional. Reforma Psiquiátrica, neste contexto, é um *processo permanente* de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural, e conceitual.

Se fôsse oportuno, neste contexto complexo, questionar-se quanto ao principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, talvez fôsse possível responder que seria poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados. É o que pretendo argumentar daqui para diante...

4. Aparentemente estou utilizando de forma indistinta os termos loucura e doença mental, pois existe entre os mesmos uma diferença fundamental. Grosso modo, loucura é uma expressão genérica, que diz respeito às representações sociais dos fenômenos percebidos como operadores de uma ruptura com os padrões éticos, morais, sociais, culturais ou, ainda comportamentais de uma determinada estrutura aceita enquanto norma ideal. Doença mental, por outro lado, diz respeito à construção no âmbito do saber médico que busca apreender aqueles mesmos fenômenos enquanto distúrbios, transtornos ou lesões, com etiologias definidas ou por definir, com cursos e terminações mais ou menos precisos ou passíveis de serem precisados. Em que pese a distinção entre os conceitos, o uso indiscriminado tem como objetivo, provisoriamente, apontar para o caráter necessariamente complexo dos fenômenos em questão e, por outro lado, não abondonar, ainda, a expressão doença mental (embora eu a adote em sentido crítico), na medida em que é aquela que mais caracteriza, nos tempos atuais, o objeto das práticas psiquiátricas e psicológicas.

Manicômios, como viver sem eles?
As Transformações no Campos Assistencial

Não é nada, não é nada, passaram-se vinte anos!

Quando teve início o Movimento da Reforma Psiquiátrica, sabia-se com certeza que as transformações não ocorreriam da noite para o dia. Afinal, seriam duzentos anos de história da psiquiatria a ser mudados: duzentos anos de um determinado tipo de prática que instruiu à sociedade na forma de lidar com a loucura. Naqueles anos era extremamente grave a situação da assistência psiquiátrica no Brasil, de acordo com os relatórios do próprio MTSM que forneciam alguns indícios da árdua luta que se tinha pela frente.

A assistência psiquiátrica era prestada pelo Ministério da Saúde (MS), pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e pelas próprias Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Ao MS e às SES competia, basicamente, a assistência à população indigente, isto é, sem direito à Previdência Social (PS)[5]. Suas redes eram compostas de macro-hospitais com características fortemente asilares e manicomiais: a absoluta ausência de recursos técnicos e materiais marcavam estas unidades que, apenas por seu estatuto jurídico-institucional poderiam ser denominadas de hospitais. Ou seja, o MS e as SES apenas administravam macro asilos para a população em grande desvantagem social, isto é, um misto de loucos, um misto de indigentes, os denominados "casos sociais"[6]. Por outro lado, ao MPAS competia a assistência aos previdenciários e seus dependentes. Sem qualquer rede própria, o MPAS exercitava, principalmente a partir da criação do INPS em 1967, a política da compra de serviços da rede privada, que era paga por Unidade de Serviço, ou seja, cada ato realizado pelo serviço ao paciente previdenciário.

Carlos Gentile de Mello, precursor e histórico combatente contrário a esta política privatizante, insistia, persistentemente, em denunciar as distorções que este sistema acarretava:

1. pagamento de serviços que não são produzidos (pacientes fantasmas, medicamentos não empregados);
2. pagamento de serviços que são produzidos mas não são necessários (intervenções cirúrgicas sem indicação técnica);
3. pagamento de serviços que são produzidos, são necessários, mas poderiam ser realizados com racionalidade (internações de casos que podem e devem ser tratados em ambulatórios)[7].

Tais distorções levaram ao diagnóstico, por parte dos técnicos do próprio INAMPS, de que em 1977 ocorreram 195.000 internações desnecessárias em psiquiatria no país, e

5. Com exceção da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo que, além de manter hospitais próprios, contratava leitos privados a preços mais atraentes que aqueles pagos pelo MPAS.

6. Para se ter uma idéia da dimensão destes hospitais/albergues, no ano de 1967, o Hospital Colônia de Juqueri (SP) tinha 13.637 leitos, enquanto que o de Barbacena (MG) 5.103, a Colônia Juliano Moreira 4.923 e o São Pedro (RS) 4.308. Cumpre assinalar que era muito comum, tanto nos hospitais públicos quanto nos privados, o expediente denominado de "leito-chão", um eufemismo cínico que justificava a internação sem o leito correspondente que, mesmo assim, era pago pela PS. A este respeito ver Cerqueira, Luis, 1984. *Psiquiatria social - Problemas brasileiros de saúde mental.* Rio de Janeiro-São Paulo, Atheneu, pp. 73.

ainda, de que o percentual de internações desta especialidade foi elevado em 344% de 1973 para 1976[8].

Embora desde esta época os técnicos progressistas do MPAS, inspirados no modelo da psiquiatria comunitária norte-americana, já preconizassem os recursos então denominados de "extra-hospitalares" (ambulatório, pensão protegida, hospital-dia, programas de atenção primária, etc), do total de gastos com a assistência psiquiátrica daquele Ministério no mesmo ano de 1977, 96% foram destinados à rede hospitalar e os restantes à rede extra-hospitalar, composta exclusivamente de ambulatórios[9].

A política de privatização do MPAS era acompanhada de um expressivo *lobby* no interior e em torno de sua máquina administrativa, o que afastava qualquer possibilidade de inversão na política de compra de serviços. Assim, enquanto os leitos psiquiátricos públicos passaram de 21.079 em 1941 para 22.603 em 1978, os privados passaram de 3.034 para 55.670 no mesmo período[10]. O crescimento maior destes últimos foi observado a partir do final dos anos 60: em 65 existiam 100 hospitais privados conveniados, enquanto que em 1979 este número chegava aos 276[11].

Em que pese o caráter privado dos serviços contratados pela PS, a situação dos hospitais e da assistência aos doentes era a mesma das unidades públicas (carência de recursos materiais e humanos, maus tratos e violências), aos quais se somava um agravamento no que dizia respeito à falta de liberdade e de direitos (tempos de internação aumentados, proibição de visitas, etc.). Os tempos médios de permanência hospitalar em alguns casos, chegavam a 25 anos: as pessoas entravam em num hospital psiquiátrico sem a certeza de um dia poder sair.

Com um quadro desta natureza, e com as bases teóricas que orientavam o Movimento da Reforma Psiquiátrica nos seus momentos iniciais, a ação reformista consistia, por um lado, em denunciar as distorções conclamando a uma participação da sociedade civil nas "tomadas de decisão" das políticas públicas, o que refletia os anseios populares no período da redemocratização. Por outro, e simultaneamente, em preconizar duas ordens de princípios, quanto: 1. a inversão da política nacional de saúde mental, de privatizante para estatizante e, 2. a implantação de alternativas extra-hospitalares que, neste contexto, significavam a inversão do modelo: de hospitalar para ambulatorial, de curativo para preventivo/promocional.

Muito embora a qualidade da assistência pública não se diferenciasse daquela dos serviços privados, a sua defesa era calcada, por um lado, em um postulado ideológico, qual seja, a defesa da coisa pública e, por outro, na hipótese de que a deterioração da coisa pública era conseqüência da política de privilégio do setor privado.

Assim é que, para o MTSM a mudança do modelo impunha-se pela ênfase na "desativação hospitalar (...) como a única medida para conter a demanda de internações,

7. Carlos Gentile de Mello, apud CEBES/Comissão de Saúde Mental do CEBES/RJ, 1980a. A psiquiatria no âmbito da Previdência Social. *Revista Saúde em Debate*, nº 10, abr/mai/jun, 45-48, pp. 46. A persistência de Gentile era tão grande, assim como seu bom humor, que ele chegou a registrar em sua secretária eletrônica, após a mensagem tradicional: "E lembre-se, a Unidade de Serviço é um fator incontrolável de corrupção!"
8. Idem, ibidem, pp. 47.
9. Idem, ibidem, pp. 46.
10. Idem., pp. 47.
11. Idem, pp. 229.

transformando-a em demanda ambulatorial. A desativação progressiva dos hospitais psiquiátricos implicará, naturalmente, numa triagem mais eficaz e eficiente, com diminuição das internações novas, reinternações e do tempo médio de permanência hospitalar. Isto significa ainda uma hierarquização dos serviços de atenção psiquiátrica, onde o hospital será a última instância a ser empregada". E mais adiante: "A desativação da assistência hospitalar deve ser feita pela redução continuada dos leitos contratados e conveniados. Ou seja, as medidas que visam apenas a normalização dos serviços ambulatoriais, como forma de desospitalização da assistência, sem a devida desativação hospitalar, apenas impulsionam a utilização dos ambulatórios de terceiros, criando-lhes um novo tipo de demanda, que não vem do hospital"[12]. Como se pode perceber, o conjunto de orientações de ordem técnica comportava nítida influência da psiquiatria preventivo/comunitária, onde o fio condutor do modelo proposto era a desinstitucionalização em sua versão norte-americana, isto é, entendida fundamentalmente enquanto medidas de desospitalização.

Na década de 80, o debate sobre a assistência médica era marcado por mais uma crise da PS. Esta crise denunciava o caráter mais amplo da falência do modelo previdenciário, que era mascarada nas edições anteriores, em que eram consideradas como meramente "financeiras"[13]. Assim, com o objetivo de frear as distorções acarretadas pelo modelo privatizante e curativista da PS, teve início uma nova modalidade de convênio entre a PS e o Ministério da Saúde, que previa a colaboração da primeira no custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do segundo, que passou a ser denominada de Co-gestão.

A relevância desta modalidade de convênio, então iniciado, está no fato histórico de ser uma primeira experiência no sentido de estabelecer uma relação de co-participação das instituições públicas do setor saúde que, até então, atuavam de forma absolutamente isolada e independente, ou então, em que a PS simplesmente comprava serviços dos demais órgãos públicos, como o fazia com o setor privado.

Para o campo da assistência psiquiátrica esta possibilidade seria muito promissora, na medida em que os únicos três hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde serão incluídos entre as primeiras unidades a serem administradas pelo novo regime. Por outro lado, a Co-gestão vai ser o balão de ensaio de uma política de saúde que tem como princípios a descentralização, a integração interinstitucional, a hierarquização, a regionalização e a participação comunitária, que vai marcar as políticas de saúde nos anos subseqüentes, tal como virá a ocorrer no Plano do Conasp, nas Ações Integradas de Saúde (AIS), nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e, por fim, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nascido no contexto de uma forte crise de legitimidade do regime militar, o Estado busca qualificar suas políticas sociais no sentido de atender à algumas das demandas básicas da população, assim como passa a incorporar algumas da propostas provenientes dos setores críticos ou de oposição. A Co-gestão, e as políticas daí advindas, surgem no espírito da construção destas novas bases sociais e políticas, procurando representar a adoção de uma verdadeira Política de Saúde, de caráter popular e democrático, onde o

12. CEBES, Comissão de Saúde Mental, op. cit. pp. 48.

13. Para um estudo mais completo da Previdência Social, sua história e crises, remeto ao estudo de Oliveira, Jaime Araújo e Teixeira, Sonia Fleury, 1986. *(Im)previdência social - 60 anos de história da Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes.

setor público, sucateado e desgastado, seria recuperado e assumiria a condução das questões de saúde da população.

Neste sentido, a Co-gestão no âmbito dos hospitais psiquiátricos, tornou possível o aproveitamento de propostas que, poucos anos antes, eram consideradas totalmente inviáveis e indesejáveis. A partir daí, tanto nos hospitais do Ministério da Saúde e, posteriormente, com a aprovação do Plano do Conasp no âmbito da assistência psiquiátrica[14], quanto em outros hospitais psiquiátricos do país, foram exercitados projetos de reestruturação tal como apregoada pelo MTSM, que também esteve à frente da maior parte destas experiências.

Com o Plano do Conasp foram reforçados os princípios de resgate do serviço público de saúde, com a conseqüente luta contra a privatização. Dentre outros princípios estavam ainda presentes a prioridade aos serviços ambulatoriais como elementos centrais do modelo assistencial, a redução do número de internações e reinternações, a redução do tempo médio de permanência hospitalar, a regionalização, hierarquização e integração dos serviços.

Os princípios, diretrizes e estratégias do MTSM tornaram-se tão disseminados no aparelho de Estado que, em 1985 teve lugar o primeiro Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, em Vitória do Espírito Santo. Neste momento, algumas das principais Coordenações de Saúde Mental, tanto estaduais quanto municipais, e mesmo algumas instituições universitárias eram ocupadas por dirigentes oriundos do MTSM. A Carta de Vitória, como ficou conhecido o documento final deste encontro viria influenciar decisivamente os relatórios da I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro e da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Uma de suas contribuições mais fundamentais está em retomar a premissa da superação do hospital psiquiátrico (aí denominada de reversão do modelo hospitalocêntrico), dominada pela tendência estratégica da superação mediante a construção de uma rede alternativa ou paralela ao hospital psiquiátrico.

Tais conferências surgiram em decorrência da 8ª Conferência Nacional de Saúde que, já sob a égide da influência do Movimento da Reforma Sanitária no contexto da Nova República possibilitaram, pela primeira vez na história, uma ampla participação da sociedade civil na formulação da Política Nacional de Saúde. Como desdobramento da 8ª CNS foram propostas conferências sobre áreas temáticas específicas, dentre as quais a da Saúde Mental.

Contudo, a direção da Dinsam, sob administração claramente oposta aos princípios do MTSM, frente à ameaça do visível crescimento político do Movimento, postergou e tentou evitar que fôsse realizada a Conferência do setor. Neste sentido deu-se início à organização, à revelia do MS, da Conferência do Rio de Janeiro, à qual seguiram-se outras em alguns dos Estados, o que obrigou o Ministério da Saúde a se posicionar, convocando a Conferência Nacional.

Num clima de claro embate, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) realizou-se em 1987, quando o MTSM rejeitava o encaminhamento dado pelo MS, cujo propósito era efetivar um evento de caráter congressual e não democrático e participativo, retrocedendo em relação à tradição iniciada com a 8ª Conferência.

14. Portaria MPAS nº 3.108 de 21/11/82, do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp).

Rejeitado e revertido o encaminhamento dado pelo MS, o evento pôde prosseguir sob o comando político do MTSM que então introduziu na política nacional alguns de seus temas programáticos, dentre os quais a cidadania dos doentes mentais, a necessidade de revisão da legislação ordinária (tanto no que diz respeito à legislação civil, quanto ao código penal e à legislação sanitária), e a premissa da reorientação do modelo médico-psiquiátrico de assistência[15].

Por outro lado, a partir de uma dissidência surgida no MTSM em São Paulo, com a criação da Plenária de Saúde Mental, a política de "ocupação de espaços públicos" do MTSM entrava definitivamente em xeque. Composta basicamente por jovens profissionais, cuja base teórico-prática tinha a hegemonia da experiência desenvolvida por Franco Basaglia, a Plenária questionava as diretrizes e estratégias do MTSM[16].

Reunindo-se em encontro paralelo à I CNSM, e a partir de uma convocação dos membros da Plenária, o MTSM viu-se frente à necessidade de reavaliação de suas estratégias e princípios e aceitou agendar o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental[17].

Em Bauru o MTSM sofreu uma profunda e radical transformação, dissolvendo-se enquanto agremiação de técnicos e reconstruindo-se enquanto Movimento Social[18]. Como conseqüência, o projeto dominante deixava de ser a transformação de caráter tecnocientífico para tornar-se um rompimento com a solução daquela ordem[19].

"Por uma sociedade sem manicômios" o lema surgido deste encontro de Bauru, expressava uma ruptura, tanto epistemológica, quanto estratégica que marcaria os anos subseqüentes, onde o eixo dos debates saía dos limites meramente assistenciais e, mais ainda, da simples oposição entre serviços extra-hospitalares *versus* serviços hospitalares, para a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto no manicomial quanto no saber médico sobre a loucura.

Dois anos após, com a possibilidade surgida a partir da intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, concretizou-se uma outra dimensão histórica. Com as inovações introduzidas pela Reforma Sanitária, que permitiram uma efetiva descentralização no sistema nacional de saúde, em 03 de maio de 1989, a Prefeitura de Santos decidiu intervir naquela clínica psiquiátrica privada, onde uma série de mortes e outras situações de violência vinham ocorrendo.

Com a intervenção, diferentemente de outras ocorridas em outros momentos e cidades, surgiu a possibilidade de pôr em prática a experiência radical: a desmontagem do aparato institucional manicomial, com a conseqüente implantação de uma rede

15. Quanto ao Relatório Final da I CNSM ver Ministério da Saúde, 1988. *I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Centro de Documentação do MS.

16. Algumas especificidades quanto as contribuições de Franco Basaglia serão abordadas mais adiante.

17. O II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental foi realizado em Bauru, em dezembro de 1987. O primeiro tinha sido organizado em São Paulo, em janeiro de 1979.

18. Movimento Social Por Uma Sociedade Sem Manicômios.

19. É neste momento que a expressão manicômio passa a ser adotada estrategicamente como termo geral para definir qualquer tipo de instituição psiquiátrica pautada na tutela e custódia, no sentido de acentuar seu caráter ambíguo ou híbrido, isto é, semi-médico/semi-jurídico. Aqui também são definidos o Dia e a Semana Nacional da Luta Antimanicomial, que passarão a ser comemorados anualmente até o presente momento.

territorial de atenção à saúde mental *substitutiva* ao modelo psiquiátrico tradicional, além de uma série de outras experiências culturais e sociais.

Neste contexto passaram a ser constituídos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), como protótipos dos novos serviços autenticamente substitutivos ao aparato manicomial[20]: centros de saúde mental "fortes" isto é, com funcionamento ininterrupto (24 horas/dia-365 dias/ano), que são responsáveis por todo e qualquer tipo de demanda psiquiátrico-psicológico de uma determinada região geo-político-cultural da cidade que, neste contexto, vai ser denominada de território. Em outras palavras, o território não é apenas uma região geográfica ou uma área de planejamento ou administrativa, decorrentes da regionalização ou distritalização de uma cidade; é o conjunto de saberes e práticas políticas, sociais e culturais, que atuam em um determinado contexto histórico.

Os NAPS, ao contrário das versões até então conhecidas como "centro de saúde mental", exercem um mosaico de ações que o caracterizam como estrutura complexa. Têm leitos de apoio para acompanhamento de situações de crise; atendem à demandas em residências, em locais de trabalho ou públicos; oferecem atendimento do tipo emergencial ou ambulatorial; respondem à várias demandas de caráter social e não apenas, como tradicionalmente reconhecidas, "terapêuticas". Dito de outra forma, os NAPS assumem o caráter complexo da denominada demanda psiquiátrica que é sempre menos uma demanda apenas clínica e mais uma demanda social, onde a clínica é apenas uma das dimensões.

Os NAPS devem estar efetivamente presentes nas questões de saúde mental do território ao qual pertencem, a partir de um princípio que Dell'Acqua denomina de "tomada de responsabilidade"[21]: são as estruturas nucleares do programa de saúde mental em determinado território, por onde passam as definições estratégicas e as iniciativas de respostas.

Por outro lado, conforme estratégia definida no Congresso de Bauru, dever-se-ia procurar romper com a tradição de recorrer à comunidade tão-somente em busca de apoio nas situações de crise vivenciadas pelo Movimento, e procurar estabelecer com a mesma uma relação permanente e contínua, de apoio e participação regulares na construção do projeto de transformação. Neste sentido, na experiência santista, várias outras estratégias *não técnico-assistenciais* foram colocadas em prática. Como exemplos, o Projeto Tam-Tam, o Centro de Valorização da Criança ou as Cooperativas Sociais.

O Projeto Tam-Tam envolve um conjunto de iniciativas culturais que buscam aproximar o território para as questões do campo. Esta aproximação se dá tanto no envolvimento de voluntários do próprio território, quanto na natureza das atividades: programa de rádio, produção de vídeos, artes plásticas e dramáticas, etc.

O Centro de Valorização da Criança permite reconstruir a noção de prevenção em psiquiatria e saúde mental, a partir de uma abordagem não apenas médica (controle preventivo de doenças evitáveis, vigilância sanitária e epidemiológica), mas de uma

20. Não apenas sobre os NAPS, mas também sobre o processo santista e sobre todo o circuito territorial de Saúde Mental naquela cidade, uma importante fonte de consulta é: Nicácio, Fernanda, 1994. *O processo de transformações em saúde mental em Santos - Desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Programa de Estudos de Pós-graduação/Mestrado em Ciências Sociais/PUC-SP.

21. Dell'Acqua, Giuseppe et alii, 1988. Risposta alla crisi. Strategie ed intenzionalità dell'intervento nel servizio psichiatrico territoriale. In: *Per la salute mentale*. pp. 03-23. Trieste: Edizione "e".

política social para o desenvolvimento da criança, com atividade de inscrição e valorização da criança no contexto da municipalidade.

As Cooperativas Sociais são constituídas com o objetivo, não mais "terapêutico", isto é, rompendo com a tradição da terapia ocupacional nos moldes propostos por Simon e Sivadon, mas de construção efetiva de autonomias e possibilidades sociais e subjetivas. Por um lado, o trabalho nas Cooperativas surge como construção real de oferta de trabalho para pessoas em desvantagem social para as quais o mercado não facilita oportunidades. Por outro, surge como espaço de construção de possibilidades subjetivas e objetivas, de validação e reprodução social dos sujeitos envolvidos em seus projetos. Ao contrário da tradição anterior em nosso país - representada, por exemplo, pela experiência do Museu de Imagens do Inconsciente -, as obras produzidas pelos pacientes são de sua propriedade, tanto no que diz respeito ao valor simbólico quanto ao de troca e de venda.

A partir da situação desencadeada em Santos, uma outra experiência importante foi resgatada. Trata-se do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira (CAPS), em São Paulo que, tendo início em 1987, surgiu como um proposta do tipo alternativo intermediário ou transitório, de um modelo a outro. Isto é, o CAPS surgiu no âmbito do modelo sanitário-preventivista, como uma instância intermediária entre o hospital e a comunidade, marcado também por uma proposta terapêutica influenciada pela tradição da psicoterapia institucional.[22] Seria uma modalidade de atenção situada no momento da alta hospitalar para a passagem do paciente à vida comunitária ou vice-e-versa, como uma alternativa à internação integral e imediata. Assim, o paciente iria para o CAPS como uma tentativa de evitar a internação hospitalar ou quando recebesse alta sem estar apto a retornar plenamente à vida comunitária.

Seria ainda intermediário ou provisório no sentido de que representaria uma alternativa assistencial situada na transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo preventivo-comunitário, até o momento em que este último crescesse e dominasse o cenário assistencial, com o conseqüente desaparecimento do primeiro. O CAPS seria então o passo inicial da transformação do modelo no sentido da implantação do modelo preventivo-comunitário, do qual seria um dos principais elementos.

Como se pode perceber, o CAPS nasceu como uma proposta que, entre o alternativo, o intermediário e o provisório, diferia substancialmente do NAPS por sua aceitação, mesmo que provisoriamente, do hospital psiquiátrico, o que, para o projeto no qual se inseria o NAPS seria inadmissível. Por outro lado o CAPS seria um serviço sanitário *sensu strictu*, com uma proposta terapêutica calcada no modelo médico-psicológico de análise, enquanto que os NAPS seriam serviços não apenas médicos, no sentido rigoroso do termo, mas assumidamente sociais e culturais.

Com o contexto propiciado pelo circuito de Santos, o CAPS foi resgatado com outra descrição, como uma possibilidade que deveria caminhar na direção de tornar-se, ele próprio, uma proposta substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional, e não um serviço provisório-permanente.

Foi ainda no contexto do cenário possibilitado pela experiência santista, principalmente no que diz respeito à possibilidade real, demonstrada na prática, de substituição do hospital psiquiátrico por uma rede territorial de serviços e ações culturais

22. Sobre o CAPS, uma importante fonte para consulta é: Goldberg, Jairo, 1992. *A doença mental e as instituições - A perspectiva de novas práticas*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

que, em setembro de 1989, surgiu o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, que se tornaria o centro dos debates em torno da reforma psiquiátrica nos próximos sete anos[23].

Este PL consolidava no debate nacional, o princípio da superação do modelo psiquiátrico tradicional, na medida em que dispunha "sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória". Seu surgimento, no entanto, foi acompanhado por algumas discordâncias no âmbito do Movimento, na medida em que não havia consenso quanto ao momento exato de sua apresentação. Alguns segmentos do Movimento argumentavam haver pouca discussão interna e, mais que isso, insuficiente construção de uma base sólida de apoios sociais antes de sua apresentação na Câmara dos Deputados. A parte tais discordâncias, prevaleceu a posição de apoiá-lo, pois considerava-se que, uma vez incluído no debate nacional, o Movimento deveria lutar por sua aprovação.

O PL teve o mérito de introduzir a questão da assistência psiquiátrica na ordem do dia da mídia nacional, ao mesmo tempo em que dezenas de associações de usuários e familiares, algumas já existentes anteriormente, foram constituídas em função deste debate. Umas contrárias, muitas a favor, o resultado importante deste contexto é que, de forma inédita e muito peculiar, o tema da loucura, da doença mental, da assistência psiquiátrica e dos manicômios, invadiu boa parte do interesse nacional.

Em que pese a importância do PL, contudo, algumas questões fundamentais não foram contempladas no mesmo (embora este talvez não fosse o seu objetivo): 1. não propõe a extinção da relação entre doença mental e periculosidade; 2. não propõe a extinção da figura jurídico-institucional do hospital psiquiátrico (manicômio); e, 3. restringe à responsabilidade exclusiva do médico (e não da equipe técnica) a emissão do laudo para a internação psiquiátrica compulsória.

Se por um lado, em pouco tempo após sua apresentação na Câmara dos Deputados, o projeto tivesse sido aprovado naquela casa, o mesmo não sucederia no Senado, arrastando-se o debate até os dias atuais[24]. Mesmo assim, o PL estimula o surgimento de projetos de leis estaduais que, seguindo suas diretrizes básicas, descentralizaram a atuação política e transformadora do Movimento para o âmbito local, sendo que em cinco estados (Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais e Rio Grande do Norte), foram aprovados projetos de lei com o mesmo propósito que o PL 3657/89.

A experiência de Santos e o PL contribuiram definitivamente para a extensão do debate e para o surgimento de novos e significativos processos, tanto assistenciais quanto culturais. Assim, um novo ator, para além das entidades de técnicos, e mesmo do transmutado MTSM, aparecia no cenário das políticas públicas: as entidades de usuários e familiares que, simbolizados pela associação nascida em torno do Hospital de Juqueri, dão bem a tônica deste momento: "Loucos pela Vida"[25].

23. Delgado, Paulo, 1989. Projeto de Lei nº 3.657/89.

24. No Senado foi rejeitado o parecer do Senador Lúcio Alcântara, favorável à aprovação e, em seu lugar, foi aprovado o Substitutivo do Senador Lucídio Portela. Este, sob forte lobby da "indústria da loucura", propõe melhorias superficiais no modelo de assistência psiquiátrica, inclusive no manicômio, que é mantido. Assim, o PL e o Substitutivo ainda deverão ser apreciados pelo Congresso Nacional.

25. O nosso livro sobre a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira, *Loucos pela vida*, op. cit., mereceu este título em referência a esta associação.

No início dos anos 90, o Ministério da Saúde, já sob forte influência política e ideológica do Movimento, das experiências santista e paulista e, ainda, do debate desencadeado pelo PL, adotou a Portaria 189/91, que ampliava e diversificava os procedimentos da Tabela SIH/SUS e SIS/SUS, possibilitando o financiamento de novas estruturas assistenciais do tipo Centros de Atenção Psicossocial, Núcleos de Atenção Psicossocial, hospitais-dia e unidades psiquiátricas em hospitais gerais. A grande inovação trazida por esta portaria está no fato de viabilizar a possibilidade efetiva de financiamento de estruturas não manicomiais, o que, embora fosse um princípio existente deste os primeiros momentos do MTSM, ainda não tinha sua viabilidade concretizada. A Portaria 224/92, por outro lado, ao estabelecer condições de funcionamento dos serviços de saúde mental (e manicomiais), dava início a um processo de fechamento de serviços hospitalares absolutamente precários e "qualificava" os existentes[26].

Em decorrência da primeira portaria foram criados 48 hospitais-dia (29 públicos, 11 contratados e 08 universitários), 57 CAPS/NAPS (46 públicos e 11 contratados), e 1765 leitos psiquiátricos em hospitais gerais (595 públicos, 691 contratados e 434 universitários), o que parece ser suficiente para caracterizar a constituição de uma nova rede assistencial em psiquiatria. Já como conseqüência da segunda portaria, somada ao trabalho político de desgaste da função terapêutica do manicômio, existente desde o final dos anos 70, o número de hospitais psiquiátricos que, em 1981 era 430 (357 privados/filantrópicos e 73 públicos), em 1991 caiu para 313 (259 privados/filantrópicos e 54 públicos) e, ainda, em 1996, para 269 (219 privados/filantrópicos e 50 públicos). De 1991 para 1996 foram fechados 17575 leitos psiquiátricos manicomiais[27].

Retornando aos primeiros anos da década de 90, quando já havia sido iniciado o trabalho de Santos e já estava aprovada na Câmara o PL 3657/89, foram realizados importantes eventos, dentre os quais destacam-se a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, no ano de 1992, e o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em Salvador, em 1993.

Contando com mais de 1.500 participantes, dentre usuários, familiares, técnicos e representantes de entidades da sociedade civil, a 2ª Conferência reconfirma os princípios extraídos da Conferência anterior e do Movimento, incorporando tanto os princípios da reforma sanitária como um todo, quanto os princípios da desinstitucionalização enquanto um processo social e epistemológico complexo, centrado não apenas em medidas sanitárias e assistenciais, mas, também, em princípios conceituais e culturais[28]. Em outras palavras, a 2ª Conferência foi o momento estratégico de inclusão na política nacional de saúde mental dos princípios básicos da reforma psiquiátrica tal como definida anteriormente.

---

26. Escrevi qualificava entre aspas no sentido de questionar, sendo coerente com os princípios do ideal "uma sociedade sem manicômios", a pertinência de humanizar ou modernizar manicômios, na mesma linha em que se poderia argüir se seria possível ou desejável humanizar ou modernizar campos de concentração, por exemplo.

27. Outras informações podem ser encontradas em Alves, Domingos Sávio, et alii, 1996. "A reestruturação da atenção em Saúde Mental no Brasil". Ministério da Saúde, mimeo.

28. Estima-se que, nas três etapas da Conferência, isto é, dos encontros preliminares até sua realização, cerca de 20.000 pessoas estiveram diretamente envolvidas no processo. Para maiores detalhes sobre a Conferência ver: Ministério da Saúde, 1994. *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Cosam.

Loucos pela Vida - As Transformações no Campo Cultural

O I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial contou com cêrca de 500 participantes, dos quais um quarto era composto de usuários e familiares. Tendo como tema central o próprio Movimento enquanto um movimento social, este encontro possibilitou a reavaliação de suas estratégias e princípios. Em alternativa ao lema "saúde para todos no ano 2000", considerado vago e de utopia impraticável, o encontro lançou a palavra-de-ordem "Brasil sem manicômios no ano 2000", como base de uma outra utopia, possível de ser alcançada. Por outro lado, o encontro teve como tema a questão da assistência tomada no contexto da desinstitucionalização, no sentido de demonstrar a possibilidade de que fossem rompidas as barreiras que a faziam compreender como mera reorganização dos serviços sanitários, introduzindo a noção de "invenção", isto é, de construção de novas possibilidades de atenção e cuidado que não as tradicionais, centradas nos serviços de ambulatório, hospital-dia, em suma, de serviços médico-sanitários. Como último tema de importância significativa, foi abordado o princípio da intervenção cultural (a cultura como alvo, a cultura como meio), no sentido de amplificar a noção desta intervenção como possibilidade de transformação das práticas sociais no lidar com o sofrimento psíquico, com a doença, com a diferença entre os sujeitos[29].

O Encontro de Salvador teve muitos desdobramentos, dentre os quais o II Encontro em Belo Horizonte, em 1995, e os Encontros de Associações de Usuários e Familiares, inclusive com a elaboração da "Carta dos Direitos dos Usuários". No mesmo sentido, o Dia e a Semana da Luta Antimanicomial foram revigorados com atividades por todo o país. A sociedade, que era convocada a participar apenas em momentos de crises e denúncias, passava a participar regularmente do debate e das ações no campo da reforma psiquiátrica brasileira.

Muitas estratégias foram postas em prática com este objetivo: desde as realizações das datas Antimanicomiais, com organização de eventos não apenas de caráter tecnocientífico (congressos, debates, seminários), mas de caráter cultural (teatro, cinema, exposições de arte, blocos de carnaval), que têm como propósito envolver segmentos da sociedade na percepção da questão da loucura/doença mental e na resposta assistencial e cultural para com as mesmas.

As camisetas, adesivos e cartazes são um bom exemplo disto. A iniciativa, partida do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, em 1990, foi imediatamente adotada pelo Movimento em âmbito nacional. Inscrições de frases, trechos de músicas, poesias ou ditados populares, passaram a incitar o imaginário popular nas questões relativas ao tema antimanicomial. "Loucos pela vida" (em que se procurava despertar a idéia de loucura como possuidora de positividade também, e não apenas de negatividade), "de perto ninguém é normal", "sou louco por ti cidadania" (ambas de músicas de Caetano Veloso), "eu vou ficar, com certeza, maluco beleza" (Raul Seixas, "razão demais é loucura" (Cervantes), "de militonto a militante" (muito embora sempre tivesse considerado que poderíamos ser militontos sem qualquer perda do predicado da militância) são algumas das inscrições que passaram a fazer parte do cotidiano, principalmente em se considerando a alta militância política dos membros do Movimento que, entrementes,

29. ver: NÚCLEO DE ESTUDOS PELA SUPERAÇÃO DOS MANICÔMIOS, 1993. *Relatório final do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*. Salvador: NESM/Ba.

não deixam de participar (com suas camisetas, adesivos e cartazes) dos demais movimentos da sociedade civil. São os *mentaleiros*!

Na mídia, são poucos os movimentos sociais que conseguiram estar tão presentes nos jornais, rádios e televisões. O Projeto Tam-Tam foi uma das iniciativas que mais abriu perspectivas práticas neste sentido. Trabalhando com usuários em atividades de produção de vídeo (TV Tam-Tam), de programas de rádio (Rádio Tam-Tam), das próprias camisetas, enfim, de um teclado de atividades culturais, conseguiu chamar a atenção para uma outra forma - que não aquela tradicional da violência e da estigmatização -, para a condição das pessoas portadoras de algum sofrimento psíquico ou em desvantagem social. Por outro lado, a partir da experiência de Santos, uma outra iniciativa cultural teve início: as cooperativas sociais. Trata-se de cooperativas que, tendo como associados indivíduos em desvantagem social, criam espaços para a produção, não apenas de materiais a serem comercializados e os lucros distribuídos, mas de sociabilidade e subjetividade daqueles que delas participam.

As cooperativas passam a envolver os usuários como sujeitos sociais ativos que, rompendo com as noções de ergoterapia, arteterapia e terapia ocupacional, contam com o sujeito em sua possibilidade de produzir, criar e consumir. Por outro lado, as cooperativas abrem uma outra possibilidade estratégica para o campo da saúde mental, uma vez que possibilitam a produção de recursos que podem ser, parcialmente, reconvertidos em recursos "assistenciais", tais como a construção de moradias abrigadas, de espaços de lazer, enfim a construção de novas possibilidades sociais e subjetivas.

A intervenção cultural tem como objetivo interferir na produção do imaginário social no que diz respeito à loucura, ao louco ou à doença e ao doente. O saber psiquiátrico, sem dúvida, construiu e legitimou, em grande parte, as representações sociais sobre a questão, vinculando-as às noções de irresponsabilidade, periculosidade, irracionalidade, e assim por diante. A intervenção cultural, principalmente partida dos próprios usuários e dos técnicos que com eles lidam, é uma estratégia fundamental para transformar este imaginário, produzindo uma ruptura com esta escala de estigmas e preconceitos.

Isto não significa dizer, no entanto, que na loucura inexistam sofrimento ou dor, mas que tais condições não invalidam os sujeitos, ou que não os tornam periculosos. Poderíamos ousar dizer que, algumas vezes, podem até torná-lo mais susceptível para lidar com determinadas situações. Mas, é na própria organização dos novos serviços de saúde mental, nos serviços da desinstitucionalização, que este efeito transformador do imaginário social é mais eficaz e profundo. É no lidar cotidiano com as pessoas e familiares de problemas mentais que, superando as formas anteriores de tratamento e assistência (internação em hospício, isolamento, invalidação e mortificação), e exercitando novas formas de cuidado e acolhimento, centradas em novas escutas, em novas formas de convívio, em novas formas de ação terapêutica, que as mudanças são maiores. Os familiares, que aprenderam com as próprias práticas psiquiátricas, que o seu familiar doente deveria ser internado, isolado, desconsiderado enquanto cidadão, podem aprender uma outra forma de lidar com o mesmo, vislumbrando suas potencialidades, suas dificuldades e, enfim, uma outra trajetória de vida que não a da institucionalização.

Um familiar aqui outro ali, um vizinho aqui outro acolá, a cadeia se estende e se complexifica. As redes sociais em torno dos doentes passam a perceber o quanto o estigma e a *carreira moral* são produtoras de comportamentos e condições de vida ainda mais desviantes e sofridas.

O grande número de associações de familiares e usuários, este ator que parece ter entrado definitivamente no cenário da desinstitucionalização, produz uma malha de reflexões e atuações permanentes em torno da questão da reforma psiquiátrica. Mesmo algumas das associações, criadas a partir de pressões da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) no sentido de combater o PL 3657/89 ou o crescimento social e político do Movimento da Reforma Psiquiátrica, já não conseguem posicionar-se, como pretendiam os "empresários da loucura", em defesa irredutível das práticas manicomiais. A partir de seu envolvimento com as discussões, com as novas práticas que se estão desenvolvendo, tais associações terminam por serem levadas a aceitar a necessidade de uma reforma no setor, superando assim alguns dos princípios que anteriormente defendiam.

Apesar de existirem algumas associações de familiares desde a década de 70, foi a partir da aprovação na Câmara do PL 3657/89 que se observou uma visível proliferação das mesmas. Primeiro porque, a partir da Sosintra, uma das mais antigas destas associações, que passou a apoiar o PL, outras seguiram o mesmo rumo e, outras ainda, foram constituídas com o mesmo objetivo. Por outro lado, a FBH, assustada com a rápida aprovação do PL na Câmara, passou a pressionar os familiares comunicando-lhes que o projeto, uma vez adotado obrigalos-ia-os a devolver os pacientes às suas famílias que, sem qualquer apoio, assumiriam o pesado ônus do doente em casa, sendo então criada a Associação dos Familiares de Doentes Mentais (AFDM).

Com o apoio da FBH, a AFDM logo tornou-se uma importante associação, na medida em que obteve apoio e recursos para participar de todos os eventos relacionados ao debate sobre o PL[30]. A FBH, por outro lado ainda, acionou os setores acadêmicos com os quais mantêm relações, e dos quais muitos dos proprietários associados fazem parte, no sentido de opor uma resistência de caráter técnico-especialístico. Neste contexto, o debate sobre o PL acirra-se rapidamente e toma conta de sensível parte do debate nacional.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), uma das mais legítimas entidades do setor, decidiu apoiar o PL na medida em que, ameaçada pela "crise de vocações", isto é, pela preocupante diminuição de associados, vislumbrara colocar-se no debate de forma progressista e positiva. Mesmo com tal iniciativa, a ABP não logrou tornar-se uma entidade representativa dos psiquiatras ou, menos ainda, do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Sua crise aumentara com o surgimento de duas outras entidades, estas de tendência mais explicitamente organicistas, que absorveram parcela dos psiquiatras.

Em resumo, os atores mais importante no atual contexto são as associações de usuários e familiares que, sob uma ótica geral, são membros constituintes do movimento social mais amplo no qual o MTSM pretendia, e alcançou, tornar-se.

A Doença entre Parênteses - As Transformações no Campo Conceitual

Um dos marcos da Reforma Psiquiátrica brasileira foi o alto investimento na questão da formação de quadros. Já em 1982 foram iniciados o Curso de Especialização

30. O I Forum da AFDM, realizado em Nova Friburgo/RJ, no período de 18 a 20 de agosto de 1995, teve como co-patrocinadores a Clínica Santa Lúcia (Nova Friburgo) e os Hospitais Psiquiátricos do Estado do Rio de Janeiro. AFDM, 1995. I Forum da AFDM. Nova Friburgo, RJ.

em Psiquiatria Social (Convênio Colônia Juliano Moreira - Escola Nacional de Saúde Pública), e o Curso Integrado em Saúde Mental (Convênio Centro Psiquiátrico Pedro II - Instituto de Medicina Social) que abriram caminho para um amplo processo de formação do pensamento crítico do campo. Atualmente existem muitos outros cursos e outras modalidades de formação/reflexão, configurando-se numa estratégia bastante importante do processo.

Nos primeiros passos da reforma psiquiátrica brasileira o campo teórico foi fortemente marcado, por um lado, pelas experiências internacionais de transformação da instituição psiquiátrica - comunidade terapêutica, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, antipsiquiatria - e, por outro, por algumas obras provenientes de campos variados, tais como da filosofia, sociologia e antropologia. Algumas destas influências assumem um papel de maior destaque nos primeiros momentos do MTSM. No âmbito das experiências, merece destaque, inicialmente, a de Franco Basaglia, na medida em que, no mesmo ano da constituição do MTSM (1978) foi aprovada na Itália a Lei 180 que propõe, pela primeira vez na história, o fim do manicômio enquanto aparato psiquiátrico, e sua substituição por outros meios de cuidados e acolhimento. Mais que uma "psiquiatria reformada", a experiência desencadeada por Basaglia deu início à uma profunda transformação epistemológica e cultural quanto à questão da loucura e da psiquiatria[31]. A Lei 180 surgia em conseqüência de uma longa jornada, iniciada em Gorizia e continuada, com correções, em Trieste, que tinha como princípio a desconstrução do manicômio como estratégia para a desinstitucionalização. Com Basaglia o Movimento pela Reforma Psiquiátrica vislumbra o primado da negação da psiquiatria enquanto ideologia, na medida em que se percebe que a psiquiatria "tende a fornecer justificativas teóricas e respostas práticas à uma realidade que a própria ciência contribui para produzir, nas formas mais adequadas à conservação do sistema que está inserida"[32].

No aspecto dos antecedentes mais especificamente teóricos, em primeiro lugar a *História da loucura na Idade Clássica*, de Foucault, foi a obra que viria amplificar o contexto prático-teórico da desconstrução[33]. Imerso na problemática da rede de relações entre as práticas sociais e institucionais e os saberes que fundaram a psiquiatria, o trabalho de Foucault demonstra que, nem a psiquiatria, nem a doença mental existiram desde sempre. A psiquiatria é revelada como um saber historicamente datado que, num determinado contexto, edifica o objeto doença mental enquanto objeto médico-científico. O saber psiquiátrico opera a passagem que transforma a loucura em doença mental e, assim, muda a história do conceito e da própria experiência da loucura na sociedade ocidental.

A partir de Foucault a psiquiatria passa a ser entendida não como o lugar do tratamento, da libertação da loucura, mas de um novo território restrito ao muros do

31. A expressão "psiquiatria reformada" foi cunhada por Franco Rotelli para caracterizar o sentido de não ruptura, ou mais propriamente "modernizador" do velho espírito psiquiátrico, que estaria mantido nas reformas anteriores à italiana (Rotelli, Franco, 1994. *Per la normalità - Taccuino di uno psichiatra*. Trieste: Edizioni "e". Em certo sentido, corresponde à mesma idéia impressa na noção de *aggiornamento* de Castel (Castel, Robert, 1978. *A ordem psiquiátrica - A idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.

32. Ver: Basaglia, Franca Ongaro, 1981. *Basaglia scritti*. Torino: Einaudi, pp. xxii. Quanto à noção de negação da instituição psiquiátrica enquanto ideologia ver Basaglia, Franco, et alii, 1985, *A instituição negada - Relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.

33. Foucault, Michel, 1978. *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.

hospício e das malhas do discurso e da prática médica. Por outro lado, na medida em que a psiquiatria é construída numa zona de fronteira entre a justiça e a norma médica e social, o asilo cumpre uma função normalizadora ao mesmo tempo médica e jurídica, que em nada pode ser diferenciada daquela do manicômio judiciário. É, desta feita, que a expressão manicômio passa a ser utilizada genericamente para explicitar a função desta instituição ambígua: "a sobreposição entre o gesto que pune e que trata"[34].

O estudo de Goffman viria complementar as reflexões quanto à natureza do asilo psiquiátrico, contribuindo decisivamente para a estratégia da desinstitucionalização das práticas e saberes psiquiátricos[35]. A partir de uma análise microssociológica, o asilo psiquiátrico é igualado à outras instituições de controle e violência, que Goffman passa a denominar de "instituições totais". Esmiuçando os mecanismos e sistemas desta modalidade de institucionalização, onde se destacam a *carreira moral*, a *estigmatização* ou a *mortificação do eu*, a noção de desinstitucionalização torna-se mais completa e complexa. Fundado no limite da medicina e da justiça, com mecanismos de controle, violência e tutela, o hospício não pode ser mais vislumbrado como um espaço terapêutico.

Uma outra obra, em que pese sua natureza não "científica", é resgatada no contexto destes primeiros passos: trata-se de *O alienista*, de Machado de Assis, a mais importante obra nacional para o projeto da desinstitucionalização no âmbito em que está sendo abordada neste ensaio. *O alienista* é, sem dúvida, a mais impiedosa crítica, não apenas à psiquiatria, mas ao projeto da ciência da modernidade, que julgaram ser possível determinar e construir, à partir da ciência, uma sociedade perfeita[36].

O termo desinstitucionalização, que havia surgido nos EUA, a partir do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy, enquanto um conjunto de medidas de desospitalização (prevenção de internações, diminuição do tempo de internação, promoção de altas hospitalares), passa a ser redescrito enquanto desconstrução. Embora muitas outras contribuições tenham sido importantes neste sentido[37], foi a experiência de Basaglia que demonstrou ser possível, na prática, estabelecer uma outra relação com a loucura que não aquela da psiquiatria tradicional, sendo assim fundamental para a estratégia da desinstitucionalização enquanto desconstrução.

Inspirado pelas experiências sucedidas em outros países, Basaglia iniciou seu trabalho em Gorizia com a expectativa de transformar o manicômio em um lugar de cura, o que seria viabilizado, basicamente, pela implantação de uma comunidade terapêutica que teria como base teórica os princípios de Maxwell Jones e François Tosquelles. O contato direto com o manicômio faz com que, no entanto, a psiquiatria seja percebida enquanto um saber que, ao colocar o sujeito entre parênteses, passa a se ocupar de uma entidade abstrata, a doença que, conforme as verificações de Foucault, ela própria contribui para produzir.

34. Barros, Denise Dias, 1994. *Jardins de Abel: a desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Edusp/ Lemos Editorial, pp. 34.

35. Goffman, Erwin, 1974. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.

36. Sob este aspecto uma importante análise de *O alienista* nos é oferecida por Muricy, Kátia, 1988. *A razão cética: Machado de Assis e as questões de seu tempo*. Rio de Janeiro: Cia das Letras.

37. É preciso ressaltar, por exemplo, as contribuições de Thomas Szasz, David Cooper, Ronald Laing, Robert Castel, dentre outros, que contém atributos muito importantes para esta trajetória da desinstitucionalização.

A instituição psiquiátrica deveria ser então negada, enquanto saber e poder. Numa atitude autenticamente husserliana, Basaglia propõe inverter esta estratégia, isto é, colocar a doença mental entre parênteses, para poder lidar e perceber o sujeito em sua experiência-sofrimento[38]. Basaglia entende que "a objetivação do homem em síndromes (...) tem tido conseqüências extremamente irreversíveis no doente que - originalmente objetivado e restrito aos limites da doença - fôra confirmado como categoria fora do humano por uma ciência que deveria distanciar-se e excluir aquilo que não estava em grau de compreender"[39].

O colocar a doença mental entre parênteses não é, portanto, a negação da loucura ou do sofrimento, mas um procedimento epistemológico de *suspender* o conceito de doença mental enquanto saber produzido pela psiquiatria. Assim, a doença mental entre parênteses é, a um só tempo, a ruptura com o saber psiquiátrico enquanto obstáculo epistemológico, e a condição de possibilidade de uma outra relação da sociedade para com os sujeitos portadores de sofrimento.

Sob o diagnóstico de doença mental todos os sujeitos tornam-se iguais, e a institucionalização mesma contribui para constituir os próprios estereótipos e trejeitos que serão somados ao rol dos sinais e sintomas. Desconstruir o saber psiquiátrico e o manicômio significa então estabelecer uma relação que não passe primariamente pelo diagnóstico, pelo sintoma ou pela doença. É desta forma que, inspirado num texto de Artaud[40], Basaglia desenvolve a noção de *duplo* da doença mental, enquanto o conjunto de incrustações institucionais, sociais e culturais que são impregnadas aos sujeitos objetivados pelo saber e práticas psiquiátricas.

A desinstitucionalização surge então como uma estratégia de negação da psiquiatria enquanto ideologia realizada na prática, isto é, na desmontagem dos aparatos jurídicos, conceituais e sócio-culturais que se edificaram sobre a noção de doença mental. As práticas sociais e culturais para com a loucura tornada doença mental mantém uma relação de estreita interdependência com o saber da medicina mental: Foucault demonstra, por exemplo, como a *percepção médica* incorporou elementos da *percepção social* para constituir o conceito de alienação mental, num primeiro momento, e de doença mental, logo após. E, uma vez constituída a psiquiatria enquanto ciência, é esta a influenciar o imaginário social quanto ao que vem a ser o louco, o doido, o doente, a loucura, a doença mental. Dando continuidade, Basaglia parte do pressuposto de que a psiquiatria deveria exercitar uma nova prática para com a loucura e, assim, produzir um novo imaginário social.

Após a morte de Basaglia, em agosto de 1980, o MTSM distanciou-se de suas idéias mais fundamentais e viu-se envolvido, a partir da estratégia da ocupação de espaços nos centros de tomada de decisão das políticas públicas, com determinados princípios que aproximavam a noção de desinstitucionalização daquela de desospitalização. De uma forma geral, o mesmo aconteceu em outros países, quando a experiência basagliana perdeu o interesse que teve originalmente, fortemente associada ao movimento contra-cultural de maio de 68. Contudo, sob a condução de Franco Rotelli,

38. Trata-se da noção de *épochè* ou redução fenomenológica de Edmund Husserl.

39. Basaglia, Franco e Basaglia, Franca Ongaro. Un problema di psichiatria istituzionale (dalla vita istituzionale alla vita di comunità). In: *Basaglia scritti I* (F.O. Basaglia, 1981, org.), 309-328. Torino: Einaudi, pp. 309-310.

40. Trata-se de *O teatro e seu duplo* de Antonin Artaud.

a experiência triestina, mais que a média das experiências italianas, sofreu uma substancial radicalização e, nos últimos anos da década de 80, reapareceu como uma das mais importantes no cenário internacional.

É Rotelli quem, fundamentalmente, redescreve o conceito de desinstitucionalização enquanto o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções, em torno não mais da doença mental, mas da existência-sofrimento dos sujeitos em sua relação com o corpo social. Um novo objeto, portanto, que não é mais objeto, mas sujeito; e, por outro lado, não mais uma situação estática, mas em permanente desequilíbrio. Como resultado, a questão torna-se, em suas palavras, não mais o tratamento, mas a emancipação, não mais a restituição da saúde, mas sua invenção, não a reparação, mas a reprodução social das pessoas, em outras palavras, o processo de singularização e ressingularização[41]. No lugar da prática psiquiátrica, de pesquisar a nosografia da negatividade, isto é, de operar a identificação dos sinais e sintomas enquanto representantes da irracionalidade, periculosidade, insensatez, a nova prática, da nosografia das positividades, procura perceber e produzir positividades e autonomias.

As cooperativas sociais, criadas nos primeiros momentos da desconstrução do manicômio de Trieste, foram amplificadas enquanto empresas sociais, isto é, um conjunto de iniciativas, serviços, estruturas, trocas sociais, idéias, que visam produzir os processos de singularização e ressingularização. A estratégia da desinstitucionalização se estende no território, modificando as relações de poder e saber entre as pessoas em torno dos objetos loucura, desvio, diversidade.

Desconstruído o manicômio, e desconstruídas as relações tradicionais entre psiquiatria e doença mental, que informavam as relações entre sociedade e loucura, é instalada uma extensa e complexa rede, não apenas de serviços territoriais emblematizados pelos centros de saúde mental, mas também pelas empresas sociais, associações, iniciativas sociais e culturais.

Com tal suporte, por ocasião do II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental do Estado de São Paulo, surgiu uma nova tendência no interior do MTSM, denominada de Plenária dos Trabalhadores de Saúde Mental. Composta de muitos técnicos, recém chegados de períodos de estágio em Trieste, a Plenária deu início a uma ruptura com as estratégias então hegemônicas no Movimento. Foi por intermédio desta nova tendência que o MTSM pode reencontrar suas origens mais primárias e, assim, dar início a um processo de reconstrução de sua plataforma. Ao MTSM foi possibilitado atualizar-se quanto aos desdobramentos da experiência triestina e, mais que isso, aos desdobramentos no campo teórico, operados pelos autores na tradição basagliana.

Sob a liderança dos participantes da Plenária foi convocada a reunião paralela à I Conferência Nacional de Saúde Mental e, como conseqüência, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, onde o Movimento deixou de ser composto por técnicos em defesa da modernização do aparato psiquiátrico, para tornar-se uma articulação social de luta antimanicomial. Ainda pela iniciativa de membros da Plenária, foi publicado no Brasil o livro *Desinstitucionalização*[42], com textos de Franco Rotelli e colaboradores, que deu início a uma nova etapa da discussão e estratégias quanto à Reforma Psiquiátrica.

41. Rotelli, Franco, 1994. *Per la normalità - Taccuino di uno psichiatra*. Trieste: Edizioni "e".

42. Nicácio, Fernanda, org., 1990. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

De Perto Ninguém é Anormal - a Título de Inconclusão

O Movimento da Reforma Psiquiátrica – na permanente falta de melhor denominação[43] –, tem sido caracterizado como um dos mais vigorosos e persistentes movimentos sociais no Brasil contemporâneo. Diferentemente de outros movimentos, que apenas reivindicam ganhos materiais (em que pese a importância de tais reivindicações), o Movimento da Reforma Psiquiátrica aproxima-se dos movimentos de caráter autenticamente democrático e social, na medida em que reivindica e luta efetivamente por uma melhor qualidade de vida em seu sentido mais amplo (solidariedade, igualdade, cidadania). Nascido parcialmente no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária, soube ir bem mais longe: colocou em discussão o modelo médico-psicológico de produção de conhecimento sobre o objeto doença e sobre a noção de terapêutica. Embora o Movimento da Reforma Sanitária tenha nascido calcado fundamentalmente na crítica ao modelo médico, dela se distanciou ao mesmo tempo em que se aproximou das estratégias do planejamento normativo, nas quais é ainda fortemente apegado.

Por ter rompido com a racionalidade médica, o Movimento da Reforma Psiquiátrica conseguiu sair das malhas restritas das políticas oficiais, conseguiu construir situações no exterior do aparato oficial, conseguiu romper com o modelo assistencialista tradicional. Enquanto o Movimento da Reforma Sanitária continua reivindicando mais serviços, mais recursos humanos e mais tecnologias, o da Reforma Psiquiátrica quer redefini-los.

Embora o Estado tenha incorporado as diretrizes do Movimento da Reforma Psiquiátrica, cumpre assinalar uma importante singularidade: as formulações de políticas públicas, que sempre vêm de "cima para baixo", como se usa dizer, no caso específico da situação que abordamos fizeram o percurso inverso. Neste sentido, em que pesem as importantes medidas assumidas pelo Estado brasileiro no sentido da desinstitucionalização psiquiátrica proposta pelo Movimento, é importante observar que o Estado tende a apropriar-se das mesmas, o que produz efeitos de banalização, burocratização e desqualificação do *processo* que, por definição, deve estar em permanente desequilíbrio, em permanente desconstrução/invenção.

Em outras palavras, o Movimento que conseguiu reunir milhares de pessoas em várias ocasiões pode tornar-se um aparelho acessório das políticas do Estado; os interesses que hoje o Estado defende e impõe, não são necessariamente os interesses da desinstitucionalização tal como a entendemos.

A preocupação tem fundamento na medida em que esta apropriação existiu nos períodos da Co-gestão ou do Conasp, o que se estende também para o Movimento da Reforma Sanitária, com a distinção de que este último dela não conseguiu desvencilhar-se.

43. O nome do movimento tem sido um histórico problema. Nos momentos de sua constituição já se discutia se deveria denominar-se movimento de *profissionais* ou de *técnicos*, *de* saúde mental ou *em* saúde mental, e assim por diante, refletindo posições políticas e ideológicas de suas tendências. Por ocasião da transformação em movimento social, o debate em torno da denominação girava em torno de ser *anti*(antimanicomial) ou *sem*(manicômios), ou *pró*(reforma psiquiátrica). A expressão *reforma* também tem sido objeto de longas discussões, como vimos, assim como saúde mental. Sabemos que a expressão *saúde mental* nasceu da psiquiatria preventiva como a utopia de uma sociedade sem sofrimentos, doenças ou dores, portanto, um ideal higienista. Tenho insistido no termo Movimento da Reforma Psiquiátrica por sua generalidade, assim como pela possibilidade de construir parcerias em outros setores, mas sem pretender resolver a questão, na medida em que a entendo como um processo permanente.

As portarias do Ministério da Saúde que introduzem e normalizam as novas modalidades e procedimentos na assistência em saúde mental representam um avanço significativo, na medida em que viabilizam o financiamento dos mesmos, sem o qual não há serviços ou ações. As propostas antes "alternativas" ao modelo tradicional não saíam efetivamente do papel ou das idéias, pois não eram destinados recursos financeiros para tanto. Um aspecto, contudo, é preocupante: trata-se da equiparação teórica e metodológica entre CAPS e NAPS. Como vimos, são duas propostas política e conceitualmente distintas em que a segunda foi reduzida à primeira. O CAPS é um serviço intermediário e "alternativo" (na medida em que assume o paralelismo com o sistema manicomial, embora seja estratégico em determinadas situações); já o NAPS, um serviço substitutivo, que tem fundamento na desconstrução do sistema anterior. Esta redução é, sem dúvida, um aspecto que deve ser enfrentado no sentido de que sejam diferenciados os dois sistemas e que o primeiro caminhe na direção do segundo.

Um outro aspecto importante a ser enfrentado diz respeito à possibilidade, oferecida pelo Ministério da Saúde, de credenciamento de serviços territoriais (CAPS e NAPS) privados. Ao funcionarem sob a égide do lucro, os serviços privados colocam seriamente em risco um dos mais caros princípios da noção de territorialidade, que é o princípio da "tomada de responsabilidade". Este refere-se ao compromisso de dispor, integral e continuamente, de uma gama plurimorfa de ações sanitárias, sociais e culturais: as ações privadas, no entanto, como têm demonstrado suas práticas, terminam quando o lucro se torna ameaçado. Mais que isso, os serviços territoriais não podem ser entendidos como fornecedores de ações meramente sanitárias, mas como espaços concretos e simbólicos de ações complexas, múltiplas e intermitentes, em todo o campo do território. Em resumo, o credenciamento de serviços privados desta natureza indicam uma forte contradição no âmbito da Reforma Psiquiátrica.

A questão da denominação do Movimento, também não é uma questão menor. A cada vez que se discute a denominação, está-se discutindo os projetos, os rumos, as estratégias. "De perto ninguém é normal", uma importante estratégia no sentido da construção de um imaginário social voltado para o questionamento dos conceitos de normalidade/anormalidade, e que se tornou emblemática da ação cultural do Movimento, por exemplo, deve ser redescrito nas atuais circunstâncias. A indústria farmacêutica, por exemplo, pode se valer desta insígnia para viabilizar um amplo processo de medicalização da normalidade: se de perto ninguém é normal, então todos podem, ou devem, receber uma prescrição medicamentosa. As pesquisas epidemiológicas, cujos métodos são pouco claros ou divulgados, transbordam pela mídia tentando convencer à sociedade de que somos todos fóbicos ou deprimidos ou ansiosos. Venturini, como exemplo, sugere-nos que se de perto ninguém é normal, pode-se afirmar também que "de perto ninguém é anormal", no sentido "de poder superar o conceito de cura com aquele de experiência complexa, de entrelaçamento de 'sistemas de sistemas'". [44] Por outro lado, na crise dos princípios e parâmetros da modernidade, é oportuno ter em mente que novos lugares sociais serão construídos a partir dos novos paradigmas sociais, culturais e científicos. Assim, um novo lugar para a loucura, para a anormalidade, para a diversidade deve estar também em construção. O que faria Simão Bacamarte com a loucura no século XXI?

44. Venturini, Ernesto, 1995. Prefácio. In: *Loucos pela vida - A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*, op. cit., pp. 15-19.

Um outro aspecto diz respeito à noção de desinstitucionalização. Esta não é um método ou dogma, mas uma estratégia. Não se alcança a completa e perfeita desinstitucionalização pois trata-se de um processo permanente que diz respeito aos entendimentos culturais, sociais e técnicos no lidar com o sofrimento, com as situações de diferenças e diversidades. Adotar a desinstitucionalização significa também superar a burocratização ou banalização dos novos projetos, das relações estabelecidas entre as pessoas envolvidas numa instituição.

A desinstitucionalização não é sinônimo de desativação de leitos ou hospitais psiquiátricos (e ainda restam 67.462 por fechar. E quanto à efetiva superação deste modelo é necessária uma definição mais precisa do Ministério da Saúde, somada à uma pressão mais decisiva do Movimento). É um processo contínuo de invenção de novas formas sociais no lidar com a loucura, a diferença e o sofrimento humano.

Permitam-me finalizar parafraseando Basaglia: espero que, num tempo não muito distante, a história deste processo seja escrita com a história de vida de muitas pessoas que já não estão tendo o manicômio, a institucionalização, o estigma e a discriminação como destino irrefutável. Que seja escrita com muitas histórias de muitas novas estórias para suas vidas.

Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO DOS FAMILIARES DE DOENTES MENTAIS (AFDM), 1995. I Fórum da AFDM. Nova Friburgo, Rio de Janeiro, mimeo.

AMARANTE, Paulo, org, 1995. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama ENSP.

BARROS, Denise Dias, 1994. *Os jardins de Abel: a desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Edusp/Lemos.

BASAGLIA, Franca Ongaro, 1981. *Basaglia scritti*. Torino: Einaudi.

BASAGLIA, Franco e BASAGLIA, Franca Ongaro, 1981. Un problema di psichiatria istituzionale (dalla vita istituzionale alla vita di comunità). In: *Basaglia scritti* (F.O Basaglia, org.), Torino: Einaudi, pp. 309-328.

BASAGLIA, Franco, 1985. *A instituição negada - Relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.

CASTEL, Robert, 1978. *A ordem psiquiátrica - A idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.

CEBES, 1980a. A psiquiatria no âmbito da Previdência Social. In: *Revista Saúde em Debate*, 10, abr/mai/jun., pp. 45-48.

CEBES, 1980b. Condições de assistência ao doente mental. In: *Revista Saúde em Debate*, 10, abr/mai/jun., pp. 49-55.

CERQUEIRA, Luís, 1984. *Psiquiatria social - Problemas brasileiros de Saúde mental*. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu.

DELGADO, Paulo, 1989. Projeto de Lei nº 3.657/89. Brasília: Câmara dos Deputados.

DELL'ACQUA, Giuseppe et alii, 1988. Risposta alla crisi. Strategie ed intenzionalità dell'intervento nel servizio psichiatrico territoriale. *Per la Salute Mentale*, Trieste: Edizione "e".

FOUCAULT, Michel, 1978. *A historia da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.

GOFFMAN, Erwin, 1974. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.

GOLDBERG, Jairo, 1992. *A doença mental e as instituições - A perspectiva de novas praticas*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994. *Relatório Final da 2ª Conferencia Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Cosam.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL/CONASP, 1982. Portaria 3.108. Brasília.

MINISTÉRIO da SAÚDE, 1988. *I Conferencia Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Centro de Documentação do MS.

MURICY, Kátia, 1988. *A razão cética: Machado de Assis e as razoes de seu tempo*. Rio de Janeiro: Cia das Letras.

NICÁCIO, Fernanda, 1994. *O processo de transformações em Saúde mental em Santos - Desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Programa de Estudos de Pós-graduação/ Mestrado em Ciências Sociais/PUC-SP.

NICÁCIO, Fernanda, org. 1990. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

NÚCLEO DE ESTUDOS PELA SUPERAÇÃO DOS MANICÔMIOS, 1993. *Relatório Final do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*. Salvador: NESM/Ba.

OLIVEIRA, Jaime Araújo e TEIXEIRA, Sonia Fleury, 1986. *(Im)Previdência social - 60 anos de historia da Previdência Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes.

ROTELLI, Franco, 1994. *Per la normalità - Tacuino di uno psichiatra*. Trieste: Edizione "e".

SÁVIO, Domingos et alii, 1996. "A Reestruturação da atenção em Saúde Mental no Brasil". Ministério da Saúde, mimeo.

TEIXEIRA, Sonia Fleury, org, 1989. *Reforma sanitária - Em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro: Cortez/ Abrasco.

VENTURINI, Ernesto, 1995. Prefacio. In: *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (P. Amarante, org), Rio de Janeiro: PANORAMA ENSP, pp. 15-19.

Direito Sanitário: Inovação Teórica e Novo Campo de Trabalho

Sueli Gandolfi Dallari
Paulo Antonio de Carvalho Fortes

A construção do direito à saúde; Saúde e direitos humanos; Direito sanitário: conceito e evolução; Ensino, pesquisa e prática do Direito Sanitário.

A Construção do Direito à Saúde

O reconhecimento do direito à saúde, nas sociedades contemporâneas, têm sido objeto de polêmicas envolvendo políticos, advogados, cientistas sociais, economistas e profissionais de saúde. Dicute-se, especialmente, a eficácia do argumento jurídico em relação aos direitos sociais e as externalidades que não podem ser internalizadas na avaliação da saúde enquanto bem econômico. Entretanto, nos novos Estados e naqueles radicalmente reformados[1], assim como nas sociedades mais tradicionais e desenvolvidas, existe interesse inafastável no tratamento da saúde como direito. De fato, a universalização do acesso às ações e serviços de saúde - componente essencial do direito à saúde - é tema da pauta de reivindicações populares e de *fora* científicos, tanto nos Estados Unidos da América[2] quanto na África do Sul[3].

Para que se possa compreender a argumentação atual, distinguindo as razões de ambos os lados - por vezes antagônicos - da polêmica, é preciso examinar o aparecimento e a evolução do conceito de direito à saúde. Muito já se escreveu a respeito da conceituação da saúde durante a história da humanidade. Entretanto, o reconhecimento de que a saúde de uma população está relacionada às suas condições de vida e de que os comportamentos humanos podem constituir-se em ameaça à saúde do povo e, consequentemente à segurança do Estado, presente já no começo do século XIX, fica claramente estabelecido ao témino da chamada "II Grande Guerra Mundial". Sem dúvida, a experiência de uma guerra apenas vinte anos após a anterior, provocada pelas mesmas causas que haviam originado a predecessora e, especialmente, com capaci-

1. Veja-se, por exemplo, a Constituição portuguesa de 1972 e a Constituição da República do Gabão de 1975.
2. Freqüentemente referida nas reuniões anuais da American Public Health Association durante os últimos decênios, foi concretizada no President's Report to the American People, de outubro de 1993.
3. Especialmente abordada durante as discussões da nova Bill of Rights sul-africana.

dade de destruição várias vezes multiplicada forjou um consenso. Carente de recursos econômicos, destruída sua crença na forma de organização social, alijada de seus líderes, a sociedade que sobreviveu a 1944 sentiu a necessidade ineludível de promover um novo pacto, personificado na Organização das Nações Unidas. Esse organismo incentivou a criação de órgãos especiais destinados a promover a garantia de alguns direitos considerados essenciais aos homens. A saúde passou, então, a ser objeto da Organização Mundial de Saúde, que a considerou o primeiro princípio básico para a "felicidade, as relações harmoniosas e a segurança de todos os povos"[4]. No preâmbulo de sua Constituição, assinada em 26 de julho de 1946, é apresentado o conceito de saúde adotado: "Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença". Observa-se, portanto, o reconhecimento da essencialidade do equilíbrio interno e do homem com o ambiente (bem-estar físico, mental e social) para a conceituação da saúde, recuperando a experiência predominante na história da humanidade, de que são reflexos os trabalhos de Hipócrates, Paracelso e Engels, por exemplo.

O conceito de saúde acordado em 1946 não teve fácil aceitação. Diz-se que corresponde à definição de felicidade, que tal estado de completo bem-estar é impossível de alcançar-se e que, além disso, não é operacional. Vários pesquisadores procuraram, então, enunciar de modo diferente o conceito de saúde. Assim, apenas como exemplo, para Alessandro Seppilli saúde é "a condição harmoniosa de equilíbrio funcional, físico e psíquico do indivíduo integrado dinamicamente no seu ambiente natural e social"[5], para John Last saúde é um estado de equilíbrio entre o ser humano e seu ambiente, permitindo o completo funcionamento da pessoa[6], e para Claude Dejours, convencido de que não existe o estado de completo bem-estar, a saúde deve ser entendida como a busca constante de tal estado[7]. Esses exemplos parecem evidenciar que, embora se reconheça sua difícil operacionalização, qualquer enunciado do conceito de saúde que ignore a necessidade do equilíbrio interno do homem e desse com o ambiente, o deformará irremediávelmente.

Dificuldade semelhante, ou talvez ainda maior, ocorre com a conceituação de direito. Uma simples análise semântica do termo direito revela sua complexidade. De fato, a palavra direito refere-se a um ramo do conhecimento humano - a ciência do direito, ao mesmo tempo em que esclarece seu objeto de estudo: o direito, um sistema de normas que regulam o comportamento dos homens em sociedade. Muitas vezes se emprega a palavra direito em sentido axiológico, como sinônimo de justiça, e muitas outras em sentido subjetivo, "a regra de direito vista por dentro, como ação regulada", conforme ensina Miguel Reale[8]. Na reivindicação do direito à saúde, o termo é empregado com seu sentido subjetivo. Todavia, a referência à regra de direito vista por dentro implica necessariamente a compreensão do direito como regras do comportamento humano em sociedade. De fato, as normas jurídicas representam as limitações às condutas nocivas para a vida social. Assim sendo, a saúde, definida como direito, deve inevitavelmente conter aspectos sociais e individuais.

4. Cf. Constituição da Organização Mundial de Saúde, adotada pela Conferência Internacional da Saúde, realizada em New York de 19 a 22 de julho de 1946.
5. Citado por Berlinguer, G. A doença. São Paulo, HUCITEC/CEBES, 1988.p.34.
6. Cf. Last, J.M. Health. A dictionary of epidemiology. New York, Oxford University Press, 1983.
7. Cf. Dejours, C. Por um novo conceito de saúde. Rev.bras.Saúde ocup., 14(54):7-11, 1986.
8. Cf. Reale, M. Lições preliminares de direito. São Paulo, Saraiva, 1976.

Documentos da Antigüidade possuem, entremeadas com preceitos morais e religiosos, regras que implicam o reconhecimento da saúde como indispensável à dignidade humana. Existem normas relativas ao zelo exigido do profissional que cuida da doença no Código de Hamurabi, direito babilônico e no Código de Manu, direito hindu, por exemplo[9]. Durante a Idade Média, com o predomínio da religião, foi estabelecida a obrigação da caridade. A Igreja mantinha a responsabilidade principal de ajuda aos desafortunados e desempenhava um papel preponderante no desenvolvimento dos estabelecimentos que lhes eram destinados. Tratava-se, entretanto, de obrigação moral. Nos últimos séculos desse longo período histórico começa-se a observar uma lenta infiltração do poder comunal no funcionamento da assistência "pública" aos desfavorecidos que objetiva, também, a defesa social, iniciando o processo de transformação da obrigação moral em dever legal.

A confluência dos ideais revolucionários do liberalismo, em suas vertentes política e econômica, com o racionalismo do método, propulsores da revolução industrial, alterou radicalmente o comportamento social em relação à saúde. Um olhar sobre esse período pode explicar a construção do direito à saúde assim:

A urbanização, conseqüência imediata da industrialização no século XIX, foi, juntamente com o próprio desenvolvimento do processo industrial, causa da assunção pelo Estado da responsabilidade pela saúde do povo. De fato, é inestimável o papel da proximidade espacial na organização das reivindicações operárias. Vivendo nas cidades, relativamente próximos, portanto, dos industriais, os operários passam a almejar padrão de vida semelhante. Conscientes de sua força potencial, devida à quantidade deles e sua importância para a produção, organizam-se para reivindicar tal padrão. Entretanto, cedo o empresariado percebeu que precisava manter os operários saudáveis para que sua linha de montagem não sofresse interrupção. Percebeu, também que, devido à proximidade espacial das habitações operárias, ele poderia ser contaminado pelas doenças de seus empregados. Tais conclusões induziram outra: o Estado deve se responsabilizar pela saúde do povo. É claro que para ele - empresário - o povo era apenas os operários uma vez que os cuidados individuais de saúde eram facilmente financiados pelos industriais. Por outro lado, eles faziam também parte do povo quando exigiam que o Estado garantisse a ausência de doenças contaminantes em seu meio ambiente. E, como o Estado liberal era instrumento do empresariado nessa fase da sociedade industrial, foi relativamente fácil a transferência das reivindicações operárias de melhores cuidados sanitários, dos empresários para o Estado. O processo contínuo de organização do operariado promovido a partir da conscientização de suas condições de trabalho e facilitado pelo desenvolvimento dos meios de comunicação levou-o a reivindicar que o Estado, idealmente acima dos interesses dos industriais, se responsabilizasse pela fiscalização das condições de saúde no trabalho.

Outro olhar pode, contudo, explicar a construção do direito à saúde, pela grande influência das idéias revolucionárias do liberalismo político do final do século XVIII. Como afirma Philippe Ligneau, os filósofos desse século "persuadiram os dirigentes revolucionários que apenas a caridade facultativa para com os infelizes é um sistema humilhante e aleatório que não estava mais de acordo com as necessidades e o espírito dos tempos modernos"[10]. Assim, a discussão na Assembléia constituinte francesa de 1791 apresentou conclusões muito próximas do conceito hodierno de direito á saúde.

9. Veja-se os artigos 218 e 219 do Código de Hamurabi e o artigo 695 do Código de Manu.

10. Cf. Ligneau, P. Droit de la protection sanitaire et sociale. Paris, Berger-Levrault, 1980.p 69.

Observado como direito individual, o direito à saúde privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção. As pessoas devem ser livres para escolher o tipo de relação que terão com o meio ambiente, em que cidade e que tipo de vida pretendem viver, suas condições de trabalho e, quando doentes, o recurso médico-sanitário que procurarão, o tipo de tratamento a que se submeterão entre outros. Note-se, porém, que ainda sob a ótica individual o direito à saúde implica a liberdade do profissional de saúde para determinar o tratamento. Ele deve, portanto, poder escolher entre todas as alternativas existentes aquela que, em seu entender, é a mais adequada. É óbvio, então, que a efetiva liberdade necessária ao direito à saúde enquanto direito subjetivo depende do grau de desenvolvimento do Estado. De fato, unicamente no Estado desenvolvido sócio, econômica e culturalmente o indivíduo é livre para procurar um completo bem-estar físico, mental e social e para, adoecendo, participar do estabelecimento do tratamento.

Examinado, por outro lado, em seus aspectos sociais, o direito à saúde privilegia a igualdade. As limitações aos comportamentos humanos são postas exatamente para que todos possam usufruir igualmente as vantagens da vida em sociedade. Assim, para preservar-se a saúde de todos é necessário que ninguém possa impedir outrem de procurar seu bem-estar ou induzí-lo a adoecer. Essa é a razão das normas jurídicas que obrigam à vacinação, à notificação, ao tratamento, e mesmo ao isolamento de certas doenças, à destruição de alimentos deteriorados e, também, ao controle do meio ambiente, das condições de trabalho. A garantia de oferta de cuidados de saúde do mesmo nível a todos que deles necessitam também responde à exigência da igualdade. É claro que enquanto direito coletivo, a saúde depende igualmente do estágio de desenvolvimento do Estado. Apenas o Estado que tiver o seu direito ao desenvolvimento reconhecido e assegurado poderá garantir as mesmas medidas de proteção e iguais cuidados para a recuperação da saúde para todo o povo.

O direito à saúde ao apropriar-se da liberdade e da igualdade caracteriza-se pelo equilíbrio instável desses valores. A história da humanidade é farta de exemplos de movimentos pendulares que ora buscam a liberdade, ora a igualdade. Os homens sempre tiveram a consciência de que para nada serve a igualdade sob o jugo do tirano e de que a liberdade só existe entre iguais. Sem dúvida, a evolução do conceito de saúde e o reconhecimento da responsabilidade do Estado no que respeita à saúde do povo muito contribuíram na construção do direito à saúde, que não pôde, entretanto, prescindir da evolução dos movimentos que reivindicavam direitos humanos.

Saúde e Direitos Humanos

Uma interessante alegoria foi apresentada por Paul Sieghart[11], para explicar a existência de um conjunto de normas internacionais referidas aos direitos humanos. Ela pode ser assim resumida:

Supondo-se pacífica a afirmação de que os Estados contemporâneos sejam fundados no consentimento de seus membros, que concordam sobre as regras mínimas que devem governar seus próprios comportamentos para o bem-comum, observa-se a necessidade do ar, da água, do alimento e do abrigo para que Adão sobrevivesse. A

11. Cf. Sieghart, P. The lawful rights of mankind. Oxford, Oxford University Press, 1986.p.3-11

formação da família e da pequena comunidade dela decorrente - "Adãolândia" - percebe, então, que algumas atividades seriam melhor realizadas se o fossem em conjunto, reconhece diferentes habilidades em diversos indivíduos, e desenvolve uma estrutura onde os membros exercem funções típicas. Enquanto vivendo no "paraíso" não havia qualquer conflito. Entretanto, vindo um período de escassez, apresentam-se duas opções: competição ou cooperação[12]. Supondo-se que os cidadãos de "Adãolândia" tenham decidido cooperar - sob o argumento de que dividindo amplamente o sofrimento, sua quantidade total pode ser reduzida - e que ao voltar a prosperidade tenham proposto uma série de regras para a distribuição de qualquer bem que no futuro se tornasse escasso, tais regras seriam vinculantes para todos os membros da comunidade. Novos problemas se apresentam em "Adãolândia": o crime de Caim, a chegada de novos habitantes, provocando decisões tais como: fixar uma reparação para o crime e, não sendo ela realizada, expulsar Caim da comunidade por não ter respeitado as leis; reconhecer e respeitar os direitos de todos os recém-chegados desde que eles se comprometessem a aceitar as leis de "Adãolândia".

Dois conceitos fundamentais à compreensão hodierna dos direitos humanos são enunciados nessa alegoria: direito e lei. Um rápido passeio pela história da humanidade mostra que já no Renascimento o termo direito começa a se distanciar da justiça, caracterizando-se como a qualidade moral que dá ao indivíduo, segundo Grócio[13], a liberdade, o domínio sobre as coisas e o crédito sobre o que lhe é devido. Também para Hobbes, a liberdade caracteriza o direito, assim como, a lei representa o constrangimento[14]. Max Weber explica com propriedade a evolução moderna do jusnaturalismo, cuja origem revolucionária é rapidamente esquecida quando a burguesia toma o poder, passando a servir de justificativa para a conservação da ordem estabelecida, com base nos conceitos de legalidade e legitimidade. Em suma, a prática jurídica contemporânea identifica como direito, prioritariamente, o direito subjetivo, ignorando a tradição secular do direito natural fundado na justiça. Valoriza-se sobremaneira a "ciência" do direito concreto, histórico, positivo[15]; o individualismo é parte integrante da modernidade. Não se pode, contudo, ignorar a reação das pessoas que, reconhecendo que as leis não têm origem divina, buscaram a proteção das declarações de direitos inseridas no documento que fundava todo poder governamental: a Constituição. Isto não implicava a suplantação do individualismo, mas, ao contrário, reforçava a tese de que os direitos humanos pertencem ao indivíduo e, portanto, precedem a formação de qualquer sociedade política.

É curioso notar a diferença essencial das declarações de direitos do século dezoito, com seus antecedentes mais famosos (Magna Carta e a English Bill of Rights). Com efeito, a justificativa para a declaração de direitos das revoluções burguesas era a existência de direitos inerentes a todos os seres humanos e por isso mesmo inalienáveis, que poderiam ser coerentemente enumerados e, portanto, denominados "direitos humanos". Não mais se tratava de concessões extorquidas do governante, o que revelava disputa entre diferentes grupos de interesse. Assim, o respeito aos direitos humanos

12. Questão magistralmente apresentada por Machado de Assis, em Quincas Borba, que popularizou a expressão "ao vencedor as batatas"

13. Cf. Grotius, H. The rights of war and peace. Book I, Chap.II.

14. Cf. Hobbes, T. Leviathan, Part I, Chap.14

15. José Reinaldo Lima Lopes apresenta excelente resumo dessa evolução em Faria, J. E. (org.) Direitos humanos, direitos sociais e justiça. São Paulo, Malheiros, 1994.p.113-143.

tornava mais eficiente o governo da sociedade, evitando-se a discórdia excessiva e, conseqüentemente, a desagregação da unidade do poder[16].

O individualismo permaneceu a característica dominante nas sociedades reais ou históricas que sucederam àquelas diretamente forjadas nas revoluções burguesas. Nem mesmo o socialismo ou as chamadas "sociedades do bem-estar" eliminaram a predominância do individualismo, uma vez que são indivíduos os titulares dos direitos coletivos, tais como a saúde ou a educação. Justifica-se a reivindicação encetada pelos marginalizados de seus direitos humanos frente à coletividade, porque os bens por ela acumulados derivaram do trabalho de todos os membros dessa coletividade. Os indivíduos têm, portanto, direitos de crédito em relação ao Estado - representante jurídico da sociedade política. Assim, embora o individualismo permaneça como principal característica dos direitos humanos enquanto direitos subjetivos, são estabelecidos diferentes papéis para o Estado, derivados da opção política pelo liberalismo ou pelo socialismo. De fato, para a doutrina liberal o poder do Estado deve ser nitidamente limitado, havendo clara separação entre as funções do Estado e o papel reservado aos indivíduos. Tradicionalmente, as funções típicas do Estado restringiam-se à preservação da ordem, da moralidade e da saúde públicas[17]. Já o socialismo, impressionado com os efeitos sociais da implementação do Estado liberal - e do egoísmo capitalista que lhe serviu de corolário - magistralmente apresentados por Charles Dickens[18], por exemplo, reivindicava para o Estado papel radicalmente oposto. Com efeito, os socialistas do século dezenove lutavam para que o Estado interviesse ativamente na sociedade para terminar com as injustiças econômicas e sociais. Entretanto, nem mesmo os socialistas ignoraram o valor das liberdades clássicas, do respeito aos direitos individuais declarados na Constituição.

O mundo contemporâneo vive a procura do difícil equilíbrio entre tais papéis heterogêneos, hoje, indubitavelmente, exigência do Estado democrático. Todavia, o processo de internacionalização da vida social acrescentou mais uma dificuldade à consecução dessa estabilidade: os direitos cujo sujeito não é mais apenas um indivíduo ou um conjunto de indivíduos, mas, todo um grupo humano ou a própria humanidade. Bons exemplos de tais direitos de titulariedade coletiva são o direito ao desenvolvimento[19] e o direito ao meio-ambiente sadio[20]. Ora, a possibilidade de conflito entre os direitos de uma determinada pessoa e os direitos pertencente ao conjunto da coletividade pode ser imediatamente evidenciada e, talvez, os totalitarismos do século vinte, supostamente privilegiando os direitos de um povo e, nesse nome, ignorando os direitos dos indivíduos, sejam o melhor exemplo de uma das faces da moeda. A outra face pode ser retratada na destruição irreparável dos recursos naturais necessários à sadia qualidade de vida humana decorrente do predomínio do absoluto direito individual à propriedade.

A lei é inquestionavelmente reconhecida como indispensável à afirmação hodierna dos direitos humanos. Isto é, apesar do grande conteúdo político abrigado na expressão direitos humanos - responsável pelo interesse primário dos filósofos - foi necessária a

16. Cf. Aron, R. Le spectateur engagé. Paris, Gallimard, 1981.p.289-91.

17. funções do Estado-polícia, enumeradas no art.356 da Constituição francesa de 1795 (termidoriana, de 5 frutidor, ano III)

18. Como em Oliver Twist.

19. Objeto da Declaração sobre o direito ao desenvolvimento, adotada pela Assembléia Geral da ONU em 4 de dezembro de 1986.

20. Objeto da Declaração do Rio de Janeiro de 1992, da ONU.

gradual positivação desses direitos para torná-los eficazes. Assim, não se pôde prescindir do estabelecimento do Estado de Direito, contemporâneo da adoção da Constituição - limite para todas as atividades - públicas e privadas - que pudessem ser exercidas no âmbito de atuação do poder estatal[21]. O Estado de Direito se consolida na doutrina jurídica clássica como "um Estado cujos atos são realizados em sua totalidade com base na ordem jurídica"[22]. Sendo esse um Estado que determina *a priori* a juridicidade de toda e qualquer interferência no agir humano, inclusive quando intermediado por entidades políticas, era lógico que se estabelecesse uma hierarquia entre as normas para que pudesse ser garantida a função limite da Constituição. Hans Kelsen, jurista do império autro-húngaro, elaborou a doutrina hoje clássica da hierarquia das normas - a *estrutura escalonada da ordem jurídica* - onde esclarece que quando se focaliza um Estado, " a Constituição representa o escalão de Direito positivo mais elevado"[23]. Isto significa que a Constituição regula a produção das leis e pode regular, também, o conteúdo das futuras leis, não podendo ser modificada ou extinta se não por meio de um processo legislativo diferente, mais exigente. Imediatamente abaixo da Constituição, situa-se a esfera de atuação das leis, seguida do escalão do processo judicial e administrativo. Assim, por exemplo, todo ato administrativo deve conformar-se a uma lei que, por sua vez, encontra seu limite no texto constitucional.

Para a efetivação dos direitos humanos, a gradual positivação acima referida envolveu, também, a criação de um sistema legal específico para a proteção desses direitos. A obviedade de tal afirmação decorre do reconhecimento do potencial conflituoso dos direitos envolvidos, já mencionado. Portanto, apenas se poderá alcançar um equilíbrio entre os direitos humanos e o poder político quando todas as partes estejam submetidas a reais limitações, que, sem dúvida, serão estabelecidas pela autoridade política. A partir das revoluções liberais do século dezoito, houve, então, uma introdução progressiva das declarações de direitos nos textos constitucionais ao ponto em que a teoria constitucional passou a considerar que "as Constituições dos... Estados burgueses estão... compostas de dois elementos: de um lado, os princípios do Estado de Direito para a proteção da liberdade burguesa frente ao Estado; de outro, o elemento político do qual se deduzirá a forma de governo... propriamente dita"[24]. O reconhecimento de que um dos grandes objetivos do constitucionalismo era a necessidade de limitação do poder dos governantes é atualmente traduzido na afirmação de que a proteção e promoção da dignidade humana são as finalidades mais importantes da Constituição[25]. Assim, é perfeitamente possível concluir que o sistema legal de proteção dos direitos humanos terá características típicas de cada Estado e, parece, portanto, lógico, que a liberdade de imprensa seja disciplinada diferentemente conforme a Constituição de um Estado desenvolvido ou subdesenvolvido, por exemplo.

A aceitação da existência de direitos que pertencem a toda a humanidade ou a parte dela que não está contida em apenas em um Estado fez com que a lei que abriga os

21. Tal é a lição de Rousseau, no Contrato Social (livro II, XII), totalmente absorvida no processo de elaboração e ratificação da primeira Constituição escrita: a Constituição dos Estados Unidos da América, de 1787. Cf., especialmente, Hamilton, A., Madison, J., Jay, J. O Federalista (artigo 27).

22. Cf. Kelsen, H. Teoria General del Estado. Mexico, Editora Nacional,1959.p.120.

23. Cf. idem, Teoria Pura do Direito. São Paulo, Martins Fontes, 1985.p.240.

24. Cf. Schimitt, C. Teoría de la Constitución. Madrid, Editorial Revista de Derecho Privado, 1934. p.47.

25. Dallari, D. A. Elementos de teoria geral do Estado. 9ª ed. São Paulo, Saraiva, 1982.

direitos humanos tivesse um caráter internacional. Contudo, não foi essa a origem das normas internacionais de direitos humanos no século vinte. Szabo[26] afirma que "o que conduziu finalmente à adoção ""oficial"" de medidas tendentes a assegurar a proteção internacional dos direitos humanos foi a quantidade de atrocidades cometidas contra a humanidade pelos poderes fascistas durante a segunda guerra mundial", referindo expressamente a declaração do presidente Roosevelt[27] que enumerava quatro liberdades básicas: liberdade de opinião e expressão, liberdade de culto, direito a ser libertado da miséria e garantia de viver sem ameaças. Dessa forma, quando na conferência de São Francisco, em 1945, foi criada a Organização das Nações Unidas-ONU, ficou estabelecida a necessidade de redigir um documento sobre os direitos humanos que deveria expressar claramente todos os direitos humanos, inclusive os direitos econômicos, sociais e culturais, e que se deveria criar uma Comissão de direitos humanos como uma das principais da nova Organização.

Em 10 de dezembro de 1948 a 3ª Assembléia geral da ONU adotou a Declaração Universal dos Direitos do Homem, que não tem, no sistema legal internacional, caráter vinculante, tendo apenas valor moral. Entretanto, apesar da força apenas moral, a Comissão de direitos humanos do Conselho econômico e social reconheceu a necessidade de redigir um convênio sobre direitos humanos, onde os Estados se comprometeriam a respeitar os direitos declarados, aumentando a força vinculante do conteúdo daqueles direitos humanos. Em 1966 a Assembléia geral da ONU aprovou dois pactos de direitos humanos: o Pacto de direitos civis e políticos e o Pacto de direitos econômicos, sociais e culturais, curiosamente contrariando o estabelecido pela própria Assembléia geral em sua primeira sessão. Com efeito, havia-se decidido, em 1950, que "o desfrute das liberdades civis e políticas e dos direitos econômicos, sociais e culturais são interdependentes" e que "quando um indivíduo é privado de seus direitos econômicos, sociais e culturais, ele não caracteriza uma pessoa humana, que é definida pela Declaração como o ideal do homem livre"[28]. É importante observar que as convenções são, ainda, o modo mais eficaz para o estabelecimento dos direitos humanos na esfera internacional. Esse instrumento multilateral obriga os Estados que o ratificarem a garantir expressamente os direitos nelas incluídos e, também, a proporcionar a seus cidadãos um eficaz sistema de acesso aos tribunais para essa garantia. Deve-se lembrar, todavia, que, em relação aos Pactos de 1966, apenas os Estados são sujeitos de direito internacional, sendo recente a aceitação do indivíduo como sujeito de direitos na legislação internacional, até o momento restrita às convenções regionais de direitos humanos.

A saúde é indiretamente reconhecida como direito na Declaração Universal de Direitos Humanos (ONU), onde é afirmada como decorrência do direito a um nível de vida adequado, capaz de assegurá-la ao indivíduo e à sua família(art.25). Entretanto, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que entrou em vigor em 3 de janeiro de 1976, dispõe que:

> "1. Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda a pessoa ao desfrute do mais alto nível possível de saúde física e mental.

26. Cf. Szabo, I. Fundamentos históricos de los derechos humanos. **In**: Vasak, K. (ed.) Las dimensiones internacionales de los derechos humanos. Barcelona, Serbal/UNESCO, 1984. V. I, p.50.

27. Em 26 de janeiro de 1941.

28 Assembléia Geral, resolução 543, 6.

2. Entre as medidas que deverão adotar os Estados Partes no Pacto a fim de assegurar a plena efetividade desse direito, figuram as necessárias para:

a) A redução da natimortalidade e da mortalidade infantil, e o desenvolvimento saudável das crianças;

b) A melhoria em todos os seus aspectos da higiene do trabalho e do meio ambiente;

c) A prevenção e o tratamento das enfermidades epidêmicas, endêmicas, profissionais e de outra natureza, e a luta contra elas;

d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade." (art.12).

Pode-se verificar, portanto, que o conceito de saúde adotado nos documentos internacionais relativos aos direitos humanos é o mais amplo possível, abrangendo desde a típica face individual do direito subjetivo à assistência médica em caso de doença, até a constatação da necessidade do direito do Estado ao desenvolvimento, personificada no direito a um nível de vida adequado à manutenção da dignidade humana. Isso sem esquecer do direito à igualdade implícito nas ações de saúde de caráter coletivo tendentes a prevenir e tratar epidemias ou endemias, por exemplo.

O Brasil já havia ratificado o Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais quando elaborou a Constituição promulgada em 1988. Isto é, o ambiente ideológico que cercou a redação da Constituição estava impregnado pelo reconhecimento da necessidade de declarar e assegurar os direitos fundamentais das pessoas e, também, de limitar juridicamente todos os poderes - inclusive o econômico - que pudessem vir a ameaçar a liberdade efetiva e a igualdade de possibilidades dos indivíduos[29]. Assim, é lógico compreender que a dignidade tenha sido afirmada como um dos fundamentos do Estado (C.F.art.1º,III) e que a prevalência dos direitos humanos seja um dos princípios que devam reger suas relações internacionais (C.F.art.4º,II). Nesse momento foi, igualmente, lógico que a saúde aparecesse como um dos direitos sociais constitucionalmente reconhecidos (C.F.art.6º). E, mais ainda, que a Constituição tenha adotado a concepção maior do direito à saúde. De fato, ao afirmar que o direito de todos à saúde deve ser garantido mediante a adoção de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos à saúde, mas que visem, também, assegurar a todos, e em iguais condições, o acesso às ações e aos serviços necessários para a promoção, proteção e recuperação da saúde (C.F.art.196), fica clara a compreensão do direito à saúde envolvendo, inevitavelmente, o reconhecimento do direito do Estado ao desenvolvimento que lhe permita ofertar um nível de vida adequado à existência de um povo saudável, assim como os serviços e as ações de saúde que supram as necessidades de todos os indivíduos. Por outro lado, o caráter coletivo do direito à saúde, ressaltando o valor igualdade, é constitucionalmente exemplificado nas atribuições do sistema único de saúde enumeradas no artigo 200 (controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; vigilância sanitária e epidemiológica; fiscalização e inspeção de alimentos, bebidas e águas para consumo humano, entre outras). Assim como fica claro o aspecto individual subjacente ao direito subjetivo à saúde quando se afirma que o atendimento, ao qual todos têm direito, deve ser integral, englobando tanto as atividades preventivas, quanto os serviços assistenciais (C.F. art.1 98, II).

29 Cf. Dallari, D.A. Constitição e constituinte. 3ª ed. São Paulo, Saraiva, 1985.p.14.

Direito Sanitário: Conceito e Evolução

Atualmente a humanidade não hesita em afirmar - ainda que o matizando - que a saúde é um direito humano e que, como os demais direitos humanos, exige o envolvimento do Estado, ora para preservar as liberdades fundamentais, principalmente por meio da eficiente atuação do Poder Judiciário, ora para eliminar progressivamente as desigualdades, especialmente planejando e implementando políticas públicas[30]. Trata-se, então, da reivindicação do direito à saúde. Por outro lado, tendo o Estado assumido inicialmente a prestação de cuidados de saúde como prestação de um serviço público, grande quantidade de textos legais regem a execução desse serviço. Isso porque toda atividade administrativa do Estado moderno é realizada sob a lei, podendo-se prontamente concordar que "administrar (na área pública) é aplicar a lei de ofício"[31]. Com efeito, sendo a administração pública limitada pelos princípios da supremacia do interesse público sobre o privado e pela indisponibilidade dos interesses públicos e sendo o interesse público definido pela própria sociedade, o administrador não pode trabalhar senão com o conhecimento do interesse público que ele deve realizar. Ora, o interesse público no moderno Estado de Direito, porque sob leis, é definido pela sociedade em forma de textos legislativos que representam a vontade geral dessa sociedade. A função executiva foi constitucionalmente determinada para realizar os objetivos definidos na lei. Assim, o administrador público só pode agir guiado por uma série de leis orientadas para o perfazimento do interesse público que, no que respeita aos cuidados sanitários, delimitam os objetivos da atuação do Estado na área da saúde e os meios a serem empregados para atingí-los.

Contudo, como já se viu, a saúde não tem apenas um aspecto individual e, portanto, não basta que sejam colocados à disposição das pessoas todos os meios para a promoção, proteção ou recuperação da saúde para que o Estado responda satisfatoriamente à obrigação de garantir a saúde do povo. Hoje os Estados são, em sua maioria, forçados por disposição constitucional a proteger a saúde contra todos os perigos. Até mesmo contra a irresponsabilidade de seus próprios cidadãos. A saúde "pública" tem um caráter coletivo. O Estado contemporâneo controla o comportamento dos indivíduos no intuito de impedir-lhes qualquer ação nociva à saúde de todo o povo. E o faz por meio de leis. É a própria sociedade por decorrência lógica que define quais são esses comportamentos nocivos e determina que eles sejam evitados, que seja punido o infrator e qual a pena que deve ser-lhe aplicada. Tal atividade social é expressa em leis que a administração pública deve cumprir e fazer cumprir. São, também, textos legais que orientam a ação do Estado para a realização do desenvolvimento sócio-econômico e cultural. Conceitualmente, a sociedade define os rumos que devem ser seguidos para alcançá-lo, estabelecendo normas jurídicas cuja obediência é obrigatória para a administração pública[32]. E como a saúde depende também desse nível de desenvolvimento, as disposições legais que lhe interessam estão contidas em tais planos de desenvolvimento do Estado.

30. Veja-se, por exemplo: Comparato, F,K. Direitos Humanos e Estado. **In**: Fester, A.C.R.(org.) Direitos humanos e... São Paulo, Brasiliense,1989.p.93-105.

31. Cf. Seabra Fagundes, M.S. Controle dos atos administrativos pelo poder jurídico. Rio de Janeiro, Forense, 1957.p.17.

32. É o que afirma o artigo 174 da Constituição do Brasil, por exemplo: "... o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de... e planejamento, sendo este determinante para o setor público..."

O direito da saúde pública é, portanto, parte do direito administrativo, ou uma aplicação especializada do direito administrativo. É parte do direito administrativo porque refere sempre atuações estatais orientadas o mais exaustivamente possível, pela próría sociedade por meio do aparelho legislativo do Estado. Em termos práticos, ao direito da saúde pública assenta perfeitamente o rótulo de direito administrativo porque se trata de disciplina normativa que se caracteriza pelo preenchimento daqueles princípios básicos da supremacia do interesse público sobre o particular e da indisponibilidade do interesse público[33]. Entretanto, a referência ao direito administrativo não é suficiente, uma vez que na aplicação peculiariza-se o direito da saúde pública: ora são as atuações decorrentes do poder de polícia, ora a prestação de um serviço público, ora, ainda, um imbricamento de ambos, como no caso da vacinação obrigatória realizada pelos serviços de saúde pública, que visam, principal ou exclusivamente, promover, proteger ou recuperar a saúde do povo[34].

O direito sanitário se interessa tanto pelo direito à saúde, enquanto reivindicação de um direito humano, quanto pelo direito da saúde pública: um conjunto de normas jurídicas que têm por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos que compõem o povo de determinado Estado, compreendendo, portanto, ambos os ramos tradicionais em que se convencionou dividir o direito: o público e o privado. Tem, também, abarcado a sistematização da preocupação ética voltada para os temas que interessam à saúde[35] e, especialmente, o direito internacional sanitário, que sistematiza o estudo da atuação de organismos internacionais que são fonte de normas sanitárias e dos diversos órgãos supra-nacionais destinados à implementação dos direitos humanos. Afirmar que o direito sanitário é uma disciplina nova não significa negar a existência de legislação de interesse para a saúde desde os períodos mais remotos da história da humanidade ou a subsunção da saúde nos direitos humanos, de reivindicação imemorial. Significa, porém, reconhecer que "desde o fim do século XIX e sobretudo nos últimos cinqüenta anos, as relações de direito público no campo sanitário e social foram consideravelmente ampliadas, multiplicadas, enriquecidas a ponto de produzir esse ""precipitado"" que será ainda relativamente novo em 1990"[36].

Há muito a Organização Mundial de Saúde se interessa pelo direito e a legislação sanitária, tanto no plano internacional como nos diferentes Estados. Todavia, o desenvolvimento contemporâneo desse interesse é, também, recente. Apenas em 1977, durante a 30ª Assembléia Mundial de Saúde, ficou resolvido que "reconhecendo que uma legislação sanitária adaptada aos imperativos nacionais tende a proteger e melhorar a saúde do indivíduo e da coletividade" se "pede ao Diretor Geral que reforce o programa da OMS no campo da legislação sanitária para ajudar os Estados membros... estude e coloque em prática os melhores meios de difusão da informação legislativa nos Estados membros objetivando inspirar a formulação ou a revisão de textos de leis relativos à

33. Cf. Bandeira de Mello, C.A. Elementos de direito administrativo. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1980.p.5.

34. Veja-se Moreau, J. Droit administratif fondamental et droit administratif appliqué: l'exemple du droit de la santé publique. **In**: Truchet, D. (org.) Etudes de droit et d'economie de la santé. Paris, Economica, 1982.

35. Veja-se, por exemplo, a freqüente existência de livros dedicados aos dois temas, como: Hall, M.A. & Ellman, I.M. Health care law and ethics. St. Paul., Minn., West Publishing Co., 1990 e Bourgeault, G. L'éthique et le droit. Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1990.

36. Cf. Moreau,J. & Truchet, D. Droit de la santé publique. 2ª ed. Paris, Daloz, 1990.p.6.

saúde"[37]. Tal Resolução provocou a manifestação da 33ª Assembléia Mundial de Saúde (1980) que, durante sua 17ª Sessão Plenária manifestou-se sobre o "rapport" do Diretor Geral, nos seguintes termos: "Notando que uma legislação sanitária apropriada é um elemento essencial dos sistemas de serviços de saúde e de higiene do meio ambiente", "pede ao Diretor Geral... a elaboração de um programa detalhado de cooperação técnica e de transferência de informação em matéria de legislação sanitária"[38].

O Escritório Regional para a Europa, da Organização Mundial de Saúde, criou, em conseqüência dessas recomendações, um Comitê Consultivo de Legislação Sanitária que, considerando que "para atuar a política de saúde que deseja, um governo pode apoiar-se... na legislação e regulamentação propriamente ditas", decidiu realizar uma pesquisa sobre o ensino do tema. O estudo tinha os seguintes objetivos: "rever e analisar a situação européia concernente aos programas e meios de formação em direito e legislação sanitária; comparar a situação nos diferentes países da Europa com relação às instituições concernentes e os conteúdos dos programas de ensino; indicar as tendências atuais na Europa quanto a esse ensino; formular as recomendações para encorajar tal ensino e promover seu reconhecimento e sua utilização ótima pelos Estados membros"[39]. Os resultados dessa pesquisa apontam a existência de inúmeros cursos, tanto em escolas de formação médica como jurídicas e mesmo em institutos de nível superior agregados ou não às Universidades.

Em 1984 o direito sanitário era ensinado em todos os Estados da Comunidade Econômica Européia de então, com a única possibilidade de exceção do Luxemburgo (onde não se conseguiu a informação). Os mais amplos programas de pós-graduação na matéria eram encontrados na Itália e na França. A Faculdade de Direito da Universitá degli studi di Bologna organizou em 1962 um curso de aperfeiçoamento em direito sanitário, que, em 1979, originou a Scuola de Perfezionamento in Diritto Sanitário, agregada àquela Faculdade de Direito. Esse curso, realizado em dois anos, com um mínimo de 110 horas, oferece um diploma de aperfeiçoamento em direito sanitário, para graduados em várias áreas (direito, ciência política, economia, medicina, veterinária, farmácia, engenharia, por exemplo), desejosos de receber formação especializada em direito sanitário. Na França, o Centro de Direito Sanitário, da Universidade de Bordeaux I, permite aos titulares de mestrado em direito público ou privado ou graduados em medicina, farmácia, odontologia, entre outros, conquistarem o Diploma de Estudos Especializados em Direito Sanitário que lhes dá o direito de, após dois anos, obter o grau de doutor, pela redação de uma tese. O programa tem a duração de um ano, com 145 horas.

Nas Américas, a Faculdade de Saúde Pública da Columbia University, nos Estados Unidos, um a das três primeiras escolas de saúde pública no mundo, mantém regularmente disciplinas como: legislação de saúde pública, aspectos legais da administração dos serviços de saúde, regulamentação dos cuidados de saúde e legislação e política

37. Word Health Assembly, 30th, Geneva, May, 1977. [Resolution] WHA 30.44. **In**: World Health Organization. Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board: 1973-1984. Geneva, 1985. V.2.

38. Word Health Assembly, 33rd, Geneva, May, 1980. [Resolution] WHA 33/17. **In**: World Health Organization. Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board: 1973-1984. Geneva, 1985. V.2.

39. Cf. Auby, J-M. Legislation sanitaire: programmes et moyens de formation en Europe. Paris, Masson, 1984.p.5-7.

populacional. Nelas são abordados, por exemplo, os seguintes temas: direitos humanos e aspectos legais do aborto, da esterilização compulsória e do acesso à contracepção; análise jurídica do estado atual e das tendências observáveis da legislação das organizações de prestação de cuidados de saúde. Também nos Estados Unidos da América, o relatório da "Comissão sobre Educação para Administradores de Saúde" incluiu como o primeiro elemento chave para a gerência administrativa em saúde e atenção médica o conhecimento da "legislação que envolve todos os tipos de instituições, agências e programas de saúde e atenção médica"[40]. E a Lei 94-484, de 1976, conhecida como "The Health Profession Educational Assistance Act", orientou as iniciativas do governo federal para incluirem entre seus objetivos específicos "o apoio ao desenvolvimento ou expansão do conteúdo ou linha mestra de programas especializados em política e legislação"[41].

Mais recentemente, a Organização Panamericana de Saúde, escritório regional para as Américas da Organização Mundial de Saúde, buscando contribuir para a reorganização e reorientação do setor saúde, por meio da descentralização e da participação social, publicou o documento "Desenvolvimento e Fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde: a Administração Estratégica", onde afirma ser a legislação um dos meios para que a saúde se converta em ingrediente fundamental do processo de desenvolvimento. Assim, considera que "a legislação não é apenas o instrumento formal por meio do qual se deve re-estrututar o setor saúde a fim de permitir seu adequado funcionamento, senão, também, o marco adequado para gerar as condições de pleno desenvolvimento físico e mental das pessoas e para que elas se integrem no processo como atores e beneficiários", acrescentando que ela representa um meio para alcançar o desenvolvimento, global e interrelacionado, devendo, portanto, ser analizada no contexto internacional, nacional e local[42].

Ensino, Pesquisa e Prática do Sanitário

Despertados para a importância social da reivindicação do direito à saúde e convencidos da necessidade de aperfeiçoar os instrumentos normativos do direito da saúde pública, um grupo de profissionais da área da saúde e do direito, predominantemente professores das faculdades de Saúde Pública e Direito da Universidade de São Paulo, começou a se reunir em setembro de 1987 para discutir o tema. As diferentes origens acadêmicas geraram a primeira dificuldade: o emprego de linguagens diversas. Assim, a organização do grupo de estudos iniciou-se com as sessões em que se discutiu em profundidade o conceito de saúde e o conceito de direito, apresentados, respectivamente, por professores de saúde pública e direito. Tais encontros foram o germe das Reuniões Científicas que caracterizaram os primeiros anos do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário-CEPEDISA.

40. Cf. W.K. Kellogg Foundation. Sumary and the report of the Comission on Education for health Administration. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1974.

41. Hatch, T.D. & Holland, W.J. Education for health management: a federal perspective. **In**: Levey, S. & McCarthy, T. Health management for tomorrow. Philadelphia, J.B.Lippincolt, 1980.

42. Organización Panamericana de la Salud. Desarollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la administracón estratégica. Washington, 1992.p.27.

A partir daí, definiu-se um currículo básico e decidiu-se organizar um seminário para o qual seriam convidados professores estrangeiros com experiência no ensino do direito sanitário para discutir e avaliar o curriculum proposto. No seminário realizado houve consenso quanto à pertinência da maioria dos conteúdos programados, salvo aqueles mais ligados à reivindicação do direito à saúde: ética da saúde, filosofia e sociologia do direito sanitário. Em outras palavras, os especialistas estrangeiros aceitavam com facilidade a idéia de ensinar o direito da saúde pública, contudo, apresentavam certo desconforto frente à hipótese de incluir o direito à saúde, passando, assim, a ensinar direito sanitário. Um dado interessante é que o programa apresentado pelos brasileiros acabou por servir de base a reformas curriculares em alguns centros universitários franceses e foi implantado regularmente na Universidade de São Paulo, a partir de 1989.

Em outra linha de trabalho, visando a realização de estudos multidisciplinares em moldes não previstos na Universidade, o mesmo grupo decidiu criar uma sociedade civil sem fins lucrativos, cuja caracterização estatutária era ser prioritariamente um "órgão científico de apoio ao ensino, à divulgação, pesquisa e prestação de serviços à comunidade, tanto da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, quanto da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo"[43]. Entretanto, a necessidade de institucionalização de grupos interdisciplinares era compartilhada por muitos segmentos universitários no final da década de oitenta e a Universidade de São Paulo, ao reformar seus Estatutos em 1988, ofereceu abrigo aos *Núcleos de Apoio*, criados "com o objetivo de reunir especialistas de um ou mais órgãos e Unidades em torno de programas de pesquisa ou de pós-graduação de caráter interdisciplinar"[44]. Por meio da primeira Resolução do Magnífico Reitor destinada à criação de núcleos de apoio à pesquisa, foi criado o Núcleo de Pesquisas em Direito Sanitário (Nap-DISA), originado em proposta apresentada à Pró-Reitoria de Pesquisas da Universidade de São Paulo pelo CEPEDISA[45] e destinado a dar apoio à pesquisa em Direito Sanitário[46].

Outra atividade considerada, desde logo, prioritária, foi a criação de um banco de dados da legislação sanitária nacional, incluindo leis e atos administrativos das três esferas de poder político, de interesse para a saúde. Nesse sentido foi firmado convênio com a Organização Panamericana de Saúde, fazendo do CEPEDISA o Centro Coordenador da Base de Dados LEYES para o Brasil. O projeto piloto para implantação dessa base implicou a sistematização da legislação incidente no Município de São Paulo. Para tanto foram instituídos Centros Informadores no Ministério da Saúde, na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e na Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, todos com responsabilidade pelo ingresso das informações de interesse para a saúde originadas em seu nível de governo. Um projeto experimental, para avaliação por parte dos usuários das informações fornecidas pelos Centros Informadores, começou a ser testado em dezembro de 1995, nos vários Centros Informadores.

A par disso, deu-se também grande ênfase ao ensino do Direito Sanitário realizando-se dos cursos de especialização para alunos provenientes de diversas formações profissionais, uma vez que a formação de especialistas em Direito Sanitário é uma

43. Cf. Estatuto do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário-CEPEDISA, art. 1º.

44. Cf. Estatuto da Universidade de São Paulo, art.7º.

45. Cf. Resolução nº 3.658, de 27 de abril de 1990, do Magnífico Reitor da Universidade de São Paulo.

46. Regimento do Núcleo de Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo, art. 2º.

necessidade premente da Administração Pública brasileira, assim como das organizações privadas com interesse na saúde. O conteúdo dos cursos incluiu as bases conceituais e doutrinárias sobre as matérias relacionadas ao Direito Sanitário, procurando-se também apresentar e discutir a legislação específica e a jurisprudência no campo do direito à saúde.

Na seleção dos alunos é dada preferência aos candidatos de diferentes partes do país, envolvidos em atividades ou instituições onde possam utilizar os conhecimentos obtidos durante o curso, além de agirem como disseminadores das idéias do direito sanitário.

A partir de 1995, por decisão tomada em um dos encontros periódicos para avaliação do curso, os coordenadores e os responsáveis pelos módulos disciplinares optaram por desdobrar o curso de especialização em duas etapas. A primeira compreendendo a realização de um curso de propedêutica, de 120 horas, denominado "Introdução ao Direito Sanitário", que poderá ser complementado, em uma segunda etapa, por um "Curso de Aperfeiçoamento em Direito Sanitário", com 260 horas. Pretende-se que o aluno do curso de introdução, que assim o desejar - e desde que selecionado - possa freqüentar um dos cursos de aperfeiçoamento, tanto no mesmo ano como em até quatro anos após ter obtido o certificado de conclusão da primeira etapa. Ademais, o aluno que pretenda ampliar ainda mais seus conhecimentos sobre a matéria poderá completar sua formação e adquirir o título de especialista em Direito Sanitário, fazendo o curso de especialização em Direito Sanitário, com 360 horas e defendendo monografia de fim de curso.

Além da introdução de temas relacionados ao Direito Sanitário em cursos de pós-graduação e especialização em Saúde Pública e Administração de Serviços de Saúde na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, bem como da realização de oficinas de trabalho, o CEPEDISA vem, desde sua criação, colaborando com instituições de ensino e órgãos ligados à Administração Pública. Desde 1989, ensinamentos de direito sanitário estão incorporados ao ensino de "Advocacia em Saúde", matéria de disciplina de pós-graduação para mestrandos e doutorandos do curso da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-FSP/USP. Também no Curso de Especialização de Saúde Pública da FSP/USP, esses ensinamentos estão incluídos na área de concentração temática "Advocacia em Saúde". O ensino de Advocacia em Saúde fez parte do Programa de Internato desenvolvido em conjunto pelo CEPEDISA e pelo Center for Population and Family Health, da School of Public Health, Columbia University (NY, USA), a partir do final da década de oitenta, tendo sido acompanhado por 7 alunos estadunidenses, que, em conjunto com alunos desses cursos na Faculdade de Saúde Pública-USP, desenvolveram projetos e pesquisas de campo relacionadas à advocacia legislativa, administrativa ou judiciária, que resultaram em apresentações em eventos científicos e publicações em revistas nacionais e internacionais.

Para a disseminação do Direito Sanitário foram promovidas várias Reuniões Científicas, tendo sido organizado pelo CEPEDISA, em 1994, um Forum de Debates sobre a Saúde na Revisão Constitucional, contando com o apoio da Rede IDA/Brasil. Até 1996 foram realizados mais três Seminários Internacionais de Direito Sanitário, possibilitando a troca de experiências brasileiras e estrangeiras por profissionais ligados às áreas de direito e saúde, sobre temas como "A Responsabilidade pela Saúde", "Saúde e Direito Ambiental: o problema das fronteiras intra e internacionais" e "Relação público/privado na eficácia do direito à saúde".

Após oito anos de trabalhos, o balanço das atividades relacionadas com o Direito Sanitário pode ser considerado altamente positivo. A institucionalização do Direito Sanitário como disciplina acadêmica foi consolidada e pode ser evidenciada no número de cursos universitários, em vários Estados da República, que ou destinam parte de sua carga horária ou se dedicam integralmente ao ensino da matéria. Seu reconhecimento acadêmico fica claro, também, quando se considera a produção de artigos científicos sobre o tema, publicados em revistas nacionais ou internacionais; a defesa de dissertações de mestrado e teses de doutorado e livre-docência em Direito Sanitário; a publicação de livros sobre a matéria; e a referência ao tema em diversas conferências e congressos científicos. Reforça a conclusão de que a disciplina já encontrou abrigo acadêmico a criação, pela Organização Panamericana de Saúde, de uma série de publicações destinada a divulgar o Direito Sanitário no Brasil, denominada "Direito e Saúde".

Numa perspectiva prática, a discussão da Advocacia em Saúde, adicionada ao tratamento acadêmico do Direito Sanitário, deve ser reconhecida como importante contribuição, talvez fundamental, à efetiva proteção desse direito. Isso porque, se não forem conhecidos os mecanismos de participação popular existentes, ou sem que sejam adaptados ou criados novos instrumentos de participação, aptos a garantir a implementação de políticas públicas destinadas à realização do direito à saúde, haveria pouco resultado prático e seria difícil sua validação científica.

Um dado muito significativo é que já está ocorrendo a provocação do Poder Judiciário para intervir em situações que envolvam o Direito Sanitário. Com efeito, muitos dos advogados associados ao CEPEDISA têm proposto ações ou dado pareceres em processos nessa área, assim como membros do Ministério Público, tanto em nível federal como no de vários Estados brasileiros, têm solicitado o apoio técnico da entidade. Associações de juízes vêm publicando artigos dedicados ao Direito Sanitário, como reflexo do aumento do número de decisões - a maioria ainda em primeira instância - que têm uma ofensa ao direito à saúde como causa da ação. O incremento do contencioso em Direito Sanitário pode ser confirmado, também, pela crescente procura, por parte de promotores de justiça e procuradores de Estados e Municípios, dos cursos de formação oferecidos nessa área.

A inserção do Direito Sanitário no cotidiano do sistema brasileiro de saúde tem-se evidenciado na crescente demanda de assessorias e consultorias, tanto para instituições gestoras do sistema de saúde e organizações não governamentais, quanto para instituições de ensino que, a partir dos anos noventa, começam a se dedicar a esse campo do saber. A partir de 1993 significativo número de assessorias foram prestadas a Secretarias Municipais de Saúde e a movimentos populares e comunitários visando a elaboração, avaliação ou revisão de projetos de lei tratando da criação de Conselhos Municipais de Saúde. O CEPEDISA atuou, igualmente, analisando dados e dando auxílio para elaboração de projetos de lei referentes a Códigos e leis sanitárias de alguns Municípios e Estados brasileiros. Seus membros têm sido também convidados a prestar assistência técnico-jurídica no campo do direito ambiental, assim como na esfera da saúde do trabalhador e previdenciária. Tal crescimento da demanda, que se origina também em órgãos de direção do sistema de saúde brasileiro, faz prever que o preparo específico de profissionais para participarem diretamente da administração, por meio de cursos de introdução, aperfeiçoamento ou especialização em Direito Sanitário, será uma exigência natural do sistema. Entretanto, a importância social da atividade de consultoria e assessoria aos movimentos populares e a parlamentares enfatiza a necessidade de não ignorar esse público, tanto quando da produção como no momento da disseminação do conhecimento em Direito Sanitário.

Desafios

Do Biológico e do Social. Um Pequeno Balanço

Ricardo Lafetá Novaes

Um objeto

As questões que nos colocamos derivam, essencialmente, da forma de "estarmos no mundo" e de compreender os fenômenos que nele percebemos. As explicações que para eles construímos são fundamentais na determinação de nossos comportamentos, da intervenção que sobre o mundo fazemos.

Sigerist[1], por exemplo, nos ensina que o culto a Asclépio torna-se pan-helênico a partir do século VI a.C. Em que consistia? Recebendo os enfermos nos templos dedicados ao semideus, os sacerdotes relatavam, inicialmente, as curas ali realizadas. A seguir, oferendas e sacrifícios eram a ele feitos. Ao dormir o enfermo, aparecia-lhe em sonho um "asclepíade" recomendando um remédio para o seu mal. Curado, o ex-enfermo dedicava ao templo uma "oferenda" em testemunho de sua gratidão.

É contra esta concepção mítica do mundo, inclusive do *mal* que também se traduz na enfermidade, que a Grécia clássica vai forjando um pensamento racional que se revelará como "originário" da civilização ocidental. É preciso construi-lo segundo regras claras cujo significado seja universal e cuja *ratio* desdobre-se, também, na instauração do *bem* como máximo objetivo do viver. Essa a tentativa platônica cujo sucesso será inapelavelmente negado pela dinâmica do mundo que se move muito mais pela *paixão* que o filósofo queria controlar. A lógica que terá maior prestígio será aquela de seu discípulo que tomará a própria experiência vivida como fonte do conhecer. Com Aristóteles, não se trata, exatamente, da essência instauradora, mas sim das regras do movimento e de sua compreensão, a partir do visto e sentido.

É neste contexto que, rompendo (e convivendo) com a concepção mítica da doença, a "teoria dos humores" inaugura o que por muitos é tido como o "nascimento da medicina científica". A idéia mestra, como se sabe, é aquela de "harmonia" dos elementos constituintes da natureza: quatro são aqueles fundamentais (terra, fogo, ar e água), quatro são as estações e qualidades (quente, frio, úmido e seco) e quatro são os "humores" constituintes do vivo, marcadamente do humano (bile, negra e amarela, fleuma e sangue). Equilibrados os humores, isto é, cada qual na sua proporção "justa", o estado é dito de saúde. A doença vem, então, a ser um desequilíbrio humoral "causado" por fatores externos (ar, clima, alimentos, bebidas) e internos ("constituição", excesso e predominância de um humor sobre os outros).

1. Sigerist, H.E. *A History of Medicine.* Oxford University Press, New York. 1955.

Dominantes, as concepções veiculadas pelo *Corpus Hippocraticum* comportavam, também, idéias das doenças como "criaturas" ou "objetos", principalmente através de metáforas militares, como nos mostra Vitrac[2]. Poder-se-ia já aqui se ver um prenúncio de uma concepção ontológica da doença, como mais tarde se verificará mas, o que neste momento mais nos interessa é ressaltar é ressaltar a idéia de "equilíbrio", porque integradora. É por ela que não se faz distinção essencial entre os elementos que compõem a natureza. A noção de *physis*, ampla, congrega em um só movimento as especificidades que, mais tarde, serão criadas. Ou seja, concebendo a "totalidade" como tudo que se refere aos "modos de andar a vida" (como diria Canguilhem), principalmente àqueles que na *polis* se concretizam, a idéia de *physis* não comporta distinções, hoje existentes, tais física e química, saúde e sociedade. Objetos esses criados ao longo do tempo, em consonância com a própria mudança dos tempos.

Desequilíbrio natural, posto que próprio do mundo sublunar, como queria Aristóteles, a doença deve ser "naturalmente" enfrentada. Curar se possível, prejudicar jamais, grande lema hipocrático. A cura pela via da natureza (*via medicatrix naturae)* será o grande esteio da terapêutica hipocrática, pelo menos nos seus primórdios. Essencialmente expectante e pedagógica, pode-se nela observar uma certa correspondência com a forma escravista que se organizava a sociedade ateniense, protótipo da civilização grega clássica. Ao homem livre e rico, nos informa Platão, atenção, cortesia, dieta, repouso e termas. Aos pobres ou escravos, ordens rápidas e secas de 'médicos empíricos" ou escravos de médicos no exercício de uma medicina "resolutiva", poder-se-ia dizer. Tudo em conformidade com o que deveria ser, conclui o filósofo.

É notável que estas concepções tenham dominado o pensamento ocidental por cerca de dois mil anos, ainda que características diversas de saberes e práticas tenham surgido, mantendo-se o essencial. As razões são variadas. Contam-nos os historiadores que os romanos, à par todo seu engenho e arte bélico e administrativo (o registro das leis, por exemplo), nada produziram em termos ditos "científicos", muito menos no que se refere à arte de curar. A grande figura dos primeiros tempos depois de Cristo foi Galeno que, tendo andado por Roma, portava uma cultura helenística e um saber que se revelou inovador. Forçando um pouco a imagem, poderíamos nele encontrar, por causa de seus estudos anatômicos e preocupações funcionais, um proto-instaurador de um novo objeto da medicina. Sobre ele existem referências de relações estabelecidas entre certas doenças e exposições laborais a agentes "tóxicos", o que proporcionaria a possibilidade de um primeiro pensamento do que viria a ser uma "medicina do trabalho". Dele, se recorda mais facilmente uma agressiva terapêutica assentada no *contraria contrariis curantur* que se deve, a se crer nos historiadores, muito mais à afoiteza de seus seguidores do que propriamente de suas condutas. Pensamento poderoso, certamente pelas fraquezas de eventuais alternativas, marcará presença nas sociedades ocidentais em épocas não tão distantes de nossos dias.

O período medieval é aquele considerado "das trevas" (com alguma razão), mas do qual sairão algumas novidades interessantes, principalmente aquelas que aqui nos interessam mais de perto por se tratar da construção do novo objeto do pensar e do agir médicos.

2. Vitrac, B. *Médecine et Philosophie au Temps d'Hippocrate.* Press Universitaires de Vincennes, Paris. 1989.

O traço maior é a cristianização do mundo, também como elemento determinante da relação servil como fundamento do novo processo de produção social. Tendo como tônica a verdade revelada, o pensamento medieval será, substancialmente uma repetição do já pensado. Serão os árabes que, depositários da tradição grega, buscarão alguma inovação na substancial conservação e disseminação do pensamento originário.

O que de notável aqui vai acontecer é uma ação, tipo "social", que será desenvolvida por segmentos da florescente igreja católica romana. "A propósito da relação médico-paciente, Entralgo sublinha duas características básicas da igualdade cristã: a *proximidade*, que consiste em procurar o bem do outro pelo simples fato de ser homem, e a *amizade*, quer dizer, o bem procurado para aquele que, além de ser conhecido, é o outro polo de uma ligação afetiva".[3] Donde, dois fenômenos de alcance social: as "casas de Deus", geralmente nos burgos de maior influência onde havia um bispo (até mesmo um arcebispo) e os mosteiros que foram gradativamente se espalhando pela Europa medieval. Atendendo os desvalidos, abrigando os viajantes, cuidando dos enfermos, estas instituições inauguram uma nova forma de atenção e organização do cuidado aos enfermos e que será a base para reformulações que darão origem ao moderno hospital. De outra parte, pelos seus "copistas", em muito elas contribuíram para a manutenção de saberes (inclusive médicos), sob risco de "desaparecimento" diante de um cristianismo dominante e dogmático.

Dois são os eventos que vão influir em uma "laicização" da medicina, na segunda metade do período medieval. Através de resoluções progressivas, a Igreja vai proibindo os clérigos de assumirem atividades médicas. A alma em primeiro lugar...O segundo é o aparecimento da primeira escola médica laica, em Salerno, no século X. Ponto primeiro que irradia saberes, Bolonha (1302), Montpellier (1360) e Pádua (1429), por exemplo, introduzem o ensino de anatomia em seus cursos de medicina. Momento significativo na materialização do objeto da medicina, verifica-se em um período em que o mundo observará reviravoltas em relação aos "centros" então existentes.

É por uma certa retomada do platonismo que Galileo retirará a terra, definitivamente, do centro do mundo. É pela recusa da "verdade revelada" nos textos religiosos que o homem se quer novo centro do saber, novo centro da existência no qual a experiência passa a jogar papel significante. Tendo como pano de fundo as mudanças na forma da sociedade se organizar, política e economicamente, o pensamento ocidental vai se caracterizar como "criador de objetos" na medida em que, marcando as diferenças, ratifica especificidades.

Mirko Grmek, em um bonito livro[4], propõe a existência de três revoluções na biologia, identificando "rupturas epistemológicas" no pensamento sobre o vivo. A primeira vai se dar no transcorrer do século XVII, com três características básicas: experimentação animal, realizada sob uma dimensão quantitativa; a segunda é a interpretação mecânica que será dada aos processos vitais e, finalmente, mudanças por ele identificadas na prática médica.

Descartes será um dos últimos "obstáculos" a ser superado na afirmação da especificidade do vivo. Como se sabe, ressaltando o método, ele pensa o mundo a partir de relações necessárias como se vê, por exemplo, entre as partes de uma máquina cujo tipo

3. Novaes, R.L. *O Tempo e a Ordem. Sobre a Homeopatia.* Cortez Editora/ABRASCO. São Paulo, 1989.

4. Grmek, M.D. *La Première Révolution Biologique.* Éditions Payot, Paris. 1990.

emblemático é o relógio. O que diferencia o homem de toda outra matéria é a alma (*res cogitans*), cuja única função é o julgamento. Enquanto ser vivo, como todos os outros, as partes só têm sentido enquanto elementos do todo. Ou seja, sem integrar o mecanismo para o qual foi criada, a parte não tem nenhum sentido existencial. A experiência, todavia, não corrobora uma tal afirmação. Um músculo destacado do organismo, além de não necessariamente paralisar o todo, mantém por um determinado tempo sua "vitalidade", traduzida pela persistência do movimento contrátil que se segue a uma estimulação. A noção de "irritabilidade" será, talvez, a primeira a marcar uma especificidade da vida, não só por referência à matéria bruta físico-química, mas também de uma sua concepção mecânica. É verdade, como bem relembra Grmek, que a afirmação da "identidade" do biológico resultará, também, em pensamentos algo exagerados como o foram o animismo de Stahl (1660-1734) e o vitalismo de Barthez (1734-1806). Do ponto de vista material, após um período de marcada presença da idéia de "fibra" como elemento primário e constituinte do ser vivo, a "teoria celular", com todas a dificuldades de formulação e aceitação - como bem o demonstrou Canguilhem, vai concretizando o conceito de "organismo" como aquele explicativo do ser vivo.

No que se refere à doença, propriamente dita, um longo caminho foi também percorrido e do qual se aponta aqui alguns poucos momentos que parecem mais significativos. A "teoria dos humores" começa a ser abalada, justamente, pela criação da biologia e do objeto que lhe corresponde. É a aproximação do concreto material que forjará novas compreensões, inclusive a partir da identificação de incorreções. A anatomia, já se viu, constitui-se em novidade, principalmente porque começa a ser realizada em cadáveres humanos. Vesálio se torna o campeão e o *De Humani Corporis Fabrica* terá estatura semelhante ao *De revolutionibus* de Copérnico. Malpighi descreve capilares pulmonares, Harvey a circulação sangüínea e Morgagni, já em meados do século XVIII, inicia o esforço para relacionar lesões anatômicas com doenças em vida identificadas. A materialidade do processo vai configurando um novo objeto. Bichat não terá dúvidas em atribuir à lesão orgânica o estatuto de "sede" e origem das doenças. A clínica, em um contexto de mudanças conturbadas como foram aquelas relacionadas com a Revolução Francesa, instituirá um novo espaço de sua atuação, buscando no doente hospitalizado o máximo de objetividade, para uma intervenção ainda muito pouco eficaz. Todavia, dois marcos espetaculares vão consolidar o novo objeto do saber (biológico e médico) a partir do qual novas proposições práticas vão mostrar sua positividade em ritmo até então jamais visto. Trata-se da fisiologia e da bacteriologia. A primeira, construindo o conceito de "meio interno", de "homeostáse", concede ao ser vivo uma importante "autonomia relativa" por referência ao mundo. O segundo, ao contrário, demonstrando a sua vulnerabilidade, lançará as bases para procedimentos médico- sanitários que, mais do que eficazes, mostrar-se-ão de uma efetividade marcante.

Não é de se estranhar, assim, que os novos saberes adquirindo prestígio crescente, passem a servir de paradigma para pensamentos que tomam outros objetos para seu conhecimento.

Modo de Pensar

Um pequeno retorno no tempo, mas sob outro ângulo, pode ser interessante para a compreensão de oscilações do pensamento e, também, de proposições técno-sociais.

Michel Foucault, por exemplo, relata que, para alguns revolucionários de 1789, as doenças não eram mais do que conseqüências das condições de existência e das formas de vida dos indivíduos, sujeitas a influências de épocas e lugares. Por isso, a primeira tarefa do médico é política e sua luta é contra os maus governos: "Quem, portanto, deverá denunciar os tiranos ao gênero humano senão os médicos, que fazem do homem seu único estudo e que todos os dias, em casa do cidadão e do mais poderoso, sob uma choça ou moradas suntuosas, contemplam a miséria humana que não têm outra origem a não ser a tirania e a escravidão?"[5].

Se desconsiderarmos o evidente entusiasmo de uma tal assertiva, podemos aí identificar condições necessárias, ainda que não suficientes, dos sofrimentos humanos. A tirania é, sem dúvida, o oposto da liberdade. A privação representa, sem dúvida, obstáculos a uma plenitude. Sua eliminação significa a eliminação de toda e qualquer dor, dos sofrimentos, da decadência e, por extensão, da doença e da morte? Obviamente não. Claramente, porém, representa uma sua atenuação.

Thomas McKeown tem sido, recorrentemente, solicitado a testemunhar. Constituem-se seus estudos em mais uma demonstração de mudanças em determinados padrões e perfis podem ocorrer em decorrência de medidas gerais que, portanto, não visam aspectos específicos das situações retratadas. As taxas de mortalidade por tuberculose, por ele levantadas na Inglaterra e Gales de 1838 a 1970, é um exemplo dos mais expressivos. Antes mesmo que o bacilo de Koch fosse identificado pelos idos de 80 do século passado, a taxa de mortalidade específica por tuberculose caiu pela metade. Antes do advento da quimioterapia e do BCG, declínio semelhante se verificou. Susser, recentemente, relembrou conclusões daquele autor: a melhora se deve, não ao que nos acontece quando estamos doentes, mas ao fato que estamos menos freqüentemente doentes, e permanecemos bem, não por causa de medidas específicas, mas porque usufruímos de um alto nível nutricional e de vida, em um ambiente saudável[6].

1838 não é uma data aleatória. A "revolução industrial" torna extemporânea, na Inglaterra, a "antiga Lei dos Pobres", essencialmente por restringir a mobilidade da força de trabalho, legalmente presa à terra. Sua reformulação se dá sob a liderança de Chadwick em 1834. A nova "lei dos pobres" significa, no essencial, a liberação da "força de trabalho" para atender à nova forma de produzir, concentrada em um também novo tipo de espaço urbano. As conseqüências, todos sabemos, inclusive através de Engels, quando nos descreve as condições das classes trabalhadoras naquele período de consolidação do capitalismo na Inglaterra. Duas ameaças se apresentam: risco de que todos os habitantes viessem a adoecer e queda de produtividade na produção industrial. A intervenção estatal vai se construindo, principalmente em relação ao saneamento ambiental, em que pese as teses liberais benthamianas esposadas por Chadwick. A moderna "saúde pública" vem a ser, então, uma política de Estado que, tomando como objeto as enfermidades, intervém sobre o social visando os interesses maiores derivados da nova forma de produzir.

Dominantes, tais interesses pressupõem a existência de outros, certamente dominados. Se os primeiros querem eliminar as doenças visando retirar o máximo resultado de sua forma de produzir, os segundos vêem nesta forma mesma a raiz do

5. Lanthenas, citado por Foucault, M. *El Nacimiento de la Clínica.* Siglo Veintiuno Editores S.A. México, 1966. pag.59.

6. Susser, M. *American Journal of Public Health.* 83(3): 422,1993.

adoecer. Tirania não mais política mas, fundamentalmente, econômica. "1848 é o ano de nascimento do conceito de Medicina Social. É também o ano dos grandes movimentos revolucionários na Europa. Da mesma forma que as revoluções, o conceito de medicina social surge quase simultaneamente em vários países da Europa. Salomon Neumann e Rudolf Virchow falam de medicina social na Alemanha. Jules Guérin, na França, William Farr, na Inglaterra e Francesco Puccinotti, na Itália. (...) O conceito, apesar de ser utilizado de forma ambígua, tratava de assinalar que a doença estava relacionada com 'os problemas sociais' e que o Estado deveria intervir ativamente na solução dos problemas de saúde. (...) a Medicina Social aparece como uma concepção 'moderna', adequada às novas formas produtivas que estavam se desenvolvendo na Europa"[7].

Intervenção do Estado efetiva e desejada. Uma em consonância com necessidades econômico-políticas, outra refletindo posturas político-ideológicas. Politizando a "questão da saúde", tanto a "saúde pública" como a "medicina social" concretizam-se muito mais como "práticas objetivantes" do que como disciplinas "objetivadas". Ou seja, não se constituem precisamente em disciplinas científicas com objeto, conceitos e metodologia próprios, mas sim atividades cuja finalidade é a realização de um valor: saúde, em qualquer acepção que se lhe queira atribuir. Por isso, valem-se de disciplinas outras, de conhecimentos produzidos em outros ramos do saber.

A Saúde Pública, intervenção estatal sobre o meio, vai se apoiando, progressivamente, em um certo tipo de relação unicausal como explicação dos eventos mórbidos, principalmente na sua dimensão coletiva. Por isso, se sua primeira técnica referia-se a uma certa arrumação do espaço urbano, ordenando-o e disciplinando-o em função de uma determinada concepção de "salubridade", uma segunda e de alcance espetacular será posta em ação na esteira da "revolução pasteuriana". Soroterapia e vacinoterapia representaram, como ainda hoje representam, importantíssima arma de controle das doenças infecto-contagiosas. Posto que necessário se torna conhecer a magnitude dos problemas e explicar suas causas, a Epidemiologia se desenvolve como método de sustentação de suas ações, assentado que se encontra, cada vez mais, no conhecimento dos processos biológicos.

A "medicina social" é, desde logo e ao mesmo tempo, diagnóstico e terapêutica. As causas das doenças encontram-se na forma pela qual a sociedade se organiza, construindo e consolidando desigualdades que configuram injustiças, geradoras de carências, conflitos e sofrimentos. Posto que o movimento geral não esclarece os detalhes do processo, é preciso conhecer os meandros do movimento social através de procedimentos que, tomando este "social" como objeto, identifique as "razões". dos acontecimentos. Os modos de fazê-lo, naturalmente, são múltiplos.

Comte, pensando que o espírito humano havia chegado à mais alta fase de sua evolução, científica ou positiva, imaginou que era o momento de instaurar uma *física social* que completaria o sistema das "ciências naturais". Privilegiando a observação (à qual se subordinaria a imaginação e a argumentação), o "espírito científico" deveria abandonar a idéia da existência de "causas" dos fenômenos, buscando tão somente identificar suas "leis naturais invariáveis", entendidas como relações invariáveis de sucessão e similitude. Por essa via, observa-se que os fenômenos comportam uma dupla dimensão: estática e dinâmica. A primeira corresponde à *ordem* e a segunda ao *progresso*

7. Garcia, J.C. Apresentação, *in* Nunes, E.D. (Org.) - *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina. Tendências e Perspectivas.* Organização Pan-americana de Saúde. 1985.

que, necessariamente subordina-se à *ordem* ou seja, mudanças só podem se dar no sentido previamente estabelecido no mundo organizado. A organização, naturalmente, depende do desenvolvimento do espírito humano: "Não é aos leitores desta obra que acreditaria dever provar que as idéias governam e subvertem o mundo, em outros termos, que o mecanismo social repousa finalmente em opiniões. Sabem eles sobretudo que a grande crise política e moral das sociedades atuais provém, em última análise, da anarquia intelectual. Nosso mais grave mal consiste nesta profunda divergência entre todos os espíritos quanto a todas as máximas fundamentais, cuja fixidez é a primeira condição duma verdadeira ordem social"[8].

O positivismo é o pensamento que admitindo ter a história chegado ao seu mais alto grau, nenhuma mudança qualitativa deve ocorrer e o progresso da sociedade não é mais do que a realização de uma harmonia que se concretizará pela boa orientação do saber e pela operosidade do homem diante da natureza. O pensamento que sabe é aquele que identifica as leis não contraditórias que regem os fenômenos, sejam físicos e químicos, biológicos ou sociais. Não havendo nelas contradições os desvios são, ou defeitos do pensamento, ou disfunções passíveis de correções, tal qual a medicina realiza com as doenças. Compreendendo os processos, o positivismo se tem como a mais alta terapêutica para os males sociais, inclusive através de um fervor religioso.

Estas concepções são claramente interessantes para quem, de certa forma, usufrui do já estabelecido. Pensamento essencialmente conservador teve, com certa facilidade, grande penetração nos espaços formadores de opinião. A sociologia anglo-saxã parece ter sido especialmente receptiva, mesmo porque se pode identificar um feliz encontro com sua tradição empirista. Entendendo a sociedade como um "sistema funcional", ou seja, atividades interrelacionadas visando uma finalidade geral, as "questões sociais" tendiam a ser vistas como "disnomias", isto é, quebra das regras que regem a vida em sociedade, principalmente ao nível de grupos/individualidades especificados. Em outros termos, dada a estrutura, os conflitos referem-se a insatisfações (em geral de minorias) perfeitamente contornáveis se a sociedade é competentemente dirigida no sentido de oferecer oportunidades iguais a todos. Donde, um determinado papel atribuído ao Estado, se não o máximo provedor, certamente o elemento de equilíbrio pois, estando acima dos conflitos, deles pode se ocupar da forma mais isenta possível. A questão, bem se vê, é política e não se constitui em nenhuma novidade.

Uma mesma moeda?

Os anos 60 foram marcantes sob diversos aspectos. Um deles, sem dúvida relevante, foi todo um fervilhar sócio-político-cultural que, fazendo balançar velhas estruturas, resultou em mudanças e promessas absolutamente fascinantes. Parecia ter chegado a hora de, em definitivo, construir a justiça no mundo pela eliminação das desigualdades, das discriminações e intolerâncias.

Assim, dois triunfos pareciam, claramente, se avizinhar. O primeiro, social, através da democracia que em breve iria se instalar. O segundo, aquele da ciência e das técnicas

8. Comte, A. - *Curso de Filosofia Positiva*. Col. Os Pensadores. Editora Abril Cultural. São Paulo, 1973.

que dela derivam que, prometendo confortos cada vez maiores, proveria o homem de prazeres, inclusive livrando-o de todas as dores. O objeto da Medicina, complexo, tornava-se cada vez mais conhecido e passível de intervenções cuja eficácia e efetividade não davam mostras de ter limites. Às medidas de saneamento e de vacinação, instrumentos preventivos e já tradicionais da Saúde Pública, junta-se um elemento de revolucionário sucesso terapêutico como foram, por exemplo, os antibióticos.

Todavia, para que todas essas promessas se concretizassem, um questionamento profundo se mostrou necessário, relativamente aos modos de compreensão do mundo nas suas diversas dimensões. Um primeiro refere-se ao próprio objeto da arte de curar. Avanços do conhecimento e potencialidades técnicas não se traduziam, necessária e imediatamente, em todos os benefícios esperados. Principalmente quando se olhava o conjunto, os avanços mostravam-se aquém do desejado, tomando-se em consideração a contabilidade dos mortos e dos doentes. Torna-se cada vez mais clara a relação das doenças e mortes não somente com fatores físico-ambientais, mas com as situações sócio-econômicas ocupadas por determinados grupos populacionais.

A "velha Saúde Pública" é posta em cheque. Tem razão Laurell quando diz que a medicina social latino-americana "é uma corrente de pensamento que apareceu originariamente como contestação crítica ao pensamento de saúde pública dominante. Seu traço característico, do ponto de vista teórico, é a proposta de converter as ciências sociais em um elemento explicativo central do campo sanitário"[9]. Contestação, portanto, que comporta duas dimensões. Uma primeira, "epistemológica", acusa a velha Saúde Pública de pensar os fenômenos em uma ordem invertida, qual seja, a de tomar o efeito como causa. O exemplo é simples: se o bacilo de Koch é condição necessária, não é suficiente para determinar a doença. A causa real encontra-se, assim, nas condições que favorecem seu florescimento e que resultam do modo de inserção dos sujeitos na sociedade. A segunda dimensão e, por conseqüência, refere-se ao "que fazer". Sendo o processo saúde/doença mais complexo dado que encontra-se socialmente determinado, as formas de intervenção devem a ele ter correspondência mais estreita. A começar pelos agentes e suas práticas. "O pensamento hegemônico na saúde, desde suas expressões menos progressistas, até as 'atraentes' propostas social-democráticas, deve ser discutido também pela ciência. Os pesquisadores podem produzir conhecimento objetivo que contribua para a construção de uma contra-hegemonia e para a consolidação de múltiplos espaços de expressão, necessários para a organização dos povos"[10].

A primeira tarefa, agora do cientista, é política, enquanto instrumento de organização popular na busca de mudanças necessárias. Por isso, "essa 'socialização' da Epidemiologia científica, que nasceu com os 'clássicos' e que se projeta nos esforços de múltiplos centros latino-americanos, não pode ser obtida por meio de um trabalho tecnocrático. Não se conseguirá converter em ação vital o conhecimento epidemiológico se este for intermediado pelo academicismo universitário, pelo burocratismo estatal ou pelo utilitarismo da pesquisa com fins de lucro"[11].

9. Laurell, A.C. Saúde e Trabalho: os Enfoques Teóricos. *in* Nunes, E.D. *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina. Tendências e Perspectivas.* Organização Pan-americana de Saúde. 1985, pag. 260.

10. Breilh, J. & Granda, E. Os Novos Rumos da Epidemiologia. *in* Nunes, E.D. *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina. Tendências e Perspectivas.* Organização Pan-americana de Saúde, 1985. Pag 244.

11. *Idem, ibidem*. Pag 245.

O materialismo histórico torna-se o fundamento epistemológico do "objeto" processo saúde/doença, ao mesmo tempo que se institui como instrumento de transformação racional da realidade. Por isso, torna-se possível, por exemplo, identificar uma epidemiologia científica que se contrapõe a uma epidemiologia "burguesa". Assim, a categoria central explicativa do processo saúde/doença seria, pelo seu máximo grau de abstração, aquela de "produção" e "reprodução social", naturalmente intermediada por outras categorias, quando se considera especificidades (sociedade de classe, por exemplo). São necessárias, assim, categorias do tipo: mercadoria, valor, força de trabalho, classe. "então, a nova síntese pode explicar a oposição dialética entre, por exemplo, a reprodução social, orientada primeiro para a formação do valor e, portanto, para a valorização do valor sobre a reprodução natural, e condições naturais externas ou ecológicas. Além disso, ao incorporar na síntese estas novas categorias, aparece, no resultado final da mesma, o 'perfil epidemiológico de classe'"[12].

Contra o positivismo, que tomou das "ciências naturais" o modelo para explicar a sociedade e sua dinâmica, desenvolve-se aqui um esforço para pensar a totalidade da vida a partir de categorias que foram criadas para pensar parte do movimento do real, que é a história humana. "Sociologizada", a doença estaria inteiramente explicada pelo processo que traz consigo a máxima determinação. O conhecimento aqui aproxima-se, e bastante, de um mecanismo de corroboração de situações e de causas que, estas sim, precisam ser eliminadas. A "terapêutica" é uma só, ainda que divergências táticas possam ser identificadas e, até mesmo, admitidas. Vê-se bem que uma finalidade acaba por identificar, em um primeiro momento, o objetivo com o objeto e, de tanto ressaltá-lo, substituir um pelo outro. Em outros termos, tudo se passa como, em sabendo o que quero, sei o que é e como fazer.

Na verdade, as coisas não se deixam passar exatamente da forma como são concebidas. Uma primeira dificuldade refere-se à operacionalização de categorias conceituais chaves da proposição. A primeira, e fundamental, é aquela de "classe social". Não se trata aqui de percorrer a história deste conceito mas, muito simplesmente, de apontar eventuais razões de certo insucesso de sua utilização em estudos empíricos, como os empreendidos pela epidemiologia. Uma primeira pergunta, por isso mesmo, deve ser formulada: como identificar uma "classe social"? Ou, melhor dizendo, quem compõe tal ou qual "classe social"? Sob o capitalismo, duas classes são identificadas: a proprietária dos meios de produção, opondo-se àquela que, operando os instrumentos de produção, é excluída de parcela do resultado de seu trabalho. Resulta uma questão crucial: onde localizar, por exemplo, os que não produzem e nem se apropriam do valor produzido? Ou seja, o que vem a ser aquele que não é capitalista e nem proletário. Como ser-lhe-ia traçado um "perfil epidemiológico"?

Há aqui um problema, inicialmente metodológico. A abordagem da realidade empírica tem sido feita, em geral, utilizando-se de categorias relativas a atributos pessoais (sexo, idade, raça) e econômico-culturais (escolaridade, ocupação e, fundamentalmente, renda). As "classes sociais" seriam, assim, "vistas" através de diferenças estabelecidas por "faixas de ingresso", ou seja por uma estratificação monetária. Não sendo possível se libertar das categorias que só medem o "funcionalidade" do sistema social, o "impasse" metodológico remete a questão, obrigatoriamente, para o plano conceitual.

12. *Idem, ibidem.* Pag. 250.

Ou seja, e em outros termos, como explicar a realidade e qual explicação lhe seria a mais adequada?

Comte queria ver uma evolução nas formas de explicar o mundo, mostrando que o progresso do espírito humano passa do estado teológico àquele metafísico para, finalmente chegar ao estado positivo, científico. Marx ataca os ideólogos alemães, os economistas ingleses e reformadores franceses. Entendendo que a história humana deve ser explicada a partir das formas pelas quais os homens produzem seus bens materiais, encontra relações fundamentais que determinam a posições de cada um no espaço social que lhe é dado viver. Constrói a idéia de *classe social* como uma abstração conceitual que visa explicar sistemas de relações. Sua realidade empírica se faz presente somente através de seus efeitos, isto é, dos processos que lhe dão sustentação enquanto "concreto pensado", para usar uma expressão do próprio Marx. Em outros termos, se posso alocar individualidades em partições sociais definidas como "classe(s)", não há como encontrá-la (ou encontrá-las) enquanto unidade(s) definida(s) e circunscrita(s). A "estrutura de classes" não recobre total e imediatamente a empiría, em todos os espaços e em todos os tempos. Da mesma forma, um "modo de produção" não se encontra inteiramente alocada em uma dada "formação social". Houve até quem pensasse, tentando dar conta do "impasse metodológico", "modos de produção" dominantes e dominados em um espaço geograficamente considerado. Por isso, talvez seja correto pensar que são os efeitos de uma "estrutura ausente" (pois trata-se de relações) que, perceptíveis em sua concreção, podem ser, inclusive, quantificados. Por exemplo, embora se possa determinar uma "taxa de mais-valia" global, dificilmente se quantificaria o sobre-valor relativo a um único trabalhador. No entanto, a conta pode ser feita se tomo as carências observadas, por referência a uma máxima plenitude, perfeitamente identificável. Em outros termos, é pelo consumo que posso diferenciar o sobre-valor relativo ao indivíduo e/ou a qualquer tipo de coleção que o conjunto deles venha a formar. Assim, ao invés de perfil epidemiológico de "classes", estou, na verdade, diante de perfis de "grupos", de "segmentos" ou de "categorias", como se queira nominar.

Se a reflexão é conseqüente, o "impasse metodológico" não tem mais razão de existir. De fato, tomar os efeitos como *índices* em nada obscurece a idéia de "causa" ou se "determinação", se se quiser. Mesmo porque, a questão se refere muito mais ao estatuto da "causalidade" do que a uma sua definição. Por isso, não se trata aqui de discutir se a determinação é una ou múltipla, se uni ou bidirecionada. Isso em nada modifica o problema que, na verdade, não é mais do que os limites do poder de intervenção do homem sobre os fenômenos, naturais ou por ele "criados" como os são, por exemplo, aqueles sociais. Ou seja, a idéia de "causa" se estrutura no mesmo espaço no qual se aloca a *potentia* humana. É pela idéia de "causa", bem se sabe, que se dimensiona o que "contra" ela fazer. O objetivo visualiza o objeto.

Se assim é, todos os elementos, mesmos os da mais particular singularidade, comportam uma máxima expressividade na medida em que exprimem de forma mais ou menos clara, de modos mais ou menos mediatizados, os processos que lhes dão sentido. Toma-se aqui a idéia de processo no plural, justamente para ressaltar o movimento do pensamento que resulta na constituição de objetos. A "vida", por exemplo, podendo conotar uma unidade "cósmica", comporta especificidades que convém não mascarar. Sendo ela anterior ao pensamento, há que se nela admitir um proceder que do pensamento independe. É certo que o biológico, fundamento, não pode ser toda a explicação, mesmo porque a ele a totalidade não se reduz. Todavia, sem ele não há existência, como se pode até mesmo observar quando do "social" se é privado e, no

limite, quando a privação é das próprias funções relacionais. Por isso, valeria a pena considerar, ainda que provisoriamente, especificidades que se **articulam**, com graus diferenciados de determinações ("causalidades") e significados que, não sendo eternos, variam segundo interesses, padrões e valores que aqui e acolá prevalecem.

Se estas considerações fazem sentido, uma questão mais parece ser pertinente: o que vem a ser, exatamente, "determinação social da doença"? Duas respostas parecem aqui possíveis. De imediato, a "causa" da doença advinda da sociedade. Ou seja, a doença seria melhor explicada pelos "fatores" sociais do que por aqueles biológicos. Será? Uma resposta afirmativa deriva de observações empíricas: as doenças se distribuem desigualmente na população e facilmente se vê "doença de pobre" e "doença de rico". Todavia, eliminada a pobreza, sobrariam só as "doenças de rico"? Ou "doenças de todos"? Seja qual for a resposta, o que subsiste é a idéia de doença.

O que é evidente é a antecedência do substantivo em relação ao qualitativo. Antecedência cronológica, temporal, mas também lógica. É a doença que inaugura e põe a questão da saúde, do não sofrimento, na ordem do social. É pela sua explicação que nexos se estabelecem, até mesmo em termos de relações causais. Mas, para isso, é preciso haver uma teoria que tome o fenômeno como objeto. Donde, a segunda consideração a propósito da "determinação social". Na verdade, um fenômeno só vem a ser um "fato" se sua percepção insere-se no horizonte de um determinado repertório cultural. A doença antecede à cultura enquanto fundamento material. Todavia, é só pela cultura que o evento, tornado "fato", adquire significação. O sofrimento humano, experiência intransferível mas comunicável, pode ser doença ou uma benção. As sociedades ocidentais, sem dúvida, tendem a encará-lo como dor e, nesse sentido, buscam, se não eliminá-lo, pelo menos minimizá-lo. Sendo uma ou outra, o que aqui se ressalta é não mais do que o **valor** (a boa ou má importância) atribuído ao acontecer. Nesse sentido, a doença e seu oposto (saúde) são, sem dúvida, socialmente determinados.

Talvez por esta via possamos ensaiar alguma definição que auxilie na construção permanente do "que fazer". Se doença é um valor, ele se refere a um algo qualificado. Da vida, já se disse, o fundamento é o biológico cujas características básicas assentam-se em processos relativamente estáveis, relativamente autônomos e absolutamente reprodutores. O ser vivo é o da estabilidade temporária que se regula internamente, mas cuja maior finalidade, se se permite uma tal liberdade teleológica, é sua continuidade no outro. "O inferno é o outro", também já se pensou. O salmão, não se sabe bem como e nem porque (talvez pelo olfato), enfrenta todas as correntes para, após a postura, encontrar o seu fim. Não sendo o homem somente isso, constrói para si finalidades, em geral as mais belas. Mas, isso é outra história... Por ora, o que interessa é identificar a existência de processos guiados por leis próprias, sem que um *telos* possa neles ser identificados. São **normas**, diria Canguilhem, que regem os processos vitais. Normas que nós outros vamos considerar positivamente, se o sucesso do indivíduo (e da espécie) for garantido, ou negativamente, se o ser sucumbe no meio de catástrofes, entre elas as que vamos conhecer como doenças. Normas mutáveis pois, uma vez superada a tormenta de "origem" tanto interna como externa, o ser triunfante estará sob o domínio de regras superiores, novas e enriquecedoras. Por aí, uma pequena sugestão para dar significado ao termo saúde, escapando da tautologia de defini-lo pela simples negação de seu oposto. Saúde seria não mais do que a capacidade de adoecer e de sarar. A doença? A rota que leva à catástrofe, ao fim antes da hora programada. Assim, dependendo das disposições internas e externas ao ser, a "boa" ou "má" norma prevalecerá.

Impasses

Objeto ou objetivo? Eis uma questão. Se é certo que a saúde é a capacidade de instauração de novas e superiores normas vitais, não há, então, nenhum sentido lógico em se pensar a não-doença. Uma primeira conseqüência pode daí ser extraída: na vida do homem, não há um objetivo final a ser atingido, muito menos aquele no qual se identificaria não só a ausência de doenças, mas o "completo bem estar físico, mental e social". Sob normas sociais, ou seja, condições concretas de existência, o homem vai vivendo a superação de si próprio, também pela mudança dessas condições que lhe são dadas a viver. Toda a questão, vê-se bem, é de como e o que mudar. Aí parece residir um certo mal estar que tem sido expresso através da noção de "crise", dita da saúde e de um dos instrumentos de intervenção social que é a saúde pública.

A crise "da saúde" refere-se à constatação de que as coisas se agravam, feita através da análise as características dos perfis epidemiológicos que, além das "doenças típicas do desenvolvimento", ainda comportam aquelas tidas como "próprias da pobreza"; "crise" ainda, dado que grandes contingentes populacionais continuam sem acesso aos bens e serviços de saúde, considerados cada vez mais sofisticados e caros. Em relação especificamente ao setor saúde, vale dizer, assistência médica, a "crise" se caracterizaria pelo esgotamento do modelo "reducionista médico-biologista" e "hospitalocêntrico" que, por sua irracionalidade, não faz mais do que elevar custos em benefício, aliás, de um "complexo médico-hospitalar".

Seria conveniente desdobrar, ainda que preliminarmente, os temas da "crise" que, diga-se de passagem, parece ser permanente. Por mais que se queira (ou se tenha querido) proceder de forma contrária, as condições de saúde de uma população são identificadas a partir de seu "estado mórbido", vale dizer, das doenças nela existentes. Aqui, dois parâmetros interessam: qualidade e quantidade. Ou seja, é fundamental identificar o "tipo da doença" e a magnitude de sua presença. Os motivos são simples. Se o objetivo é "erradicá-la" ou, mais modestamente, controlá-la, o seu "tipo" comporá o índice da eficácia da intervenção e a magnitude, comportando elementos técnicos relativos à efetividade, importará em uma apreciação da eficiência das medidas a serem adotadas o que resulta, em última análise, em decisões do tipo custo-benefício. (A propósito deste último aspecto, é bem provável que haja um consenso em torno da assertiva de que "saúde não tem preço". Todavia, certamente se concordará que os serviços (inclusive os de saúde) têm um custo).

Eficácia, bem se sabe, é uma noção que ressalta, essencialmente, o resultado de uma ação. Ou seja, é a capacidade de um procedimento qualquer resultar naquilo que está inscrito nas suas finalidades. Em outros termos, é a capacidade de fazer aquilo que diz fazer. Uma bomba que não me abastece de água não tem nenhuma eficácia, relativamente aos objetivos para os quais foi construída, em que pese sua eventual e enorme utilidade estética. O fazer humano, bem sabemos, é de tipo teleológico o que implica, necessariamente, na existência de um saber, de uma razão. Em conseqüência, o conhecimento aqui é o que se encontra no centro do processo. Não importa, exatamente, em que tipo de conhecimento se constitui, a não ser no seu traço básico, que é o de associação do tipo causal. Para tudo há uma explicação, ainda que não expressa e admitida.

No caso das doenças, e este é o sentido da história anteriormente apontado, a mudança das explicações resulta na construção de novos objetos sobre os quais as

intervenções vão se tornando próximas daquilo para o qual foram elaboradas: vão cumprindo com sua finalidade, vão sendo cada vez mais eficazes. Ao contrário dos efeitos obtidos pelas primeiras medidas de saneamento urbano (incluindo melhorias das "condições de vida"), que atirava no que via e acertava no que não via, a medicina das doenças infecciosas abriu a via de identificação precisa dos alvos, ainda que muitos deles permanecessem camuflados e seu arsenal terapêutico se revelasse relativamente restrito. As alusões militares não são fortuitas e se inserem muito bem em um contexto no qual uma concepção ontológica da doença encontra uma materialidade, possibilitando o estabelecimento de um objetivo concreto: aniquilar o inimigo. A eficácia varia, repita-se, em função do grau de domínio sobre o processo: da erradicação da varíola às ainda incertezas relativas à AIDS. Não sendo intervenção dirigida a uma singularidade (como se faz, por exemplo, na psicanálise), a eficácia terá que se mostrar efetiva, ou seja, válida e positiva fora do contexto em que foi testada, revelando seus efeitos no conjunto dos expostos passíveis dos danos que se quer corrigir. A poliomielite seria um bom exemplo. Sabidamente eficaz, a vacina só teve sua finalidade plenamente realizada quando, efetivamente, foi declarada a extinção da doença entre nós.

Assim, o "tipo de doença" é de máximo interesse pois é por ele que saberei se posso algo fazer e como fazê-lo. O processo, como em geral sói acontecer, é complexo, revelando a interveniência de fatores outros cuja significação varia de acordo com as circunstâncias. Fala-se em "cadeia de transmissão", por exemplo, e até mesmo em uma "história natural das doenças". Todavia, e isso hoje é fundamental, o que realmente importa é a identificação das possibilidades de intervenção visando uma reorientação de "normas vitais", ou ainda, uma reversão dos processos, se se quiser. Assim, mesmo que não seja uma exata originalidade, é plena de sentido a afirmação de que a doença de Chagas, por exemplo, é "caso de BNH e não de BHC". Política habitacional de máximo efeito terapêutico, mesmo porque, o saber médico nada produziu até hoje que, em nível estritamente biológico, previna o adoecer e/ou cure a doença no homem, posto que em ratos existem indícios promissores. Se o tivesse feito, é possível que a retórica acima mencionada soasse com outros timbres e harmonia. Nesse sentido, a medicina continua tendo um importante papel a desempenhar, pelo menos informando sobre "nexos causais", ainda que parciais e parcelados e de difícil "controle" quando se trata, por exemplo, da sexualidade e erotismo humanos.

Por outro lado, dado que sabemos medir (método), o que medir (objeto) e para que medir (objetivo), podemos construir um retrato da situação e a ela atribuir um valor instantâneo (bom ou mal) ou "evolutivo" (melhor ou pior). Posto que a medida pode ser generalizada, os valores tornam-se comparáveis, no tempo e no espaço. Por isso, usualmente, trabalha-se com "gradientes" que ligam "tipos polares", o que permite a construção de indicadores. A partir desta técnica "diagnóstica" (de saúde), pode-se indagar mais precisamente sobre o significado da "crise da saúde".

Se se assume que o termo "crise" quer conotar "algo que não vai bem", a primeira possibilidade a se admitir é a de que "antes, a coisa ia bem", ou pelo menos, "melhor do que agora". Assim, obrigatório se torna perguntar: quando ia bem?, o que era bom, por que era melhor? A Organização Pan-Americana de Saúde contribui para que se possa refletir sobre uma resposta. Em sua excelente publicação, "As Condições de Saúde nas Américas"[13], mostra que as populações cresceram, têm maior expectativa de vida, os

13. Organização Pan-americana de Saúde - *Publicação científica 254* 1990.

coeficientes de mortalidade infantil continuam em baixa, morre-se menos por doenças infecto-contagiosas e muito mais por cânceres, doenças cardiovasculares e "causas externas". Transição epidemiológica, dizem os expertos, para qualificar estas mudanças. Se "crise" significa o pior, estaremos preferindo as "doenças da pobreza" àquelas "da riqueza". É óbvio que não pois, no mínimo, vive-se mais. A questão, então é de ênfase: ideal ou real?, saúde como completo bem estar físico, mental e social ou como capacidade de se obter ganhos com as mudanças, sejam elas naturais ou não, inconscientes ou induzidas? Enfatizando o primeiro termo, ou a "crise" é permanente (o que não se coaduna com o sentido que se lhe quer emprestar) ou, o que vem a dar no mesmo, ela simplesmente não existe. Acentuando-se uma concepção realista, não só a "crise" é um existente como nela pode-se ver uma característica essencialmente positiva, ainda que, como sugerido anteriormente, possa vir a ser enventualmente catastrófica para as individualidades. A "resolução de uma crise" pode ser a instauração de um novo, superior ao que lhe deu origem.

Quanto ao segundo componente da "crise", referente ao escasso acesso da população aos bens e serviços de saúde, um outro tipo de relativização parece necessário. Uma primeira interrogação é, aqui, mais do que evidente. De quais bens e serviços se tratam? Se se toma a "concepção ampliada" de saúde como referência, voltamos ao ponto anterior de que a "crise" é permanente ou, o que é a mesma coisa, é inexistente. Explica-se, facilmente: o "completo bem estar" demanda bens e serviços que, certamente não exclui habitação e equipamentos domésticos (quase todos) que se fazem necessários, escola e lazer para crianças e adultos, transporte e condições de trabalho jamais penosas, para todos. Desejo, utopia com a qual, certamente, devemos continuar sonhando mas, efetivamente, somente enquanto sonho existente. Logo, "crise permanente"... Se, ao contrário se lhes imagina enquanto equipamentos e dispositivos para lidar com as doenças, seja evitando-as ou controlando-as, "crises" podem, perfeitamente, ser aí identificadas. Se é certo que, tendencialmente, as medidas sanitárias e a assistência médica atinge um maior número de pessoas, esta tendência pode, por vários motivos, ser interrompida e, até mesmo revertida. Insuficiência de água tratada e rede de esgotos pode resultar em recrudescimento de processos patológicos tidos como "do passado" como, por exemplo o cólera. A falta ou a baixa eficácia de determinada vacina pode, evidentemente, perturbar o processo de "controle epidemiológico". A assistência médica aos indivíduos, se de baixa qualidade pode, além de ser um condenável mecanismo de desperdício de recursos, constituir-se em um intolerável instrumento de iatrogenia, como queria Ilich. Tudo isso é bem sabido e, para além de procedimentos organizacionais que diriam respeito "somente" ao setor, trata-se, evidentemente, de processos da ordem política. Nenhuma novidade, mesmo porque à política tudo se refere e dela tudo também decorre. A questão é: qual a especificidade do campo que nos é dado a agir?

Por isso, talvez seja conveniente olhar para a "crise" naquilo que se refere aos aspectos internos do sistema de saúde. Um de seus ângulos revela-se como "herança tardia de um paradigma implantado nos Estados Unidos pela reforma Flexner, a partir de 1910, que departamentalizou o ensino médico, separou o ciclo básico do profissional e criou o Hospital de Ensino ou Universitário (no nosso caso), com a finalidade de *modernizar a* prática médica, através de um ensino que incorporasse avanços tecnológicos emergentes à época. Se por um lado essa estratégia levou a um extraordinário desenvolvimento tecnológico no campo da assistência médica, da qual todos somos beneficiários, promoveu, também um desastroso efeito sobre a compreensão do fenômeno saúde-doença, reduzindo-o quase que exclusivamente à sua dimensão biológica e, conseqüentemente, limitando as intervenções a esse nível"[14]. Assertiva incisiva que não permite escapar da polêmica.

Um primeiro elemento da "crise" (não necessariamente o mais importante), seria o elemento humano que imprime dinâmica e sentido ao processo. O médico, mal formado porque parcialmente informado, terá sua ação certamente limitada e, por conseqüência, não resolutiva. Reduzida ao biológico, a ação é eminentemente hospitalar, espaço também restrito em relação à demanda que a epidemiologia nos diz ser prevalente. Não há como discordar da racionalidade da crítica, principalmente se se considera seus pressupostos, ancorados que estão na "concepção ampliada de saúde". Todavia, algumas ponderações parecem pertinentes. De onde vem a força do "modelo flexneriano" que, engessando o ensino médico em torno do biológico, resulta em tantos efeitos nefastos? As reformas curriculares, aparentemente e desde então, têm sido uma permanente "ordem do dia ". Com que sucesso? Aparentemente escasso pois, constantemente, reforma-se o reformado. Por isso, há que se perguntar, também, sobre o efetivo alcance das tentativas de "expansão do objeto". A "medicina comunitária", por exemplo e sobre a qual não cabe aqui retomar análises já muito bem realizadas, pareceu ser estratégia adequada para uma melhor compreensão tanto do objeto quanto dos objetivos das práticas de saúde. Fora do hospital, a realidade se apresentaria, por assim dizer, mais inteira. Se desconsiderarmos as "críticas de esquerda" a ela dirigidas, justas, diga-se de passagem, em que contribuiu para a resolução dos problemas de saúde das populações, tanto aqui como em seu terreno de origem, os Estados Unidos da América? Como se explica a sua "ausência da moda"? Pelas críticas, à esquerda e à direita, ou por limitações de um modelo que opera só pelo já assentado, bloqueando, de certa forma, a novidade do conhecer?

Em outros termos, como ampliar o conhecimento deste objeto - o doente - que, somente por ser social, pode identificar e comunicar seu sofrimento no processo de ajuda que o faz mover em direção a um saber que pode, a seu juízo, lhe atender. Uma proposição foi, sem dúvida, a de ensinar ao futuro profissional a, pelo menos, entender os "males sociais". Pelo ensino das ciências sociais se buscava, também, a formação de "consciências críticas" que pudessem dar à ciência e à arte de curar um sentido político, em princípio, emancipador.

Quer parecer que três elementos, pelo menos, se impuseram como obstáculo a determinadas tentativas de remodelação do objeto, dos saberes e das práticas. Reformulações estas que os levariam a um plano que, de pronto, representaria soluções radicais e permanentes para todos os problemas identificados no humano universo da vida. Um primeiro identifica-se nas implacáveis "leis de mercado". O profissional muito mais nelas se mira do que em interesses que, maiores, não necessariamente coincidem com os seus, particulares. Todo um capítulo poderia ser aqui desenvolvido. Outros já o fizeram com extrema competência e o que se quer aqui marcar é a existência de um "obstáculo" constantemente renovado que é transposto, eventualmente, muito mais por uma determinada adesão político-ideológica do trabalhador do que por exigências de sua atividade profissional. É esta que, instrumento de sua vivência, orienta sua inserção social.

Um segundo refere-se à política e às conjunturas que lhe dão forma. Os processos que resultaram em uma relativa democratização, pelo menos no âmbito da América Latina, colocaram não só novas questões como também novas formas de encaminhá-las. Durante os anos '60 e '70, uma união quase unânime se concretizou contra os regimes

14. Rodriguez Neto, E. SUS, O Ensino Médico e os Hospitais Universitários. *Saúde em Debate,* 49-50. Março 1996.

ditatoriais militares que dominavam quase toda a região. Muito sofrimento resultou de toda a luta que se travou e os resultados foram positivos. Travou-se o bom combate, poder-se-ia dizer. A retomada de certas liberdades é fundamental para a construção da democracia, principalmente no que se refere à instituição de direitos. Entre nós, o acme foi a proclamação da nova Constituição em 1988. Entre outros direitos do cidadão, encontra-se aquele à saúde, responsabilizado o Estado pela sua garantia. De fato, pelo menos uma tendência foi consolidada: nenhum cidadão brasileiro, hoje, pode ser excluído da assistência devida ao sofrimento ou a ameaça à vida. A questão, então, não é mais da exclusão, mas de uma equidade almejada. Sob esse ponto de vista, parece que a "crise" se faz presente, em grande parte através dos escândalos que exalam o amargo odor da morte: pronto-socorros lotados, alga assassina que põe fim ao sofrimento de renais crônicos e dizimação de velhinhos que, por nem mais os filhos poderem (ou quererem) cuidar, encontram em espeluncas um leito para os ossos repousar.

No conjunto, "leva-se a vida". Emprego e segurança parecem ser temas que calam mais fundo no coração das pessoas. Talvez, por isso, um certo sentimento de vazio e, até mesmo, uma certa perplexidade. "O CEBES segue profundamente preocupado com a relativa desmobilização do movimento sanitário brasileiro no período que sucedeu à nova Constituição e à Lei Orgânica da Saúde. Muitos companheiros que participavam diretamente desse movimento estão hoje atarefados com administrações municipais, estaduais e até federais, restando pouco tempo para a velha militância que sempre foi o motor da luta por melhores condições de saúde e de vida no país. No Brasil, poucas coisas funcionam se não existe participação, controle e pressão. E nesse momento a participação está sendo pequena e a pressão, muito pequena"[15]. Não seria a "crise" aquela da militância? Administrar não é, também, uma forma de lutar por melhores condições de vida e saúde da população? Ou será que o poder "esmorece"?...Talvez duas questões devessem aqui merecer algum destaque na nossa próxima agenda: tomar a questão da saúde como uma questão política *tout court* não é pretender, do interior de um recorte do *ser social*, emanar **todas** as diretivas? Que componente da "crise" corresponderia a uma certa "frustração" pela não plena realização de velhos objetivos que, tal como a Fênix, mostram-se permanentemente ressurgidos? Por fim, qual seria hoje o "projeto global"?

O terceiro e último dos elementos "obstacularizadores" acima sugeridos, parece ter sido a novidade que se segue:

A Quarta Onda

Seria, talvez, a mais recente das "revoluções", não analisada por Grmek. Não era seu objetivo. Trata-se da "vida pequena" e do enorme gênio que surge de sua invenção. Com Watson e Crick, o código da vida se desvenda. "A hereditariedade poderá ser declinada em uma linguagem química determinada, um código inscrito no DNA, que nos é transmitido por nossos pais e que eles próprios receberam de seus pais. Desde logo, a história da biologia, depois do modelo da dupla hélice (1952) será em grande parte ocupada pelo DNA et, raramente, exceção feita, talvez, à revolução pasteuriana, as ciências do ser vivo terão visto sua progressão seguir um modelo dedutivo de tal perfeição"[16].

15. Garrafa, V. *Saúde em Debate*, 48. Pag 23. Setembro 1995.

16. Gros, F. *L'Ingénierie du Vivant*. Éditions Odile Jacob. Paris, 1990.

O biológico vem a ser um campo de enorme produção de saberes. Reduzindo suas lentes, a biologia vai desvendando cada vez mais os íntimos "mecanismos" de produção, persistência e, de fundamental importância, de reprodução da vida. Com que utilidade? Inúmeras mas, também, eventualmente nenhuma.

Pasteur estava interessado nos processos de fermentação porque o seu problema era a qualidade inferior da cerveja francesas em relação àquela de produção alemã, assim como a conservação dos grandes vinhos. O resultado, todos sabemos: uma extraordinária seqüência de descobertas guiadas pelo princípio de "uma doença um germe" e pelo processo de variação brusca de temperaturas que protege o homem de alguns dissabores patológicos. O saneamento do meio tem, assim, um fundamento preciso e, dos soros às vacinas a distância é enorme, na medida mesmo em que mobiliza o organismo na instauração de novas e superiores normas vitais. Nessa vertente, não se pode esquecer os antimicrobianos químicos e os antibióticos que, não se constituindo panacéias, representaram um dos maiores impactos terapêuticos na história da medicina. Tudo isso é bem sabido e se aqui é relembrado é pelo fato de representarem possibilidades derivadas do saber, postas para benefício da humanidade. Postas e não necessariamente usadas, também sabemos e, no fundamental, sabemos o porque: a existência de interesses que geram desigualdade social, principalmente no que diz respeito ao consumo dos bens tornados necessários à vida e sua continuidade. A carência, assim, não deriva nem do saber e nem das práticas que dele decorrem. Ao contrário, com elas, as possibilidades são grandes e promissoras.

Em que pese o enorme avanço que se obteve no controle das doenças infecto-contagiosas, problemas de grande magnitude ainda se levantam. Não considerando certos perfis epidemiológicos, identificados nos países do chamado "terceiro mundo", novos problemas estão colocados. AIDS é o exemplo típico. Talvez não haja outro em que, em tão pouco tempo, quase tudo sobre ele se sabe. Desde as primeiras investigações epidemiológicas até o isolamento do "agente causal", não mais que um piscar de olhos se processou, se se considera o ritmo de construção do conhecimento. Esse fato, por si só, tem uma extraordinária repercussão do ponto de vista da progressão da doença, principalmente no que se refere à sua prevenção. Se é problemático o controle da doença no que se refere aos comportamentos humanos, é inadmissível que a transmissão se faça, por exemplo, através de um processo que é, em princípio terapêutico, como a transfusão sangüínea. Resta, sabemos, construir a terapêutica específica e sua possibilidade assenta-se inteiramente no conhecimento e manipulação do pequeno, com enorme repercussão no plano social. Vacina e drogas antivirais são as vias sobre as quis se trabalha. Certamente no atendimento de interesses industriais mas, sem dúvida, no benefício das pessoas que sofrem duplamente a dor física e psíquica da doença, tornando-se também vítimas de uma determinada exclusão social.

Se o campo das "doenças de pobre" permanece problemático, inclusive pelo seu recrudescimento em espaços que, "de direito" não lhes pertenceria, como é o caso de países desenvolvidos que voltam a conviver com importante incidência de tuberculose, o que dizer das doenças crônico degenerativas? Sem dúvida, enormes progressos podem ser identificados no que diz respeito à terapêutica. O câncer, por exemplo, já não mais representa a fatalidade imediata, pelo menos em grande de seus tipos, e se o diagnóstico é precoce. A cirurgia tem representado um instrumento cada vez mais importante e refinado, a radio e a químio terapias elementos de precisão crescentes. Procedimentos complexos que exigem especialização, inclusive de infra-estrutura. Nesse sentido, e de passagem, como não ter o hospital como referência, como centro de racionalidade

"produtiva", em termos de potencialização derivada da concentração de recursos? O "modelo hospitalocêntrico" resulta do desenvolvimento e ampliação dos saberes médicos e das novas exigências técnicas da intervenção médica. Por isso, a crítica ao seu "mau uso" é não só pertinente mas necessária posto que, em princípio, todo "bom uso" é o almejado.

Todavia, a crítica ao hospital que se fundamenta em proposições que a ele seriam alternativas, parece não atribuir o devido valor à "essência" do processo terapêutico. Segundo uma tal visão, o hospital, restringindo suas ações ao biológico produziria, pelo menos, dois efeitos indesejáveis - já se viu: formar mal o médico que não aprende tratar os casos "mais simples", e "inculcar" em todos (médicos e pacientes) a idéia de que o hospital é o único espaço de resolução de nossos males. Sendo óbvio que não há um "espaço único", mas sim a diferenciação de espaços existentes, a questão não deveria se encaminhar no sentido de uma restrição. A "solução" encontra-se, muito mais, na multiplicação, não de estruturas físicas, mas de "modelos resolutivos". Quer dizer, é preciso dotar de resolutividade espaços outros visando retirar a centralidade física dos hospitais. Centralidade física, repita-se, dado que, se centro há, ele se constrói sobre os saberes e técnicas da "arte de curar". A idéia de "sistema regionalizado e hierarquizado" não é nova, como todos sabemos. A sua não concretização tem raízes históricas bem conhecidas e que, no fundamental, nutrem-se no modelo de organização de serviços que tem como norte a realização do "valor de troca".

Toda uma discussão poderia ser aqui aberta. Não é o caso, bastando lembrar que a Reforma Sanitária brasileira pretendeu ser a solução. O que se quer ressaltar são elementos da racionalidade do saber médico atual pois, eventualmente, poder-se-á nela encontrar melhores indicações de como os serviços organizar. Desse ponto de vista, uma hierarquização só faz sentido se se considera que o "simples" e o "complexo" em medicina não representam mais do que capacidades diferenciadas de intervenção. Por isso, é necessário que "tudo se saiba" para que o dimensionamento correto seja realizado. Ou seja, do "complexo" posso visualizar o "simples". A recíproca não é verdadeira: o "simples" pode obscurecer a existência do complexo. Em outros termos, é sabendo-se de um que se pode o outro identificar. O diagnóstico, por exemplo, é a escolha mais adequada diante de possibilidades desvendadas. Escolha probabilística cuja magnitude depende, justamente, dos saberes operativos e dos instrumentos disponíveis para a investigação do caso. Assim, quanto maior o saber, maior a probabilidade da correta e adequada escolha.

Por isso, a permanente presença da idéia de "causalidade" em medicina. Se sei a causa e os "mecanismos", minhas possibilidades de intervenções eficazes aumentam e, no limite, não haveria doença se a causa fosse toda ela eliminada. É o que, em sua análise, tem sempre buscado a epidemiologia. De "caso" ou "controle", com ou sem complexos procedimentos metodológicos (incluindo aqueles estatísticos), os estudos fundamentam-se na suposição de "relações causais", medidas através da idéia de "força associativa". Indicativa, a associação entre hábito de fumar e câncer de pulmão, por exemplo, não esgota a questão posto que genérica em sua explicação. Em outras palavras, se a pergunta não pode exatamente ser formulada em termos de "o que causa?", certamente será consistente se pensada através de um "como causa?". Não há, assim, como fugir do "pequeno mundo da vida".

François Gros nos apresenta um interessante balanço das atuais tendências da pesquisa em biológica. Desde a descoberta da estrutura do DNA, a compreensão dos

processos vitais centra-se, progressivamente, no desvendamento da composição e funcionamento do "pequeno" mundo molecular. Por aí, identifica ele a existência de um *reducionismo estrito*, expresso por uma tendência físico-química da chamada biologia molecular. Em que consiste? Precisamente em buscar enquadrar as "ciências naturais" na precisão da linguagem e procedimentos das experimentações que se fazem em física e química. Tal é uma via que parece promissora na compreensão das leis que presidem conformações e interações de cadeias protéicas, com uma série de conseqüências possíveis em relação, por exemplo, a aspectos imunológicos que envolvem anticorpos. Com uma conotação mais ou menos reativa, uma tendência *neofisiológica* vem reforçar a necessidade de perseguir a compreensão dos fenômenos no nível em que a vida se manifesta, vale dizer, na individualização do ser. Donde, aponta nosso autor, surgimento de novos estudos embriológicos, reforço de vertentes fisiopatológicas (hipertensão arterial, por exemplo) e inúmeros outros campos de intervenção médica. Havendo aqui e ali integração disciplinar, aponta o escasso diálogo hoje existente entre a biologia molecular e um ramo em franca expansão, como o das *neurociências*. Para além de uma melhor compreensão das transmissões sinápticas e mesmo dos elementos que estruturam os neurônios, todo um espaço se descortina para o entendimento das alterações bioquímicas que acompanham certas doenças genéticas que afetam o sistema nervoso: Parkinson, Alzheimer e psicose maníaco-depressiva. "O caso da PMD poderia ser particularmente ilustrativo, dado que esta doença monogenética ligada ao cromossoma 12 se acompanharia de profundas mudanças no equilíbrio da produção de diversas formas (isoformas) da tirosinoquinase"[17]. Pode-se, perfeitamente bem, imaginar o alcance de um tal progresso. Se se considera, por exemplo, o caráter essencialmente medicamentoso da terapêutica para estes e outros tipos de doenças mentais, a compreensão dos finos processos patológicos poderia potencializar benefícios não só para os doentes individualmente considerados mas, também pelo aumento do suporte técnico que tais conhecimentos proporcionariam ao cuidado familiar dos doentes e, por extensão, à própria organização dos serviços de atenção médica.

Uma última tendência seria aquela *ecológica*, ainda recente e, de certa forma "nebulosa", na medida em que estando diante de um universo multiparamétrico que não se traduz facilmente em demandas científicas, o biologista se vê colocado à prova por ecologistas que estão permanentemente na espera de soluções. Soluções que, já se viu acima, são promessas mas, também, elementos de processos operativos.

Em relação às causas das doenças, por exemplo, tome-se novamente o caso do câncer. Existindo uma terapêutica bastante eficaz, se se considera o "estado da arte" de 20-30 anos atrás, há hoje formas de diminuir sua incidência? Os estudos epidemiológicos, já se viu, formulam consistentes sugestões. Todavia como evitar um câncer de pulmão em quem nunca fumou? "Depois das teorias que viram no câncer o ressurgimento de um estado embrionário, depois dos trabalhos que enfatizaram as causalidades químicas e virais, em seguida a constatação do caráter multifatorial de uma afecção onde os desequilíbrios nutricionais e ambientais têm, certamente, sua participação, voltou-se mais recentemente para as causalidades genéticas"[18]. Se todos esses elementos estão envolvidos na "causalidade" dos cânceres, continua o autor, tudo indica que o câncer resulta, freqüentemente, de novos arranjos cromossômicos no interior de tecidos

17. Gros, F. *Regard sur la Biologie Contemporaine.* Gallimard, Collection Folio/Essais. Paris, 1993. Pag. 74.
18. *Idem, ibidem.* Pag. 93.

somáticos, do tipo transposição, amplificação, inserção e mutação no material genético. A descoberta dos *oncogenes* significa a abertura de enormes possibilidades de intervenção, em um futuro não exatamente previsível mas, nem por isso, desprezível. Tome-se, por exemplo, a mucoviscidose, uma das aproximadamente três mil doenças genéticas que podem acometer o homem e cuja incidência é de 1/1.500 crianças. Dado o programa genético, canais da membrana celular permeáveis ao cloro estão ausentes. A morte advém por insuficiência respiratória. Por uma "transgenose" cujo veículo seria um vírus "domesticado", o novo material genético determinaria a correção do "erro" original.

Possibilidades descortinadas essas, em pleno uso outras. Tal é o caso dos anticorpos monoclonais, por exemplo, cuja alta sensibilidade permite diagnósticos precisos e precoces. Possibilidades técnica pujante na detecção de estados mórbidos a nível populacional, encontram-se na base de proposições como a da *epidemiologia molecular*, por exemplo, que viria ampliar enormemente nossos conhecimentos sobre os "perfis epidemiológicos" das populações. De outro lado, análises do DNA permitem, por exemplo, uma mais precisa determinação de paternidade, para gáudio de uns e decepção de outros. E ainda, com as técnicas de DNA recombinante, constróem-se *sondas genéticas* que têm possibilitado, entre outros, diagnósticos intra-uterinos como, por exemplo, de anemia falciforme. É fácil perceber que tais e tantas possibilidades têm alto valor positivo pois, alargando o domínio sobre os "mecanismos" da vida, permite tomadas de decisões "mais racionais porque cientificamente fundada". Todavia, um sentimento de inquietação existe nisso tudo. A certeza "objetiva" desdobra-se em questões que, para além de qualquer individualidade, dizem respeito ao comportamento da coletividade, à moral social. Pode-se interromper uma gravidez na qual foi precocemente diagnosticada uma anemia falciforme? Não é preferível prevenir todo um sofrimento que se sabe, fatalmente ocorrerá? É da ética que se trata...

Por fim, uma pequena referência a novos resultados derivados do "domínio" da vida a nível molecular, do engenho humano na manipulação do ser vivo para seu proveito. A descoberta e posterior purificação da insulina, por exemplo, representou um avanço terapêutico que não é necessário aqui sublinhar. Todavia, quem poderia imaginar que bactérias poderiam ter suas funções modificadas de forma que produtos de sua atividade se pusessem a serviço do homem como remédio para seus males? E, para não lembrar mais do que um desses resultados - de alcance fundamental no controle de doenças que, pela sua forma de transmissão, têm potencialidades epidêmicas - tome-se as vacinas ditas de segunda geração "da qual a representante mais marcante é aquela destinada à proteção contra o vírus da Hepatite B, particularmente temível na Ásia e em certas regiões da América do Sul. Esta vacina, atualmente obtida através de técnicas genéticas transferindo a informação molecular apropriada para células de hamster (procedimento Pasteur) ou para células de levedura (procedimento Merck), apresenta sobre a vacina convencional a vantagem de não mais se utilizar a coleta laboriosa (e não sem perigo) do sangue dos 'portadores sãos"[19].

O conhecimento do biológico, sem nenhuma sombra de dúvida, tem significado um extraordinário aumento da eficácia da técnica humana no tratamento das doenças. Um espírito "conquistador e vitorioso" pode aí ver "todas as soluções" que um dia ainda existirão. A máxima crença na ciência e na técnica é uma "religião" que tem sua origem em tempos quase imemoriais. Por isso, trata-se de considerar o que seria uma

19. *Idem, ibidem.* Pag. 110.

"anti-religião", posto que os termos da questão permaneceriam os mesmo. Contra um reducionismo ao biológico, vislumbra-se a possibilidade de uma sua quase "eliminação". Haveria um "justo" termo?

Dois pensamentos podem aqui ter alguma significação. O primeiro refere-se ao conceito de saúde, presente em todas as nossas considerações. Se se o toma na sua acepção ampla, trata-se de um objetivo que se coloca para toda a sociedade, de forma mais ou menos explícita, com maior ou menor ênfase, segundo os diversos interesses que o sustentam. Confundi-lo com objeto de um campo de conhecimento e espaço de práticas específicas de intervenção, significa avocar para elas, as práticas, a totalidade das ações pertinentes à consecução do objetivo visado. Em outros termos, tomar o objetivo "saúde" como objeto é não mais do que pretender que as práticas "de" saúde sejam prática política "tout court". Se assim é, não há especificidade de procedimentos e, muito menos especificidade profissional. No limite, medicina e política são uma única e mesma coisa como queriam, já se viu, almas visionárias que buscavam minorar o sofrimento humano. Nada de condenável aqui, bem se sabe, simplesmente é necessário se colocar questões práticas, de ordem operativa. Com que instrumentos se alcançaria tal objetivo? Certamente com todos, o que nada quer dizer. A prática política tem seus próprios modos de realização e seus instrumentos (alguns condenáveis) guardam suas próprias especificidades. Uma delas, em um regime democrático representativo, é o convencimento que se obtém através do discurso. Convencimento que resulta em adesão, a política, no fundamental, não é mais do que um modo organizado de enfrentamento de interesses e, portanto, de "gerência" de conflitos. Sendo amplos, os interesses e os conflitos, englobam, naturalmente, as questões de saúde e as doenças que lhes dão suporte. Confundi-las, saúde e política, pode estar significando, eventualmente, não mais do que um exercício discursivo, quem sabe, retórico...

Se, por outro lado, a concepção é "restrita", e o objeto se define por uma concreção à qual se dá o nome de doença, o objetivo não mais pode ser "totalizante e definitivo", mas de construção progressiva na superação de obstáculos permanentemente colocados. Desse ângulo, emergem potencialidades para a consecução, inclusive, de objetivos gerais, quaisquer que eles sejam. O saber aqui, se não é determinante para mudanças globais, certamente é fundamento para decisões que, tendo em vista sonhos pessoais ou político-ideológicos, resultem em ações não só eficazes como efetivas. Em outras termos, se não são as atividades em saúde essencialmente políticas, são da política instrumentos como outros que também derivam de saberes e práticas diversos. A César o que é de César...A utilidade social do saber não pode ser construída em termos de estritas finalidades, sob pena de desfigurar sua prática em nome de interesses nem sempre universalizáveis. Não "sufoquemos" o biológico. Por ele, problemas específicos têm sido resolvidos e outros, certamente, ainda o serão. Com ele, proposições postas no plano mais geral, fundamentados, terão mais chance de um "convencimento" que se traduzirá em decisões de interesse mais amplo. Assim, e por exemplo, o que tem sido entre nós o que poderia ser chamado de "política de ciência e tecnologia" para a saúde? Como temos nos ocupado destas questões, inclusive no que se refere a uma produção industrial? E com que competência? De outro lado, como vigiar e controlar práticas, também de saúde, que podem se configurar como "anti-sociais"?

Finalmente, como enfrentar os pesados problemas que vão se apresentado no plano da ética sem nos assenhorarmos das possibilidades de compreensão advindas da "vida pequena", inclusive para melhor delimitar o sentido da ética?

Temos aí alguns poucos e não fáceis desafios.

Da Bioética "Privada" à Bioética "Pública"

F. Roland Schramm

Introdução

Na sua breve existência de um quarto de século, a bioética teve duas fases sucessivas: uma que chamaremos de "privada", a outra "pública".

A fase "privada" -definida recentemente também como "fase dos pioneiros"[1] - abrange o periodo que vai do início dos anos 70 - quando Van Rensslear Potter criou o neologismo *bioethics*[2] e André Hellegers fundou o Joseph and Rose Kennedy Institute for Study of Human Reproduction and Bioethics na Universidade Georgetown de Washington, D.C. - até sua consolidação, ocorrida ao longo dos anos 80, enquanto campo interdisciplinar da ética aplicada ou, como preferem alguns autores, como instrumento capaz de estabelecer interrelações entre questões, abordagens e valores significativos da nossa contemporaneidade, referentes ao domínio da vida e da morte[3].

A fase "pública", começa com os anos 90 e pode ser chamada de "fase dos conflitos"[4]. Corresponde ao momento de aceitação da pertinência teórica para a abordagem de conflitos morais e à sua sua consolidação disciplinar (ou interdisciplinar); vê em campo uma série de conflitos de valores e princípios inconciliáveis, que adquirem paulatinamente uma relevância pública, fato que outorga à bioética também uma legitimidade prática e social.

Durante a primeira fase são particularmente relevantes os questionamentos morais, ou éticos[5] relativos aos avanços das tecnociências biomédicas, aos efeitos sobre a qualidade de vida das pessoas e os direitos humanos individuais, tais como o direito à vida, à saúde, à liberdade de consciência, à propriedade, conhecidos como direitos civis e políticos ou "naturais", ou de "primeira geração".

Durante a segunda fase tornam-se paulatinamente relevantes os questionamentos morais (ou éticos) relativos aos efeitos sobre a saúde das coletividades humanas das opções escolhidas em matéria de políticas sanitárias e políticas ambientais. Neste caso, os direitos em foco são o direito à igualdade (ou equidade), à justiça, à assistência sanitária - conhecidos como direitos econômicos, sociais e culturais ou "sociais", ou de "segunda geração", aos quais devem ser acrescentados os mais recentes direitos de "terceira geração", conhecidos também como direitos ecológicos e das gerações futuras[6].

Abordaremos, a seguir, as duas fases da bioética: a primeira fase, que qualificamos como sendo sobretudo "privada", a segunda, mais especificamente "pública", distinção que tem sobretudo uma finalidade heurística, mais do que uma fundamentação ontológica pois, sobre muitas questões, inclusive sanitárias, o aspecto "publico" é inseparável do "privado".

A Fase "Privada": Os Anos 70 E 80

Nesta fase "pionerística", construiu-se a identidade cultural e social da bioética, determinando:

- a sua pertinência cognitiva, enquanto análise crítica e imparcial dos dilemas morais, resultantes das profundas transformações ocorridas na competência humana em intervir nos processos do nascer, viver, adoecer e morrer;
- a sua legitimidade social para a tomada das decisões resultantes das análises julgadas corretas.

Apresentaremos, a seguir, a) o contexto histórico-social do surgimento da bioética; b) os aspectos teóricos levantados por esta nova forma de conhecimento.

O Contexto Histórico-social da Bioética

O contexto histórico-social em que surgiu a bioética foi o amplo movimento civil de reforma dos costumes e dos valores que atravessou as sociedades ocidentais dos países "desenvolvidos", em particular, a sociedade norte-americana, durante os anos 60. Este movimento amplo inclui os movimentos específicos de libertação das mulheres; o movimento ecologista; o movimento de contestação juvenil; o movimento das minorias raciais e sexuais. Apesar de suas reivindicações específicas, todos eles visaram à reforma/revolução dos costumes e valores herdados das formas de vida tradicionais.

É neste contexto que deve ser considerada a crise das evidências morais da moral do senso comum, isto é, "a crise do *ethos*, da ética espontânea, imediata, não-refletida"[7], representada pela moral cristã, e que vinha sofrendo uma lenta, mas inexorável, erosão pelos processos histórico-sociais conhecidos como *secularização* da sociedade e *desencantamento* do mundo.

Paralelamente, assistia-se à redescoberta da ética em campo filosófico, sob a forma de um "resgate" da filosofia prática (ou ética aplicada), capaz de encontrar argumentos que legitimassem as escolhas morais já não tanto evidentes (como para a moral tradicional) mas requeridas pela complexidade crescente dos problemas de convivência num mundo em rápida transformação e sem um padrão moral comum.

Assim, pode-se dizer que a reflexão sobre o *ethos* das sociedades contemporâneas deixava o âmbito da mera ética espontânea para entrar naquele de uma ética *crítica*, consistente em refletir, argumentar e justificar racionalmente e imparcialmente as escolhas morais nas situações concretas.

A bioética será uma das formas principais desta filosofia aplicada, junto com a ética ambiental, a ética dos negócios, a ética pública (ou da política).

Esta transformação do panorama filosófico ocorreu depois de uma longa estação *meta-ética*, durante a qual a análise moral concentrou-se essencialmente na avaliação formal dos conteúdos das proposições normativas da ética tradicional, fase que iniciou como reação ao positivismo (e à vertente vienense do neopositivismo), imperante durante as primeiras décadas do século, e que durou até os anos 60.

A partir dos anos 60, assiste-se a uma *guinada pragmática* em ética, graças sobretudo à influência do pensamento norte-americano e, em âmbito europeu, à influência da tradição analítica, em particular, à lição do segundo Wittgenstein, que ensinava aos filósofos a se preocuparem com os *efeitos* das práticas e dos discursos sobre a vida concreta das pessoas.

É neste contexto que se torna relevante a ética aplicada ao campo biomédico. Pode-se portanto concordar com o filósofo Stephen Toulmin, quando afirma que a ética aplicada ao campo biomédico "salvou a vida" da própria filosofia moral, que languia, há mais de meio século, nos debates "estéreis" da meta-ética[8]. Dito de outra forma, pode-se dizer que a análise meta-ética (apesar de pertinente para testar a consistência dos enunciados morais) teve que confrontar-se com uma série de problemas morais concretos.

Os principais problemas foram substancialmente de duas ordens:

1) Em primeiro lugar, o novo patamar atingido pela competência tecno-científica humana graças aos avanços nas Ciências Biomédicas, em particular, graças à emergente revolução da biológia molecular. De fato, com esta começava-se a entender o assim chamado "projeto da vida" (*design of live*[9]), quer dizer, a capacidade que os seres vivos têm em se auto-criarem graças à "utilização" das informações contidas no DNA dos seus genes.

O problema prático, moralmente relevante, trazido por este conhecimento era que com ele se criavam as condições necessárias para uma eventual modificação do próprio "projeto". Esta possibilidade justifica-se moralmente em termos terapêuticos, por exemplo, em casos de doenças de origem genética comprovada. Neste caso, é possível argumentar a favor da "correção" do gene defeituoso e da prevenção contra doenças previsíveis. Mas, a história dos abusos cometidos no nosso século contra a pessoa (que veremos mais adiante) nos leva também à necessidade de uma certa prudência, pois nada impede que, em determinadas circunstâncias históricas, os abusos se repitam, e novos abusos sejam cometidos. Neste caso, por exemplo, o risco de querer "purificar" a espécie humana, em nome de ideologias e interesses, seria grande. É por isso que a terapia genética representa, atualmente, uma das questões mais "quentes" do debate em bioética, sobretudo devido aos possíveis desdobramentos eugênicos e autoritários do polêmico Projeto Genoma Humano.

É neste sentido que se pode dizer que a redescoberta da ética (aplicada) constitui um "fenômeno típico de uma sociedade dominada pela ciência, onde a ciência é a única forma de saber verdadeiramente vencedor do *ethos* tradicional... o único saber que resiste à secularização, [razão pela qual] à vitória da ciência acompanha-se a redescoberta da ética, o único saber prático compatível com a ciência"[10].

2) Em segundo lugar, aquela que poderiamos chamar de anamnese histórica das ciências biomédicas, referente aos abusos na experimentação científica com seres humanos, cometidos bem antes da Segunda Guerra Mundial, e denunciados no começo dos anos 70 pelo psiquiatra Jay Katz[11]. Hoje sabemos que tais abusos ocorreram à revelia da legislação vigente na época, que era bastante severa, como na Alemanha pré-nazista.[12]

Dentre os inúmeros abusos cometidos, podemos destacar os três casos paradigmáticos que tiveram uma ampla ressonância na opinião pública norte-americana no começo dos anos 70.

2.1) O caso da pesquisa sobre a sífilis feita com 600 indivíduos afro-americanos, de sexo masculino, de Tuskegee, AL., entre 1932 e 1972, conhecido como o caso do "sangue mau" (*bad blood*). Neste caso, os pesquisadores envolvidos sonegaram informações e o tratamento adequado disponível (penicilina) a 399 portadores da doença para poder estudar seus efeitos a longo prazo[13], infringindo portanto o princípio do consentimento informado, mesmo depois deste ter sido claramente formulado na Declaração de Nuremberg de 1947 (além de tratar-se de um flagrante caso de preconceito racial e social, e de infringir os "sagrados" princípios do *primum non nocere* e do *bonum facere* da deontologia médica tradicional). A experiência só será interrompida quarenta anos mais tarde, depois do caso ter sido denunciado em 1972 na primeira página do New York Times. Uma comissão, nomeada pelo Department of Health, Education and Welfare, concluiu em 1973 que o caso era anti-ético e devia ser interrompido imediatamente, argumentando que "a sociedade não pode mais permitir que o equilíbrio entre direitos individuais e o progresso científico seja determinado unicamente pela comunidade científica"[14].

2.2) O caso da injeção de células hepáticas cancerígenas vivas, feita em 1964 em 22 pacientes idosos do Jewish Chronic Disease Hospital do Brooklyn em Nova Iorque. Também neste caso, os médicos achavam que podiam fazer qualquer tipo de pesquisa desde que fosse (supostamente) em benefício da humanidade porque contribuiria para o avanço da ciência. De fato, também neste caso, os pacientes não foram suficientemente, nem adequadamente, informados para poder dar seu consentimento esclarecido. Os médicos foram, portanto, declarados culpados pelo Board of Regents do Estado de Nova Iorque de infringir a deontologia profissional e de "fraude e dolo na prática da medicina"[15].

2.3) O caso da infecção intencional com o vírus da hepatite em aproximadamente 700-800 crianças retardadas graves do Willowbrook State School for the Retarded, ocorrida entre 1956 e 1970[16]. Neste caso, infringiu-se, tanto o princípio de beneficência (*bonum facere*) quanto o princípio de não-maleficência (*primum non nocere*), isto é, os tradicionais princípios da deontologia médica, além dos demais princípios, pois a pesquisa aumentava o risco de desenvolver doenças hepáticas crônicas, já que os pacientes não tinham recebido doses protetoras de gamaglobulina como as outras crianças. Além disso, o consentimento era obtido de forma fraudulenta, pois vinculava-se a aceitação da criança no hospital à condição de se submeter à pesquisa. Quando o caso foi denunciado, fechou-se o hospital mas ninguém foi perseguido judicialmente[17].

Estes casos podem ser considerados como paradigmáticos para entender o contexto de apreensão para com os abusos de poder dos cientistas sobre a vida das pessoas no qual emerge a bioética. Mas, como mostrou o professor Henry K. Beecher da Escola de Medicina da Universidade de Harvard, num polêmico artigo publicado em 1966 no *New England Journal of Medicine*[18], os casos de abusos contra a saúde e a vida dos pacientes submetidos à pesquisa clínica (que infringiam os princípios de não-meleficência e de beneficência da deontologia médica tradicional), sem informá-los adequadamente da relação provável entre riscos previsíveis e benefícios esperados, nem pedir seu consentimento, eram moeda corrente na prática clínica norte-americana. Além disso, para

Beecher, os abusos aconteciam quase que exclusivamente com sujeitos vulneráveis, tais como prisoneiros, pacientes, doentes mentais, soldados ou minorias étnicas (como no caso do "sangue mau"), infringindo portanto todos os princípios *prima facie* da bioética: o princípio de autonomia, o da justiça, de beneficência, de não-maleficência e, sobretudo, o princípio do consentimento informado que, desde a Declaração de Nuremberg (1947), deveria regulamentar a pesquisa com seres humanos.

É neste contexto de denúncias sobre os abusos em pesquisas com seres humanos que nasceu oficialmente a bioética, graças a um pesquisador de Madison, Wisconsin, o cancerologista Van Rensslaer Potter, que criou o neologismo "bioética"[19].

Os Aspectos Teóricos da Bioética

Do ponto de vista *teórico* (epistemológico e metodológico) pode-se dizer que, nesta primeira fase, predominou inicialmente - e apesar da relevância assumida pelas questões "práticas" frente às "teóricas" devido à guinada pragmática em ética ocorrida nos anos 60 - uma discussão sobre a pertinência semântica e o valor lógico da palavra "bioética".

A palavra foi questionada enquanto neologismo *esteticamente* "feio" e *pragmaticamente* "ambíguo", ou seja, provido de dois sentidos considerados como contraditórios[20].

Com efeito, para Potter (um dos "pais" fundadores da disciplina, junto com André Hellegers) a bioética era um novo tipo de ciência, que aliava os dados científicos com os valores humanos, mais precisamente a "ciência da sobrevivência"[21], simbolizada pela imagem da "ponte para o futuro"[22]. Já para outros autores, como os pesquisadores do Kennedy Institute da Georgetown University (inclusive Hellegers), a bioética era uma disciplina filosófica, não científica, apesar de ser "prática", quer dizer, referida aos problemas éticos levantados pela intervenção humana em campo biomédico.

Desde o começo, temos, portanto, duas concepções aparentemente inconciliáveis de bioética: 1) a concepção de Potter, que vinculava duas formas de conhecimento que, desde a distinção feita no final do século XIX por Wilhelm Dilthey, entre Ciências Naturais e Ciências do Espírito[23], funda duas tradições disciplinares diferentes e legítimas, cada uma no seu campo de pertinência e de aplicação específico; 2) a concepção de Hellegers que a considerava como uma disciplina pertencente ao campo da filosofia, quer dizer, das Ciências do Espírito.

Devido a esta dupla origem (e duplo sentido) a bioética foi questionada desde o começo, criticando o caráter "ambíguo e desnorteante"[24]"do termo. Ambíguo porque referido seja a uma nova ciência seja a um novo âmbito da teoria moral; desnorteante porque, ao apresentar-se como "nova" forma do discurso moral, a bioética pareceia pretender ser *a* nova forma "global" de eticidade na época de vigência da biotecnociência quando, de fato, esta implicaria numa espécie de niilismo em que o paradigma da ética seria, na melhor das hipóteses, uma multiplicidade de éticas particulares, sem uma linguagem moral comum, quando não um mero *paradigma perdido*, como pretende Niklas Luhmann[25].

De fato, este politeismo contemporâneo, sintetizável pela imagem da Torre de Babel, seria uma das características específicas e legítimas do mundo secularizado, no

qual só poderia existir um pluralismo de morais, sem nenhum denominador comum a não ser, talvez, o projeto de um "esperanto moral" (Michael Walzer)[26] que, como sabemos, nunca conseguiu ser uma lingua universal. E isto porque, de fato, em bioética, e de forma mais geral, na própria ética, convive uma pluralidade de linguagens nem sempre compatíveis entre si, como aqueles das "virtudes", dos "deveres" e dos "princípios", que vêm de tradições culturais diferentes diferentes[27].

Afinal, a concepção que prevalecerá será aquela do Kennedy Institute, conhecida também como "modelo Georgetown"[28].

Resumindo, nesta fase predominou a discussão sobre os fundamentos epistemológicos da nova disciplina e sobre os métodos e o campo de sua aplicabilidade.

Depois desta controvérsia inicial entre a visão abrangente (ou "global"), defendida por Potter, e a visão mais delimitada e técnica, defendida pelos pesquisadores do Kennedy Institute, em que se discutiu se a bioética devia ser uma nova forma de relação interdisciplinar entre ciências biomédicas e valores humanos, abordados tradicionalmente pela filosofia e a teologia, predominou o *principialismo*[29], tipo de análise moral conhecido também como "modelo Georgetown.

O "principialismo" é o método de análise moral consistente em utilizar os *quatro princípios prima facie de autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência*, considerados como valores característicos e mais ou menos abrangentes da moralidade da tradição ocidental, apesar da pluraliudade de concepções sobre o bem e o mal, o correto e o incorreto, o justo e o injusto, etc. Tais valores (que são, na realidade, *guidelines* para o agir) são chamados "prima facie", quer dizer, não-absolutos, e é esta a novidade principal do *ethos* das sociedades contemporâneas com relação às sociedades tradicionais. Com efeito, o Principialismo nasce essencialmente da constatação de que vivemos em um mundo secularizado, politeísta, no qual não podemos mais nos referir a fundamentos seguros, definitivos, a-históricos. O principialismo seria portanto a única forma de "fundamentação" - de fato "débil" ou "enfraquecida"- ainda possível neste contexto bastante relativista. Contudo, durante os anos 70 e 80 não faltaram críticas a este modelo e a mais contundente talvez seja aquela de Danner K. Clouser e Bernard Gert, publicada no *Journal of Medical Philisophy*[30], onde os autores consideram o principialismo totalmente inconsistente devido à falta de uma teoria unificada capaz de dirimir os conflitos com os quais se defronta o médico na sua prática concreta. Tal crítica provocou a resposta dos criadores do principialismo, Tom Beauchamp e James Childres, na quarta edição de sua obra[31], chegando a classificar seus críticos de forma irónica como "dedutivistas plenos" (*full-fledged deductivists*[32]). Contudo, durante esta fase, o "principialismo" conseguiu conviver com as críticas, de modo geral sem atritos insanáveis com as outras tendências principais da bioética, tais como o modelo das "virtudes" de Edmund Pellegrino e David Thomasma[33]; o modelo "casuístico" de Albert R. Jonsen e Stephen Toulmin[34]; o modelo dos "cuidados" da psicóloga Carol Gilligan[35]; o modelo "contratualista" de Robert Veatch[36]. Este fato fez com que esta fase pudesse ser denominada por Daniel Callahan como aquela do *friendly field*[37].

Entre as críticas pertinentes feitas ao "principialismo" destacaremos aquela que acusa este de privilegiar de fato um único princípio, o da *autonomia*, relegando em segundo lugar os demais princípios (*beneficência, não-maleficência* e *justiça*). Desta forma, argumenta-se, não teríamos propriamente quatro princípios *prima facie*, mas de fato um princípio único (a *autonomia*) prevalecendo sobre os outros. Esta crítica procede, talvez menos com relação a Beauchamp e Childress, e mais com relação à primeira edição da

principal obra de Engelhardt, para quem o princípio de autonomia se destaca com relação aos outros[38]. Esta prevalência do princípio de autonomia é compreensível, por um lado, tendo em conta o *ethos* norte-americano, profundamente marcado pelo individualismo moderno e a cultura protestante; e, por outro, considerando a necessidade formal de se ter uma hierarquia de valores para dirimir os casos em que existe conflito entre princípios, que não podem ser resolvidos de outra forma; fazendo, por exemplo, referência às circunstâncias. Contudo, Engelhardt parece ter sido sensibilizado pelos argumentos de seus críticos, pois, na 2a edição de sua obra, propõe de substituir a centralidade do princípio de autonomia com a centralidade do princípio do consentimento (*principle of permission*)[39], como única forma razoável e imparcial de tomar decisões morais num contexto onde é impossível se referir a princípios de autoridade prévios e a alguma forma de objetividade pré-estabelecida.

A crítica ao "principialismo" na sua vertente "libertária" é patente, por exemplo, no modelo emergente europeu do "personalismo", ou "antropológico", inspirado, entre outros, pelos filósofos franceses Paul Ricoeur e Emmanuel Lévinas e o movimento dos "direitos humanos", particularmente vivo na cultura francesa[40] e no pensamento católico progressista.

Já em âmbito latino-americano a crítica ao individualismo subjacente ao modelo principialista que priviligiaria o princípio de autonomia, é feita a partir dos problemas éticos e políticos concretos de grande injustiça social, razão pela qual, se quisessemos defender um autêntico modelo de quatro princípios prima facie, deveriamos recuperar sobretudo o princípio de justiça, porquanto seja o mais "carente" de todos na nossa situação concreta[41]. Além disso, e intimamente vinculado ao princípio de justiça, o importante seria considerar devidamente a dimensão pública, ou coletiva, dos vários problemas morais relativos ao efetivo bem-estar da coletividade humana. Em particular, como afirma Volnei Garrafa, devido aos profundos mutamentos do mundo atual, seria preciso que a bioética assumisse a análise crítica dos desdobramentos sanitários das políticas públicas, ou seja, considerar "a dimensão da ética em saúde pública"[42]. E com esta observação já estamos na segunda fase da bioética, na qual se destaca a dimensão "pública".

A Fase dos Conflitos "Públicos": Bioética dos Anos 90

A segunda fase começa praticamente com o início dos anos 90. Neste momento, o *principialismo* ainda constitui a corrente predominante da bioética (especialmente para aquela norte-americana e a européia de tradição analítica como a inglesa), passa a acontecer um recorte mais rigoroso do seu campo disciplinar, com o consequente reconhecimento de novas dimensões pertinentes à avaliação moral, especialmente àquela relacionada com a *dimensão pública*. Esta segunda fase, portanto, passa a proporcionar um "peso" maior às decisões morais, não somente no que diz respeito aos contextos culturais, sociais e políticos, mas também no que se refere aos efeitos contextuais *a posteriori*. Isso faz com que o grau de conflitualidade possa ser muitas vezes mais agudo. Esta conflitualidade fica patente, por exemplo, nos desdobramentos das Conferências do Cairo (1994) e de Beijin (1995) sobre a situação populacional e a condição da mulher. Sem falar dos desdobramentos da Conferência do Rio de Janeiro (1992) sobre o meio

ambiente, sobre a qual não entraremos em matéria, pois cresce atualmente a tendência em considerar as questões morais relativas ao meio ambiente como não pertencentes propriamente à bioética mas sim à ética ambiental[43]. Outro aspecto importante desta fase "pública" é o fato de que a bioética é hoje praticamente um fenômeno cultural de dimensões mundiais, academicamente instalada em praticamente todos os continentes, o que acentua o conflito entre as várias concepções morais vigentes.[44]

Nesta segunda fase, persistem obviamente os problemas morais colocados na primeira fase (aborto, eutanásia, transplantes etc.), mas surgem de forma crescente novas questões, social e politicamente relevantes. Quer dizer que, nos anos 90, a bioética passa a incorporar no seu domínio de pertinência a dimensão da "ética pública", encarando o desafio de enfrentar os novos problemas sanitários concretos trazidos tanto pela assim chamada "transição epidemiológica" no plano mundial (envelhecimento da população e prevalência das doenças crônico-degenerativas) quanto pelos avanços da tecnociência biomédica (relevância assumida pela "medicina dos desejos", aumento dos custos sanitários).

A transição epidemiológica constitui, na prática, uma combinação complexa e contraditória de novas e antigas doenças, isto é, de antigas doenças infecto-contagiosas (tornadas insensíveis aos tratamentos tradicionais, como a tubercolose), de novas doenças infecto-contagiosas emergentes (para as quais não existe ainda um tratamento eficaz, como a AIDS) e as emergentes doenças crônico-degenerativas.

Outro fator importante, nesta segunda fase da bioética, é o assim chamado processo de "globalização", ou "mundialização", que afeta a economia, a informação, o direito, as políticas sanitárias, as tecnologias, e que, em alguns casos, cria novas formas de exclusão entre países, e ao interior de um mesmo país ou região.

Economicamente falando, a "mundialização" representa a internacionalização de um sistema (liberal ou "neoliberal") fascinado pelas "soluções" trazidas pelos mercados financeiros; sob o ponto de vista social, consiste essencialmente no desmantelamento dos mecanismos provedores do Estado em defesa dos mais desprovidos.

Dentro desse contexto, assiste-se também ao fenômeno cultural que o diretor de *Le Monde Diplomatique*, Ignacio Ramonet, acatando uma sugestão de Jean-François Kahn[45], chama de "pensamento único"[46], quer dizer, "um processo em que, sobre quase todos os argumentos, (...) se constitui uma maneira correta de reagir, de pensar e de dizer"[47]. Trata-se portanto do modo de produção de uma "nova ordem econômico-comunicativa"[48], que consiste em dizer e fazer praticamente as mesmas coisas, como forma de pertencer ao círculo das "pessoas razoáveis", fora do qual só é possível a marginalidade, pois "implícito ao pensamento único está a idéia de que, se você não o compartilha, você é um louco ou um bárbaro"[49]. Mas a esta "mundialização" pelo pensamento único e o liberalismo econômico não corresponde uma efetiva "globalização", uma estrutura capaz de integrar realmente os cidadãos numa única comunidade de interesses e de valores compartilhados[50].

Este é o quadro muito geral em que se configura atualmente o espaço da bioética, e que pode ser considerado como uma nova forma de abordagem da ética pública e como instrumento de construção da cidadania.

Assim sendo, torna-se indispensável a aplicação deste enfoque no Brasil (e nos demais países latinoamericanos), por uma série de razões que sintetizamos como *cultura dos limites*, ou seja, a convicção cada vez mais compartilhada por especialistas ou não,

de que em um mundo que vive uma transição epidemiológica profunda e uma revolução tecnológica radical, a democratização do acesso das maiorias populacionais aos recursos e benefícios disponíveis (naturais, técnicos e humanos) é progressivamente menor.

Com efeito, para Daniel Callahan (talvez o principal teórico da vigência da cultura dos limites em campo sanitário) o problema dos limites constitui um dilema atual na cultura sanitária[51], pois: a) está historicamente provado que nenhum país conseguiu gastar tudo, e bem, o que queria para melhorar a saúde de seus cidadãos; b) os cortes orçamentais dos governos implicam em reduções nos recursos para a saúde; c) os limítes não são bem aceitos nem pela população nem pelo imaginário médico (este acostumado a crer num progresso sem limites da sua arte); d) a própria dinâmica de competição bio-tecno-científica entre investigadores obriga à priorização das pesquisas de ponta, as quais geram mais vantagens individuais, em termos profissionais, do que benefícios coletivos, em termos sanitários. Neste caso, uma primeira questão publicamente relevante diz respeito ao fato de que tal limitação fatual seja também eticamente justificável.

Um dos caminhos a ser percorrido na busca de respostas para esta questão, pode ser através da utilização do *principialismo*, a partir de uma análise mais dialética (ou *complexa*) dos eventuais princípios que permitam respondê-la. De fato, contrariamente às normas - que impõem deveres ou proíbem comportamentos sem possibilidade de conciliação entre si para não se invalidarem reciprocamente[52] - os princípios podem entrar em conflito. Neste caso, temos duas soluções, sem precisar eliminar um ou outro dos princípios: 1) chegar a um compromisso entre eles; 2) estabelecer uma hierarquia de prioridades[53].

No entanto, há que se ressaltar a importância que adquirem neste momento em diversas partes do mundo (e particularmente no Brasil), as discussões bioéticas que priorizam as questões relacionadas com o coletivo e, portanto, a relevância crescente do princípio de justiça no que diz respeito à necessidade da construção socio-política da cidadania da população como um todo, sem exclusões de indivíduos nem de grupos sociais particulares. Neste contexto, sem negar a importância do *principialismo* em bioética, considerado na sua forma canônica dos quatro princípios, devem ser pesquisados outros "princípios" ou outras "qualidades" pertinentes para as sociedades atuais, que eventualmente guardem relação com questões mais amplas como universalidade, equidade, tolerância, solidariedade e outras que venham a se impôr. Ou mesmo, que tenham relação com os quatro princípios, desde que passem a ser enfocados a partir de outros pontos de vista, ou seja, de outras características e outras categorias, construídas para dar sentido a novas soluções (o próprio Engelhardt, ao substituir a importância da "autonomia" com aquela do "consentimento", parece se movimentar nesta direção). Quer dizer, que a dialética dos princípios não é ainda a solução de um problema concreto; ela é o seu esclarecimento em termos morais e precisa, portanto, da elaboração de uma tradução em atos concretos que "corporifiquem" os princípios em políticas públicas efetivas e eficientes. Neste caso, como afirma o sanitarista italiano Giovanni Berlinguer, além dos assim chamados "problemas bioéticos de fronteira" devemos também considerar os "problemas bioéticos cotidianos"[54], que dizem respeito aos problemas de saúde da "maioria da espécie humana"[55] e são portanto "públicos".

No seu livro *Ética da saúde*[56], Berlinguer chama a atenção para o fato de que "o tema da saúde está raramente presente no debate bioético" porque a bioética ter-se-ia ocupado essencialmente de situações "sobre os limites extremos da vida e da morte"[57],

tais como a fecundação artificial, os transplantes de órgãos, as condições de sobrevivência terminal e a obstinação terapêutica.

No entanto, à "ética da saúde" pertencem várias questões morais polêmicas que as colocam, portanto, no campo da bioética e, mais especificamente, no âmbito da "bioética pública".

Uma primeira questão polêmica é o "direito à saúde" do cidadão, de todos os cidadãos, sendo que tal direito deveria ser garantido pelo Estado, através de políticas sanitárias eficazes e "fundamentadas" no princípio de justiça, entendida, esta, como "equidade" (*fairness*)[58], isto é, como justa igualdade de oportunidades. Como afirma explicitamente a Constituição Brasileira de 1988, *a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado*. Mas, atualmente, considera-se cada vez mais que este "direito" deva ser visto no contexto dos recursos efetivamente disponíveis, quer dizer, relativizado ao interior daquela "cultura dos limites" da qual fala Callahan[59] ou, então, gerando novos recursos por novas formas de impostos, nem sempre bem aceitos pela população (como foi o caso recentemente com o polêmico imposto sobre a movimentação financeira, IPMF).

Um exemplo desta tendência em vincular o direito à saúde aos recursos disponíveis é aquele da Itália. A Constituição Italiana de 1948, no seu artigo 32, afirmara que o direito à saúde é um direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade. Mas, como escreve o jurista italiano Amedeo Santosuosso[60], durante muitos anos este direito obteve tão somente um reconhecimento formal, não sendo praticamente respeitado, nem pelos governos católicos que, sobre outras questões, defenderam o princípio absoluto da sacralidade da vida (como na questão do aborto). Neste sentido compreende-se a decisão, tomada em julho de 1995 pela Corte Costituzionale Italiana, que estabelece que o direito à saúde vale somente tendo em conta o contexto dos recursos econômicos realmente disponíveis[61]. Desta forma, aquele que parecia ser um princípio absoluto, ou fundamental (visto que estava inscrito na própria Constituição), revela-se como um princípio relativo, ou seja, o direito à saúde está vinculado à condição dos meios disponíveis que o contextualizam e relativizam. Mas o problema, neste caso, é como preservar a efetividade do princípio de justiça enquanto "equidade" (i., e., da justa igualdade de oportunidades ou da igual consideração dos interesses), sem discriminar os cidadãos que de fato não têm os recursos disponíveis para cuidar de sua saúde. Evidentemente que se pode sempre afirmar que o mais importante seria uma política preventiva dos riscos à saúde, o que é, em parte, pertinente; mas a prevenção não resolve obviamente todos os problemas de saúde, sobretudo se temos em conta a transição epidemiológica que afeta a maioria das sociedades humanas e que, no caso específico brasileiro, o torna um "país jovem com cabelos brancos" como bem afirma o epidemiologista Renato Veras[62]. Este fato pode ter consequências daninhas do ponto de vista dos princípios da bioética, como mostra o "caso de polícia" (sic) das clínicas geriátricas de Rio de Janeiro, em que foram desrespeitados não somente os princípios hipocráticos legitimadores da profissão médica (a beneficência e a não-maleficência), mas também os mais primários direitos que fazem parte da dignidade da pessoa.

Assim, a "cultura dos limites" pode ter efeitos negativos sobre a própria qualidade de vida das pessoas e, portanto, de sua saúde; em particular, das pessoas mais vulneráveis, como idosos, pobres e, de forma geral, todas aquelas que precisam da intervenção do Estado para ter uma vida minimamente digna, ou considerada como tal.

Mas o corte de despesas pode ter efeitos negativos sobre todo o conjunto da população. Numa recente carta publicada no *Newsletter* da International Association of

Bioethics, o bioeticista J. Stuart Horner estigmatiza o "mito da eficiência managerial"[63], segundo o qual seria possível produzir bens e serviços a custos cada vez menores e mantendo constante seu padrão de qualidade, pois, de fato, a qualidade estaria diminuindo, sobretudo nos serviços básicos que são aqueles que interessam à maioria da população. O autor pergunta-se, então, se este fato teria implicações éticas, e conclui que sim, porque: 1) desrespeitaria o direito do consumidor de não ser fraudado oferecendo-lhe de fato tão só o mito do "mesmo para menos" no lugar de produtos conformes; 2) o corte de despesas implicaria num aumento dos riscos ao bem-estar da população; 3) a degradação dos serviços implicaria no declínio dos padrões éticos que regem a convivência social.

Uma segunda questão polêmica tem a ver com o "direito" à escolha pessoal do estilo de vida, embasado no princípio de autonomia. Inicialmente, contextualizado pela mesma "cultura dos limites", o direito à autonomia deveria ser limitado pela prevenção de comportamentos de risco, que possam implicar em doenças para si e para os outros. Assim, o princípio de autonomia estaria limitado pelo menos pelo princípio de responsabilidade. Neste caso, surge o problema de estabelecer: 1) quais comportamentos de risco devam ser prioritariamente evitados sem discriminar eventuais "grupos de risco" e tendo em conta que as sociedades contemporâneas são sociedades nas quais muitos riscos são estruturais[64], quer dizer, decorrentes das próprias escolhas civilizatórias; 2) quem estabelece legitimamente que determinados comportamentos devam ser de alguma forma sancionados, sem desrespeitar os direitos humanos fundamentais que cada sociedade e cultura reconhece como sendo os seus, isto é, constitutivos da sua identidade moral.

Tais questões não são irrelevantes pois num mundo mundializado pela economia, pela técnica e pela informação, as resistências em mudar comportamentos e valores só podem crescer, pois é destes que depende afinal a própria identidade dos indivíduos que compõem as sociedades.

Uma terceira questão diz respeito à informação do paciente, considerada como condição prévia do consentimento esclarecido para se submeter a qualquer tipo de investigação (médica, experimental, epidemiológica), pois o que está sempre em jogo neste caso é o direito à privacidade, pelo menos nas sociedades que a reconhecem como um direito de seus cidadãos. Este princípio do consentimento informado, como já vimos na primeira parte deste capítulo, foi formulado claramente no Código de Nuremberg em 1947 e, desde então, aceito pela maioria das sociedades contemporâneas (pelo menos formalmente) no que diz respeito à pesquisa com seres humanos[65].

O consentimento informado, neste caso, pode ser considerado como uma espécie de síntese dos quatro princípios cardinais da bioética, quer dizer:

1) do princípio de beneficência (o *bonum facere* da tradição hipocrática), porque estabelece que o bem-estar do(s) sujeito(s) da pesquisa na qual é(são) objeto(s) deva prevalecer sobre os interesses da ciência;
2) do princípio de não-maleficência (o *primum non nocere* também de tradição hipocrática) porque estabelece que na pesquisa a ponderação da relação custos/benefícios, quer dizer, entre riscos previsíveis e benefícios prováveis, deva sempre tender, na medida do possível, em favor destes;
3) do princípio de autonomia porque o sujeito-objeto da pesquisa pode, em qualquer momento da mesma, interromper sua colaboração sem sofrer pressões nem retaliações;

4) do princípio de justiça porque nenhum grupo pode ser estigmatizado e, no caso dos sujeitos vulneráveis, estes devam receber atenções particulares como forma de compensar seu "handicap" inicial.

Neste caso os problemas são muitos. Para finalizar, citaremos somente alguns. Por exemplo: como informar alguém sobre questões delicadas referentes à sua saúde, considerando as características peculiares do indivíduo (por exemplo, supondo que não "suporte" a informação); quando e como intervir à revelia do indivíduo (por exemplo, tentar evitar seu suicídio); o que fazer em casos concretos de conflito insolúvel entre o desejo expressado por um paciente e os valores que norteiam a prática de um médico (por exemplo, em caso de interrupção da gravidez ou de transfusão sanguínea em pessoas que não a aceitam por motivos religiosos); como propiciar informações adequadas a todos os interessados em determinadas situações concretas (por exemplo, sobre os meios mais seguros de controle de fertilidade).

Estas são só algumas questões polêmicas que ilustram o estado de problematicidade e de conflitos em que se encontra o debate em bioética, não somente a bioética de fronteira, mas também a bioética cotidiana e a ética da saúde (como prefere atualmente chamá-la Berlinguer). Tais questões são propriamente "públicas", quer dizer, que pertencem ao debate acerca da construção da cidadania das pessoas, cidadania que é feita também de problemas comuns discutidos e resolvidos no espaço comum que já não é mais a praça pública da antiga *polis* grega, mas a rede complexa das relações públicas contemporâneas[66].

Referências Bibliográficas

1. REICH, W.T. 1994. The Word 'Bioethics': Its Birth and the Legacies of Those who Shaped Its Meaning, Kennedy Institute of Ethics Journal, 4(4): 319-335; Id., 1995. The Word 'Bioethics': The Struggle over Its Earlier Meaning, Kennedy Institute of Ethics Journal, 5(1): 19- 34.
2. POTTER, V.R. 1970. Bioethics, the science of survival, Perspectives Biol. Med., Autumn 1970: 127-153.
3. RODOTÀ, S. 1995. In: BRAIDOTTI, R., MAFFETTONE, S., NESPOR, S., RODOTÀ, S., Questioni di vita o di morte (a cura di A. Guadagni), Milano, Ed. Reset, p. 14.
4. SCHRAMM, F.R. 1996. Bioética nos anos 90. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 12 (2): 130-131.
5. A distinção entre "moral" e "ético"são utilizados aqui como sinônimos.
6. GRACIA, D. 1994. "I diritti in sanità nella prospettiva della bioetica", L'Arco di Giano. Rivista di medical humanities, 4: 29-44.
7. BERTI, E. 1993. Soggetti di responsabilità. Questioni di filosofia pratica. Reggio Emilia, Ed. Diabasis, p. 13.
8. TOULMIN, S. 1982. How Medicine saved the Life of Ethics, Perspectives Biol. Med., 25: 736-750.
9. DULBECCO, R. 1987. The Design of Live, New Haven- London, Yale University Press.
10. BERTI, E., 1993, ibidem, p. 15.
11. KATZ, J. 1972. Experimentation with Human Beings, New York, Russell Sage Foundation.
12. SASS, H.M. 1983. Reichsrundschreiben 1931: Pre-Nuremberg German Regulations Concerning New Therapy and Human Experimentation, Journal of Medicine and Philosophy, 8: 99-111.
13. JONES, J.H., 1981. Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment. New York, Free Press; CAPLAN, A.L., 1992. Twenty Years After: The Legacy of the Tuskegee Syphilis Study When Evil Intrudes, Hasting Center Report, 22(6): 29-32; EDGAR, H., 1992. Twenty Years After: The Legacy of the

Tuskegee Syphilis Study - Outside the Community, Hasting Center Report, 22(6): 32-35; KING, P.A., 1992. Twenty Years After: The Legacy of the Tuskegee Syphilis Study - The Dangers of Difference, Hasting Center Report, 22(6): 35-38.

14 REICH, W. 1990. "La bioética negli Stati Uniti". In: VIAFORA, C. (a cura di). Vent'anni di bioetica. Idee, protagonisti, istituzioni. Padova-Roma, Fondazione Lanza-Gregoriana Libreria Editrice, pp. 141-175, p. 146.

15. MACKLIN, R., 1987. Mortal Choices. New York, Pantheon, p. 190.

16. BEECHER, H.K., 1966. Ethics and Clinical Research, New England Journal of Medicine, 274: 1354-1360; KRUGMAN, S. and GILES, J.P., 1970. Viral Hepatitis: New Light on an Old Disease, Journal of American Medical Association, 212: 1019-29; INGELFINGER, F.J., 1973. Ethics of Experiments on Children, New England Journal of Medicine, 288: 791-92; KRUGMAN, S., 1986. The Willowbrook Hepatitis Studies Revisited: Ethical Aspects, Review of Infectious Diseases, 8: 157-62.

17. FADEN, R. and BEAUCHAMP, T. 1986. A History and Theory of Informed Consent. New York, Oxford University Press, pp. 153-164.

18. BEECHER, H.K., 1966. Ethics and Clinical Research, New England Journal of Medicine, 274: 1354-1360.

19. REICH, W.T., 1992. How Bioethics Got Its Name, remarks at the conference "The Birth of Bioethics", Seattle, WA, September 1992, apud US Congress, Office of Technology assessment, Biomedical Ethics in U.S. Public Policy - Background Paper, OTA-BP-BBS-105, Washington, DC: US Government Printing Office, June 1993: p. 5.

20. MORI, M., 1990. Bioetica. Nuova scienza o riflessione morale?, Mondoperaio, XI: 120-28, p. 120.

21. POTTER, V.R., 1970. ibidem.

22. POTTER, V.R., 1971. Bioethics: bridge to the future Englewood Cliffs, Prentice Hall.

23. DILTHEY, W. 1883. Einleitung in die Geisteswissenschaften. Leipzig, Dunker und Humblot Verlag.

24. NESPOR, S. 1995. In: BRAIDOTTI, R. et al., ibid., p.9. Ver também MORI, M., 1990, ibid., p. 120.

25. LUHMANN, N. 1990. Paradigm lost. Über die ethische Reflexion der Moral. Frankfurt, Suhrkamp.

26. WALZER, M. 1994. Thick and Thin. Moral Argument at Home and Abroad. Notre Dame, Indiana, University of Notre Dame Press, p. 7.

27. GRACIA, D. 1994, op. cit.

28. REICH, W.T., 1995. ibidem, p. 20.

29. CLOUSER, K.D. & GERT, B. 1990. A Critique of Principilism, J. Med. Phil., 15:219-36, p. 219.

30. CLOUSER, K.D. and GERT, B. 1990, ibidem.

31. BEAUCHAMP, T.L. and CHILDRESS, J.F., 1994, ibidem, pp. 106-107.

32. ibidem, p. 20.

33. PELLEGRINO, E. and THOMASMA, D., 1988. For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care. New York, Oxford University Press.

34. JONSEN, A.R. and TOULMIN, S., 1988. The Abuse of Casuistry. Berkeley, University of California Press.

35. GILLIGAN, C., 1982. In a Different Voice. Cambridge, MA, Harvard University Press.

36. VEATCH, R.M., 1981. A Theory of Medical Ethics. New York, Basic Books.

37. apud MORI, M., 1996. A bioética no contexto internacional. Simpósio internacional de Bioética Clínica. Complexo Hospitalar de Heliópolis/Secretaria Estadual de Saúde. São Paulo, 8/03/1996.

38. ENGELHARDT, H.T. jr, 1986. The Foundations of Bioethics. New York, Oxford University Press.

39 ENGELHARDT, H.T.Jr., 1996. The Foundations of Bioethics. Second Edition. New York, Oxford University Press.

40. MALHERBE, J-F., 1990. "Orientamenti e tendenze della Bioetica nell'area linguística francese". In: VIAFORA, ibidem, pp. 197-235.

41. PEGORARO, O., 1995. Ética é justiça. Petrópolis, Ed. Vozes; PESSINI, L., 1995. O desenvolvimento da bioética na América Latina, Saúde em debate, 47: 57-66.

42. GARRAFA, V., 1995. A dimensão da ética em saúde pública. São Paulo, Ed. da Faculdade de Saúde Pública/USP.

43. MORI, M., 1994. "L'ambiente nel dibattito etico contemporaneo". In: SCAMUZZI, S. (a cura di). Costituzioni, razionalità, ambiente. Torino, Bollati-Boringhieri, pp. 91-127.

44 SCHRAMM, F.R., 1996. Bioética nos anos 90, Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 12 (2): 130-131.

45. KAHN, J-F. 1995. La pensée unique. Paris, ed. Fayard.

46. CORDOVIL, C. 1996. Imprensa contra corrente (entrevista com I. Ramonet), Jornal do Brasil, Caderno Idéias/ Livros; 16/03/1996, p. 05.

47. Le débat, 1996. "Anatomie de la 'pensée unique'. Entretien avec Jean-François Kahn.", Le débat, 88, janvier-février 1966: 74-90, p. 75.

48. RAMONET, I. 1996. Médias en danger, Le Monde Diplomatique; 503, fevereiro de 1996, p. 01.

49. Le débat, op. cit., p. 78.

50. TOURAINE, A. 1996. "O canto de sereia da globalização. Processo de liberalização da economia esconde seus interesses ideológicos", Mais! Folha de São Paulo do 14 de julho de 1996, p. 6.

51. CALLAHAN, D. 1994. Porre dei limiti: problemi etici e antropologici, L'Arco di Giano. Rivista di medical humanities; 4: 75-86. ID., 1995a. Setting limits: medical goals in an Aging Society. With "A response to my critics". Washington, D.C. Georgetown University Press.; ID., 1995b. What kind of life: the limits of medical progress. Washington, D.C., Georgetown University Press.

52. SCARPELLI, U. 1996. Bioetica alla ricerca dei principi, Le Scienze-quaderni; 88, fevereiro de 1996, pp. 4-12.

53. DWORKIN, R. 1977. Taking Rights seriously. Cambridge, MA, Harvard University Press.

54. BERLINGUER, G., 1989. "Bioetica quotidiana e bioetica di frontiera". In: DI MEO, A. e MANCINA, C. (a cura di). Bioetica, Roma-bari, ed. Laterza, pp. 5-18. Texto reescrito e publicado em BERLINGUER, G., 1991. Questioni di vita. Etica, scienza, salute. Torino, Ed. Einaudi (trad. portuguesa: Questões de vida. Ética, ciência, saúde. São Paulo, Ed. Hucitec, 1993, pp. 19-37.

55. ibidem, p. 9 da tradução portuguesa.

56. BERLINGUER, G., 1994. Etica della salute. Milano, Il Saggiatore.

57. ibidem, pp. 14 e 17.

58. RAWLS, J. 1971. A Theory of Justice. Harverd, The Belknap Press of Harvard University Press.

59. CALLAHAN, D., 1994, 1995a e 1995b, op. cit.

60. SANTOSUOSSO, A., 1996. Dalla salute pubblica all'autodeterminazione, Le Scienze. Quaderni. Bioetica, 88: 26-32.

61. MORI, M. 1995. Editoriale, Bioetica. Rivista Interdisciplinare, 3: 329-332; FRATI, P. 1995. "Il diritto alla salute: diritto soggettivo assoluto o relativo?"Osservazioni alla sentenza n. 416/1995 della Corte Costituzionale", Bioética. Rivista interdisciplinare, 3: 427-432.

62. VERAS, R., 1994. País jovem com cabelos brancos. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.

63. HORNER. J.S., 1996. The Myth of Management Efficiency, IAB News, 3: 1-2.

64. BECK, U., 1992. Risk Society. Towards a New Modernity. London, Sage Publications.

65. A relevância deste princípio é patente na atual consulta à sociedade, promovida conjuntamente pelo Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde, sobre a Resolução 01/88 que determina justamente as regras a serem observadas na pesquisa com humanos.

66. Agradeço o Professor Volnei Garrafa pelas valiosas sugestões e críticas feitas a este texto, deixando claro que as falhas só podem ser imputadas ao escrevente (Frs).

O Poder Regulamentador do Estado sobre as Ações e os Serviços de Saúde

Lenir Santos

Introdução

O presente estudo se propõe a analisar, ainda que nos seus lineamentos básicos, o poder regulador, ou regulamentador, do Estado sobre as ações e os serviços de saúde executados pelo Poder Público e pela iniciativa privada, e sobre outras atividades que, de alguma forma, interferem na saúde individual e coletiva.

Inicialmente, convém esclarecer que os termos e expressões *regulação, regular, poder regulador, regulamentação, regulamentar, poder regulamentar, normatizar, elaborar normas, norma regulamentadora* e outras do gênero — habitualmente usados em leis e, algumas vezes, na Constituição — indicam que o Poder Público (Legislativo e Executivo) pode (em muitos casos, deve) atuar normativamente na salvaguarda dos interesses da coletividade e, para isso, impondo condicionamentos administrativos à atividade individual ou de um setor isolado da sociedade.

No rigor terminológico e conceitual, *norma regulamentadora* é mais que *regulamento* e se refere a assuntos previstos na Constituição (reserva de lei), sujeitos a regulação ou regulamentação por lei. A regulamentação, normalmente praticada pelo chefe do Poder Executivo, nas três esferas de governo, mediante expedição de *regulamento*, está sempre subordinada à lei, enquanto a *norma regulamentadora* é uma regra consubstanciada em lei e decorrente de preceito constitucional[1].

É oportuno lembrar, aqui, a expressão *norma regulamentadora* empregada pela Constituição, nos seus artigos 5º, LXXI e 105, I, "h", neste último até como expressão abrangente de elaboração normativa de instâncias administrativas, e a expressão *normas para regular* usada no artigo 15, XI, da Lei 8.080, de 19.9.90 (Lei Orgânica da Saúde)

Embora, a tradição da técnica legislativa e administrativa tenha mantido o ato de regulamentar na órbita do Poder Executivo, usando os termos *regulamentação e regulamento* para designar o ato normativo da Administração subordinado à lei, vamos empregar indistintamente os termos *regulação e regulamentação* para exprimir tanto a normação decorrente de lei e com base em preceito constitucional, como os regulamentos do Poder Executivo.

1 Pelo artigo 84, IV, da Constituição Federal, o chefe do Poder Executivo tem o poder de expedir decretos e regulamentos para a fiel execução das leis. Todavia o poder regulamentar do Chefe do Executivo não pode desbordar os limites da lei. Assim, não tem lugar no nosso Direito o decreto autônomo.

E a propósito da regulação jurídica, é oportuno transcrever a lição de J. J. Gomes Canotilho[2] — sempre acolhido entre nós — ao falar do desafio da regulática no Estado Constitucional Pluralista:

> *"O estudo das fontes de direito no âmbito do direito constitucional está tradicionalmente vinculado a uma visão estatocêntrica da criação do direito. O monopólio de normação jurídica pertenceria ao Estado ou, pelo menos, a entidades públicas dotadas de prerrogativas normativizadoras. No entanto, de vários quadrantes - desde algumas correntes de filosofia do direito e metodologia jurídicas até às teorias ordenamentais do pluralismo jurídico, passando pelas correntes da sociologia crítica e da antropologia jurídica - se insiste na inadequação e até irrealismo de uma tal visão. Nos tempos recentes, tem-se acentuado uma nova perspectiva designada por regulática. O ponto de partida da regulática é, tendencialmente, este: as mudanças estruturais da sociedade de informação tornam clara a necessidade de o direito não ser considerado como regulador heterónomo de relações sociais mas como instrumento de trabalho para autoregulação das relações sociais. Consequentemente, o problema das fontes de direito deve ter em consideração não apenas as questões tradicionalmente ligadas às regulações legais, mas também normações jurídicas de qualquer gênero, como, por exemplo, contratos, sentenças, convenções coletivas de trabalho, normas privadas das empresas e de associações (ex: federações desportivas). Além disso, uma compreensão moderna (rectius: pós-moderna) das fontes de direito deve também responder às mudanças das estruturas sociais num sentido individualizante, e, por isso, causadoras de modelos de regulação flexíveis. Se olharmos para os modelos de regulações opcionais - no mercado de trabalho, no sistema de segurança social, no sistema de subcontratação, nos mercados de habitação - verificar-se-á que as perspectivas estáticas-estatocêntricas não respondem aos desafios do direito "individualizante" e "flexível".*

Independentemente dos postulados teóricos e políticos da regulática, é inegável que não existe um monopólio estatal de normação constitucionalmente consagrado. Pelo contrário: vários preceitos constitucionais apontam para a necessidade de desconcentração e descentralização da regulação jurídica e para a indispensabilidade de articular em moldes inovadores o direito interno com os fenômenos da internacionalização e supranacionalização".

As fontes do direito e a regulação

A regulação está, primeiramente, ligada às fontes do direito. As fontes substanciais de direito, filosoficamente falando, fazem o direito desenvolver-se, sem no entanto darlhe forma e obrigatoriedade; já as fontes formais do direito traduzem-se pelas normas coercitivas, estabelecendo regras e padrões de comportamentos impositivos à sociedade. Vivente Rao[3] assim se expressou ao falar das fontes do direito: *"As fontes do direito, pois, consideradas em sua substância, encontram-se, potencialmente, na consciência comum do povo; consideradas, porém, em sua manifestação exterior e formal, encontram-se no Estado, que as atualiza, delas extraindo normas positivas, dotadas de vida e forma, e obrigatoriedade".*

O mestre português Gomes Canotilho[4] define como fonte formal do direito o procedimento legislativo e como fonte material do direito o conteúdo da norma, esclarecendo: *"Alude-se a um conceito de 'fonte de direito' puramente formal quando se enfatiza exclusivamente o procedimento de produção, relegando para plano secundário o conteúdo prescritivo. Desse modo, uma lei é fonte de direito porque emana de uma autoridade com competência legislativa (...) e é elaborada segundo os cânones procedimentais prescritos na*

2. "Direito Constitucional, Livraria Almedina, Coimbra, pág. 776.

3. O Direito e a Vida dos Direitos, 3a. ed., vol. I, pag. 213, ed. RT.

4. ibidem, pag. 774.

constituição, na lei ou documentos equiparados (...). Fontes de direito em sentido material serão os actos normativos que, além de cumprirem certos requisitos formais, apresentam um determinado conteúdo (ex.: 'inovam' o direito preexistente, estabecem 'regras' gerais, fixam 'padrões de comportamento', criam 'normas jurídicas') (....). Fontes do direito serão, por conseguintes, todas as regras e medidas que estabelecem padrões de comportamento, fixam os fins e os critérios materiais de actuação dos poderes públicos e determinam o modo de decisão de litígios jurídicos independemente da forma externa de revelação".

Fixando-nos no tema saúde e sob o aspecto da regulação *infraconstitucional* o assunto se reveste de complexidade e é exigente de caracterização exata em face de alguns elementos constitucionais: *a) amplitude do conceito "saúde"; b) organização dos serviços públicos em "rede regionalizada e hierarquizada em nível de complexidade crescente"; c) descentralização dos serviços, com direção única em cada esfera de governo; e) distribuição de competência entre as três esferas de governo; f) relevância pública das ações e serviços de saúde; e g) participação da comunidade no Sistema Unico de Saúde.* A questão é tão relevante que entidades públicas e privadas já promoveram, conjuntamente, em julho de 1995, uma Oficina de Trabalho[5] para discutir e equacionar o assunto, e cujo Relatório final foi amplamente divulgado.

Dentre as conclusões constantes desse Relatório figuram manifestações de nossa autoria, como as referentes à regulação sob a ótica jurídica e o que precisa ser regulado.

Naquela Oficina de Trabalho nos coube dizer o seguinte — de modo sintético — a respeito da regulação:

"1- A saúde tem hoje, no texto constitucional e infraconstitucional, bases jurídicas sólidas. Sua conformação jurídica respalda o Poder Público para ações e procedimentos que garantam a universalidade do acesso, a equidade do atendimento e a integralidade das ações e serviços.

2- Pode-se afirmar, a partir do texto constitucional (art. 197), que as ações e os serviços de saúde, sejam públicos ou privados, principalmente por serem de relevância pública, submetem-se à normatividade, fiscalização e controle do Poder Público.

3- Entretanto, o Poder Público, ao regular a iniciativa privada que explora economicamente a saúde, há de se pautar pelos ditames constitucionais do capítulo da ORDEM ECONÔMICA (arts. 170 a 181).

4- Cabe destacar os artigos 197 e 199 da Constituição Federal bem como os artigos 1º, 15, XI e 22 da Lei 8.080/90 como aqueles que expressamente conferem ao Poder Público o seu "poder-dever"de regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e os serviços de saúde, públicos e privados.

5- No tocante à competência para legislar sobre a saúde, a Constituição tratou essa matéria como sendo de competência concorrente entre a União, os Estados e o Distrito Federal (art. 24. XII). Quando a competência é concorrente, à União cabe a fixação de normas gerais e aos Estados o poder de complementar a

5. Oficina de Trabalho organizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, Ministério da Saúde - MS, Organização Pan-americana da Saúde - OPAS/ Organização Mundial da Saúde - OMS, Associação Brasileira de Economia em Saúde - ABrES, Instituto de Direito Sanitário Aplicado - IDISA, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO e Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES, em Brasília, em julho de 1995., Brasília.

legislação genérica, nacional, fixada pela União. Ao Município, por força do disposto no artigo 30, I e II, da Constituição Federal, compete suplementar e complementar a legislação federal e estadual, no que couber, para atender ao interesse local".

No que concerne ao assunto saúde, ou ao Sistema Único de Saúde - SUS, alguns artigos da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde - LOS empregam os termos e expressões *regulamentação, elaboração de normas para regular e elaborar normas*:

CF, art. 197: *"São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle..."*

LOS, art. 15. "XI - *elaboração de normas para regular as atividades...*

XVI - *elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação de saúde;"*

Não se pode perder de vista, também, no enfoque da questão, o fato de as ações e os serviços de saúde terem sido tratados como de relevância pública pela nossa Carta Magna, conforme preceitua o art. 197, já citado: *"são de relevância pública as ações e serviços de saúde..."*.

A iniciativa privada no campo da assistência à saúde

Outra consideração a ser feita é sobre a liberdade da iniciativa privada no campo da assistência à saúde. A Constituição afirmou que "é livre à iniciativa privada a assistência à saúde" (art. 199). Qual o verdadeiro significado de "assistência" num campo tão vasto quanto o da saúde?

Sabemos que saúde tem definição ampla, tanto que a própria Constituição, em seu artigo 196, preceituou: *"Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação,"* tendo a Lei 8.080, de 19.9.90, em seu artigo 2º, §1º, e art 3º, disposto que: *"Art. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.*

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

...

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de organização de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social".

Desse modo, deve-se perquirir se "assistência à saúde" engloba todas as atividades que possam de alguma forma interferir com a saúde ou se "assistência à saúde"

apenas compreende serviços executados por profissionais legalmente habilitados, isoladamente, ou através de pessoas jurídicas. Cremos que a Lei Orgânica da Saúde fez o enquadramento adequado da assistência. Mas, voltaremos ao assunto mais a frente.

A Saúde e as Políticas Sociais e Econômicas

A amplitude dada pela Constituição ao termo 'saúde' se prende ao fato de a saúde de um povo expressar a organização social e econômica do País; é do conhecimento de todos que os índices de mortalidade e de doença têm relação direta com a renda e o trabalho. Os relatórios de organismos internacionais (Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde, Unicef) confirmam, permanentemente, estes dados. A mortalidade infantil em países pobres é muito maior que nos países ricos. A desnutrição, a morte materna, a morte por complicação no parto, problemas respiratórios e infecções são as grandes causas de doenças e morte. A baixa renda, as más condições ambientais de trabalho, a educação deficiente, a falta de acesso a serviços preventivos, a ignorância que não permite a adoção de condutas que preservem a saúde, os baixos índices nutricionais são fatores que interferem na saúde individual e coletiva.

Sabemos que a pobreza reduz a vida e a riqueza concede mais alguns anos de vida a quem dela desfruta. GIOVANNI BERLINGUER[6] relata que *"O primeiro limite consiste em que os progressos das ciências não atingiram toda a humanidade. Basta pensar que 40% de todos os óbitos na América Latina referem-se (assim como na pré-história) a crianças menores de cinco anos de idade. A causa principal disso reside nas doenças infecciosas, na subalimentação, na falta de habitações sadias, nas deficiências higiênicas, na exploração, na ignorância e no desemprego. Qual é a causa, ou melhor, o aspecto mais evidente desta limitação da medicina? Vou expô-lo nos mais chocantes termos: podemos dizer que quem é pobre morre antes. Acontecia assim na sociedade escravagista, acontece assim em muitas sociedades hoje em dia"*.

A estatura, o aspecto físico, a beleza física são dados comprovadores das condições socio-econômicas de uma sociedade. Lembremo-nos da reportagem de alguns anos atrás sobre a existência de homens-gabiru no nordeste. A subnutrição, e não a herança genética, era responsável pela estatura média de 1,35 m daquelas pessoas que vivem no interior do nordeste. Darcy Ribeiro[7] nos fala sobre a feiura do povo brasileiro e as suas mudanças, após algumas gerações, quando os indivíduos atingem uma condição sócio-econômica mais elevada.

Desse modo, os fatores que interferem na saúde do indivíduo e da coletividade não são poucos e, se há um direito à saúde que deve ser garantido pelo Estado, esse direito à saúde não significa apenas, como somos induzidos a pensar, "acesso a serviços assistenciais", ou seja, oportunidade a todos de cuidar de sua "doença"; direito à saúde começa pelo direito a não ficar doente em decorrência de causas que compete ao Estado regular, mediante intervenção nas suas bases geradoras ou na cadeia causal, como: o meio ambiente, incluídoido o do trabalho, a instrução, a proibição de propagandas

6. "Medicina e Política", editora Hucitec, 3ª edição, pág. 56.

7."O povo brasileiro", editora Companhia das Letras.

nocivas, o controle de agrotóxicos etc.. Se o Estado deve garantir o direito à saúde, em consequência ele pode intervir em fontes causadoras de doenças.

Como a sociedade e o indivíduo também são responsáveis pela sua saúde, devendo evitar o risco da doença mediante a adoção de condutas ao seu alcance, que reduzam o agravo à saúde, entendemos que também é dever do Estado estimular a formação de uma consciência, social e individual, de dever e responsabilidade de cada um pela própria saúde.

Nesta linha de raciocínio, as causas determinantes e condicionantes da saúde — e não são poucas pelo enunciado do artigo 3º da Lei 8.080/90 — ficam todas elas sujeitas ao controle do Estado?

Como falar em regular, controlar e fiscalizar as ações e os serviços de saúde se não se fizer o mesmo com tudo aquilo que interfere na saúde do cidadão, colocando-a em risco? Se se protege a vida como um direito fundamental do ser humano o mesmo há de ser feito com a saúde. A saúde está na mesma categoria da vida, sendo, no fundo, a própria vida.

Por isso deve-se indagar qual o limite e a amplitude do poder regulador do Estado no campo da saúde, definindo-se, também, o conceito de serviços de "assistência à saúde", uma vez que é nesta área que a iniciativa privada tem liberdade para atuar economicamente.

Agora, já podemos tocar diretamente no tema da regulação da saúde, balizando-o por esses pontos essenciais enumerados acima.

O Poder da Polícia

Ao falar em regulação não poderíamos deixar de fora o poder de polícia do Estado. No campo da saúde o poder de polícia, em seu duplo sentido — poder regulador do Estado e poder de polícia sanitária da Administração — se reveste de singular importância em face do bem protegido, que em última instância, é a própria vida do cidadão.

O poder do Estado de interferir na vida privada, controlando-a e impondo condicionamentos à atuação do indivíduo remonta a mais longínqua era, sob as mais variadas formas, de acordo com os regimes de governo vigentes.

Sempre coube ao Estado restringir a atuação do particular em benefício da coletividade ou, conforme o período da história, do próprio poder estatal constituído.

É o chamado poder de polícia, expressão que, no dizer de Carlos Ari Sunfeld[8], não mais se presta nos dias de hoje a abarcar todas as operações estatais de regulação do setor privado, devendo-se substituí-la pela expressão *"administração ordenadora"*, sem que isto constitua mera troca de rótulo, mas sim uma nova posição metodológica frente à nova realidade jurídica.

Mas de qualquer modo, ainda que se reconheça ampla razão ao brilhante administrativista, não se pode ignorar a utilização no Direito Administrativo da

8. "Direito Administrativo Ordenador", Malheiros Editores.

expressão habitual " poder de polícia". Por isso, dela trataremos, ainda que aceitemos a crítica que hoje se faz a tal expressão, causadora de muitas confusões.

O poder de polícia, conforme ensinamento de Eros Grau[9], consiste no *dever-poder* do Estado de condicionar a atuação do particular em nome do interesse coletivo.

Para que o cidadão possa exercer os seus direitos estes devem ser limitados, pois a falta de limites impediria que o cidadão gozasse desses direitos.

O Código Tributário Nacional (art. 78), após tratar da taxa, definiu o poder de polícia do seguinte modo: "*Considera-se poder de polícia a atividade da administração pública que, limitando ou disciplinando direito, interesse ou liberdade, regula a prática de ato concernente à segurança, à higiene, à ordem, aos costumes, à disciplina da produção e do mercado, ao exercício de atividades econômicas dependentes de concessão ou autorização do poder público, à tranquilidade pública, ou ao respeito à propriedade e aos direitos individuais ou coletivos*".

Na conceituação de Celso Antonio Bandeira de Mello[10], que também não deixa de tecer críticas à expressão poder de polícia "*A atividade estatal de condicionar a liberdade e a propriedade ajustando-as aos interesses coletivos designa-se 'Poder de Polícia'. A expressão, tomada neste sentido amplo, abrange tanto atos do Legislativo quanto do Executivo. Refere-se, pois, ao complexo de medidas do Estado que delineia a esfera juridicamente tutelada da liberdade e da propriedade dos cidadãos*".

Maria Silvia Zanella di Pietro[11] ensina que o conceito moderno de poder de polícia, adotado pelo direito brasileiro, pode ser definido como: "a atividade do Estado consistente em limitar o exercício dos direitos individuais em benefício do interesse público".

Ainda neste campo, a lição de Ruy Cirne Lima[12] não poderia deixar de ser acolhida por sua amplitude e singeleza. Assinala o mestre que "*na idéia de garantia de um direito, vai implícita a possibilidade de limitação desse direito ou do respectivo exercício. São, realmente, os direitos individuais suscetíveis de limitação em seu exercício. Consistirá a limitação em restrição consentida pelo indivíduo, ou provirá, talvez, de norma ou ato do poder público. Umas e outras, contudo, hão de conservar-se dentro da medida, que a ordem jurídica prefixa. A lei garante, nessa medida, os direitos individuais contra o próprio indivíduo; a Constituição garante-os contra o poder público*".

Hely Lopes Meirelles[13] assim tratou o poder de polícia:

"Já dissemos, e convém repetir, que o Estado é dotado de poderes políticos exercidos pelo Legislativo, pelo Judiciário e pelo Executivo, no desempenho de suas funções constitucionais, e de poderes administrativos que surgem secundariamente com a Administração e se efetivam de acordo com as exigências do serviço público e com os interesses da comunidade. Assim, enquanto os poderes políticos identificam-se com os Poderes de Estado e só são exercidos pelos respectivos órgãos constitucionais do Governo, os poderes administrativos difundem-se por toda a Administração e se apresentam como

9. "Poder de Polícia", Revista Trimestral de Direito Público, nº 1/93.

10. "Curso de Direito Administrativo", 5ª edição, Malheiros Editores, pág. 394.

11. "Direito Administrativo", 3ª edição, Malheiros Editores, pág. 88.

12. "Princípios de Direito Administrativo", 6ª edição, Ed. RT, pág. 105.

13. "Direito Administrativo Brasileiro", Malheiros Editores, pág. 113.

meios de sua atuação. Aqueles são poderes imanentes e estruturais do Estado; estes são contingentes e instrumentais da Administração.

Dentre os poderes administrativos figura, com especial destaque, o poder de polícia administrativa, que a Administração Pública exerce sobre todas as atividades e bens que afetam ou possam afetar a coletividade. Para esse policiamento há competências exclusivas e concorrentes das três esferas estatais, dada a descentralização político-administrativa decorrente do nosso sistema constitucional.

Em princípio, tem competência para policiar a entidade que dispõe do poder de regular a matéria. Assim sendo, os assuntos de interesse nacional ficam sujeitos a regulamentação e policiamento da União; as matérias de interesse regional sujeitam-se às normas e à polícia estadual, e os assuntos de interesse local subordinam-se aos regulamentos edilícios e ao policiamento administrativo municipal.

Todavia, como certas atividades interessam simultaneamente às três entidades estatais, pela sua extensão a todo território nacional (v.g., saúde pública, trânsito, transportes etc.), o poder de regular e de policiar se difunde entre todas as Administrações interessadas, provendo cada qual nos limites de sua competência territorial. A regra, entretanto, é a exclusividade do policiamento administrativo; a exceção é a concorrência desse policiamento.

Observamos, ainda, neste preâmbulo, que o ato de polícia é um simples ato administrativo, apenas com algumas peculiaridades que serão apontadas no decorrer deste assunto. Como todo ato administrativo, o ato de polícia subordina-se ao ordenamento jurídico que rege as demais atividades da Administração, sujeitando-se, inclusive, ao controle da legalidade pelo Poder Judiciário."

O poder de polícia em sentido estrito (como instrumento da Administração no exercício de sua função administrativa de disciplinar a vida dos particulares para a manutenção da ordem pública) está vinculado ao princípio da legalidade: a administração só pode agir em acatamento à norma. No dizer de Eros Grau[14] *"Não pode fazer mais do que deva fazer"*.

O princípio da legalidade, ao qual a administração pública direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios está submetida, nos termos do art. 37, da CF, impõe à administração pública o dever de atuar em consonância à lei, exigindo-lhe fazer somente aquilo que a lei determina. A obediência à legalidade é a bússola do administrador e a garantia do indivíduo contra o arbítrio do Poder Público.

O princípio da legalidade é a garantia do indivíduo de que a administração há de respeitar o seu direito à liberdade e à propriedade. O artigo 5º, da CF, em seu inciso II, garante que "*ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei"*. A administração, pelo princípio da legalidade, fica jungida à lei, o que assegura ao particular que nenhuma restrição, não prevista em lei, poderá ser-lhe imposta pela administração.

A administração pública, no dizer de Eros Grau[15], não é titular de direitos que se possa arrogar; deve apenas exercer função pública, ou seja, tem o dever de realizar o

14. Obra citada, pág. 96.

15. Idem

interesse público e nada mais; cumpre função pública e para tanto tem o poder necessário, como instrumental, para o exercício de suas finalidades.

A autoridade pública — ainda na observação de Eros Grau[16] — *"no desempenho da* função administrativa, *está abrangida por um vínculo imposto à sua vontade. O* dever *jurídico consubstancia uma vinculação imposta à vontade de quem esteja por ela alcançado. E consubstancia, no caso da* função administrativa, *vinculação imposta à vontade da autoridade pública em razão de interesse alheio, isto é, do todo social.*

Os poderes *que maneja a autoridade pública no desempenho da* função administrativa *são, destarte, poderes que detém exclusivamente a fim de que possa prestar acatamento ao vínculo que afeta sua vontade. Por isso afirmei inicialmente — e repito — que a Administração, no desempenho da* função administrativa, pode *fazer tudo quanto* deva *fazer; mas, apenas isso, nada mais. Não pode, por certo, fazer mais do que deva fazer".*

O ato administrativo para ser eficaz deve ser consonante à lei. O administrador não age de acordo com a sua vontade pessoal. Está ali para exercer os poderes que lhes são garantidos com a finalidade única de cumprir o dever que a lei lhe impõe. Nada fica ao sabor da vontade da administração. Os poderes não são meras faculdades, que podem ou não ser exercidas na consecução das finalidades públicas. Por isso, dizer dever-poder de fazer. Deve fazer. Tem poderes para fazê-lo. Não pode renunciá-los nem desrespeitá-los. Este é o princípio da legalidade ao qual o poder de polícia está vinculado.

Na área da saúde, o poder de polícia no seu mais amplo sentido — funções legislativas e funções administrativas — abarca todas as atividades que possam, de alguma forma, colocar em risco a saúde coletiva e individual, ficando o Estado com o dever-poder de impor condicionamentos e limites à liberdade e à propriedade — seja através de métodos persuasivos, educativos, indutivos, orientadores, coercitivos etc. — em nome da garantia do direito à vida e à saúde.

a) Vigilância sanitária

Nesse passo, não se pode deixar de tecer algumas considerações a respeito da vigilância sanitária, dado o seu aspecto de polícia sanitária.

Primeiramente, deve-se destacar o conceito de vigilância sanitária dado pela Lei 8.080/90, artigo 6º, § 1º, *"Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde".*

O artigo 200, II, da CF dispõe que compete ao Sistema Unico de Saúde *"executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como a saúde do trabalhador".*

A vigilância sanitária se reveste de fundamental importância, no campo da saúde, em razão do poder de polícia ínsito nas suas atribuições. A vigilância sanitária é instrumento da Administração no exercício de suas funções administrativas de controle

16. Ibidem

e fiscalização das ações e serviços de saúde. É através da vigilância sanitária que as autoridades administrativas sanitárias manejam os seus poderes de impor limites, encargos e sujeições ao exercício de direitos individuais e coletivos, com base na lei[17].

A Portaria do Ministério da Saúde n. 1.565, de 26 de agosto de 1994, que definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e esclareceu sobre a distribuição de competência material e legislativa da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dispôs, em seu artigo 2º, *"que pela interdependência do seu conteúdo e do desenvolvimento de suas ações, a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica são consideradas, conceitualmente, como vigilância em saúde, implicando compromisso solidário do Poder Público e da sociedade na proteção e defesa da qualidade de vida"*.

A amplitude das atividades da vigilância sanitária se revela nos enunciados dos artigos 3º e 6º da mencionada Portaria:

"Artigo 3º. Entende-se por vigilância sanitária o conjunto de ações capaz de:

I. eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde do indivíduo e da coletividade;

II. intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção, distribuição, comercialização e uso de bens de capital e consumo, e da prestação de serviços de interesse da saúde; e

III. exercer a fiscalização e controle sobre o meio ambiente e os fatores que interferem na sua qualidade, abrangendo os processos e ambientes de trabalho, a habitação e o lazer.

Parágrafo único. As ações de vigilância sanitária enunciadas neste artigo incluem necessariamente:

a) as medidas de interação da política de saúde com as políticas econômicas e sociais cujos resultados constituem fatores determinantes e condicionantes do nível de saúde da população;

b) as medidas de interação dos profissionais de saúde em entidades governamentais e não governamentais de defesa do consumidor e cidadania;

c) o controle de todas as etapas e processos, da produção ao uso de bens de capital e de consumo e de prestação de serviços, que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, com vistas à garantia da sua qualidade; e

d) as ações destinadas à promoção e proteção da saúde do trabalhador submetido aos riscos e agravos advindos dos processos e ambiente de trabalho.

Art. 6º. São os seguintes os campos onde se exercerá, nas três esferas de governo do Sistema Unico de Saúde, e segundo a respectiva competência legal, a ação de vigilância sanitária:

I. proteção do ambiente e defesa do desenvolvimento sustentado;

17. "Nós temos problema de legislação? Eu acredito que não. Nós temos uma legislação até adequada para medicamentos. Ela pode ser aperfeiçoada como por exemplo em caso dos genéricos em vários outros aspectos, mas a legislação é. interessante, e tecnicamente boa. Então o problema é de cumprimento desta legislação, cumprimento por aqueles que produzem, por aqueles que comercializam e por aqueles que tem a responsabilidade de garantir isso, ou seja, o governo de uma maneira geral, o Estado fundamentalmente o órgão de fiscalização — a vigilância sanitária. Entretanto, o que tem acontecido nos últimos tempos é o desrespeito à legislação ou um esforço de desregulamentação do setor eliminando aquilo que já existe na legislação". Palestra proferida por Eliane Gandolf, representante do IDEC no Seminário "O cidadão e a saúde", documento da Fundação Pedrosoo Horta, 1996.

II. saneamento básico;

III. alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IV. medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde;

V. ambiente e processos de trabalho, e saúde do trabalhador;

VI. serviços de assistência à saúde;

VII. produção, transporte, guarda e utilização de outros bens, substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII. sangue e hemoderivados;

IX. radiações de qualquer natureza; e

X. portos, aeroportos e fronteiras."

Vê-se que a vigilância sanitária é abrangente de todas ações e serviços que tenham alguma repercussão na saúde coletiva ou individual, cabendo, nestes casos, ao administrador público, o exercício do poder de polícia, que se efetivará sob o enfoque do poder de autoridade derivado da lei.

Os condicionamentos de direitos no campo da vigilância sanitária devem ser precedidos de ações orientadoras, preventivas e persuasivas. Os limites, encargos e sujeições devem ser adotados após esgotada a eficácia das ações orientadoras, cingindo-se a administração ao princípio da legalidade.

A Portaria 1.565/94 determina que na realização da atividade administrativa ordenadora a administração deverá observar o seguinte:

a. não se adotarão medidas obrigatórias que envolvam ou impliquem risco à vida;

b. os condicionamentos administrativos, sob as modalidades de limites, encargos e sujeições, serão proporcionais aos fins que em cada situação se busquem; e

c. se dará preferência, sempre, à colaboração voluntária do cidadão e da comunidade com as autoridades sanitárias.

A vigilância em saúde compreende as funções legislativas (aquela que cria o condicionamento ao exercício de direitos) e as funções administrativas que vão desde as ações persuasivas, educativas e cooperativas até o uso do poder de autoridade, como o de interditar a propriedade e impedir a produção. Cabe, ainda, à vigilância sanitária estimular e fortalecer a participação da comunidade nas ações preventivas e corretivas, avaliar a tecnologia em saúde, com ênfase na identificação de inadequações na produção e no uso de equipamentos, medicamentos, imunobiológicos e outros insumos para a saúde.

b) Distribuição de competência

Quanto à competência neste campo ela é comum às três esferas de governo (União, Estados-membros e Municípios): a União coordena o sistema nacional de vigilância sanitária, presta cooperação técnica e financeira e executa ações de sua exclusiva competência (aquelas referidas no artigo 16 da Lei 8.080/90); os Estados coordenam, e em caráter complementar executam ações e implementam serviços de vigilância

sanitária, em complemento às atividades municipais e prestam apoio técnico e financeiro aos Municípios; os Municípios executam e implementam serviços de vigilância sanitária com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado. (art. 23, da CF e arts. 16, 17 e 18 da Lei 8.080/90).

No tocante à competência legislativa, ela é concorrente: União e Estados podem legislar sobre assuntos de defesa e proteção da saúde, cabendo à União expedir normais gerais e cuidando os Estados de complementá-las para atender às suas peculiaridades. Na ausência de normas gerais, a competência do Estado é plena. (art. 24, da CF).[18]

O Município tem competência própria para legislar sobre assuntos de interesse local e pode complementar e suplementar a legislação federal e estadual, no que couber (art. 30, I, II).

Tratamos deste assunto — de forma abrangente, situando todo o setor saúde e não apenas sob o aspecto da vigilância sanitária — em artigo publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS[19] nos seguintes termos: *"A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios têm competência material para cuidar da saúde da população, ou seja, competência para organizar serviços públicos de saúde.*

Por outro lado, a União, os Estados e o Distrito Federal têm competência para legislar sobre saúde.

A União legisla sobre normas gerais e os Estados suplementam a legislação federal, legislando exaustivamente a fim de atender às especificidades e pormenores do tema regulado, genericamente, pela União.

Quanto ao Município, a sua competência legislativa no campo da saúde irá se referir sempre aos assuntos de interesse local. O Município legisla no interesse local, além de suplementar a legislação federal e estadual no tocante à saúde, sempre que o interesse local o exigir.

Ressalte-se que, no campo das competências, o legislador constituinte procurou guardar coerência com o princípio da descentralização da execução de serviços de assistência à saúde propugnado na Reforma Sanitária e nos programas governamentais anteriores à Carta de 88 (Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde - PIASS, Programa das Ações Integradas de Saúde - AIS, Programa do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS), atribuindo às três esferas de governo a competência para cuidar da saúde da população.

Aqui cabe chamar a atenção para um fato que ocorre na área da saúde. Tendo a Constituição criado a seguridade social, com três áreas distintas — saúde, previdência

18. Ver artigo de Celso Bastos, intitulado o " O fumo e as 3 proibições", Folha de São Paulo, do dia 19.10.96, Caderno Cotidiano, pag. 3. No referido artigo, o constitucionalista comenta a edição de 3 leis disciplinando o direito de fumar: uma da União (Lei n. 9.294/96), outra do Estado de São Paulo (Lei 9.178/95 e Decreto n. 40.695/96) e outra do Município de São Paulo. De acordo com a competência legislativa constitucionalmente fixada, a União e os Estados têm competência para legislar sobre proteção e defesa da saúde, podendo coexistirem, harmonicamente, as normas editadas. " Se o assunto parecia inicialmente indecifrável, é porque não se havia aplicado a ele as regras constitucionais sobre a partilha de competência entre a União, os Estados e os Municípios. Levada a efeito essa empreitada, a questão fica ofuscamente clara"., esclarece o autor no mencionado artigo.

19. Lenir Santos, "Distribuição de Competência no Sistema Unico de Saúde: O papel das três esferas de governo no SUS" - Caderno Série Direito e Saúde n. 3 - Organização Pan-Americana da Saúde - Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde - Brasília, 1994.

e assistência social — e elevado a saúde à condição de direito social que deve ser garantido pelo Estado, não só através do acesso a serviços assistenciais, mas também mediante a adoção de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença, toda a legislação anterior à Constituição referente à saúde deve ser revista, pois algumas leis estão revogadas ou derrogadas por conflitarem com o novo sistema de saúde, principalmente no que tange à competência. E grande parte da legislação federal que necessita ser revista refere-se à vigilância sanitária[20].

Por conclusivo, podemos repetir o que já dissemos em obra anterior, em co-autoria com Guido Ivan de Carvalho[21] sobre a vigilância sanitária:

"a) diante da legislação do SUS (constitucional e infraconstitucional), a União terá de rever as normas que expediu anteriormente e que hoje extrapolam os limites de 'normas gerais';

b) pela mesma razão, os Estados - que têm, doravante, um campo mais extenso para legislar - ficam com o encargo de legislar exaustivamente sobre vigilância sanitária, podendo editar o seu código de proteção sanitária, respeitadas as normas gerais baixadas pela União;

c) em face das normas gerais da União e da normatização suplementar (exaustiva) do Estado, cabe ao Município executar os serviços e as ações de vigilância sanitária nos termos da legislação nacional e estadual, podendo, quando for o caso, suplementar essa legislação nos estritos limites do "interesse local";

Descentralização, Regionalização e Hierarquização das Ações e Serviços de Saúde

Ainda com relação à distribuição de competência faz-se necessário tocar em dois pontos da área da saúde de fundamental importância para a regulação, conforme já mencionamos acima: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo e o princípio da regionalização e hierarquização das ações e dos serviços de saúde.

A Constituição, em seu artigo 198, determina que as ações e os serviços públicos de saúde se integrem em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um único sistema de saúde, organizado de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e com a participação da comunidade.

A descentralização das ações e dos serviços de saúde, que antes era feita através de programas governamentais e,portanto, mediante convênio, hoje é uma realidade

20. É o caso da Lei 2.312, de 3 de setembro de 1.954 que foi expressamente revogada pela Lei 8.080/90 (art. 55). Esta lei dispunha sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde e o seu decreto regulamentador instituiu o Código Nacional de Saúde.

Como os Estados e Municípios, até o presente momento, não editaram normas sobre a matéria, o mesmo ocorrendo com a União que ainda não expediu algumas normas necessárias à proteção e recuperação da saúde em substituição a outras que não mais vigoram, por extrapolarem os limites de normas gerais, ou porque foram expressamente revogadas, como é o caso da Lei aqui mencionada, há uma grande lacuna a que até o presente momento não foi preenchida, ficando o cidadão desprotegido, por ausências de normas e sanções pelo seu descumprimento.

21. "Sistema Unico de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde", Editora Hucitec, 2a. edição, pág. 166.

constitucional, fixada através da repartição de competência entre as entidades estatais - arts. 23, 24 e 30 da CF. Estando distribuída a competência entre as três esferas de governo, a responsabilidade pela saúde — organização de serviços e regulação —, também se reparte, possuindo cada esfera governamental, nos termos do que dispõem a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90, arts. 16, 17 e 18), os poderes e instrumentos para atuação neste campo.

O conceito de rede de serviços ou seja, a regionalização e a hierarquização, além de serem formas de organização de serviços, são também pressupostos da descentralização. A regionalização, conforme já dissemos em obra anterior aqui mencionada[22], *é a distribuição espacial de serviços de saúde, em qualquer nível de complexidade, organizados para atender à população de uma região, exigente de simultânea hierarquização desses níveis, cada qual com resolutividade própria. Conhecer primeiro as necessidades e os serviços e, no processo social, hierarquizá-los e regionalizá-los. Regionalizar serviços não significa, portanto, apenas distribuí-los espacialmente, mas também e sobretudo organizá-los com o indispensável suporte técnico e de recursos humanos, com suficiência de recursos e poder decisório definido. Do contrário, um dos objetivos principais da regionalização, que é integrar e racionalizar serviços, evitando duplicidade de meios, não será conseguido, produzindo-se, ao revés, efeitos perversos, como deixar de prover serviços onde estes se fazem necessários e manter serviços ou criar serviços onde deles não há necessidade.*

A hierarquização mencionada no artigo 198 da CF, mal compreendida na área do direito, é termo técnico, do setor saúde, significando *divisão de serviços em nível de complexidade crescente;* assim, um serviço primário ao deparar-se com um paciente exigente de atenção mais complexa deve saber para onde tal paciente deve ser encaminhado. É a referência e contra-referência: o paciente tem acesso aos serviços de saúde através de um serviço de menor complexidade, devendo ser referenciado para serviços de maior complexidade na medida de suas necessidades individuais (excetuadas as situações emergenciais). É a hierarquização de serviços em nível de complexidade crescente. A regionalização pressupõe a hierarquização e aí os serviços se imbricam (dentro do conceito de rede): serviços municipais e serviços estaduais (raramente federais, pois a União não mais executa serviços médico-hospitalares) devem atender, muitas vezes, um mesmo paciente; dependendo da complexidade de sua doença, o atendimento, que se iniciou em um serviço municipal, deverá prosseguir em um serviço estadual, referenciado pelo municipal. Não se pode perder de vista a contra-referência responsável pelo obrigatório retorno do paciente ao serviço originário, ou seja, àquele que o encaminhou para um serviço de maior complexidade. Após o atendimento do paciente no serviço mais especializado, resolutivo, o paciente deverá retornar à sua "porta de entrada" no sistema público de saúde, local responsável pelo seu prontuário assistencial.

Nesse sentido, a regulação não pode se afastar desses conceitos, devendo prever tais situações. As normas sobre regionalização — quando se tratar de organização de serviços interestaduais — deverão ser expedidas pela União, cabendo ao Estado fixar as referentes à organização de serviços intermunicipais e estaduais. A Lei Complementar n. 791/95, do Estado de São Paulo (Lei Orgânica da Saúde, ou Código de Saúde) dispõe em seu artigo 24, § 2º que *"No âmbito do Poder Executivo do Estado, a descentralização far-se-á conforme o exigirem as características demográficas e epidemiológicas da região, a capacidade instalada e a resolutividade dos serviços do SUS, para permitir o acesso da população a todos os*

22. Com referência a obra "Comentários à Lei Orgânica da Saúde", já mencionada neste trabalho.

níveis de atenção e continuidade e qualidade da articulação dos dirigentes regionais com os Municípios interessados, determinando o seu § 3º, que *"a responsabilidade pública da atenção ambulatorial no SUS será exercida por meio da rede de Unidades Básicas de Saúde, hierarquizada em nível de complexidade e definida como principal porta de entrada seletiva para os serviços de maior especialização e os hospitalares"*, dizendo, ainda, em seu artigo 4º, § 2º *"que a hierarquização e a regionalização dos serviços e ações de saúde constituem base e estratégia de descentralização administrativa, de municipalização do atendimento e de integração finalistica, sendo a regionalização objeto de decisão conjunta do Estado e dos Municípios"*..

O importante na regionalização é o aspecto da racionalidade dos serviços de saúde. Nenhum Município deve ter a pretensão de esgotar, em seu território, todos os procedimentos de assistência à saúde, devendo manter serviços condizentes com a sua realidade local, interligando-se numa rede que mantenha serviços nos seus vários níveis de complexidade. Por isso dizer-se que o sistema é uno, unificado, ou seja, Estados e Municípios interligam-se numa rede única, regional, estadual, nacional, refenciando os seus pacientes. Daí a importância das normatização da regionalização, da hierarquização, da referência e contra-referência pelas esferas de governo competentes.

O conceito de rede de serviços fez nascer importantes fóruns de discussão entre os gestores do SUS, que são as Comissões Intergestores Tripartite e as Comissões Intergestores Bipartite[23], afora os Conselhos de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal), nos quais têm assento, além de representantes do governo, três segmentos sociais: trabalhadores de saúde, prestadores de serviços de saúde e usuários (Lei 8.142/90). A regulação da organização de serviços de saúde tem-se pautado pelas decisões dessas Comissões.

Não se pode perder de vista, também, o papel desempenhado pelos Conselhos de Saúde no campo da regulação da saúde. Os Conselhos têm sede constitucional (art. 198, III) e infraconstitucional (Lei 8.142/90, art. 1º). Por sua vez, as Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos, reunindo os vários segmentos sociais, devem avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde na esfera de governo correspondente, nos termos da Lei 8.142/90.

Desse modo, a regulação da saúde deve levar em conta as decisões desses colegiados, por refletirem os anseios sociais, uma vez que ali se sentam para discutir a saúde os mais diversos segmentos da sociedade.

O Sistema Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição da República de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e competências harmo-

23. A área da saúde avançou consideravelmente no relacionamento institucional entre as três esferas gestoras do SUS, e entre as esferas gestoras do SUS, a iniciativa privada e os cidadãos. A existência dos conselhos de saúde, das conferências de saúde e demais comissões nas quais a sociedade se faz presente tem ajudado no equacionamento de problemas no setor da saúde, devendo-se ressaltar o papel desempenhado pelas comissões de gestores públicos da saúde. A comissão intergestores tripartite é um fórum onde se sentam representantes do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para definirem e acordarem, conjuntamente suas responsabilidades, seus compromissos e as metas a serem alcançadas, o mesmo ocorrendo com as comissões intergestores bipartites, das quais participam a Secretaria de Saúde do Estado e o conjunto de seus Municípios. Por estarem em consonância com a Lei Orgânica da Saúde, as decisões dessas comissões têm sido respeitadas pelos gestores do SUS.

nicamente distribuídas entre a União, os Estados e os Municípios. O SUS consagra, portanto, a descentralização da regulação jurídica a que se refere o eminente constitucionalista português, J. J. Canotilho[24] com a consequente regulação jurídica das três fontes estatais de direito, em conformidade com o disposto na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90, arts 16, 17 e 18), prevista no texto constitucional.

Vejamos:

A Constituição da República, em seus arts. 197, 198 e 199 estabelece:

"Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo a sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado".

"Art. 198. As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e

III - participação da comunidade."

"Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada".

De seu turno, a Lei 8080/90 (Lei Orgânica Nacional da Saúde - LOS), ao fixar as atribuições comuns às três esferas de governo (art. 15) e fazer a distribuição de competência entre cada uma das entidades políticas (arts. 16, 17 e 18) acabou por configurar o sistema nacional de saúde, dando-lhe os contornos nítidos.

Assim, pela leitura dos artigos citados, vemos que a Constituição e a LOS conceberam um sistema nacional de saúde do qual fazem parte o Sistema Único de Saúde (ações e serviços públicos de saúde) e a iniciativa privada.

Sabemos que a idéia de sistema pressupõe diversos elementos interligados pelos mesmos princípios; um todo orgânico, composto de elementos de vária natureza e orientado para um fim determinado, que lhe dá consistência e funcionamento harmônicos. É uma diversidade de elementos atuando, coerente e finalisticamente, como unidade conceitual.

No presente caso, a caracterização da relevância pública dos serviços e ações de saúde, o reconhecimento da saúde como direito social e individual e o fato de a saúde ser o resultado de políticas sociais e econômicas que reduzam o risco da doença são os princípios essenciais que vão informar todas as ações e os serviços de saúde, sejam os executados pelo Poder Público sejam os executados pela iniciativa privada; todos devem alcançar os mesmos objetivos: proteger, promover e recuperar a saúde do cidadão, bem humano fundamental, protegido pela Constituição, ainda que alguns sejam públicos e outros privados: todos devem proteger a vida humana.

Fica, pois, patente a idéia de um sistema nacional na estruturação da saúde na Constituição. A Carta Magna afirmou:

24. Ibidem.

a) que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de agravo à saúde e ao acesso universal aos serviços de saúde.

b) que são de relevância pública as ações e os serviços de saúde, cabendo ao Poder Público a regulação, o controle e a fiscalização; realmente, todas as atividades do setor Saúde — por estarem diretamente ligadas ao direito à vida, que é um direito humano universalmente reconhecido — são de relevância pública.

c) que as ações e os serviços públicos de saúde constituem um sistema único de saúde e integram uma rede regionalizada e hierarquizada; e

d) que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Nos enunciados acima transparece a estrutura do sistema nacional de saúde: as ações e os serviços de saúde, sejam públicos ou privados, são de relevância pública, pois protegem a vida, ficando todos eles sujeitos à regulação, ao controle e à fiscalização do Poder Público, fazendo parte desse Sistema, como um subsistema, o Sistema Unico de Saúde (público) e a iniciativa privada, componente também do sistema nacional.

Compreendendo o sistema nacional de saúde, as ações e os serviços de saúde públicos e privados, e determinando a Lei 8.080/90 em seu artigo 1º, que "*Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e os serviços de saúde, executados, isoladamente ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado*" e estabelecendo o artigo 22 da mesma Lei que "*Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão do Sistema Unico de Saúde-SUS quanto às condições para o seu funcionamento*", podemos concluir que compete à Direção do SUS, em cada esfera de governo e de acordo com as competências definidas nos artigos 16, 17 e 18 da referida Lei, dispor sobre a regulação, o controle e a fiscalização (art. 197, da CF) das atividades exercidas pelo setor privado na área da saúde.

São os dirigentes do SUS os responsáveis pelo comando do sistema nacional de saúde, nele compreendido, o próprio SUS. É lógico que não se pode descurar dos preceitos constitucionais previstos na ordem econômica e financeira. Do mesmo modo que não se pode pretender aplicar esses mesmos preceitos sem se voltar para os princípios constitucionais da ordem social, fundamentalmente os da saúde.

No caso da educação, a Constituição prevê no seu artigo 209 que "*O ensino é livre à iniciativa privada, atendidas as seguintes condições: I - cumprimento das normas gerais da educação nacional; II autorização e avaliação de qualidade pelo Poder Público*". Entendo que a área da saúde também tem um regime especial, pois trata-se de uma área considerada,explicitamente, pela Constituição como de relevância pública, cabendo ao Poder Público a regulação, o controle e a fiscalização sobre as ações e os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados.

Ainda que a Lei 8.080/90, em seus artigos 20 a 23 tenha dado um tratamento tímido ao funcionamento dessa atividade no âmbito privado, a Constituição determinou ao Poder Público que o regule, controle e fiscalize.

Não cabe ao Poder Público restringir a atividade econômica na área da saúde, mas cabe-lhe, na realização do planejamento econômico, sem cercear a livre iniciativa, indicar, induzir ao cumprimento de metas que interessem ao desenvolvimento nacional, além de impor normas especiais quanto às condições de seu funcionamento (art. 22, da Lei 8.080/90).

E não seria demais repetir que no sistema nacional de saúde está assim distribuída a competência entre União, Estados e Municípios:

a) A competência para cuidar da saúde — competência material — é comum a todas as esferas de governo: União, Estados, Distrito Federal e Municípios (art. 23, II, da CF), cabendo a estes entes políticos competência para exercer o poder de polícia, no campo de suas funções administrativas;

b) Sendo concorrente a competência para legislar sobre saúde — cabendo atribuições à União, aos Estados, ao Distrito Federal (CF, art. 23, II) e aos Municípios (CF, art. 30, I e II) — a Lei 8.080/90, em seus artigos 16, 17 e 18 definiu as competências específicas de cada entidade política, tendo desde logo disposto, em seus artigos 20 a 23, sobre os serviços privados de assistência à saúde;

c) A Lei 8.080, de 19.9.90 (Lei Orgânica da Saúde) definiu, ainda, que é competente para exercer essa fiscalização e esse controle, dentro das administrações federal, estadual e municipal, os dirigentes do Sistema Único de Saúde, dispondo que a direção nacional do sistema compete ao Ministério da Saúde, cabendo às secretarias estaduais e municipais de saúde a direção estadual e municipal do SUS (arts. 9º, 16, 17 e 18).

Existindo um sistema nacional de saúde, informado e conformado por princípios únicos e sendo a competência — legistativa e material — concorrente, a regulação, a fiscalização e o controle da área da saúde podem ser exercidas com mais eficiência e vigor pelo fato de serem executadas de forma descentralizada, estando seus agentes (secretários de saúde, vereadores, prefeitos, deputados etc.) mais próximos da comunidade, ao mesmo tempo que essas ações se interligam num sistema nacional, mantendo, assim, a unicidade do SUS.

A Relevância Pública das Ações e dos Serviços de Saúde

A Constituição usou a expressão *relevância pública* para qualificar as ações e os serviços de saúde (art. 197). Perquire-se qual o significado de *relevância pública* e se apenas os serviços de saúde seriam de relevância pública. O constituinte, ao referir-se à relevância pública das ações e dos serviços de saúde, pretendeu elevar a saúde à mesma condição do direito à vida e da dignidade da pessoa humana.

Isto não quer dizer que outros serviços públicos também não venham a ser de relevância pública, como, por exemplo, a educação. Ao explicitar que as ações e os serviços de saúde são de relevância pública — tanto os serviços e ações públicos como os privados — quis o legislador destacar que a saúde é decorrente de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos (art. 196 CF) ou, como diz a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90, art. 3º), tem a saúde, como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, ou seja, tudo aquilo que é necessário para que a pessoa humana tenha uma vida digna. Assim, todos os serviços públicos são relevantes, pois têm interferência direta com a dignidade, a vida e, consequentemente, com a saúde do indivíduo[25].

Para se garantir o direito à vida e à dignidade deve-se garantir o direito a políticas públicas que visem à redução do risco da doença e ao acesso universal e igualitário aos serviços de assistência à saúde.

Também não se pode perder de vista que o conceito de relevância pública contém o aspecto da indisponibilidade. A saúde, assim como a vida, são bens indisponíveis, não estando sujeito ao livre arbítrio do indivíduo, não tendo ele o direito de se desfazer de sua vida, de vender parte de seu corpo, de ser objeto de pesquisas científicas, sendo, por isso, igualmente também responsável pela sua saúde.

Já havíamos mencionado, na obra em co-autoria com Guido Ivan de Carvalho[26], que:

"Ao qualificar os serviços e ações de saúde como de relevância pública, não pretendeu o legislador constituinte dizer que os demais direitos humanos e sociais não têm relevância; quis o legislador talvez enunciar a saúde como um estado de bem-estar prioritário, fora do qual o indivíduo não tem condições de gozar outras oportunidades proporcionadas pelo Estado, como a educação, antecipando-se, assim, à qualificação de "relevância" que a legislação infraconstitucional deverá outorgar a outros serviços, públicos e privados, para efeito do disposto no art. 129, II, da Constituição."

O Ministério Público tem papel relevante neste campo. É função institucional do Ministério Público, dentre outras, "*zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia"* (art. 129, II, da CF).

Serviços de relevância pública — entendidos como todos aqueles que garantam a dignidade humana, um dos fundamentos da República — ficam sujeitos ao controle do Ministério Público, ainda que os mesmos não sejam prestados diretamente pelo Estado. Os serviços de relevância pública são serviços essenciais que garantem a dignidade do ser humano.

O agente público, os profissionais de saúde, os serviços de saúde - públicos ou privados - atuam num campo concretamente definido pela Constituição como de "relevância pública", decorrendo daí uma co-responsabilidade da sociedade e do Poder Público com a saúde pública e individual.

Por isso, ao Estado cabe, também, a função de conscientizar o indivíduo na proteção de sua saúde como requisito do seu bem-estar físico e psicológico e da fruição de bens sociais. As iniciativas do Poder Público na proteção e defesa da saúde do indíviduo exigem, como contrapartida mínima do indivíduo, cuidados próprios com a sua saúde, devendo o Estado e o indivíduo serem co-responsáveis pela saúde coletiva e individual.

Podemos, então, afirmar que as ações e os serviços de saúde ficam todos — públicos ou privados — sujeitos à regulação, ao controle e à fiscalização do Poder Público, incluído o Ministério Público, devendo o conceito de relevância pública permear a atuação do Estado no exercício de sua função de poder de *polícia administrativa*.

Neste passo, não é demais reiterar o disposto no artigo 15, XI, da Lei Orgânica da Saúde: *"Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:*

25. É importante salientar que, enquanto a Emenda Constitucional 1/69 falava em "direitos concernentes à vida (art. 153), a Constituição de 88 fala em "direito à vida" (art. 5º), o que constitui inegavelmente um avanço da consciência coletiva nacional.

...

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;"

A Assistência à Saúde na Constituição Federal (Art. 199)

Qual o significado da expressão *assistência à saúde*? Pode a iniciativa privada atuar nas mais diversas áreas do setor Saúde?

Para efeito de análise dos limites de atuação da iniciativa privada (indivíduos e pessoas jurídicas) no campo da saúde, vamos adotar, aqui, a expressão *assistência à saúde* como o atendimento ambulatorial, hospitalar ou em clínica especializada dispensado ao tratamento de doença ou à orientação terapêutica.

O artigo 199 da Constituição estabelece: *"A assistência à saúde é livre à iniciativa privada."*

A Lei 8.080/90, em seu artigo 20, diz que "*os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde*".

Assim, os serviços de assistência à saúde devem corresponder ao exercício de uma atividade desempenhada individualmente por profissional legalmente habilitado, ou por meio de pessoa jurídica, voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Vê-se que a liberdade de atuação da iniciativa privada no campo da saúde é mais restrita que o significado de saúde na Constituição e na Lei 8.080/90.

Muitas atividades diretamente ligadas à saúde, como o saneamento básico, a defesa contra a calamidade pública, a utilização de radioisótopos em medicina (art. 21, da CF), o fracionamento industrial do sangue (art. 199, § 4º, da CF), a manutenção e administração de banco de órgãos e partes do corpo humano para transplante (Lei n. 8.489, de 18.9.92 e Decreto n. 879, de 22.7.93), o tratamento e abastecimento de água; a limpeza urbana, o tratamento de lixo são atividades privativas do Poder Público, algumas delas executadas pelo setor privado somente mediante permissão ou concessão, nos termos do artigo 175 da Constituição e da Lei 8.987, de 13.2.95[27].

Da leitura da legislação sobre transplante vê-se que a manutenção e a administração de banco de órgãos e partes do corpo humano para fins de transplante é atividade que só compete ao Poder Público, não cabendo aqui a atuação da iniciativa privada, nem por concessão ou permissão.

Realmente, muitas atividades que direta ou indiretamente interferem na saúde são privativas do Poder Público, não assistindo direito ao particular para atuar nestes campos.

---

26. "Sistema Único de Saúde - Comentários à Lei Orgânica da Saúde", editora Hucitec, 2ª edição, pág. 287.

27. O fracionamento industrial do sangue é bem fora do comércio que, no nosso entender, pode ser objeto de concessão ou permissão, nos termos do art. 175, da CF e da Lei 8.987/95).

Assim, a liberdade da iniciativa privada, de acordo com o texto constitucional, é restrita à assistência à saúde, ou seja, à organização ou à sua atuação no campo dos serviços de saúde, cabendo ao Poder Público outras atividades que interfiram com a saúde, preconizada no artigo 196 da CF, ex., o abastecimento e tratamento de água, a energia elétrica, o saneamento básico, a coleta de lixo etc. etc.

Nesse passo, deve-se ressaltar a importância da atuação dos conselhos de fiscalização do exercício profissional nas atividades privadas de assitência à saúde.

O exercício de atividade profissional de nível superior encontra-se regulada, desde logo, pelos conselhos de fiscalização profissional, aos quais é conferido poder regulatório, principalmente no que tange à ética profissional.

Todas as profissões de nível superior devem ser exercidas dentro dos limites éticos traçados pelos códigos de ética profissional, editados pelo conselho federal de cada profissão.

Também as pessoas jurídicas que atuam nessas áreas submetem-se a determinadas normas estabelecidas pelos conselhos de fiscalização profissional.

É de se ressaltar que as normas gerais estabelecidas na Lei 8.080/90 para a iniciativa privada são muito tímidas, limitando-se à mera repetição de enunciados constitucionais como " a assistência à saúde é livre à iniciativa privada"; " é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde", tendo ficado para cada esfera de governo a competência para expedir normas quanto às condições de funcionamento dos serviços privados de assistência à saúde (art. 22).

Quanto à participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde, a qual se formalizará mediante a celebração de contrato ou convênio, é importante lembrar que os serviços contratados submetem-se às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde[28].

Por conclusivo, a assistência à saúde é um aspecto do setor saúde, limitando-se a iniciativa privada a atuar apenas neste campo de atendimento, sujeita à regulação, controle e fiscalização do Estado que, por sua vez, deve observar os mandamentos constitucionais da ordem econômica e social (arts. 170/181). Salientem-se, mais uma vez, os papéis desempenhados, neste campo, pelos conselhos de fiscalização profissional e pelos órgãos e entidades de defesa do consumidor.

O Papel Planejador do Estado e suas Implicações na Saúde

A livre iniciativa na área da saúde deve obedecer aos princípios constitucionais norteadores da atividade econômica, inscritos no art. 170, além de levar em conta que as ações e os serviços de saúde são de relevância pública (art. 197 da CF).

28. A participação complementar do setor privado no SUS poderá ocorrer sempre que a Administração Pública verificar que os seus serviços são insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, devendo-se dar preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos. (art. 24, da Lei 8.080/90).

A função planejadora do Estado deve ser realizada com vistas ao desenvolvimento nacional e regional equilibrado, à erradicação da pobreza e da marginalização social, à redução das desigualdades sociais e regionais, à construção de uma sociedade justa e solidária.

Reza o art. 174 da CF: *"Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado". "§ 1º - A lei estabelecerá as diretrizes e bases do planejamento do desenvolvimento nacional equilibrado, o qual incorporará e compatibilizará os planos nacionais e regionais de desenvolvimento".*

No ensinamento de Fábio Konder Comparato[29], devem-se cotejar os governantes com os navegadores, pois o "*desenvolvimento nacional é, sem dúvida, a mais importante das "navegações de longo curso" que possa empreender uma sociedade. É a principal política pública, aquela dotada de maior sentido arquitetônico — para usarmos da expressão tão cara a Aristóteles na definição da arte política —, pois engloba e harmoniza todas as demais atividades governamentais".*

Assim, o Estado deve exercer as funções de *fiscalização, incentivo e planejamento, na forma da lei*. Para o setor público o planejamento é determinante, pois a Administração só pode fazer aquilo que a lei determina, não ficando ao sabor do Administrador atuar de tal ou qual forma.

Na área da saúde, diz a lei 8.080/90, no art. 36, que "*o processo de planejamento e orçamento do sistema unico de saúde será ascendente, do nível local até o federal, ouvido os seus órgãos deliberativos, compatibilizando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União*", estabelecendo, ainda, no §1º, que os planos de saúde serão a base das atividades e programações do SUS.

O planejamento na área da saúde — que há de guardar coerência com o planejamento nacional — deve indicar ao setor privado as linhas básicas para o desenvolvimento do setor, dirigindo o empresariado a observar quais são os objetivos nacionais e regionais que devem ser atingidos na área da saúde. Ainda que o planejamento para o setor privado seja indicativo, enquanto para o setor público ele é obrigatório, o planejamento deve orientar a atividade privada, indicando, incentivando realizações que digam respeito aos planos nacionais. Tanto que a LOS fala em plano nacional de saúde, planos estaduais e planos municipais, todos guardando coerência entre si, com vistas ao desenvolvimento nacional equilibrado que reduza as desigualdades sociais e regionais.

O planejamento de programas de saúde deve ocorrer ouvindo-se os órgãos deliberativos do setor, que são o conselho da seguridade social e os conselhos de saúde (nacional, estadual e municipal) nos quais se fazem presentes representantes da comunidade, do governo, do empresariado e dos trabalhadores da saúde.

Ainda com referência ao artigo do mestre Comparato[30], registre-se que "*a indispensável liberdade empresarial há de ser dirigida para a consecução dos grandes objetivos nacionais*" e que a "*adequada programação de políticas públicas, como a de investimentos em*

29. "A organização constitucional da função planejadora", Revista Trimestral de Direito Público, nº 8.

30. Ibidem.

infra-estrutura, por exemplo, representa, por si só, o melhor dos estímulos à organização da atividade empresarial privada de acordo com os objetivos fixados pelo Estado".

Sem planejamento de médio e longo prazo — não programas eventuais que ficam ao sabor da vontade do dirigente do SUS — compatibilizados com as políticas públicas de desenvolvimento nacional que venham a induzir o setor privado a interagir com a área pública, a harmonia do desenvolvimento, no campo da saúde, estará comprometida, ficando o Estado à mercê do mercado, que passa de induzido a indutor das políticas públicas, ao arrepio do comando constitucional previsto no art. 174.

Podemos concluir que o Estado é o agente normativo e regulador da atividade econômica, exercendo funções de fiscalização, incentivo e planejamento. O Estado, ao desempenhar esse papel, deve observar os princípios consagrados no art. 170, da CF, que também têm por objetivo principal assegurar a todos existência digna. Assim, a atividade econômica no campo da saúde sujeita-se, também, à regulação e fiscalização do Estado, além de observar os objetivos nacionais de desenvolvimento.

É tão importante a função planejadora do Estado em benefício da segurança e bem-estar da sociedade que o citado jurista e cientista político[31] propôs um anteprojeto de constituição em que se instituísse — na estrutura constitucional do Estado Brasileiro — órgãos de planejamento, a par dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

A Reguação na Saúde e algumas Áreas Específicas

A Constituição garantiu ao indivíduo o direito à saúde e disse ser dever do Estado efetuar essa garantia. Assim, o Poder Público deve cumprir a sua parte mantendo serviços de saúde para assistir à população e adotando medidas que diminuam o risco de agravo à saúde, mediante políticas sociais e econômicas que permitam ao cidadão a melhor proteção de sua saúde e a fruição do bem estar.

Afirmou, também, a Carta Magna que a regulação, o controle e a fiscalização das ações e dos serviços de saúde competem ao Poder Público.

Na lição de José Afonso Silva[32], "*Se a Constituição atribui ao Poder Público o* controle *das ações e serviços de saúde, significa que sobre tais ações e serviços tem ele integral poder de dominação, que é o sentido do termo controle, mormente quando aparece ao lado da palavra* fiscalização." (grifou-se)

O papel do Estado no campo da saúde comporta uma série de condicionamentos administrativos em prol do bem estar social, cabendo lembrar que dentro do tema saúde vamos encontrar toda sorte de situações que interferem com o bem estar individual e social, conforme já mencionado: *meio ambiente, fármacos, alimentos, drogas, condições e locais de trabalho, engenharia genética, bioética, saneamento, atividades médicas e hospitalares, propagandas, atividades nucleares etc.*

Já se fala em direito sanitário como um ramo autônomo do direito administrativo, tal a sua importância na vida da sociedade; a sistematização das normas sanitárias e os

31. Ibidem.

32. "Curso de Direito Constitucional Positivo, 6ª edição, Editora RT.

mais aprofundados estudos sobre o tema são hoje iniciativas que estão merecendo o estímulo geral, principalmente porque uma gama cada vez mais variada de atividades têm interferência direta ou indireta na saúde da população.

Ainda que polêmica, a idéia vem sendo abordada por diversos doutrinadores e instituições, devendo ser citados o Instituto de Direito Sanitário Aplicado - IDISA, o Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário - CEPEDISA e o Núcleo de Pesquisa em Direito Sanitário da USP, bem como os mais diversos cursos de especialização em direito sanitário, dentre eles, o de São Paulo (Faculdade de Saúde Pública-USP e CEPEDISA), e o da Faculdade de Direito da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia.

Repetindo, é tão largo o espectro das atividades que ameaçam a saúde e a vida dos indivíduos que não se pode delimitar com precisão o campo de atuação do Estado na proteção da saúde. Seria tarefa inglória elencar a intensa e diversificada gama de assuntos e atividades que interferem na saúde coletiva e individual, ainda mais se se considerar o avanço, sem precedentes, da tecnologia, principalmente aquela relativa às manipulações biológicas.

As manipulações biológicas vão a passos tão largos, que as normas condicionadoras nem sempre as alcançam, afora as dificuldades, perplexidades e polêmicas que encerram, comprometendo, cada vez mais, a sua regulação. Voltaremos ao tema em outro tópico.

Polícia Sanitária

Hely Lopes Meirelles[33] chama a atenção para o assunto: "*O* campo de atuação da polícia sanitária *é incomensurável, o que levou o eminente Cirne Lima a confessar, judiciosamente, que, 'na impossibilidade de fixar limites já ao conceito de polícia sanitária, já à competência do Estado nesse assunto, devemos limitar-nos a uma classificação meramente demonstrativa'.*

Em verdade, a polícia sanitária dispõe de um elastério muito amplo e necessário à adoção de normas e medidas específicas, requeridas por situações de perigo presente e futuro que lesem ou ameacem lesar a saúde e a segurança dos indivíduos e da comunidade. Por essa razão o Poder Público dispõe de largo discricionarismo na escolha e imposição das limitações de higiene e segurança, em defesa da população".

Vale aqui registrar a decisão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo mencionada por Hely Lopes Meirelles[34]:

"Os princípios de polícia sanitária, sempre em evolução, na medida das exigências sociais, não conferem direito adquirido" — sendo esta a razão da necessidade de periódicas autorizações do Poder Público sobre a matéria — e "As normas urbanísticas são de ordem pública, cogentes, sem que se possa contrapor direito adquirido".

Portanto, no campo da saúde o Estado tem o dever de proteger o cidadão dos riscos da doença a fim de cumprir o mandamento pré-constitucional do direito à vida e os mandamentos constitucionais do direito à saúde, à dignidade, a não sofrer tratamento desumano, de viver em ambiente ecologicamente equilibrado, de proteção à

33. "Direito Administrativo Brasileiro", 19ª edição, Malheiros Editores, pág. 126.

34. Ibidem, pág. 130, TJSP, RT 559/130 E 670/72.

maternidade, à infância, à adolescência e à velhice, de proteção ao ambiente de trabalho etc., ampliando, assim, o horizonte da regulação.

Quando se fala em poder regulador do Estado não se poderia deixar de fora do campo regulado a defesa do consumidor, hoje consubstanciada no Código de Defesa do Consumidor - CDC (Lei 8.078, de 11.9.90).

A Constituição, ao tratar da Ordem Econômica e Financeira, destacou a defesa do consumidor como um dos seus princípios básicos (art. 170, V).

O CDC tem por fim proteger as relações de consumo de bens e serviços. São normas que interferem nas relações de consumo na defesa de uma das partes, o consumidor.

O próprio Poder Público (Ministério Público, União, Estados, Municípios, Distrito Federal, entidades e órgãos da administração pública direta e indireta, destinados à defesa dos interesses do consumidor) está legitimado para defender os direitos e interesses dos consumidores.

Cabe aqui abrir um parêntese para dizer que entendemos não ser o CDC aplicável às relações do cidadão com as ações e os serviços públicos de saúde (SUS).

Por que assim pensamos, embora muitos entendam exatamente de forma contrária? Para nós, o CDC protege a relação de compra e venda, o contrato oneroso. Ora, no SUS não existe esta relação comutativa, pois os serviços públicos de saúde não podem ser caracterizados como *"qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária"* (art. 3º , § 2º, CDC). Logo, os serviços de saúde ofertados pelo Poder Público não se caracterizam como "atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração". Embora o CDC mencione, em seu artigo 22, que *"os órgãos públicos, por si ou suas empresas, concessionárias, permissionárias ou sob qualquer outra forma de empreendimento, são obrigados a fornecer serviços adequados, eficientes, seguros e, quanto aos essenciais, contínuos"*, entendemos tratar-se de serviços públicos que podem ser concedidos ou permitidos e que são remunerados diretamente pelo cidadão, mediante pagamento de taxa ou tarifa, o que não é o caso da saúde e da educação.

Mas, ainda que não o CDC não se aplique às ações e serviços públicos de saúde, de qualquer forma, o CDC é um importante instrumento de defesa dos direitos do cidadão nas suas relações de consumo, devendo ser aplicado nos serviços privados de saúde, mormente no tocante aos planos de saúde e ao seguro-saúde[35].

35. No Seminário "O cidadão e a saúde" (Doc. Fundação Pedroso o Horta, 1996), mencionou-se a importância dos órgãos de defesa do consumidor. Cabe destacar o pronunciamento de Cleriberto Venâncio Pereira, representante do Conselho Regional de Medicina e do Deputado Federal Saraiva Felipe, respectivamente: "Nessa questão de regulamentação, encaro o IDEC como uma função muito importante assim como o PROCOM, nós temos que procurar sempre encentivar o cidadão, reclamar de produtos inadequados etc."
"Eu acho que falta à população brasileira atuação de órgãos como IDEC, que pudessem trabalhar primeiro contrariando a ocultação da informação pelas autoridades, ou seja, a informação vista não como concessão, como beneplácito, mas como um direito, e rompendo o pacto perverso entre os órgãos reguladores e as empresas interessadas. É óbvio que há pressão organizada e o Congresso fica cada vez mais sujeito ao lobby das partes interessadas, das empresas interessadas, com um acompanhamento ali contínuo, com informação escrita, bombardeando os gabinetes".

Feitas essas considerações gerais, vamos adentrar em alguns temas específicos que julgamos constituir objeto de grande preocupação nos dias de hoje. Além do mais são assuntos que, se por um lado exigem uma atuação rigorosa do Estado na salvaguarda de interesses coletivos, por outro, encontra um Estado fraco e omisso diante da forte pressão dos lobbies mercantilistas que surgem nestas áreas. São áreas dominadas pelo capital, nas quais o dinheiro tem prevalência sobre a saúde. A tecnologia, muitas vezes, ao invés de estar a serviço da saúde, fica a serviço do capital, induzindo práticas desnecessárias em relação à oportunidade do procedimento.

As áreas por nós detectadas são: a) serviços de saúde, b) planos e seguro-saúde, c) manipulações biológicas, d) meio ambiente e e) tecnologia na assistência à saúde, embora muitas outras existam, como exemplo, a saúde do trabalhador (objeto de disputa de competência entre o Ministério do Trabalho e os órgãos que compõem o Sistema Unico de Saúde, nas esferas federal, estadual e municipal), a formulação da política de medicamentos, equipamentos, a fiscalização e a inspeção de alimentos, água, bebidas, a formulação e execução da política de sangue e seus derivados etc.

a) Serviços de saúde

Os serviços de saúde, como já vimos acima, podem ser executados tanto pelo Poder Público como pela iniciativa privada. São serviços ambulatoriais, laboratoriais, hospitalares etc. destinados à detecção e prevenção de doenças e à sua cura.

Não se pode desconsiderar, no trato desta questão, que por volta de 75% dos serviços de assistência médico-hospitalar hoje ofertados pelo Poder Público são executados pelo setor privado, mediante contrato ou convênio com o SUS.

Antigamente (Lei 2.312/54 - art. 6º), o Estado concedia ajuda financeira à iniciativa privada para que esta organizasse serviços de saúde, ainda que com intuito de lucro, o que a Constituição atual proíbe (art. 199 § 2º).

Por isso é muito forte a participação do setor privado na prestação de serviços públicos à população, uma vez que o Estado, ao regular a saúde, outrora deu preferência à organização de serviços privados, ainda que com recursos públicos, os quais depois eram contratados pelo Estado.

O fato de o setor privado dominar 75% dos serviços oferecidos pelo SUS torna maior a responsabilidade do Estado no controle desses serviços.

Dentro deste tema lembramos alguns aspectos importantes como a organização dos serviços, a relação médico-paciente, a eficiência e eficácia da terapêutica, a incorporação tecnológica induzida pelo capital, a lucratividade excessiva etc.

A organização de serviços — sejam públicos ou privados — deve-se dar a favor da saúde e não a favor de outros interesses. Ainda que nos serviços privados o seu intuito seja o lucro, não se pode perder de vista que estamos atuando em área considerada pela Constituição como de "relevância pública", fundada na dignidade da pessoa humana. A regulação neste campo não pode desconsiderar este princípio constitucional. É lícito obter lucro atuando na área da saúde, mas não se pode perder de vista que os valores aqui protegidos são a vida e a dignidade da pessoa humana, tanto que o Código Penal tipifica como crime, a omissão de socorro (art. 135, CP)[36].

36. Ver recente artigo publicado no jornal "O Estado de São Paulo" (caderno A, pag. 2, do dia 29.10.96), da autoria do Dep. Federal José Aristodemo Pinotti, intitulado "A perda do caráter público da saúde".

A organização de serviços de saúde privados não se pode dar isoladamente, deixando de lado a existência de um sistema nacional de saúde que engloba ações e serviços executados pelo poder público e pelo setor privado (considerados de relevância pública), o qual tem como primado promover, proteger e recuperar a saúde de todos.

É responsabilidade da sociedade e dos Poderes Públicos assegurar a saúde da população(art. 194 da CF).

A doença não pode ser tratada como mera mercadoria, merecendo regulação compatível com o bem protegido: a vida e a dignidade da pessoa humana.

Os serviços privados de saúde não podem desvincular-se da política de saúde nacional, cabendo ao Estado, através de atos regulatórios, induzir a iniciativa privada a cumprir o objetivo constitucional de construção de uma sociedade justa e solidária. Mesmo na vigência da Lei 2.312, de 3.9.54, cujo artigo 6º previa a ajuda financeira do governo à iniciativa privada, essa ajuda teria de dar-se *"dentro da orientação traçada pelos órgãos competentes"*. Tal orientação é uma modalidade de regulação, ainda que sob a forma de planejamento. Hoje, a Constituição, em seu art. 199, § 2º, veda a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções sociais às instituições privadas com fins lucrativos.

O planejamento, como já vimos anteriormente, é fator primordial, uma vez que o Estado deve induzir o particular a agir de acordo com as necessidades da sociedade. Para isto o Estado deve ter metas preestabelecidas e formas de valorização daqueles que as cumprem, além de possuir mecanismos de restrição de direitos quando as metas são desconsideradas.

A autorização para o funcionamento de serviço de saúde não pode ser feita em cima da verificação, pura e simples, de questões de engenharia e salubridade. Deve-se levar em conta a necessidade da sociedade quanto à sua localização, a tecnologia, a efetividade dos resultados etc.

Também os princípios éticos, os valores morais no relacionamento médico-paciente constituem elementos fundamentais para a proteção e recuperação da saúde do indivíduo. O poder do médico sobre o paciente é indiscutível e não pode deixar de ser considerado em qualquer discussão sobre ética na saúde. O descaso nas consultas, as longas esperas, as idas e vindas, os inúmeros pedidos de exames, a superioridade do médico etc. são questões que não podem ficar fora da regulação. A regulação desta matéria se insere fundamentalmente na competência dos conselhos de fiscalização do exercício profissional. Mas compete, também, a outras esferas estatais induzir a conduta do profissional de saúde a respeitar o cidadão, as suas individualidades, idiossincrasias etc., não bastando para tanto a simples edição de normas a respeito de determinadas matérias, mas uma atuação indutora e fiscalizadora eficaz. (Lembramos que a Lei 8.080/90 dispôs, em seu artigo 7º, como princípios do SUS a "preservação da autonomia da pessoa na defesa de sua integridade física e moral"; a "igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie"; o "direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde").

A mudança da conduta do médico perante situações que requer uma conduta ético-social, como aquelas que se referem a pacientes terminais, pacientes com doenças crônicas, abortos legais, recém-nascidos de alto-risco ou com deficiências graves, prolongamento quase-artificial da vida, custos excessivos (ou extorsivos), esperas excessivas etc. não se modificam com a simples edição de normas. São situações que

exigem um controle do Estado, muito mais induzido que imposto. São comportamentos que só se alteram se a sociedade puder ser ouvida e o ensino incorporar esses reclamos, formando profissionais que voltem a valorizar o aspecto humano da medicina, em franco desaparecimento nos dias de hoje, além da necessidade de se encontrar meios de fiscalizar e avaliar permanentemente o desempenho desses profissionais, com ampla informação ao cidadão. Os conselhos de saúde locais são fóruns importantes para a discussão do assunto, podendo, junto com os conselhos federais e estaduais de fiscalização da profissão e os órgãos de defesa do consumidor ajudar na mudança do comportamento ético-social na relação-médico paciente[37].

b) Planos de saúde e o seguro-saúde

Ao falar em regulação da saúde não se poderia deixar de examinar a questão dos planos de saúde e do seguro-saúde, por tratar-se de um comércio que atinge 35 milhões de pessoas, com bilhões de dólares envolvidos, e que atua num campo considerado de relevância pública pela Constituição.

Apenas para situar o assunto, lembramos que os contratos de seguro-saúde e dos planos de pré-pagamento estão regulados no Decreto-Lei 73, de 21.11.66 e em resoluções e circulares da Superintendência do Seguro Privado - SUSEP e do Conselho Nacional do Seguro Privado - CNPS.

A legislação é antiga e não acompanhou as inovações ocorridas na área da saúde, principalmente na forma de organização das mais diversas modalidades de contratos de assistência à saúde, que têm sempre como objeto a cobertura de custos de assistência médica e hospitalar prestada em rede credenciada.

A maioria deles são típicos contratos de seguro, pois têm como objeto o risco futuro e aleatório da ocorrência de um agravo à saúde do contratado. O pagamento das mensalidades do contrato decorre da simples celebração do contrato, enquanto o risco da ocorrência da doença situa-se no campo das probabilidades. São espécies do contrato de seguro regulado nos artigos 129 a 135 do mencionado Decreto-Lei 73/66.

Entretanto, uma série de exigências feitas pelo DL 73/66, como a da livre-escolha do médico e do hospital, não são respeitadas, sob a alegação de que muitos planos de saúde não têm a característica de contrato de seguro, não se lhes aplicando, portanto, as normas do DL 73/63.

Também há a questão do pagamento de imposto: as entidades que vendem determinadas modalidades de serviços de saúde estão ou não sujeitas ao pagamento do ISS? São ou não vendedoras de seguro?

Outra questão também relevante é o fato de o DL 73/66 determinar que as entidades seguradoras podem organizar-se sob a forma de S/A ou de cooperativas. A Constituição, por sua vez, reza em seu artigo 5º, XVIII, que independe de autorização a criação de cooperativas, enquanto o artigo 192, II, determina que depende de autorização

37. Nos últimos três anos, o número de queixas protocoladas no CRM só vem aumentando. Passou de 1.207 em 93 para 1.473 em 94 e subiu para 1.509 no ano passado. "São denúncias que envolvem falhas na relação médico-pacinete, má prática por conta das atuais condições de trabalho e uso pouco criterioso da tecnologia"(A Folha de São Paulo, 3º Caderno, pág. 1, de 6/10/96).

o funcionamento de entidades de seguro. Entretanto, até o presente momento não foi editada a lei complementar mencionada no art. 192.

As cooperativas médicas - UNIMEDs, em sua essência, celebram contratos de seguro, pois contratam a cobertura de dano eventual e futuro à saúde do segurado. É um contrato de risco futuro e aleatório, cujo valor é calculado em cima das probabilidades da ocorrência do risco.

Realmente, não faz sentido a comercialização de planos e seguro-saúde por cooperativas, pois as mesmas gozam de privilégios fiscais que não se coadunam com as suas finalidades mercantis, a não ser que se exija contrapartida compatível com os privilégios concedidos.

Também não é legítimo que algumas entidades vendedoras de planos de saúde se organizem sob a forma de entidades sem fins lucrativos, embora exerçam atividade tipicamente comercial, incompatível com a benemerência e filantropia, ainda mais se se considerar que a assistência social tem por fim garantir aos necessitados os mínimos sociais, nas áreas da proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; ao amparo às crianças e adolescentes carentes; a promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária.

Ora, dentro desse conceito que nos é dado pela Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/93) nenhuma entidade que atua no ramo de planos ou seguro-saúde pode ser considerada uma entidade de "assistência social", nos termos da Constituição, arts. 150, VI, c e art. 195, § 7º, e, sendo assim, estaria impedida de gozar da imunidade de impostos e da isenção das contribuições sociais.

Aliás — em função do conceito fixado na Lei Orgânica da Assistência Social a respeito dos mínimos sociais, e considerando que a saúde tem conceito próprio, não estando mais compreendida dentro da previdência e assistência social, como ocorria anteriormente à atual Constituição — faz-se necessário aprofundar tal estudo em razão dos privilégios fiscais, inconcebíveis em área de pura mercantilização. No caso dos idosos, os cálculos atuariais elevam sobremaneira o valor das mensalidades dos seguros e planos de saúde que acaba sendo fator excludente, tangendo-os da cobertura assistencial. (E a assistência social tem como um de seus objetivos proteger o idoso carente). A aplicação do disposto no Código Tributário precisa ser revisto em razão da nova conceituação da assistência social.

Vemos que estamos em área que necessita de urgente regulação, ainda mais se se pensar no crescimento brutal desse mercado, em razão das próprias condições precárias dos serviços públicos de saúde.

Não podemos também esquecer a necessidade de proteção ao consumidor na fixação das exclusões de doenças, na delimitação de localidades de atendimento, no valor das mensalidades e seus reajustes, nos prazos de carência, na conceituação de doenças genéticas, na restrição à livre escolha de médico e hospital etc., as quais, na maioria das vezes, lesam o consumidor.

Também não podemos deixar de criticar a ausência do Ministério da Saúde no Conselho Nacional de Seguro Privado - CNPS, do qual era membro desde 1966 até o ano de 1990.

Com a reforma administrativa do Governo Collor, o Ministério da Saúde deixou de fazer parte do CNSP. Muitas outras reformas ocorreram neste ínterim, sem, entretanto,

nenhuma delas reincluir o Ministério da Saúde no CNSP, o que não faz sentido, considerando o seu papel de Direção Nacional do SUS.

A regulação neste campo merece atenção rigorosa dos nossos legisladores, pois é uma área com pouco controle do Estado, embora a sociedade venha reclamando a sua atuação.

E para defender o seu direito em área com tão pouco controle, os consumidores têm frequentado os tribunais para fazer valer o seu direito.

Assim, urge estabelecer critérios que: a) tornem transparente a composição de preços dos planos e seguros-saúde; b) exijam uma cobertura mínima de serviços, definida pelos órgãos públicos competentes e não pelas próprias seguradoras, conforme tem sido preconizado; e c) definam a natureza jurídica dos contratos de assistência à saúde. São ou não contratos de seguro? Se obrigam ou não a reservas técnicas, ao resseguro, cosseguro?[38].

Temos conhecimento que tramitam no Congresso Nacional dois projetos de lei sobre o assunto: um que cuida da regulação dos planos de saúde (Projeto de Lei 4425/94 e apensos)e outro que trata do ressarcimento ao Poder Público das despesas havidas com beneficiários de planos e seguro-saúde[39].

A regulação de assunto tão relevante não pode ser realizada sem audiência de todos os segmentos envolvidos, principalmente o Ministério da Saúde, a quem cabe definir a política nacional de saúde[40].

---

38. O Conselho Federal de Medicina editou em 11-11-93 a Resolução 1.401 obrigando as entidades que comercializam planos e seguros saúde a garantir o atendimento a todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde.

39. Começando pelo segundo, o projeto de ressarcimento, podemos afirmar que esta questão vem sendo discutida desde 1991, em diversos fóruns, tendo sido objeto de leis estaduais e municipais isoladas.
Muitos alegam que não tem fundamento jurídico o mencionado ressarcimento.
Ora, tanto tem fundamento que a Lei 8.212/91 (Lei Orgânica da Seguridade Social) em seu artigo 27, parágrafo único, fez tal determinação com relação às seguradoras que comercializam o seguro obrigatório de veículos, estipulando que 50% do valor total do prêmio recolhido deve ser depositado no Fundo Nacional de Saúde para o financiamento de ações e serviços de saúde, uma vez que a maioria das pessoas acidentadas são atendidas em hospitais públicos, embora tenham pago um seguro-obrigatório para seguradoras privadas arcarem com os custos de suas despesas.
A questão é simples: bastaria a aprovação da lei no Congresso Nacional para que as entidades públicas pudessem, todas elas, passar a receber o reembolso dessas despesas.
Quanto ao projeto de lei que trata da regulação dos planos e seguro-saúde, o substitutivo mantém diversas distorções existentes na prática.

Não coíbe a exclusão abusiva de diversas enfermidades, mantém limites máximos de dias de internação, não delega nenhuma competência normativa ao Ministério da Saúde nem o integra no CNSP, embora acrescente diversos representantes (seis) das entidades nacionais representativas das medicinas de grupo, seguradoras, cooperativas etc., não fixa prazo máximo para as carências, não fornece nenhuma proteção ao idoso, permitindo que as entidades seguradoras aumentem o valor das mensalidades de acordo com o aumento da idade do segurado, ainda que o idoso tenha, quando jovem, celebrado o seu contrato de seguro.
Fixa um mínimo de exigência para a concessão de registro de funcionamento da entidade, que será atribuição do Ministério da Fazenda e não do Ministério da Saúde, o único que tem condições de aferir, perante as seguradoras, se as instalações e os equipamentos são adequados, se os recursos humanos são qualificados etc.
Mantém a possibilidade de cooperativas médicas comercializarem seguros e planos de saúde, o que entra em conflito com o artigo 192, II, da CF. Não trata das reservas financeiras.
Cria uma comissão consultiva no âmbito do CNSP composta por representantes da área.

c) As manipulações biológicas

As descobertas genéticas e o seu campo investigatório estão-se ampliando tanto e tão rapidamente que a sociedade não terá como prevenir o impacto de seus avanços na vida do homem. A sociedade ainda nem se deu conta do tamanho do desafio que se impõe a todos: conciliar o controle da investigação científica com a sua necessidade para proteção e recuperação da saúde.

As pesquisas científicas no campo da genética fogem ao controle das ciências sociais, pois nunca se sabe quais serão os seus resultados e o que poderá ser feito dentro de um laboratório.

Os conflitos neste campo são inúmeros: se por um lado tememos a ameaça à dignidade do homem nas manipulações biológicas, por outro também tememos uma reação negativa ao progresso das ciências.

Giovanni Berlinder e Volnei Garrafa[41], em excelente obra "O mercado humano", mencionam o dilema moral da ciência:

"Do mesmo modo, a comercialização de partes do corpo humano não deve estimular a rejeição ou a censura nem da ciência moderna, nem de suas inúmeras aplicações benéficas.

Porém o risco existe. Hoje, a reflexão de fundo moral sobre a ciência parece dilacerada, baseada nas suas aplicações biomédicas, entre tendências opostas. De um lado pode afirmar-se que uma bioética justificável corresponderia ao princípio de que tudo aquilo que é real, não só é racional como também moral. Isto significa, em termos práticos, defender que 'tudo que pode ser feito, deve ser feito'. Por outro lado, o medo de que a vida diária e o próprio futuro da humanidade sejam invadidos e tomados de modo violento por tecnologias ameaçadoras pode levar à procura de um culpado e a encontrá-lo erroneamente na matriz das técnicas, ou seja, na própria ciência. Pode levar, então, a invocar por esta razão, limites e restrições à sua liberdade. Nestas condições, a bioética pode ser usada por alguns como instrumento para afirmar doutrinas anticientíficas, e por outros pode ser considerada como um irritante obstáculo ao trabalho dos cientistas e às atividades do setor bioindustrial, ou ainda pode ser usada como um instrumento para negar o valor da ciência e como uma validação de posições pré ou anticientíficas. Orientar-se entre essas teses opostas não é tarefa fácil. É a própria realidade, os próprios casos, na verdade, que são antes de tudo complicados.

...

Toda essa desorganização de ideais e práticas, enfim, não comprometem somente um povo, mas toda a espécie humana, que se tornou interdependente em relação aos

40. O Deputado Federal Eduardo Jorge assim se pronunciou a respeito do assunto: "A regulamentação dos planos de saúde já vem sendo tentada há muito tempo no Congresso. Sou deputado há alguns anos e já acompanhei, na Comissão de Seguridade Social, várias tentativas de fazê-lo, e sempre um lobby poderosíssimo das empresas de medicina de grupo não deixa essas votações chegarem ao término. Por que acontece isso? É um poder muito grande de lobby no Congresso Nacional interessado na não regulamentação. Querem ficar completamente soltos para aplicar os planos, ter lucros independente de qualquer regulamentação e proteção ao consumidor". Seminário - O cidadão e a saúde, documento editado pela Fundação Pedrosoo Horta, 1996.

41. "O mercado humano", editora UnB, 1ª edição, pág. 147.

fatos, ainda que por sorte se mantenha diversificada em termos de história, leis e culturas. A relação entre interdependência, diversidade e liberdade poderá tornar-se um fator positivo somente se nas escolhas práticas e nas orientações da bioética for reforçada, na nossa opinião, as tendências ao pluralismo e à tolerância".

A possibilidade de se poder usar tecido, órgãos e partes do corpo humano em benefício do homem traz em si o outro lado da moeda que não pode ser desconsiderado e necessita de proteção do Estado: o homem à mercê de um mercado desprovido de qualquer princípio moral, num comércio de vidas, sem nenhuma dimensão da dignidade da pessoa humana.

Podemos citar os conflitos que podem gerar a "barriga de aluguel", ou o aluguel de úteros, o empréstimo remunerado do corpo humano para pesquisas científicas, a patente de genomas, a venda de órgãos duplos, como o rim, o congelamento de esperma e óvulos, a fertilização "in vitro", os bancos de esperma, a reprodução de embriões para experimentação, o descarte de embriões excedentes etc.

A quem pertence o filho de uma mulher que alugou o seu útero para gerá-lo? como proteger os casamentos consanguíneos numa sociedade que compra esperma ou óvulo de um banco de tecido? o homem pode ser objeto de patente? pode-se reproduzir parte do corpo humano em laboratório e patenteá-lo? pode haver descarte de embriões? É válido o contrato de aluguel de útero?

São situações reais e não ficção científica, todas causadoras de indagações, controvérsias, perplexidades.

Não se pode perder de vista também a questão da utilização de partes do corpo de animais de espécies diferentes que guardem alguma afinidade (são os chamados xenotransplantes) e as suas consequências, inclusive na transmissão de doenças. Lembremos que o vírus da AIDS pode ter sido uma mutação de um vírus do macaco transmitido casualmente pelos babuínos ao ser humano[42].

O Estado não pode ficar inerte diante de tais questões, competindo-lhe regular tudo aquilo que estiver ao seu alcance para não permitir que a ciência se volte contra o próprio homem.

A Constituição fixou, em seu artigo 199, § 4º, que "*a lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo o tipo de comercialização*". Em consequência deste comando constitucional foram editados a Lei nº 8.489, de 18-9-92 e o Decreto nº 879, de 22-7-93 que tratam do transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, não estando ai compreendidos o sangue, o esperma e o óvulo, ambos revogados pela recente Lei nº 9434, de 4.2.97

Também temos a Lei nº 8.974, de 5.1.95, que trata da biosegurança, e sua regulamentação, o Decreto nº 1752, de 20-12-95. Quanto ao sangue, até o presente momento não foi expedida nenhuma lei[43].

Há, ainda, a Lei nº 8.501, de 30-11-92 que trata do cadáver não reclamado.

42. "O mercado humano", conforme citação anterior.

Na ausência de legislação maior, o Conselho Nacional de Saúde editou a Resolução nº 196, de 10-10-96, que cuida da utilização do ser humano para fins de pesquisa.

Até o presente momento as fertilizações *in vitro*, prática rotineira no nosso meio científico, não foram objeto de mínima regulação.

São extensas as implicações jurídicas desse tema no campo da bioética. A sua regulação deve ser feita com base nos princípios constitucionais da liberdade, da dignidade, do direito à vida, à saúde, à igualdade, à segurança, à indisponibilidade do corpo humano, à justiça e a outros valores éticos e culturais sedimentados na nossa sociedade. No dizer de Sérgio Ferraz[44] *"A ciência está agora permitindo 'brincar de Deus'. A partir daí, é impossível deixar que esse cabedal de conhecimentos se mantenha unicamente ao alvedrio de seus criadores, sem regulação alguma".*

As questões aqui tratadas não envolvem nem dizem respeito apenas a uma nação; são temas de interesse supranacional que interessa à espécie humana independentemente de raízes étnicas, geografia ou credo politico. Por isso, os tratados internacionais devem ser considerados como a principal fonte de regulação das manipulações biológicas.

d) Meio ambiente

O *meio ambiente* está reconhecido na Lei Orgânica da Saúde (art. 3º) como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde da população.

O *meio ambiente* é, junto com a saúde que dele depende, um direito individual de terceira geração, um bem indisponível protegido pelo Estado.

Segundo os doutrinadores e especialistas no campo do Direito Ambiental e no de suas duas extensões, o Direito Ecológico e o Direito Urbanístico, a legislação brasileira é uma das mais completas e avançadas do mundo, a começar da Constituição Federal de 88, que tem um capítulo pioneiro e conceitualmente primoroso sobre o *meio ambiente*. A legislação federal infraconstitucional, as constituições estaduais e as leis orgânicas municipais seguiram a esteira da Carta Republicana, inspirada na luta persistente da comunidade ambientalista.

Repassamos essa legislação, reunida, organicamente, por Edis Milaré[45] em sua insuperada obra "Legislação Ambiental do Brasil". Nela verificamos que o Poder Público das três esferas de governo dispõe de todo o arsenal legislativo de defesa e proteção do *meio ambiente* e, consequentemente, de defesa da vida e da saúde humana.

---

43. Embora a Constiituição tenha vedado, *na forma da lei,* a,comercialização do sangue e seus derivados, retirando-os do comércio, até o presente momento esta lei não foi editada. Existem diversos projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional desde 1990, podendo ser citado o substitutivo do Dep. J. Linhares (que englobou os três projetos) e o projeto do Dep. Sérgio Arouca. Participei em 1994, da elaboração de um projeto de lei para a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (na gestão do Dr. Cármino Antonio de Souza, médico hematologista da UNICAMP), que foi encaminhado à Assembléia Legislativa, mas que até o presente momento não foi votado. O referido projeto muito bem tratou a questão da não comercialização do sangue, tendo entendido como passível de concessão, o fracionamento industrial do sangue.

44 "As manipulações biológicas e princípios constitucionais: uma introdução." Sérgio Antonio Fabris Editor, pág. 75.

45. "Legislação Ambiental do Brasil" Edições APMP, 1991.

Basta mencionar o estabelecido no artigo 225 da Constituição Federal:

"Art. 225. Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

§ 1º. Para assegurar a efetividade desse direito, incumbe ao Poder Público:

I - preservar e restaurar os processos ecológicos essenciais e prover o manejo ecológico das espécies e ecossistemas;

II - preservar a diversidade e a integridade do patrimônio genético do País e fiscalizar as entidades dedicadas à pesquisa e manipulação de material genético;

III - definir, em todas as unidades da Federação, espaços territoriais e seus componentes a serem especialmente protegidos, sendo a alteração e a supressão permitidas somente através de lei, vedada qualquer utilização que comprometa a integridade dos atributos que justifiquem sua proteção;

IV - exigir, na forma da lei, para instalação de obra ou atividade potencialmente causadora de significativa degradação do meio ambiente, estudo prévio de impacto ambiental, a que se dará publicidade;

V - controlar a produção, a comercialização e o emprego de técnicas, métodos e substâncias que comportem risco para a vida, a qualidade de vida e o meio ambiente;

VI - promover a educação ambiental em todos os níveis de ensino e a conscientização pública para a preservação do meio ambiente;

VII - proteger a fauna e a flora, vedadas, na forma da lei, as práticas que coloquem em risco sua função ecológica, provoquem a extinção de espécies ou submetam os animais a crueldade."

...

Mas a realidade da vida urbana e rural tem mostrado pela imprensa e televisão que não basta a existência de legislação moderna de proteção ambiental, com seus mandamentos dirigidos às autoridades públicas das três esferas de governo, aos cidadãos e ao setor econômico. É indispensável que os órgãos competentes para atuar, de fato atuem; que a administração pública (federal, estadual e municipal) exerça o respectivo poder de policia administrativa (ambiental); e que o Município, na medida do interesse local, pratique a polícia ambiental em defesa da saúde dos seus munícipes (CF, arts. 23, VI; 30, I, II e VII).

É o momento em que a chamada polícia ambiental penetra no âmbito da vigilância sanitária.

Aqui, notamos que é deficiente a regulamentação da matéria na esfera municipal ou, melhor dizendo, que:

a) falta aos órgãos municipais definição de um marco de referência legal e operacional para agirem eficaz e efetivamente no meio ambiente; e

b) faltam as condições de recursos humanos, financeiros e materiais para executar a polícia ambiental ou a vigilância sanitária do meio ambiente (p. ex.: são insuficientes o pessoal habilitado e os meios financeiros e materiais para o exercício da

fiscalização da poluição em todas as suas formas, do desmatamento, da fabricação de produtos inadequados para o consumo humano).

Cabe, também, lembrar a importância do papel do Estado na conscientização da sociedade na defesa do meio ambiente. A sua preservação depende do nível de consciência da coletividade. Aqui as práticas educativas devem ser priorizadas.

e) A tecnologia na assistência à saúde

A incorporação tecnológica na assistência à saúde constitui hoje um aspecto a ser considerado com muito cuidado, pois se de um lado não se pode ignorar o seu benefício para a saúde, por outro não se pode esquecer o peso do capital em detrimento da saúde.

A mesma tecnologia que pode salvar o indíviduo também pode estar sendo utilizada apenas a serviço do capital. Sabemos que quem define o grau de incorporação da tecnologia na saúde são os seus produtores, jamais o paciente. A divulgação das inovações farmacológicas e tecnológicas e a sua utilidade para a saúde são induzidas pelos seus fabricantes. Aqui a lei de mercado se inverte, sendo a demanda induzida pela oferta. A propaganda de certos planos de saúde vendendo antecipadamente exames sofisticados, induzindo o indivíduo a crer que sem tais exames não poderá se proteger contra a doença; a quantidade de medicamentos novos cuja eficácia é duvidosa; a realização de exames desnecessários para manter a máquina em funcionamento e cobrir o seu custo; a indução de que o que é moderno é melhor para a saúde, tudo isto deve ser considerado na regulação dos serviços e ações de saúde.

O custo-benefício deve ser analisado sempre que se incorporar uma nova tecnologia cara e sofisticada, pois a saúde pública jamais terá recursos suficientes para enfrentar esse avanço tecnológico e nem temos a certeza de sua efetividade em muitas ocasiões.

O Ministério da Saúde tem que avaliar a introdução de novas tecnologias e medicamentos a fim de evitar que sejam colocados no mercado produtos nem sempre eficazes, ou cuja eficácia não se coaduna com o seu custo. A utilidade do equipamento deve ser avaliada sempre que se pensar em incorporar uma nova tecnologia em um hospital e a autorização para a fabricação de um equipamento ou um medicamento deve levar em conta o bem protegido, que é a vida humana[46].

Aqui também não poderia deixar de ser pelo menos lembrada a questão das patentes de medicamentos e outros insumos que interferem diretamente com a saúde. A regulação de tema tão relevante para as políticas públicas não foi debatida o suficiente em fóruns como os Conselhos de Saúde, tendo havido forte pressão de lobbies econômicos poderosos, como a indústria farmacêutica.

No presente caso, a Lei de Patentes, como é chamado o Código de Propriedade Industrial (Lei 9.279, de 14.05.96) não levou em conta a necessária conciliação que deve

46. "A indústria farmacêutica controla a cabeça do médico e este por sua vez, faz com que o consumidor, ou seja, o paciente, ao receber uma primeira prescrição desenvolva o fenômeno da cascata negativa. Cada um de nós, ao receber uma prescrição, vai passar a sugerir isto para o amigo, para o vizinho, para o parente. Não é possível, isso não existe no Primeiro Mundo. Um cidadão inglês não faz isso, um cidadão americano também não". Pronunciamento de José Rubens A. Bonfim, Presidente da Sobravime no Seminário "O cidadão e a saúde". publicação da Fundação Pedrosoo Horta, 1996.

haver entre os interesses nacionais e os interesses internacionais e dos mercados mundiais. O Estado, como agente normativo e regulador da atividade econômica (art. 174, da CF) há de obedecer aos noves princípios constitucionais inscritos no art. 170, principalmente o da soberania nacional e da redução das desigualdades regionais e sociais[47]. Não se pode olhar apenas a expressão "livre iniciativa", isoladamente; são nove os valores ali inscritos; todos de observância obrigatória e que devem ser analisados conjuntamente.

Conclusão

Em face dos apontamentos feitos, podemos concluir que a regulação na área da saúde pressupõe, em primeiro lugar, a existência de um sistema nacional de saúde, compreensivo das atividades públicas e privadas, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, regionalizado, hierarquizado em níveis de complexidade crescente e com participação da comunidade.

Mas esse reconhecimento de um sistema nacional de saúde não basta — operativamente — para demarcar, de modo definitivo, o campo da regulação, que é vasto e abrange aspectos como estes:

a) que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes a política social e econômica do governo;

b) que as ações e os serviços de saúde, sejam públicos ou privados, são de relevância pública;

c) que a liberdade da iniciativa privada na assistência à saúde restringe-se a determinadas atividades;

d) que as políticas públicas não podem ser concebidas de forma desarticulada, devendo ser planejadas integradamente, com vistas ao atingimento dos objetivos fundamentais da República, inscritos no art. 3º, da CF (construção de uma sociedade livre, justa e solidária; garantia do desenvolvimento nacional; e erradicação da pobreza e da marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais), pois a saúde de um povo é o reflexo dessas conquistas;

e) que o planejamento nacional deve comportar os planos nacionais de saúde, que, por sua vez, devem ter um papel indutor na atuação da iniciativa privada;

f) que os conselhos de fiscalização do exercício profissional e os conselhos de defesa do consumidor desempenham importante papel na regulação;

g) que áreas críticas como os planos de saúde, seguro-saúde, incorporação tecnológica, manipulações biológicas, meio ambiente, condições de trabalho,

47. O Dep. Federal Aldo Rebelo, em artigo publicado no jornal Correio Popular (Campinas,SP), do dia 10 de novembro de 1996, Opinião-3, intitulado "Patentes e Preços de Remédio", assim se manifestou: "Na ausência de patentes, esses mercados tornam-se mais competitivos, na medida em que empresas menores entram no mercado oferecendo produtos similares a preços menores, limitando o poder de mercado dessas grandes corporações e garantido assim maior possibilidade de acesso aos medicamentos para a s camadas da população de renda mais baixa. (...) Quanto aos milhões de pessoas que estão deixando de tratar-se por causa do preço exorbitante dos remédios é apenas um problema de menor importância...". Questões dessa envergadura não podem ser tratados como assuntos meramente comerciais.

sangue etc. devem atender aos reclamos sociais, não se admitindo que questões dessa relevância fiquem submetidas a pressões de grupos econômicos nacionais e internacionais em detrimento da consecução dos objetivos nacionais de erradicar as desigualdades sociais e regionais, a pobreza e a marginalização;

h) que a regulação no campo da saúde deve levar em conta outras fontes de direito como: acordos e tratados internacionais; acordos coletivos de trabalho (questões que digam respeito à saúde do trabalhador e ambiente de trabalho); contratos e convênios, principalmente na área do meio ambiente; decisões judiciais (principalmente no tocante aos planos e aos seguros-saúde, erro médico etc.); acordos entre os gestores do SUS, a iniciativa privada e os cidadãos, dentre outros;

i) que os conselhos de saúde, as comissões intergestores bipartites, as comissões intergestores tripartites, as comissões intersetoriais são fóruns apropriados para a fixação de metas, definição de prioridades e responsabilidades do Estado (expressões da regulação) e da sociedade na construção de uma sociedade justa e igualitária no campo da saúde;

j) que o Estado, na sua função legislativa, há de observar os preceitos constitucionais e as competências de cada entidade política (União, Estados-membros e Municípios), sendo a competência para legislar sobre saúde concorrente (a União edita normas gerais, os Estados e o Distrito Federal as suplementam e os Municípios têm competência própria para complementar e suplementar a legislação estadual e federal, no que couber, a fim de atender ao interesse local);

l) que a competência para a execução de ações e serviços de saúde (competência material) é comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, observada a repartição especificada nos artigos 16, 17 e 18 da Lei 8.080/90; e

m) que o Executivo, em cada esfera de governo, no exercício do seu poder de polícia administrativa, está jungido à lei e aos limites de sua competência constitucionalmente fixada.

Aliás, na Oficina de Trabalho sobre Regulação[48] foi mencionado que:

"Partindo do pressuposto de que as ações e os serviços de saúde públicos e privados (art. 198 e 199 da constituição) compõem um sistema nacional de saúde e estão sujeitos a regulação, controle e fiscalização do Poder Público, sob o comando, no âmbito da União, do Ministério da saúde e no âmbito dos Estados e Municípios, das Secretarias de Saúde, é de se afirmar que:

a) o Poder Público deve regular o subsistema público (SUS), bens, serviços e processos de produção bem como a ação dos seus diversos agentes, com ênfase no estabelecimento da rede de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde e suas inter-relações e responsabilidades. Que população, em que territórios, com que serviços e ações, para quais problemas?

b) O Poder Público deve regular o subsistema privado - ações, bens e serviços executados pelo setor privado, em especial as mais diversas modalidades supletivas de assistência à saúde, com os seus planos de saúde ou seguro-saúde, bem como os produtos de equipamentos, medicamentos e outros.

48. Ibidem.

A regulação se faz necessária e é inadiável enquanto instrumento de viabilização de uma verdadeira "revolução intramuros", mediante a qual as ações dos diversos agentes do SUS confluam harmonicamente em direção a um modelo assistencial coerente com os princípios da integralidade da assistência, universalidade do acesso e equidade do atendimento, com vistas ao alcance de serviços e ações de saúde eficientes e eficazes.

Desse modo, o Poder Público deve priorizar as questões aqui mencionadas, regulando-as, fiscalizando-as e controlando-as".

Registre-se, finalmente, que ao estudar qualquer assunto ligado ao sistema único de saúde verificamos que a sua concepção constitucional compreende todos os elementos de um verdadeiro federalismo cooperativo: descentralização das ações e dos serviços; cooperação técnica e financeira da União para com Estados e Municípios e dos Estados para com os Municípios; participação da sociedade na definição da política de saúde, através dos conselhos de saúde e das conferências de saúde; comissões intersetoriais; planejamento ascendente: compatibilização dos planos de saúde municipal e estadual com o planejamento nacional; solidariedade na divisão dos recursos da seguridade social e suas três áreas: previdência, saúde e assistência social; participação da iniciativa privada no SUS; comissões intergestores bipartite; comissões intergestores tripartite.

Vê-se que no setor saúde existem instrumentos para uma atuação positiva do Estado em relação ao cidadão na construção de uma sociedade justa e igualitária. Estão todos à disposição dos governantes e políticos, requerendo, apenas, a vontade política para a sua concretização.[49]

Referências Bibliográficas

1. BASTOS, Celso - Jornal "Folha de São Paulo", de 19.10.96, artigo "O fumo e as 3 proibições".

2. BERLINGUER, Guiovanni e Volnei Garrafa - O mercado humano, ed. UnB.

49. O princípio da solidariedade existente na área da seguridade social tem sido rompido na prática pela ação dos setores econômicos do governo, que vêm impedindo a partilha solidária dos recursos do orçamento da seguridade social, sufocando o setor da saúde e enfraquecendo o conceito de "relevância pública" assegurado pela Constituição. O desrespeito do Poder Público pela saúde é ação indutora: convence o mercado a desrespeitá-la também.
Por oportuno, não poderíamos deixar de considerar o grande erro da teoria neo-liberal de pregar a ausência do Estado na regulação da economia, deixando o controle na mão do mercado. ALAIN TOURRAINE diz que *"... seria um erro crasso afirmar que a destruição do antigo sistema de regulação conduz por si só à criação de um novo sistema estável, que poderíamos denominar de liberal. Erro que se torna catastrófico se pensarmos que a queda de antigos controles políticos e sociais da vida econômica abriria caminho a uma economia 'livre', isto é, desembaraçada de todo controle externo e regulada somente por si própria"*. ("Ecos da ausência do Estado", Folha de S.Paulo, de 17.10.96, caderno MAIS!, pag. 11).
Num país como o nosso, no qual, em plena era da globalização dos mercados, existem quase 50 milhões de brasileiros sem registro de nascimento, sendo o Estado do Maranhão recordista desta 'clandestinidade' (Fonte: IBGE, de acordo com matéria publicada na Folha de S.Paulo, de 17.11.96, pags. 12 e 13, caderno 1) fica difícil falar em economia desregulada, numa sociedade com milhões de despossuidos, excluídos do mercado pelo próprio mercado. Como falar em saúde para pessoas desnutridas, sem registro civil, cujos filhos morrem antes de atingir um ano de idade da doença chamada "miséria". O Estado não pode fugir de suas responsabilidades de fazer cumprir a Constituição, promovendo o desenvolvimento nacional, com redução das desigualdades sociais e regionais, com erradicação da pobreza, mediante a elaboração de um planejamento global, capaz de implementar o progresso social e econômico, intervindo, sempre que necessário ao interesse público, nas atividades privadas, atuando como agente regulador.

3. BERLINGUER, Guiovanni - Medicina e Política - Ed. Hucitec, 3a. edição.

4. BONFIM, José Rubens A. (SOBRAVIME) - Seminário "O cidadão e a saúde" - Documento da Fundação Pedrosoo Horta - 1996.

5. CANOTILHO, J.J. Gomes - Direito Constitucional, Livraria Almeidina, Coimbra.

6. CARVALHO, Guido Ivan e Lenir Santos - Sistema Unico de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde, editora Hucitec, 2a. edição.

7. COMPARATO, Fabio Konder - "A organização constitucional da função planejadora" - Revista Trimestral de Direito Público - n. 8.

8. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS - Publicação referente à Oficina de Trabalho "A regulação na saúde", Brasília, 1995.

9. EDUARDO Jorge (Dep. Federal) - Seminário "O cidadão e a saúde" - Documento da Fundação Pedrosoo Horta, 1996

10. FERRAZ, Sérgio - As manipulações biológicas e os princípios constitucionais: uma introdução. Sérgio Antonio Fabris Editor.

11. Folha de São Paulo - dia 6.10.96 - artigo sobre denúncias no Conselho Regional de Medicina de São Paulo - CRM

12. GANDOLF, Eliane (IDEC) - Seminário "O cidadão e a saúde" - Documento da Fundação Pedrosoo Horta, 1996.

13. GRAU, Eros Roberto - O Poder de Polícia - Revista Trimestral de Direito Público n. 1/93.

14. LIMA, Rui Cirne - Princípios de Direito Administrativo - Editora Revista dos Tribunais - 6a. edição.

15. MEIRELLES, Hely Lopes - Direito Administrativo Brasileiro - 19a. edição, Malheiros Editores.

16. MELLO, Celso Antonio Bandeira - Curso de Direito Administrativo - 5a. edição - Malheiros Editores.

17. MILARÉ, Edis - Legislação Ambiental - Edições APMP - 1991.

18. PEREIRA, Cleriberto Venâncio (CRM) - Seminário "O cidadão e a saúde" - Documento da Fundação Pedrosoo Horta, 1996.

19. PIETRO, Maria Silvia Zanella - Direito Administrativo - 3a. edição- Malheiros Editores.

20. PINOTTI, José Aristodemo - "A perda do caráter público da saúde" - Jornal O Estado de São Paulo, dia 29.10.96.

21. RAO, Vicente - O direito e a vida dos direitos - vol. I, 3a. edição - Editora Revista dos Tribunais.

23. RIBEIRO, Darcy - O povo brasileiro - Editora Companhia das Letras.

24. SANTOS, Lenir - Distribuição de Competências no Sistema Unico de Saúde - Série Direito e Saúde n. 3 - Publicação da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde, Brasília, 1994.

22. REBELO, Aldo - "Patentes e Preços Públicos" - Jornal o Correio Popular - dia 10.11.96.

25. SARAIVA, Felipe - (Dep. Federal) - Seminário "O cidadão e a saúde" - Documento da Fundação Pedrosoo Horta, 1996.

26. SILVA, José Afonso - Curso de Direito Constitucional Positivo - 6a. edição - Editora Revista dos Tribunais.

27. SUNDFELD, Carlos Ari - Direito Administrativo Ordenador - Malheiros Editores.

Trabalhadores da Saúde: uma Nova Agenda de Estudos sobre Recursos Humanos em Saúde no Brasil

Lilia Blima Schraiber
Maria Helena Machado

Introdução

Embora seja uma preocupação constante nas políticas públicas e nas discussões acerca da qualidade dos serviços de saúde, "recursos humanos" mantêm-se como um desafio. Quer como objeto de estudo científico ou objeto de intervenção social, este campo ainda nos oferece mais problemas que referenciais para transformações. Neste texto, pretendemos refletir sobre essa característica do campo e identificar, para o momento mais atual da realidade de saúde no país, suas principais problemáticas, buscando analisá-las como questões das profissões e do trabalho em saúde. Visando à compreensão desse recorte, "profissões e trabalho", examinaremos as várias aproximações de que os recursos humanos têm sido alvo. Nosso propósito é resgatar o movimento histórico de sua produção técnico-científica e os principais pontos de inflexão adotados para tratar dessa realidade, trabalhando-se através desse percurso algumas das principais questões contemporâneas acerca das profissões em saúde no Brasil. No percurso histórico examinado também encontraremos a presença do movimento sanitário brasileiro, o que nos permitirá comentá-la igualmente através dos recortes que toda a contribuição dos intelectuais e militantes da Saúde Coletiva produziu acerca da Reforma Sanitária, e muitas vezes prioritariamente, dos recursos humanos. Um segundo enfoque do texto examina mais especificamente novas aproximações e questões ainda por se trabalhar, principalmente as do atual momento político e sanitário, buscando apresentar os percursos ainda necessários para deslindar seus desafios, como nova agenda de estudos sobre o campo.

Um outro ponto a considerar, central para toda nossa argumentação, reside no fato de que a Saúde Coletiva brasileira tem elaborado conhecimentos sempre sob dois distintos modos: o vinculado à produção científica e o vinculado à intervenção social. Aliás, sua marca tem sido buscar exatamente uma articulação permanente entre esses dois ramos do conhecimento e da ação. Mas essa pretensão não anula as diferenciações existentes entre eles. Seria, pois, interessante nomearmos diferentemente essas modalidades de produção intelectual. Além do que, provavelmente porque seus estudos, em ambos os casos, tomam problemas de natureza política para responder, a confusão entre elas é bastante grande. E em áreas cujas problemáticas estão colocadas de modo urgente e imediato nos serviços, o que freqüentemente ocorre com os recursos humanos, esta mescla de produção é ainda maior.

Recursos humanos apresentam problemas gerenciais importantes, cujos estudos, de natureza administrativa, são muito freqüentes[1]. Basta pensarmos na definição de cargos e carreiras ou nas relações de trabalho e suas negociações, por exemplo. Esse tipo de abordagem tem sido mais freqüente que estudos que possam situar tanto as carreiras ou cargos e as relações de produção como dimensão das práticas sociais em geral, como componente da vida social em que se produzem os problemas com os quais devemos lidar. É o caso, por exemplo, da pequena quantidade de estudos existente acerca do modo de produzir serviços e forma de se trabalhar em saúde, cuja teoria poderia nos explicar os padrões de trabalho e postos técnicos, quando então cargos e carreiras ganhariam sentido político-social.

Diremos, pois, que no caso da produção intelectual acerca da prática dos serviços, quer tratemos suas questões como gestão de serviços, ou gerência, ou planejamento normativo, ou de algum outro modo conceitual, formula-se um discurso que é "*projeto da ação política*" e pertence ao plano desta última. Enquanto que, no caso da produção intelectual científica, formula-se um discurso de natureza teórica que é "*explicação sobre a ação política*". Este último discurso está apenas indiretamente vinculado à ação, por meio da pesquisa científica que estuda a própria ação como seu objeto de conhecimento. Ele pertence ao plano do saber teórico, ou da teoria, ou, se quisermos, do conhecimento científico.

Note-se que a ambos os modos de produção intelectual atribuímos a capacidade de conhecer e distinguimos a competência própria de cada um. Ao primeiro, cabe ser parte da ação, mesmo sendo reflexão e, portanto, um certo distanciamento (abstração) do fazer. Seu conhecimento caracteriza o saber prático, que está no âmbito do concreto dos serviços e tem respostas pragmáticas (práticas e imediatas a problemas dados). Ao segundo, cabe ser prática dos serviços apenas mediatamente, por estar no âmbito da abstração maior, isto é, em outro plano de reflexão, como que em suspenso por sobre o cotidiano, ainda que possa estar também refletindo sobre esse mesmo cotidiano. Por isso para se obter respostas ao dia-a-dia dos serviços, transformando-se em prática, a teoria requer um espaço e um tempo de re-formulação.

Essa nossa distinção pretende deixar mais claro as diferenças de atribuições e sobretudo de temporalidade nas conexões entre teoria e prática, de um lado, e projetos de ação e execução, de outro. Essa distinção nos serve, ainda, para mostrarmos que embora a imensa produção intelectual em Recursos Humanos, ao trabalhar no âmbito do "projeto da ação", estará considerando estes recursos como trabalhadores, poucos estudos existem na produção da teoria política, ou da sociológica ou ainda da econômica, diretamente sobre o trabalho em saúde. Por isso temos um grande conhecimento prático acumulado, mas não temos referenciais explicativos desenvolvidos a ponto de nos orientar a multiplicidade de pesquisas científicas, das mais às menos aplicadas, necessárias ao aprofundamento do saber prático referido.

Atentos a essa característica da produção no campo, devemos destacar o que, a nosso ver, tem marcado em especial o Movimento Sanitário Brasileiro, cujas proposições, em parte, como dissemos, confundem-se com a produção em geral neste mesmo

1. Cf. Schraiber, L. B.; Peduzzi, M. - Tendências e possibilidades da investigação de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, **Educación Medica Y Salud 27** (3): 295-313, 1993; PAIM, J. S.- **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1994.

campo. Podemos afirmar que pelo menos dois postulados ético-políticos têm acompanhado a produção sobre a Reforma Sanitária no Brasil, no que tange os recursos humanos: a tomada destes como problemática institucional e do mundo do trabalho (força de trabalho; relações de trabalho), mas também, de outro lado, como realidade até certo ponto independente desse mundo do trabalho, na tentativa de tratar com o problema "recursos" por seu lado "humano", isto é, como pessoas a serem valorizadas em suas necessidades e demandas. Como este segundo aspecto é mais complexo, não vamos simplesmente exemplificá-lo aqui. Vamos recuperar, da história, os enfoques e linhas de reflexão desenvolvidos, para mostrarmos os dois princípios mencionados e seus conflitos, além de indicarmos nossa própria perspectiva de tratamento dessa realidade.

O Conhecimento Produzido: Breve Incursão Histórica

Recursos humanos são constantemente problematizados no interior da questão saúde. Ganham sempre grande ênfase e não poucas vezes são tratados como se conformassem, em si, um problema soberano às demais questões das práticas em saúde, particularmente por referência às condições e contextos do trabalho e produção social dos serviços. Nesta situação, usualmente são tratados como problema isolado e suas questões específicas tendem a surgir como o alvo, senão único, certamente o mais relevante para resolver crises da produção dos serviços ou a qualidade do trabalho executado.

Esta importância creditada aos recursos humanos não é recente. O destaque que se dá ao componente "*pessoa*" no trabalho e na organização dos serviços, individualizando-se "o profissional" ou "o trabalhador", é, em realidade, a primeira forma histórica com que são tomados os problemas das práticas de saúde. Relativamente aos próprios recursos humanos, em princípio podemos dizer que eles têm sido tratados sob três distintas esferas de qualificação, ao longo da história das práticas a partir da modernidade e, portanto, da emergência das práticas científicas e tecnológicas em saúde. São elas:

1. recursos humanos como pessoas portadoras de saber, vale dizer, o recurso humano como sujeito privado detentor de conhecimento complexo;
2. recursos humanos como instrumento de saber, isto é, como insumo de processo produtivo e prolongamento mecânico do saber em sua aplicação, coisificando a pessoa detentora do saber; e finalmente,
3. recursos humanos como trabalhadores. Trabalhadores no interior da atividade do trabalho (3.1); e/ou em mercado (3.2). Sua peculiaridade é deter saber complexo e, simultaneamente, submeter-se a regras de mercado e produção de serviços socialmente organizada, estabelecendo, ainda, relações extremamente diferenciadas quer com o Estado, enquanto sendo trabalhador social, quer com as condições objetivas de trabalho, enquanto sendo detentor de saber complexo.

A primeira corresponde à mais antiga abordagem. Podemos registrá-la desde os movimentos por reforma médica dos anos 40-50, nos Estados Unidos, por exemplo[2]. Toda uma recomposição da prática médica era esperada tendo por base mudanças no

ensino médico. Estes movimentos, caracterizando, sobretudo, a Medicina Integral e a Medicina Preventiva americanas e em parte também a Medicina Comunitária, voltaram-se para reorientar o ato médico através de mudanças no desempenho do médico, individualmente pensado. Este, com base em uma aprendizagem de novo caráter (medicina preventiva), diante da especialização médica, retomaria a abordagem integral do doente ("todo bio-psico-social") e ainda saberia atuar sobre as demandas tecnologicamente simples, mas bastante expressivas do ponto de vista epidemiológico: as "reais necessidades de saúde da população", termos usados pelos próprios movimentos reformadores.

Observemos a natureza exterior ao trabalho desta proposição. Atribui à Educação o valor de determinante dos fenômenos do mundo do trabalho, ao supor a possibilidade de alterar os recursos humanos por anterioridade relativamente às condições concretas no trabalho e esperar que eles atuem como agentes de mudança da própria prática. Para problemas do tipo: fragmentação na assistência médica, elitização do consumo e restrição do acesso aos serviços; qualidade variável na produção dos cuidados; cuidados muito diferenciados pelos diversos segmentos populacionais; insuficiência "resolutiva" dos serviços; e, por fim, descontinuidade da assistência, o instrumento de transformação pensado foi exclusivamente o próprio trabalhador, com base na transformação de sua formação escolar.

Essa forma de abordagem representou, portanto, a tomada das práticas de saúde como objeto de intervenção, mas também, simultaneamente, a tomada dos recursos humanos. Na realidade, trata-se da tomada deste último em substituição ou como representante das práticas.

Por outro lado, é interessante notar que, relativamente à pretensão de se formar profissionais mais voltados para a apreensão do processo saúde-doença como processo social e de se politizar a prática médica (e em saúde), esta proposição de Medicina Preventiva/Integral que faria tal reforma foi objeto de duras críticas, por parte dos intelectuais da Saúde Coletiva e precursores do movimento pela reforma sanitária. Mas a essa mesma crítica escaparam os significados técnicos e sociais, as repercussões ético-políticas e as concepções sobre a saúde e suas práticas, que estavam no núcleo da proposição, qual seja, realizar a intervenção na produção dos serviços e no trabalho por meio da reforma escolar, exclusiva ou centralmente. Em realidade isto viria a ser objeto de discordância, ainda que não alvo direto de crítica, em outra postura reformadora destes mesmos intelectuais, na concepção dos recursos humanos como força de trabalho, como veremos.

As outras abordagens dos estudos sobre recursos humanos(2. e 3a/3b) são mais recentes e emergem ligadas à introdução do pensamento econômico em saúde. Abrem a possibilidade de se tomar diretamente as práticas de saúde como objeto de estudo e intervenção, ou se tomar a perspectiva de trabalho em sociedade e de modo de produção[3].

---

2. Cf. Arouca, A.S.- **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão crítica da Medicina Preventiva**, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),São Paulo,Brasil,Tese de Doutorado,1975;Donnangelo, M.C.F. e Pereira, L.- **Saúde e Sociedade**, Duas Cidades, São Paulo, Brasil, 1976**.**

3. A bibliografia neste caso é extensa e pode ser consultada ao final. Vale notar a completa sistematização que aparece em PAIM, J. S.- **Recursos Humanos em Saúde no Brasil...**, op.cit.

Uma das matrizes desse pensamento econômico em saúde foi conexa à introdução do planejamento e também da teoria dos sistemas, no setor. Viu no processo de produção, social e em saúde, uma estrutura em dinâmica processual, na qual seus elementos eram componentes subordinados e conformados à estrutura. Se isto representou um olhar diretamente dirigido ao mundo do trabalho, tratou dos recursos humanos como ferramentas, instrumental do próprio trabalho.

A outra matriz do pensamento econômico, já em adição com estudos de natureza sociológica na vertente do trabalho, introduzirá, nos anos 70-80, a dimensão de relativa autonomia do trabalhador por referência à estrutura de trabalho, ainda que dependente por referência ao modo de produção social. Trata-se de estudos que abordam o mercado de trabalho em saúde, e em seu desenvolvimento, os recursos humanos como força de trabalho, e, pois, indivíduos ou pessoas[4]. Como tal não perdem nunca a possibilidade de crítica e recusa, desenvolvendo estratégias de insubordinação, mesmo quando em situação de extremo constrangimento de sua ação. Aliás este é o caso da mecanização e rotinização do trabalho, situação em que o próprio conceito de "força de trabalho" surge, quando significa pessoas que são reduzidas, em razão do modo de produção do trabalho, ao corpo instrumental: corpo e mente ferramentas do trabalho.

O movimento traçado pelos diferentes olhares para os recursos humanos é revelador da historicidade na construção desse conhecimento, e não há dúvida que devemos encontrar uma explicação para tal. Também devemos ter claro que encontraremos uma disputa histórica entre interesses e concepções de vida social distintos. De um lado, a produção conservadora das políticas vigentes, e, pois, guardiã da hegemonia político-ideológica e suas proposições técnicas. De outro, a perspectiva crítica, em que se insere a produção particular de grupamentos e movimentos contestadores, tal como o CEBES, entre outros. Contudo, também é preciso ter claro, que o próprio movimento crítico cujas bases foram a discordância política e ideológica, nem sempre conseguiu perceber-se como participante, de algum modo, da cultura técnica e social que historicamente gerou a hegemonia, e, ainda que não completamente inserido nesta, de viés ou soslaio, também contribuía em sua reprodução, já que a crítica político-ideológica nem sempre alcança também a dimensão dos valores culturais. Aliás, o estudo das transformações do discurso crítico, mostram a dificuldade e o amadurecimento do movimento pela Reforma Sanitária, neste percurso.

O que nos daria uma primeira idéia sobre essa dificuldade na crítica? Entendemos que uma possível explicação funda-se no valor culturalmente dado ao saber científico no interior das práticas em saúde[5]. Como constituinte do trabalho em saúde, o saber tem sido ora tomado como exclusivo determinante das ações profissionais, ora, em outro extremo, anulado como componente estruturador das ações, e tomado como fator totalmente determinado no plano das condições concretas do trabalho. Seria, portanto, o peso do saber ou sua qualificação como problemática de recursos humanos no mundo do trabalho, o que produz essa oscilação e dinâmica de enfoques/abordagens. Aliás, a classificação que acima realizamos, refletiu exatamente esse nosso entendimento.

4. Não há neste caso a preocupação de delimitar com maior precisão os conceitos de pessoa, indivíduo, sujeito, personagem, cidadão ou ator social. A referência aqui é num plano muito genérico, e quer contrastar a coisa e o humano, ou a impossibilidade de vontade própria e a impossibilidade de anulação completa da vontade própria, e, portanto, em situação de absoluta determinação de comportamento, ação ou desempenho.

Por isso individualizamos os enfoques segundo o modo como que cada qual toma o saber, ou melhor, como vê a relação entre o saber e o processo de trabalho e, ao mesmo tempo, entre o trabalhador neste processo e o saber científico.

Podemos ver, nessa variabilidade de abordagens, dois recortes principais: um exterior e outro interior ao mundo do trabalho, respectivamente equivalendo à primeira abordagem acima discriminada (1ª) e, em conjunto, a segunda e a terceira registradas.

O que distingue uma da outra, para estas duas últimas, é a natureza da reflexão, em termos teóricos e metodológicos. Problematizam suas questões de modos muito diversos, ora tomando o mundo do trabalho como estruturas sistêmicas em que o todo é formado por conjuntos de elementos homogêneos (2ª); ou (3ª) como estruturas histórica e socialmente determinadas em que a totalidade do mundo do trabalho é formada por constituintes econômica e politicamente articulados em hierarquias.

Além do que, subdividindo-se a terceira em duas possibilidades de aproximação, teremos estudos dirigidos a dois planos distintos do mundo do trabalho: o do mercado e o da atividade do trabalho (ou processo do trabalho).

Na primeira abordagem, os recursos humanos são vistos como questão pertencente à produção e aquisição dos conhecimentos científicos, como algo da esfera da ciência e da educação escolar. Nesse "mundo pré-trabalho", que ademais é concebido como fator anterior e soberano ao trabalho (o saber preside o trabalho), encontrar-se-iam as explicações e soluções para os problemas do trabalho. O que seria o trabalho, nesta visão? Seria prática, aplicação, de saberes. Como um "espelho" da formação escolar ou da capacitação profissional, o trabalho dependeria principalmente do desempenho pessoal e individualizado de cada profissional. Por isso, este trabalhador (ou agente do trabalho) é concebido como indivíduo particular e privado.

De modo diverso teremos as abordagens em que recursos humanos são elemento do mundo do trabalho. Neste caso, como dissemos, recortado em planos diversos do social: na situação de estar em mercado, logo pertencente à transição entre produto da educação e agente do trabalho; ou como já pertencente ao processo de trabalho.

O ângulo do mercado introduz o mundo do trabalho pela dimensão da dinâmica de oferta e utilização dos postos de trabalho. Deste modo o trabalho será visto como um lugar na estrutura produtiva, por isso também um reflexo da organização social da produção e distribuição dos serviços, espelhando a própria estrutura institucional e os setores, público e privado, de produção dos serviços, no mundo do trabalho. Também se evidenciarão, aí, as características sócio-demográficas da força de trabalho.

Já pelo ângulo do trabalho em operação, uma das concepções existentes, que vê recursos humanos como insumo e não como, ao revés, agente ou ator no trabalho, toma o trabalho como estrutura técnica isolada e auto-determinada, situação em que seus recursos, inclusive o humano, reduzem-se a componentes-objeto do processo. Neste caso, os agentes de trabalho não poderiam dispor-se como sujeitos ou como atores sociais

5. Veja-se SCHRAIBER, L. B. - **O médico e seu trabalho. Limites da liberdade**, São Paulo, Hucitec, 1993; MENDES-GONÇALVES, R. B. - **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**, São Paulo, Hucitec / Abrasco, 1994; Machado, M.H.- Sociologia de las profesiones: un nuevo enfoque **Educación Médica y Salud 25** (1): 28-36, 1991.

e o termo trabalhador indica a dessubjetivação da pessoa e a sujeição completa do indivíduo em ação.

Mas também há outra concepção na qual pode-se ver o trabalho como subtotalidade social. Recebendo do todo social determinações e, ainda, interagindo com ele, o trabalho como estrutura técnica resultaria da dinâmica entre macro estruturas de sua produção, tal como, por exemplo, a organização social da produção dos serviços, as organizações corporativas e interesses profissionais coletivos ou as políticas de saúde, tanto quanto resultaria da dinâmica de relações entre os constituintes da microfísica das ações, no processo de trabalho: dinâmica entre conhecimentos, insumos materiais (instrumentos) e o trabalhador (agente). Em qualquer desses dois últimos casos, e há estudos que se voltam mais para uma ou mais para outra dessas esferas, a pessoa do trabalhador figura como agente que é também ator social e pode vir a ser sujeito no trabalho, interligando-se as temáticas do sujeito individual e sujeito coletivo na cena institucional e na cena social.

Estas últimas situações de produção científica, já nos anos 90, introduzem temas como a flexibilização dos mercados e das estruturas do mundo do trabalho, a pluralidade das questões organizacionais, a dimensão das relações interindividuais e intersubjetivas nas ações do trabalho e assim por diante. Reconhecemos estes temas, entre outros, nos estudos sobre: regulação da força de trabalho e ética de Estado nas políticas sociais; gestão dos recursos humanos e democratização das estruturas institucionais; multiplicidade profissional e pluralismo nas relações de trabalho; agir comunicacional e agir estratégico nas práticas em saúde; ética e técnica das práticas em saúde, etc... Estas novas temáticas somente agora são trabalhadas da perspectiva reformadora dos serviços de saúde, introduzindo para o interior do movimento pela Reforma Sanitária brasileira, a crítica e reforma das ações técnicas, das ações organizacionais e gerenciais, das práticas em saúde como um todo e da autopercepção dos trabalhadores da saúde enquanto agentes e cidadãos no trabalho, seja transformando seu modo de representação de interesses coletivos, seja sua cultura profissional e seu papel na reforma das instituições e das políticas de saúde.

No entanto, se todo esse movimento ocorre na produção técnico-científica e se atribuímos importante papel para o *saber científico* nessa trajetória, é fundamental buscarmos algumas possíveis razões para isso.

Entre a Ciência e o Trabalho: o Trabalhador

Retomemos a primeira forma mencionada de reflexão sobre recursos humanos. Tratava-se ali de reforma do ato médico, através da criação da medicina preventiva e comunitária, ou proposições afins, surgidas nos Estados Unidos nos anos 40-50. Proposições similares, embora específicas à realidade do Brasil, surgiram nas décadas de 60 e 70.

Como se viu, nessa forma de pensar, se o problema centra-se na produção concreta das práticas em saúde e a correspondente qualidade dos cuidados assistenciais oferecidos à população, ele está sendo tomado como se fosse resultado da qualidade, vista como ruim, dos recursos humanos, em razão de inadequada formação escolar[6].

Observamos nessas proposições que há redução importante do problema. Elege-se o trabalhador como componente capaz de responder por toda a produção dos serviços

e condições concretas do trabalho. Além disto, ele próprio surge como um mero aplicador dos conhecimentos adquiridos, uma vez que adquirindo outros conhecimentos ele, automaticamente, mudaria sua prática e o mundo do trabalho! Deixando mais claro, os problemas *do trabalho* são transformados em problemas apenas do desempenho pessoal e individual do trabalhador, como se fossem apenas problemas de seu *domínio em um saber-fazer*. Em segundo lugar, esse domínio de um saber-fazer, isto é, domínio de uma *efetiva tecnologia de trabalho*, reduz-se a *deter saberes ao término de uma capacitação escolar*.

Estes deslocamentos reduzem o problema inicial. Assim, questões geradas na produção das ações de assistência, desencadeadas tanto pelo modo de produzir cuidados adotado, quanto pelas condições concretas da produção e distribuição social dos serviços (e do trabalho) na sociedade, tornam-se questões do trabalhador e, ainda por cima, de sua base escolar.

Ora, sabemos que a assistência produzida e as condições e contextos do trabalho são realidades em que objetivos técnicos estão articulados aos objetivos institucionais, sob os quais a técnica organiza-se em tal ou qual forma de produzir cuidados. E esta organização representa interesses e políticas administrativas de diferentes empresas; representa compromissos junto a complexos financeiros ou médico-industriais; representa certas disponibilidades de meios de trabalho, instalações e formas de interagir com a clientela; representa, ainda, maior ou menor satisfação no trabalho. Tudo isso é que conformará os padrões do desempenho profissional, para o conjunto dos trabalhadores, em geral, e com diferenciações dentro de certa gama possível de comportamentos individuais, para profissionais particulares.

Essa situação complica-se ainda mais se considerarmos o modo como os profissionais adquirem seus conhecimentos científicos e adestramento técnico, pois esse modo corresponde a situações extremamente selecionadas de aprendizado. Todos sabemos das críticas de que são alvo os hospitais-escola, por exemplo. Nesse processo de ensino com sua pré-seleção de casos e patologias, de regra com base em interesse de pesquisa científica do tipo biomédica, ocorre um aprendizado que em termos práticos todos os profissionais sabem não corresponder a situações equiparáveis do cotidiano assistencial. Centra-se a aprendizagem na vivência do mais difícil, do ponto de vista científico, como se isto recobrisse a gama de situações do dia-a-dia do trabalho, que quase sempre, ao contrário, corresponde a demandas mais simples, do mesmo ponto de vista científico. *Trabalho simples ou trabalho complexo* são vistos como se fossem a mesma coisa que *conhecimento científico simples ou complexo.* Mas, de fato, no mundo do trabalho, a "simplicidade" é apenas da patologia, sendo a assistência ou o cuidado a ser produzido um trabalho complexo de outra natureza que aquele da prática hospitalar tecnologicamente armada. E apenas em algumas das situações de trabalho, é que teremos uma proximidade daquelas experimentadas na escola.

Muitas vezes buscamos resolver esse impasse por meio de capacitações profissionais, que, contudo, são repetições dos padrões escolares de qualificação, visando à atualização dos conhecimentos científicos mais recentes e da tecnologia de ponta, apenas. *Dominar o conhecimento científico, porém, não é o mesmo que dominar a habilidade tecnológica*

6. É necessário lembrar que as propostas do tipo "medicina comunitária" representam relativamente às outras uma reflexão que avança na direção dos próprios serviços e da produção do trabalho, ao conectar as questões de desempenho e formação profissional com a organização institucional da produção, através da preocupação com as necessidades sociais em saúde e a participação "comunitária".

do trabalho. Por isso, por mais que aprimoremos a dimensão educacional ou o ensino escolar, nossa ação, se restrita a isto, apenas atingirá aspectos parciais do trabalho.

Por outro lado, o trabalhador, consoante com sua condição humana que o capacita efetivamente para criar, inventar soluções e adaptar-se a situações muito diversas, tem desenvolvido habilidades tecnológicas concretas. Podemos auxiliá-lo neste desenvolvimento e, também, tentar promovê-lo de modo a articular sua habilidade a questões sócio-sanitárias conhecidas, discutidas e valorizadas, quer pelos profissionais, ou pela população. Tal seria o caso em nossa pretensão de tratarmos dos problemas epidemiologicamente significativos para nós, técnicos da Saúde, em negociação dessa importância junto à população.

Mas, o que se pode verificar é que têm sido extremamente freqüentes as formas de aproximação dos recursos humanos que são redutoras de suas problemáticas, tal como as que acima apontamos. Por isso, seria oportuno indagarmos, por que, afinal, a formação do tipo escolar de cada profissional parece ser o mais importante em toda essa realidade do trabalho? Por que é essa formação aquilo que deve ser mudado?

A resposta encontra-se na História. Nela observaremos as razões desse proceder, que tecnicamente falando se amparam no estatuto que o saber científico adquiriu para o trabalho em saúde, ao longo do século XIX, enquanto ainda sobretudo trabalho dos médicos, e que, inclusive, possibilitou a estes o monopólio de praticar e conhecer, fornecendo também bases ideológicas e políticas para aquele mesmo estatuto do saber e, pois, para aquele mesmo modo de compreender o trabalho e seus problemas.

Vale a pena, então, examinarmos um pouco esse momento histórico da constituição da medicina moderna, quando, a prática médica se estabelecerá como um trabalho de natureza muito peculiar, relativamente aos outros trabalhos da sociedade. Essa sua peculiaridade permitirá que sua ação técnica seja concebida sobretudo como aplicação direta da ciência; exercício de um especial saber; uma *profissão*. Profissão, naquele contexto, significou uma intervenção técnica nuclearmente apoiada na atuação de seu agente para a produção do trabalho. Por esse motivo o conceito de profissão refere-se a um trabalho que nasceria como atividade que se dá fundamentalmente pelas características vinculadas ao profissional, concepção que ainda guardamos da medicina até hoje.

Estamos, portanto, diante de um trabalho em que o caráter de intervenção eficaz é muito relevante, daí buscar amparo em uma fundamentação científica para sua ação técnica, mas esta, mesmo sendo intervenção direta e manual sobre seu objeto, tal como qualquer outro trabalho, será concebida como radicalmente distinta de outras tecnologias ou trabalhos manuais. A profissão médica será sempre vista como algo muito distinto dos demais trabalhos, não só porque suas ações são especializadas, ou porque o conhecimento (a Ciência) envolvido seja complexo e extenso, ou mesmo porque tenha regras próprias de exercício, mas porque lhe é dada uma rígida moral de prática, implicando uma habilidade tecnológica peculiar: uma sabedoria especial acerca do uso dos conhecimentos científicos, tanto quanto dos valores éticos. A prática médica e, em certa medida, todo trabalho em saúde, não serão vistos sob a imagem comum de *trabalho*. Por isso, a primeira noção de profissão é a de um trabalho quase não-trabalho!

Isto conferirá a seus agentes, no conjunto dos trabalhos sociais, identidade social bem circunscrita e protegida, elitizando-os socialmente. A intervenção manual, neste caso, transcenderia o sentido técnico comum de manipulação pura e simples de um

objeto de prática, para significar um ato também moral. Trata-se de uma ação técnica que se funda e se realiza na dependência de uma ética das relações intersubjetivas, na interação médico-doente (*técnica moral-dependente*)[7].

Assim, a habilidade tecnológica do profissional envolve, neste caso, também, senão principalmente, o "bom" uso da ética, expresso através do modo adequado de comportar-se diante do doente. Note-se que o sentido produzido aqui para este "modo adequado de comportar-se" implica a interpessoalidade e ao mesmo tempo o correto adestramento técnico, por isso esta profissão não exigiria somente práticas peculiares, senão pessoas peculiares, "*homens de dom*". O dom ou a vocação pessoal de cada profissional tem sido sempre, até mesmo nos anos 90, lembrado como uma espécie de exigência da profissão.

Esses qualificativos, que são pessoais e individuais e encontram-se mesclados ao saber, recobrem o agir técnico. E o fazem porque contêm dois significados individualizáveis, embora combinados: a *habilidade (de técnica)* e uma *tendência natural para* (a habilidade).

Esse duplo sentido resulta, de um lado, da valorização da *técnica* na modernidade, expressando o domínio da natureza pelo homem como parte dos valores do novo projeto social (a sociedade industrial capitalista). Essa nova sociedade marca-se, pois, pela conquista da grande intervenção do homem sobre o mundo natural e sua capacidade de recriar o *seu natural, uma "sobre-natureza"*. De outro lado e ao mesmo tempo, essas concepções se originam com a progressiva elaboração, por parte da elite dominante, de justificativas para os acontecimentos sociais, em especial a desigualdade, onde diferenças de classes são ancoradas na idéia de *natural*. Passariam, pois, as diferenças sociais a decorrer de "causas individuais", competências ou incompetências estritamente pessoais, diante de oportunidades sociais "iguais", idéia a que se reduz a determinação social das ações e das situações de vida.

Será através de todo esse conjunto de formulações que a noção de profissão cunha a concepção de um agir no trabalho em saúde, e um ideal de prática, baseado especialmente em seu agente ou em seu desempenho pessoal. Eis porque o profissional não se identifica a um trabalhador, no sentido do que o agente seria apenas um dos componentes do processo de trabalho, mas, neste caso, seria quase o próprio processo inteiro. Portanto, tal como de princípio formulada e utilizada de modo hegemônico, até pelo menos os anos 50 deste século, esta concepção de trabalho reduz o processo de intervenção quase totalmente às dimensões do agente.

O trabalho parece depender ou ser desencadeado pela vontade do indivíduo, sujeito particular e privado. Este deve desenvolver no desempenho cotidiano virtudes (produto de sua correta conduta moral), como, por exemplo, da "responsabilidade e honradez". Por outro lado, se essas virtudes podem ser "aprendidas" no longo treinamento escolar, em razão do tipo de conhecimento que envolve (complexo e difícil, sobre pessoas), não podem ser exercidas por coação institucional, governamental ou comercial. A complexidade do saber envolvido exigiria essa disposição pessoal, até porque a prática é uma relação pessoal e direta do médico com o cliente[8].

7. Veja-se SCHRAIBER, L.B.- **O médico e seu trabalho...**, op. cit.

8. Cf. FREIDSON, E. - **Profession of Medicine - a Study of the Sociology of Applied Knowledge**, Dodd, Mead and Company, Inc., New York,1970.

O fato de que nos dias de hoje a interação médico-paciente continue sendo tal tipo de relação, o que ocorre também para vários outros trabalhadores em saúde, contrasta, porém, com o fato concomitante de que a organização da produção dos cuidados passe a ter estrutura complexa empresarial, que terminará influenciando fortemente a conformação do trabalho a ser realizado. Isto, de certo, matiza tanto a base pessoal, quanto a base institucional-social de determinação do desempenho profissional[9].

Adicionalmente não podemos esquecer que esse estatuto do saber teve um suporte material e bem objetivo para sustentar tal representação do trabalho: havia poucos equipamentos e o médico, do século XIX até meados dos anos 50 do século XX, tem à sua disposição, como tecnologia, quase que só o saber. Por isso, não apenas o desempenho pessoal e individual embasam esse trabalho em sua constituição histórica, mas o saber, como sendo quase o único recurso tecnológico. Por isso também este saber se estabelece como componente do trabalho de grande valor. Contudo, essa concepção vigora até mesmo nos dias atuais, já tendo mudado a base técnica e material da inserção do saber como tecnologia, em uma prática mais tecnicista, mais equipada. E também sua origem como prática liberal e organizada na forma do pequeno produtor isolado e privado de consultório particular, é substituída pela medicina das instituições e dos grandes complexos de produção dos serviços, muito embora a representação de trabalho mantenha-se bastante próxima daquela anterior.

Esta medicina mais contemporânea explicitou progressivamente sua face de prática social, isto é, compromissos sociais e disposições de coletivo, em que a dimensão pessoal de cada trabalhador individual articula-se a uma gama ampla de fatores limitantes, contidos nas *condições de trabalho* e na *equipe de trabalho.*

O "desempenho do profissional" será tensionado pela situação particular e concreta em que, objetivamente, encontra-se o trabalhador. Não será por outra razão que, ao tempo dessas transformações históricas, ocorridas entre os anos 60 e 70, as condições de trabalho e o mercado de trabalho passam a ganhar importância para expressar as problemáticas dos recursos humanos. Nesses anos, produzem-se vários estudos preocupados com o mundo do trabalho e serão temáticas freqüentes: as produtividades, os custos-benefícios, por um lado, caracterização da distribuição dos profissionais em mercado, por outro, e ainda insuficiência de recursos materiais ou instalações como responsáveis pela baixa qualidade assistencial.

A concepção dos recursos humanos como força de trabalho e agente de trabalho, em síntese, tal como se deu no Brasil notadamente a partir da década de 80, ultrapassou sua apreensão mais aparente de "profissional", naquele primeiro sentido, e permitiu compreender a produção das práticas como um trabalho social, lançando definitivamente a noção de 'trabalhadores em saúde' como categoria de análise e interpretação teórica. Essa noção já não pode satisfazer-se com a mesma representação anterior e praticamente resumir a tecnologia de trabalho à condição de seu agente, menos ainda reduzir esta última a especificidades da formação escolar: enquanto trabalhador, o agente identifica-se como um dos constituintes do mundo do trabalho.

No entanto, no interior desse novo estatuto, algumas reflexões vão, em movimento polar ao anterior, proceder a deslocamentos redutores dos problemas do trabalho

9. SCHRAIBER, L. B. - O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional, **Cadernos de Saúde Pública 11**(1):57-64, Rio de Janeiro, ENSP/Fio Cruz, 1995.

no sentido oposto: uma total dissolução do trabalhador nas condições de trabalho, restando os questionamentos do trabalho, desta feita, reduzidos à estrutura organizacional, gerencial ou empresarial, da produção dos serviços. "Dissolver", aqui, não quer dizer ignorar que o trabalhador faça parte da realidade do trabalho. Mas quer dizer, nos estudos acerca dos problemas do trabalho, tomar o trabalhador de modo já tão conjugado às condições em que trabalha, que se termina por desqualificar o agente do trabalho como um possível ator social. Vale dizer desqualificar o momento do agente como dimensão também problemática, em que surgem igualmente obstáculos para a concretização do trabalho, obstáculos que são *problemas específicos da esfera do trabalhador*.

Entre esses extremos, inscrevem-se, recentemente, algumas abordagens que buscam relativizar os estatutos absolutos em que recursos humanos foi encerrado, como profissional de autonomia plena ou como instrumental da produção. Reconhecendo, porém, a força histórica dessas produções anteriores, ressaltamos aqui o fato de que, ao menos em parte, essa polarização deveu-se às necessidades urgentes das intervenções sociais por reformas da assistência e ao pequeno desenvolvimento dos referenciais na produção científica correspondente: os paradigmas de interpretação não foram suficientemente explorados, como produção teórica, em parte para servir rapidamente à intervenção social, como saber prático. Assim, a constatação da insuficiência de quadros explicativos que funcionem como marcos de referência mais substantivos, constatação essa presente, hoje, em quase todos os intelectuais da Reforma Sanitária brasileira ligados à temática dos recursos humanos, cabe também à confusão entre saber teórico e projetos de ação. Se a possibilidade das concepções que foram elaboradas sobre o trabalho advêm de parte das características concretas desse trabalho, também são produzidas porque tomamos acriticamente o modo mais aparente com que o trabalho e sua produção social se apresenta. E nesta aparência, ora uma, ora outra das características -entre saber como tecnologia e os equipamentos; entre indivíduo e a organização - parecem estabelecer-se como "o fator" responsável pela configuração final dos serviços.

No plano mais pragmático, quando elaboramos projetos de ação, essa perda da capacidade crítica pode prevalecer, o que torna o conhecimento produzido nesta modalidade, como antes mencionamos, mais vulnerável aos desvios redutores. Mais vulnerável, porém, não necessariamente fadado a isto. Por outro lado, será mais fácil para a produção teórica evitar essas reduções, por ser elaboração mais abstrata, temporalmente mais amadurecida e controlada pela metodologia científica. Mas isto tampouco garante, por si só, o sucesso da empreitada. E ocorre, tal como também já mencionamos, que há, de fato, existência conflituosa de necessidades relativas a ambas as produções, no cotidiano dos serviços. Dar conta, seja do fato de existirem ambas exigências práticas (de intervenção rápida e de conhecimento mais elaborado), seja de suas naturezas conflitantes nos tempos e dimensões a se tomar, significará esforço em prol da Reforma Sanitária ainda maior e a percepção de que seria muito produtivo diversificarmos nossas produções.

Desse modo, não se trata de negar aspectos de "profissionalismo" dos trabalhadores em saúde, como tampouco as características que adquirem em sua disposição enquanto "agentes" de trabalho, componente do processo de trabalho ou do mercado. Estas são efetivamente ocorrências na realidade do trabalho em saúde, e portanto, participam também da substância de suas situações, qualificando-as.

No entanto, da perspectiva de 'trabalhador' são recompostas em outras especificidades. Recursos humanos, nessa aproximação, passa a significar *subtotalidade do*

trabalho, aspecto parcial da realidade do trabalho. E será nesse mundo do trabalho que suas características se estruturarão, das mais visíveis às menos (tecnicidade/ subjetividade ou vice-versa); das mais técnicas às mais intelectuais (habilidades/ domínio e uso de saber), das mais mecanizadas às mais humanistas (intervenção manual e instrumental/ relações intersubjetivas e agir comunicacional).

É importante notar que ao inserirmos o próprio trabalhador em um contexto com o qual guarda relações, senão de determinação total ao menos algumas "regiões" de trocas e mútua influência, evitamos tomar de modo absoluto e sempre unilateral a responsabilização pela qualidade dos cuidados e competência técnica de resolução das demandas. Essa responsabilização têm surgido quer só como atribuível ao profissional, quer somente às políticas institucionais ou públicas, em razão das condições da estrutura de trabalho. Escaparemos, assim, de uma total responsabilização individual ou privada, e no polo oposto, total descompromisso de indivíduo-cidadão por parte do profissional, com a responsabilização total da "estrutura", até como se nesta não estivesse também participando o profissional (ou seus representantes).

Quando as condições de estruturação institucional das práticas, as modalidades empresariais de sua disposição em mercado, as conexões da área pública e privada na produção social dos serviços e as formas correspondentes de institucionalização da clientela, para além da constituição do trabalho coletivizado em saúde, são componentes também considerados nas problemáticas dos recursos humanos, essas abordagens remetem a "*resolução*" e a "*responsabilidade*" dos serviços para espaços progressivamente *públicos*.

Assim, também essa preocupação pareceu mover nossa história da produção técnico-científica sobre os recursos humanos e suas aproximações contrastantes. No primeiro caso, está-se diante do valor dado à esfera privada e a liberdade individual, na responsabilização por realizar a ética da igualdade no trabalho em saúde, como dever pessoal: ética traduzida para uma deontologia médica, a de assistir a todos e qualquer um por igual. No segundo caso, está-se diante do valor dado à responsabilização do representante da esfera pública, dever de Estado, por realizar a mesma ética da igualdade, mas através da lei e garantias dos direitos sociais. Mas, num e noutro caso, não há conexões que articulem, *quer as possibilidades de responsabilização social de cada indivíduo, quer as possibilidades de liberdade individual na ordem social*. Nossa proposição pretende repensar também por este eixo uma forma distinta de tomar as profissões em saúde, em busca de novas pautas de estudos para os recursos humanos.

Trabalhador da Saúde: Outro Conceito de Profissão e Nova Agenda para Futuros Estudos

Ao nos filiarmos à nova abordagem teórico-metodológica para enfocar "recursos humanos", cremos ter deixado claro nosso abandono do tratamento desses recursos como insumos de uma estrutura organizacional, para vê-los como atores privilegiados do sistema de saúde, ao tempo em que se dispõem na estrutura de produção de serviços, respondendo a questões da organização social desta e de seu conseqüente mercado.

O mercado de trabalho em saúde guarda características particulares pela especificidade dos serviços prestados, sendo seu profissional um ator social também

bastante específico. Ser profissional de saúde implica em ter além de um conhecimento próprio e complexo, uma disposição subjetiva especial para lidar com pessoas, quase sempre, em situação frágil e dependente de suas orientações, o que "... exige conhecimento específico, disciplina, responsabilidade, atenção e acima de tudo grande capacidade de conviver com o stress, o sofrimento, a dor e a vontade de resolver problemas alheios." (Machado, 1995:54)[10]

Por essa sua especificidade a prática requer do profissional uma forma de desempenho articulada ao comportamento e atitudes de seu próprio objeto de intervenção, também um indivíduo e ator social. Aliando obediência com dependência e confiança, do paciente para com o profissional (especialmente o médico), a relação entre esses dois atores tem se estabelecido com nítida autoridade do profissional.

Agindo como intermediadores entre a ciência e a realidade cotidiana os profissioanis de saúde passam a ter status diferenciado, com representação social singular e destacada. Concordamos com Starr (1982:18)[11], quando apresenta os médicos como "... intermediários entre a ciência e a experiência privada, interpretando problemas pessoais na linguagem abstrata do conhecimento científico, para muita gente, o único contato com o mundo científico que de outra maneira estaria a uma distância proibitiva. Os médicos oferecem uma espécie de objetividade individualizada, uma relação pessoal, um conselho autorizado. Pelas circunstâncias da enfermidade induzem a aceitar seus juízos. Quase sempre com dores, temendo a morte, os enfermos têm uma necessidade especial de confiança e são muito propensos a crer".

Desta forma, é prudente pensarmos os recursos humanos em saúde como atores centrais de qualquer ação terapêutica, seja ela de natureza hospitalar, ambulatorial ou até mesmo de intervenção preventiva da saúde pública. E mais, esses profissionais têm, por natureza do ofício e conhecimento específico, processos de trabalhos singulares no qual, a absoluta rotinização, burocratização e indiferenciação não são "bem vindos". A qualidade da assistência à saúde, portanto, demanda não apenas adequadas condições objetivas para seu desenvolvimento, senão flexibilidade de formas e dinâmica de reavaliação permanente de sua organização. Em suma, que seja vista como trabalho em processo, além de processo de trabalho. E aqui estamos nos referindo tanto ao conhecimento técnico-científico adquirido nas escolas profissionais e suas formas de atualização e aprimoramento, como, e principalmente, as condições de sua utilização em transformações dadas da realidade.

Mudanças ocorridas no campo das ciências médicas e da estrutura de produção de serviços de saúde nestas últimas décadas, têm provocado alterações significativas tanto no processo de trabalho como na própria composição da estrutura ocupacional dos profissionais que produzem serviços de saúde. Assistimos ao nascimento de algumas profissões (fisioterapia, nutrição, psicologia, etc.), o fortalecimento de outras (medicina, odontologia, etc.) e o desaparecimento de profissões até então consideradas tradicionais na estrutura ocupacional (farmácia, por exemplo). Um novo cenário de organização de interesses corporativo surge no setor saúde. Estas profissões passam a disputar e reivindicar áreas monopolistas de atuação e prática profissionais. Os conflitos são inevitáveis e a disputa por clientela se dá de forma acentuada, por vezes, ferindo os princípios éticos da prática profissional. O mercado de trabalho hoje é segmentado e

10. MACHADO, M.H. - Trabalhadores da Saúde: um bem público?, op. cit., p. 54.

altamente especializado, exigindo do paciente a disposição de buscar serviços especializados para cada mal de padece.

Afirma Machado (1995:56)[12] que "O fenômeno da especialização e da profissionalização (surgimento de novas profissões) reflete esse cenário de disputa de mercado, ou seja, especializa-se, profissionaliza-se para manter a autonomia técnica e, consequentemente, a econômica".

Fruto também dessas transformações é a implosão do processo de trabalho individualizado desenvolvido por cada profissão. Cada vez mais, os médicos, os enfermeiros, os fisioterapeutas, os odontólogos, os psicólogos, e os nutricionistas, por exemplo, se vêm inclinados e por vezes, compelidos à executarem suas tarefas em comum acordo com outras profissões que dividem fronteiras de conhecimentos e práticas profissionais (psiquiatra e psicólogo; fisiatra e fisioterapeuta; nutrólogo e nutricionista; enfermeiro e administrador hospitalar, entre outros exemplos). O trabalho compartilhado, coletivizado tem sido imposto como rotina no novo contexto do processo de trabalho em saúde.

Por outro lado, esse processo de especialização e coletivização leva à uma crescente busca de racionalização do trabalho:..."a rotinização das atividades, até então de cunho individual e artesanal, tradicionais da farmácia e medicina, por exemplo, é fato incontestável nas sociedades do fim do milênio. Situações, atividades, funções e tarefas desenvolvidas de forma tradicional e de exclusiva propriedade técnica do profissional, passam a ser executadas e planejadas por profissionais alheios à atividade, conferindo uma baixíssima possibilidade de criatividade. Estamos aqui falando de exemplos como: controle de tempo de permanência do paciente no hospital; medicamentos e exames a serem ministrados e/ou solicitados ao paciente, que passaram das mãos dos médicos para os dos gerentes hospitalares que, são cada vez mais, indivíduos com formação em economia, administração ou até em engenharia de produção" (MACHADO, 1995:56)[13].

A perda progressiva de amplas esferas de controle do trabalho e o constrangimento da histórica autonomia profissional é fato que podemos perceber quotidianamente nas organizações de saúde. A erosão da autonomia (técnica e econômica) é experimentada por todos os profissionais que atuam em organizações (empresariais ou estatais) de saúde, nas quais o assalariamento é uma situação dada.

Se por um lado, os avanços tecnológicos têm trazido benefícios às ciências médicas, no esclarecimento e desvendamentos de males até então indecifráveis; por outro, estes avanços têm produzido efeitos problemáticos tanto na forma de produção como de consumo desses serviços. A assistência à saúde tornou-se complexa, cara e inacessível ao consumo de massa. Cada vez mais, a saúde deixa de ser um bem público e universal e se torna um bem privativo e excludente. Os altos custos dos serviços especializados e tecnologizados têm levado o sistema de saúde à situações paradoxais: produziu-se a idéia de que as ciências médicas podem tudo esclarecer e resolver e, ao mesmo tempo, o acesso a esses avanços são caros e restritos. Produziu-se também a noção de que o tratamento especializado é mais seguro e mais moderno. Elevou-se a um *status* diferenciado os profissionais ultra-especialistas, desprezando o atendimento dos profissionais de prática generalista ou até especialista em grandes ramos do

11. STARR, P., op. cit, p. 18.

12. MACHADO, M.H. - Trabalhadores da Saúde: um bem público?, op. cit.

conhecimento. A valorização dos atos tecnológicos é um fato em quase todos os atendimentos médicos prestados no nosso sistema de saúde.

Enfim, acreditamos que as questões que envolvem a área de recursos humanos no contexto do SUS são preocupantes e desafiadoras. O movimento da Reforma Sanitária bem como o debate fomentado e produzido pelo CEBES nesta última década, em particular, no campo dos recursos humanos tem apontado para questões e temas que envolvem: qualidade, produção de serviços eticamente comprometidos com uma estrutura de serviços compatível com as necessidades da população, políticas de RH justas e coerentes com os princípios de valorização, qualidade e incentivo ao profissional que lida com a saúde. Os inúmeros debatedores que, ao longo desses anos, buscaram imprimir uma nove forma de "olhar" estas, enfocaram sempre o retorno da idéia de que o trabalhador em saúde é um trabalhador especial, dotado de qualidades técnicas e humanas o que faz "diferente" dos demais trabalhadores. A apreensão dos recursos humanos por outro ângulo é uma imposição dos tempos atuais. Os recursos humanos têm que ser pensados no intercruzamento da esfera assistencial e da esfera gerencial e, sobretudo, inserido em situações de conflito entre essas mesmas esferas. Tomá-los como síntese de autoridades em disputa, na busca pela recuperação de decisões mais autônomas, de um lado, e, de outro, na busca pela racionalização de todo o processo tal como realizado pela perspectiva administrativa, conforme dito anteriormente, será a abordagem fundamental para qualquer organização moderna de prestação de serviços de saúde.

Insistimos na idéia de que o trabalhador em saúde, pela sua especificidade e singularidade (objeto, processo e forma de apreensão do mesmo) é convertido, em um "bem público", que deverá ser pensado, tratado e visto como algo a ser preservado, valorizado e acima de tudo mantido em "bom estado de conservação". Aqui, estamos falando, como vimos debater ao longo destes anos nos CEBES, por exemplo, a importância de preservar: salários, condições de trabalho e valorização do seus serviços prestados à sociedade.

Questão científica e tecnológica, os recursos humanos terão que ser, como trabalhadores da saúde, objeto de novos e mais aprofundados estudos. Questão política e social, os recursos humanos terão que deixar de ser retórica vazia de políticos e governantes demagógicos para tornar-se objeto da retórica fundamentada, e, então, questão efetiva na agenda política dos gestores, sejam eles da rede pública ou privada de serviços. Prioridade técnico-científica e prioridade ético-política, recursos humanos terá que se tornar efetivamente, um eixo do conhecimento e da prática política de desenvolvimento social e humano.

Referências Bibliográficas

1. AROUCA, A.S.- **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão crítica da Medicina Preventiva**, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),São Paulo, Brasil, Tese de Doutorado, 1975.

13. MACHADO, M.H. - Trabalhadores da Saúde: um bem público?, op. cit.

2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO GERAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS. **II Conferência Nacional de recursos Humanos, (relatório final)** Brasília, Ministério da Saúde, 1993

3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE MODERNIZAÇÃO ADMINISTRATIVA RECURSOS HUMANOS, **Sistema Único de Saúde. Diretrizes para a formulação de Política de Recursos Humanos**, Brasília, 1989.

4. DONNANGELO, M. C. F.- **Medicina e Sociedade o médico e seu mercado de trabalho**, Pioneira, São Paulo, 1975.

5. DONNANGELO, M.C.F. E PEREIRA, L.- **Saúde e Sociedade**, Duas Cidades, São Paulo, Brasil, 1976.

6. FREIDSON, E. - **Profession of Medicine - a Study of the Sociology of Applied Knowledge**, Dodd, Mead and Company, Inc., New York,1970.

7. GIRARDI, S.N.- La fuerza de trabajo en el sector salud: elementos teóricos y evidencias empiricas. **Educación Médica y Salud 25** (1):37-47, 1991.

8. MACHADO M. H.- As corporações profissionais: sindicalismo e corporativismo IN GALLO, E.; RIVERA, F. J. U.; MACHADO, M. H.- **Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde**. Rio de Janeiro, Relume/Dumara, 1992 p. 93-114

9. MACHADO, M.H. Sociologia de las profisiones: un nuevo enfoque **Educación Médica y Salud 25** (1):28-36, 1991.

10. MACHADO, M.H. **Profissões em Saúde,** Rio de Janeiro, Ed. FioCruz, 1996.

11. MÉDICI, A.C. (org.) - **Textos de Apoio - Planejamento I - Recursos Humanos em Saúde**, PEC/ENSP/ABRASCO, Rio de Janeiro, 1988.

12. MEDICI, A.C.; MACHADO, M.H.; NOGUEIRA, R.P.; GIRARDI, S.N.- El mercado de trabajo en salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodologicos. **Educacion Medica y Salud 25** (1): 1-14, 1991.

13. MENDES-GONÇALVES, R. B. - **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**, São Paulo, Hucitec / Abrasco, 1994.

14. NOGUEIRA, R. P. - A Força de Trabalho em Saúde, in MÉDICI, A. C. (org.) - **Textos de Apoio - Planejamento I - Recursos Humanos em Saúde**, Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO, 1988, pp. 13-18.

15. NOGUEIRA, R.P.- Pessoal de Saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema, in NUNES, E. D.- **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina. Tendências e Perspectivas**, OPAS, Brasilia, 1985.

16. PAIM, J. S.- **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1994.

17. PAIM, J.S. - A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários in MENDES, E.V. (org.) - **Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**, São Paulo/ Rio de Janeiro, Hucitec-ABRASCO, 1993, pp. 187-220.

18. RIBEIRO, J. M.; SCHRAIBER, L. B. - A Autonomia e O Trabalho em Medicina, **Cadernos de Saúde Pública, 10(2)**: 190-99, 1994.

19. SANTANA, J. P; GIRARDI, S. N.- Recursos Humanos em saúde: reptos atuais **Educacion Médica y Salud 27** (3): 341-56, 1993.

20. SCHRAIBER, L. B. - O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional, **Cadernos de Saúde Pública 11**(1):57-64, Rio de Janeiro, ENSP/Fio Cruz, 1995.

21. SCHRAIBER, L. B. - **O médico e seu trabalho. Limites da liberdade**, São Paulo, Hucitec, 1993.

22. SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M. - Tendências e possibilidades da investigação de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, **Educación Medica Y Salud 27** (3): 295-313, 1993.

23. SILVA, J. A. da- Desarrollo de recursos humanos para los sistemas locales de salud: Brasil, **Educación Médica y Salud 27** (1):32-49, 1993.

24. STARR, PAUL. - **The Social Transformation of American Medicine.** BasicBooks, United States of America, 1982.

Produção Farmacêutica e de Imunobiológicos no Brasil: a Necessidade de um Novo Padrão de Intervenção Estatal

Carlos Augusto Grabois Gadelha
José Gomes Temporão

Dentro do amplo leque de objetos de análise que compõe o campo da saúde coletiva, a questão dos insumos vem ganhando importância crescente. A moderna tecnologia de diagnose e terapia, a produção e o consumo de medicamentos e imunobiológicos, entre outros produtos, integram um universo que permite múltiplas abordagens.

Optamos por trabalhar com um recorte limitado – imunobiológicos e medicamentos – buscando enfatizar a realidade da produção estatal e tendo como objetivo apontar diretrizes para o redirecionamento da presença do Estado nestes setores.

A tendência atual, presente em todo o mundo, de reforma do Estado e de questionamento de sua função executora e produtora, é um aspecto adicional que, sem dúvida, aumentará a polêmica sobre estes setores, já fortemente marcados por questões de fundo político e ideológico.

Por fim, a importância destes segmentos para a viabilização plena dos princípios da Reforma Sanitária e da construção do Sistema Único de Saúde e sua íntima relação com as áreas de desenvolvimento tecnológico e ciência e tecnologia, justificam o esforço de ampliar sua compreensão e de introduzir novas abordagens quando se trata de repensar seu futuro em nosso país.

A Política de Medicamentos

Introdução

A questão dos medicamentos no Brasil, desde seus primórdios, sempre esteve marcada por um forte conflito político e ideológico. Por envolver facetas extremamente heterogêneas e vincular-se às políticas de desenvolvimento industrial, científico-tecnológica e de saúde; ela sempre foi palco de acalorados debates e confrontos que persistem até os dias "pós-modernos" e "globalizados" de hoje.

Prova disto são as inúmeras Comissões Parlamentares de Inquérito (CPIs) realizadas para apurar denúncias vinculadas às questões dos medicamentos, sempre desencadeadas a partir de situações de conflito entre a indústria, o governo e instituições da sociedade civil. A última, realizada em 1994, repete, sem nenhuma originalidade, o diagnóstico e as recomendações de suas antecessoras, sem que nada de inovador aconteça no concreto da política setorial. Da mesma forma, não foram nada originais as discussões sobre o tema durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1985. Ali, parte da responsabilidade pelo caos então vigente na saúde era atribuída ao controle do setor de medicamentos e equipamentos pelas multinacionais e a solução proposta foi a da estatização da indústria farmacêutica.[1]

De fato, para o movimento sanitário, as questões envolvendo medicamentos e vacinas, sempre foram remetidas para o espaço da luta ideológica o que explica o baixo número e a baixa densidade das propostas de intervenção que surgiram até aqui. Frise-se que, em todas elas, o Estado tem um papel absolutamente central. Claro que por ser uma área de atuação com alto grau de inter-relação com outras áreas das políticas econômicas, industriais e sociais, são limitadas as possibilidades de transformações mais profundas a partir de uma atuação isolada do setor saúde.

Inúmeros documentos produzidos ao longo dos últimos anos, ao se debruçarem sobre os determinantes estruturais da crise de medicamentos no país invariavelmente referiam-se de modo enfático a dois deles: o domínio do mercado pelas empresas multinacionais e a dependência do país em relação á produção dos insumos básicos (matérias-primas e intermediários). Esses dois argumentos refletem bem esse dilema da utilização estratégica da questão dos medicamentos como espaço de luta estritamente ideológica. Estaríamos em situação mais favorável se o mercado brasileiro estivesse controlado por empresas privadas de capital nacional? Estas, em nosso país, pautariam sua conduta pelo respeito aos consumidores, pelo acatamento aos princípios das políticas setoriais e por uma postura ética irrepreensível? E o que dizer dos produtores nacionais de insumos que com freqüência oferecem produtos mais caros e de qualidade duvidosa em relação àqueles ofertados por outros países produtores ?

Porém apesar das CPIs e das deliberações das diferentes Conferências de Saúde, a cada ano fortalece-se um modelo que tem como características básicas:

- A conformação, como em todo o mundo, de um mercado controlado por um número relativamente pequeno de empresas que tendem a impor suas lógicas empresariais ao mercado e ao interior do aparato estatal.
- O enfraquecimento da rede de Laboratórios Públicos.
- A manutenção da exclusão de amplas parcelas da população do acesso aos medicamentos essenciais. Estima-se que hoje cerca de 23% da população consome 60% da produção nacional (Bermudez, 1995).
- O esvaziamento e a perda progressiva de poder da Central de Medicamentos (CEME), descaracterizada por sucessivos escândalos. Sua concepção original de centralizar as compras para os programas de distribuição do governo federal, imaginando com isso obter um alto poder indutor sobre a estrutura de produção mas também sobre os preços a nível de mercado, fracassou na prática. Hoje, essa estrutura centralizada que insiste em resistir, está na contramão do processo de descentralização do SUS.

1. Ministério da Saúde, 1985 –Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasília / DF.

- A nível do mercado, as distorções se multiplicam. A desestruturação da vigilância sanitária, a aquisição de medicamentos sem receita, prescritas muitas vezes por balconistas; a ausência do profissional de farmácia no ato da dispensação; a comercialização de apresentações proibidas em outros países ou sem eficácia terapêutica comprovada; o estímulo ao consumo de medicamentos através da publicidade enganosa; a autorização para a comercialização de medicamentos de venda livre nos supermercados são sinais evidentes de ausência de regulação e controle. Segundo dados do Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológica (SINITOX) do Ministério da Saúde, em 1993 ocorreram no país 11405 casos de intoxicação humana por medicamentos, 24,28% de todas as intoxicações registradas, levando a 69 óbitos, dados que obviamente estão subestimados.
- A ausência de políticas setoriais que tratem de modo consistente a questão do desenvolvimento científico e tecnológico neste setor.

Ou seja, a trajetória deste setor neste período da história recente da Reforma Sanitária Brasileira não conseguiu aproximar a questão dos medicamentos dos princípios ali preconizados: universalidade, gratuidade, qualidade, preço acessível, ou, em outras palavras, o medicamento visto como um bem social.

Apesar disso, o setor já foi razoavelmente estudado, ressaltando-se os trabalhos de Frenkel (1978), Giovanni (1980), Cordeiro (1985), Bermudez (op. cit.), Lefreve (1991), Gadelha (1990), Temporão (1986), Barros (1995)[2], entre outros, além de dezenas de encontros, seminários e inúmeros documentos críticos e propositivos elaborados pela ALFOB, CEBES, OPAS, SOBRAVIME, ALANAC[3], além das já citadas CPIs. Em essência, as propostas de mudança apontam para os seguintes princípios:

- A universalização do acesso deve ser de responsabilidade do Estado a partir da definição de estratégias que priorizem o fortalecimento dos Laboratórios Oficiais e das empresas privadas de capital nacional.
- A implantação de uma política de medicamentos genéricos, vista como uma importante estratégia de estimular a concorrência e reduzir o preço final para o consumidor.
- Restringir o número e formas de apresentação disponíveis no mercado apenas para aqueles produtos que efetivamente possuam reconhecida eficácia terapêutica buscando compatibilizar a oferta e a nosologia prevalente nas distintas regiões do país. A Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), de um lado, possui essa função delimitadora em relação ao espaço do que

2. Barros, J.A.C., 1995. *Propaganda de Medicamentos Atentado à Saúde*? São Paulo: Hucitec Sobravime. Cordeiro, H., 1985 – *A Indústria da Saúde no Brasil.* Rio de janeiro: Cebes/Graal. Frenkel, J.; Reis, J. A.; Araújo Júnior, J. T. & Naidin, L. C. (1978) – *Tecnologia e Competição na Indústria Farmacêutica Brasileira*. Rio de Janeiro: Finep. Mimeo. Gadelha, C. A. G., 1990 – *Biotecnologia em Saúde: Um Estudo da Mudança Tecnológica da Indústria Farmacêutica e das Perspectivas de Seu Desenvolvimento no Brasil*. Tese de Mestrado. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp. Giovanni G, 1980 – *A Questão dos Remédios no Brasil – Produção e Consumo.* São Paulo: Ed. Polis. Lefevre, F, 1991 – *O Medicamento Como Mercadoria Simbólica.* São Paulo: Ed.Cortez. Temporão J. G. – 1986. *A Propaganda de Medicamentos e o Mito da Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Graal.

3. ALFOB – Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil; CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; OPAS – Organização Panamericana da Saúde; SOBRAVIME – Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; ALANAC – Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais.

comporia o mercado de ilusões, de outro, atua nos aspectos macro das políticas sanitárias, como por exemplo a padronização de esquemas terapêuticos, a racionalidade no uso do medicamento, os aspectos econômicos a partir da redução dos custos com embalagens, publicidade, etc. Essa estratégia enfrenta dificuldades junto aos médicos, principalmente por não trabalhar com o nome de fantasia e por não utilizar conteúdos de *marketing* que possam concorrer com a publicidade "ética" dos produtores privados.

- Restrição dos espaços publicitários, seja da propaganda ética ou popular, até porque são extremamente tênues os limites entre a publicidade enganosa e aquela praticada pela indústria sob a denominação de publicidade ética.
- Combater a venda de medicamentos sem controle médico e exigir a presença do farmacêutico no ato da dispensação. O Brasil, em 94, possuía 1 farmácia para cada grupo de 3214 habitantes, enquanto na Alemanha esta relação é de 1 para 15000 e na Holanda de 1 para 14500. O Ministério da Saúde advoga uma relação ideal de 8 farmácias para cada grupo de 10.000 habitantes (Comissão Parlamentar de Inquérito, 94).
- O fortalecimento da Vigilância Sanitária e sua descentralização, incluindo os laboratórios de saúde pública, a fiscalização de indústrias e farmácias.
- A implementação de uma política científica e tecnológica ativa que permita a absorção de tecnologias não protegidas por patentes e a progressiva constituição de uma base de inovações no país, notadamente nos grupos de produtos onde existem mais vantagens locais, a exemplo dos produtos naturais.

Optamos neste trabalho em aprofundar a discussão sobre a rede de laboratórios estatais, como uma alternativa real de política setorial. Essa rede, estruturada ao longo dos últimos 20 anos e que hoje congrega 17 laboratórios[4], encontra-se diante de 2 desafios: de um lado, a questão da reforma do Estado e os programas de privatização de empresas estatais, de outro, o desenvolvimento tecnológico, tornado agora mais problemático com o recente reconhecimento das patentes na nova lei de propriedade industrial.

– *A Indústria Farmacêutica Mundial*

A indústria farmacêutica internacional é caracterizada como um oligopólio constituído por um conjunto reduzido de empresas que exercem sua liderança no nível das distintas classes terapêuticas (tais como antibióticos, anti-depressivos, etc.). Em termos absolutos, os dados impressionam. Em 1994, as 10 maiores companhias mundiais apresentaram um faturamento conjunto de US$71 bilhões, sendo que a maior, a Glaxo Wellcome, isoladamente, teve suas vendas situadas em US$ 12 bilhões, o que foi superior ao orçamento total anual do governo federal para as ações de saúde no Brasil em 1994, sendo semelhante ao gasto total em 1995 (em torno de R$ 13 bilhões - Time, 1995)[5].

A estratégia competitiva destas empresas centra-se no estabelecimento de estruturas complexas de atividades de pesquisa e desenvolvimento (P&D) e de *marketing*. A base do sucesso empresarial é constituída pelo domínio de novas linhas de

4. FARMANGUINHOS, FUNED, FURP, IQUEGO, IVB, LAFEPE, LAFESC, Laboratório do Espírito Santo, Laboratório da Aeronáutica, Laboratório do Exército, Laboratório da Marinha, LAFERGS, LIFAL, Universidade Estadual de Londrina, BAHIAFARMA, CEMEPAR e NUPLAN.

produtos protegidos por patentes e sua difusão internacional, a partir de uma custosa atividade de propaganda, notadamente sobre a classe médica.

Com relação à atividade tecnológica, estudos recentes mostram que mais de 90% dos resultados comerciais nos primeiros 3 anos de lançamento de novos princípios ativos concentram-se nas 20 maiores empresas do planeta. Os custos para o lançamento de um novo produto no mercado, desde seu desenvolvimento até a aprovação final pelas autoridades sanitárias, tem crescido significativamente ao longo das últimas décadas. Estima-se que, atualmente, a despesa envolvida para a introdução de uma nova droga supere o valor de US$ 200 milhões. O orçamento anual de P&D das empresas líderes da indústria, freqüentemente, ultrapassa o valor de US$ 1 bilhão e raramente é inferior a US$ 500 milhões (Grabowsky, H. & Vernon, J., 1994).[6]

Na outra ponta desta estratégia competitiva, encontra-se uma atividade de *marketing* que geralmente representa de 30% a 40% do preço do medicamento. Esta estratégia estrutura-se de forma bastante ampla, envolvendo redes de representantes que fazem a propaganda junto aos médicos, "promoções" junto às farmácias, realizações de congressos e propaganda na mídia.

As estratégias de inovações e de *marketing* são, assim, fortemente articuladas. A geração de novos produtos – que se desdobra em múltiplos produtos derivados e formas de apresentação – é a base sobre a qual se consolida a liderança e a imagem das firmas junto aos formadores de opinião especializada. O *marketing*, por sua vez, potência esta imagem inovadora, seja através de inovações substantivas ou pelo lançamento de "novidades" sem qualquer avanço terapêutico significativo.

Neste campo, falar em soberania dos consumidores – um dos fundamentos básicos do liberalismo – é bastante problemático. Não existem bens competitivos que o consumidor possa optar em caso de restrições orçamentárias. Quem decide sobre o consumo (o médico) não é o responsável pela compra do produto, não sendo restringido pelo seu custo. O lançamento de novidades no mercado torna-se o mecanismo de competição privilegiado, sendo a concorrência em preço importante somente para segmentos menos relevantes do ponto de vista econômico.

Deste modo, a grande empresa farmacêutica é, ao mesmo tempo, o agente, por excelência, do desenvolvimento de novos fármacos e medicamentos e um agente que se move obedecendo uma lógica mercantil, que pode se contrapor às necessidade da população e às ações públicas de promoção à saúde.

Esta duplicidade constitui o elemento essencial que tem permeado as políticas públicas para a área nos países desenvolvidos. Os Estados Nacionais são os agentes que devem mediar o conflito entre os interesses privados e as necessidades sociais. De um lado, impõe-se a garantia de competitividade e do poderio inovador das empresas através de mecanismos como subsídios às atividades de P&D, compras governamentais diretas e indiretas, garantia dos direitos de propriedade industrial, estímulo a fusões empresariais, etc. De outro lado, a dimensão social dos medicamentos impõe uma rigorosa intervenção estatal na indústria, envolvendo desde a vigilância sanitária e as ações de controle de qualidade até o acompanhamento e restrições às políticas de preços,

5. Time, 1995. Remaking an industry. Time Magazine, September, 4, 1995

6. Grabowisky, H. & Vernon, J., 1994. "Innovation and Structural Change in Pharmaceuticals and Biotechnology". *Industrial and Corporate Change*; Vol. 3, No 2.

a regulação do suprimento de medicamentos essenciais, o controle da publicidade e divulgação, a produção direta, entre outros mecanismos.

Um estudo recente (QUEIROZ, 1993)[7] mostra que as formas de intervenção são bastante variadas entre os distintos países. Na França e Inglaterra, por exemplo, há um sistema bastante amplo de acompanhamento e controle de preços e de lucratividade. Na Espanha, o 8º mercado mundial, o governo possui uma política agressiva de apoio às empresas nacionais, notadamente no fomento à pesquisa, já tendo alcançado resultados expressivos na balança comercial e na inserção da indústria nas atividades de P&D. Outros exemplos ainda podem ser citados, como o caso japonês (e, mais recentemente, o coreano), onde algumas empresas já adquiriram porte internacional, inclusive em termos de inovações, baseando-se num apoio estatal bastante ativo.

A presença do Estado torna-se uma necessidade justamente pela dupla dimensão deste produto. Pela ótica industrial, é uma mercadoria típica de uma indústria inovadora que deve ser analisada pelo retorno econômico que representa. Pela ótica do consumidor, é um bem associado aos seus direitos à saúde enquanto cidadão. O Estado tem, assim, o papel de fazer a mediação entre estas duas lógicas, direcionando sua resultante no sentido de privilegiar os aspectos de política sanitária. A participação dos Estados Nacionais nos gastos com medicamentos, por sua vez, torna sua atuação também crucial sob a perspectiva da destinação dos recursos públicos. Somente para ilustrar este papel, basta saber que a participação pública nos gastos com medicamentos é superior a 60% na Alemanha, França e Itália e supera 70% na Espanha e na Inglaterra (International Medical Statistics – IMS). No Brasil em 1995 a participação da aquisição de medicamentos nos gastos federais com saúde limitou-se a cerca de 5%.

Uma das ações governamentais mais importantes – e de especial interesse para a política brasileira – é o apoio governamental que vem sendo conferido a empresas independentes para a produção de produtos genéricos. Estes são produtos cujas patentes já estão expiradas e que são vendidos segundo a designação do princípio ativo (sem marca comercial), a um preço substancialmente inferior, já que não embutem a margem para o *marketing* e a amortização dos gastos com P&D, além de ser um mercado no qual a competição em preços é mais relevante.

Em função do estímulo de políticas industriais e sanitárias – como a exigência de menores requerimentos para a aprovação de princípios ativos bioequivalentes e a autorização para que as farmácias substituam os produtos receitados com o nome de fantasia por genéricos com o mesmo princípio ativo – o mercado dos genéricos hoje já chega a representar uma parcela importante do mercado farmacêutico de diversos países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, Japão e Canadá esta participação já se ampliou para a faixa de 20% a 30% das vendas de medicamentos e na Itália e Reino Unido para a faixa de 10%, tendo impacto expressivo na racionalização dos recursos públicos (Queiroz, op. cit.).

Este crescente peso dos genéricos possui uma importância bastante abrangente do ponto de vista do impacto na dinâmica industrial. Além de se constituir num referencial que impõe um limite aos preços dos novos medicamentos que sejam similares, representa um forte mecanismo indutor para que as atividades tecnológicas das empresas se voltem para inovações substantivas que representem ganhos terapêuticos efetivos,

7. Queiroz, S. R. R., 1993. Competitividade da Indústria de Fármacos. *Estudo da Competitividade da Indústria Brasileira*. Campinas: Unicamp.

não se restringindo à necessidade de lançamento de novos produtos para efeito do *marketing* característico da indústria.

Adicionalmente, os genéricos são um mecanismo importante para o aumento da conscientização dos consumidores acerca das substâncias terapêuticas que são a base de uma miríade de nomes de fantasia. Isto acaba favorecendo o desenvolvimento da capacidade decisória do paciente, tornando-o menos vulnerável às orientações médicas que, como vimos, são fortemente condicionadas pelas formas específicas de publicidade na indústria.

No Brasil, o Decreto 793 de outubro de 1993 estabelece a exigência de constar na embalagem dos medicamentos a denominação genérica do produto. Uma longa batalha judicial aliada a contradições dentro do próprio governo e a óbvia falta de interesse dos empresários concorreu para que, apesar da lei estar em pleno vigor, ainda não tenha sido tomada nenhuma medida concreta para o seu cumprimento.

Enfim, é importante esclarecer que as políticas adotadas não visam se contrapor, de forma simplista, às grandes empresas farmacêuticas que, no sistema econômico em que vivemos, exercem a liderança do progresso técnico na área. A questão tem sido trabalhada na perspectiva da construção de um ambiente institucional e competitivo adequado que exerça um poder indutivo sobre sua capacidade de inovações, sobre os preços que executam e sobre a conformação da linha de produtos às necessidades dos Sistemas de Saúde. Para tanto, adotam-se políticas que contemplam, simultaneamente, estímulo, regulação, controle e, especialmente, pressão competitiva, fatores estes conformados de acordo com as situações concretas dos distintos Estados Nacionais.

A Fragilidade da Indústria Nacional

O Brasil está atualmente entre os maiores mercados da indústria farmacêutica mundial, tendo o setor atingido um faturamento superior a US$8 bilhões ao ano (ver Quadros apresentados adiante). A estrutura da indústria é a mais internacionalizada do país: as empresas estrangeiras detém uma participação superior a 80% do mercado local, estando a produção das empresas nacionais pulverizada em algumas centenas de firmas.

O padrão produtivo que se consolidou no país está totalmente assentado nos estágios finais das atividades da indústria. As empresas, tanto nacionais quanto estrangeiras, baseiam sua atividade manufatureira na formulação de medicamentos a partir dos princípios ativos (ou fármacos) importados e das tecnologias geradas no âmbito das matrizes das grandes empresas multinacionais do setor. Enquanto o gasto com atividades de P&D destas empresas situa-se por volta de 10% do faturamento, no Brasil raramente ultrapassa a 1%, sendo na realidade vinculado a atividades de menor conteúdo tecnológico, como adaptação das condições de produção aos insumos locais, controle de qualidade, entre outros exemplos. Somente para ilustrar a precária capacitação local na área, basta ter o dado de que nenhum dos princípios ativos disponíveis no mercado nacional foi desenvolvido com aporte tecnológico gerado internamente. Dos 2015 novos princípios ativos desenvolvidos no mundo no período 1961/1990, o Brasil não apresentou qualquer contribuição (*Scrip World Pharmaceutical News*, vários números).

Sucintamente, a questão do desenvolvimento tecnológico coloca-se nos seguintes termos:

a) As empresas estrangeiras, que possuem poderio econômico para fazer face aos riscos e custos de atividades de pesquisa, não têm estímulos para

internalizar suas atividades de P&D, dada a precária capacitação qualitativa e quantitativa dos recursos humanos locais. Mesmo a produção industrial de matérias-primas que, por si, já envolveria uma maior contribuição local, mostra-se pouco estimulante, uma vez que os custos unitários de mão-de-obra e de transporte não são expressivos.

b) As empresas privadas nacionais não possuem porte financeiro e de recursos humanos para se envolver em atividades de maior risco tecnológico e econômico, havendo ainda a presença de fatores históricos e culturais que tornam suas estratégias extremamente míopes, voltadas para resultados imediatos.

Entra-se, assim, num círculo vicioso no qual a precária capacitação local desestimula os investimentos em atividades de maior conteúdo tecnológico e em que os baixos investimentos em tecnologia não alavancam a base nacional para a geração ou mesmo a absorção de tecnologias mais complexas.

Caberia indagar qual seria o sentido de uma estratégia de desenvolvimento qualitativo da indústria local num mundo crescentemente globalizado, onde a tendência internacional seria a da especialização das estruturas produtivas de acordo com as dotações específicas a cada país ou região. Esta questão merece uma reflexão cuidadosa, englobando múltiplas dimensões, uma vez que constitui o suporte conceitual que permeia as concepções hegemônica sobre o tema.

Partindo-se de uma concepção realista, deve-se reconhecer que seria desastroso uma política avessa às grandes empresas farmacêuticas, uma vez que estas respondem quase pela totalidade das inovações setoriais, mesmo daqueles produtos ligados diretamente às ações de saúde pública como é o caso das vacinas. Todavia, o poder de mercado que possuem, expresso numa elevada concentração da produção nas diferentes classes terapêuticas, pode implicar em práticas prejudiciais ao consumidor e ao Estado como fonte essencial do financiamento do consumo farmacêutico.

De acordo com dados de 1990 (IMS), as 4 maiores empresas em cada classe terapêutica chegam a controlar até 100% do mercado (medicamentos para terapia coronariana), sendo este predomínio quase sempre superior a 80 % (Vitamina B e C, tranqüilizantes, etc.). Isto, aliado às características gerais do padrão competitivo vigente (vide item anterior), traz riscos concretos de adoção de estratégias empresariais desvinculadas das necessidades de saúde em termos das tecnologias utilizadas, da adequação da linha de produtos e dos preços praticados.

Neste contexto, e isto é reconhecido mesmo nos países industriais desenvolvidos, a adoção de estratégias progressistas por parte das empresas líderes depende, em grande medida, da existência de pressão competitiva no mercado local que estimule a introdução de inovações substantivas no mercado (e não somente de "fachada") e a prática de preços competitivos.

Como vimos, nos países desenvolvidos, a produção dos medicamentos genéricos vem cumprindo este papel, sem restringir os esforços tecnológicos empresariais. No Brasil, o problema que se coloca é mais complexo, uma vez que o tecido industrial formado pelas empresas privadas nacionais é mais frágil, sendo a precariedade tecnológica o fator determinante principal, uma vez que a limitada estrutura de *marketing* poderia ser parcialmente superada mediante a política de compra do Estado (nos moldes da presente mesmo nos países mais avançados).

Deste modo, mesmo que pela via da produção de genéricos – através da importação de matérias-primas ou de esforços para sua produção local –, as empresas nacionais, públicas e privadas, nunca chegaram a exercer um pressão competitiva sobre as empresas líderes, de sorte a tornar o funcionamento do mercado mais próximo dos interesses dos consumidores.

Especificamente no que se refere à produção de matérias-primas farmacêuticas (seja pela via de síntese química ou biotecnológica), ao longo da década de 1980 houve uma série de iniciativas de política industrial que estimularam fortemente sua produção (crédito do BNDES e FINEP, barreiras tarifárias e não tarifárias, entre outras). Entre 1982 e 1991 a produção local de fármacos aumentou de US$ 270 milhões para aproximadamente US$ 600 milhões (QUEIROZ, op. cit.).

A iniciativa tecnológica mais destacada se deu através da criação da Conpanhia de Desenvolvimento Tecnológico (CODETEC) a partir de uma ação da Central de Medicamentos (CEME) e da antiga Secretaria de Tecnologia Industrial (STI). A idéia básica era atuar, simultaneamente, nos dois gargalos estruturais do setor: o mercado final e a tecnologia. Vale dizer, a CODETEC foi constituída como uma empresa de base tecnológica para desenvolver processos de produção de fármacos disponíveis internacionalmente para empresas nacionais. Estas empresas, por sua vez, contavam com apoio financeiro para adquirir as tecnologias desenvolvidas e, sobretudo, com uma garantia de mercado, através das compras da CEME, que permitia reduzir os riscos inerentes as estratégias de inovação. Esta seria a base local da produção de matérias-primas genéricas que poderia elevar o grau de competitividade da indústria e o benefício social da atividade.

Nos anos 90, com a abrupta liberalização comercial e a crise financeira do Estado, o desenvolvimento do setor químico-farmacêutico ficou seriamente ameaçado. Diversas empresas nacionais que tinham iniciado a produção de produtos mais integrados com maior conteúdo tecnológico, passaram a eliminar as atividades intermediárias, se concentrando somente naquelas atividades de lucratividade mais imediata e de menor valor agregado. A própria CODETEC acabou indo à falência, abortando toda uma trajetória de capacitação empresarial e de recursos humanos do país em tecnologias farmacêuticas. As empresas líderes tiveram, assim, a pressão competitiva sobre suas atividades bastante reduzida, levando-as a regredir em suas estratégias (limitadas) de gerar no país uma linha de produção com maior aporte tecnológico.

Esta questão da fragilidade da competição no mercado local coloca em cheque a hipótese central da eficiência das forças de mercado. Sem competição, mesmo as visões mais liberais, concordariam que a eficiência do mercado é prejudicada, para não falar de sua eficácia social.

Observe-se que o mercado brasileiro não é um mercado marginal de reduzidas dimensões, onde a questão da especialização do parque produtor se coloca facilmente (como seria o caso de pequenos países europeus, como Holanda, ou latino-americanos, como o Chile). Ainda mais relevante, há o fato de que o potencial de crescimento do mercado é bastante amplo, sendo uma clara necessidade para as ações de saúde.

Contemplando os dados apresentados no Quadros I e II, é possível ter uma idéia da magnitude do mercado farmacêutico nacional, assim como as características do padrão competitivo vigente. No final dos anos 80, o Brasil era o 9º mercado do mundo capitalista com um faturamento de aproximadamente US$2,5 bilhões. Em 1995, o fatu-

ramento bruto já atingia um valor superior a US$8 bilhões, tendo mais do que triplicado num período de apenas 6 anos, o que constitui algo sem paralelo em qualquer outro setor da indústria brasileira. Provavelmente, o mercado de medicamentos do Brasil já é hoje o 5º ou o 6º mercado no *ranking* da indústria farmacêutica. Todavia, e surpreendentemente, os dados agregados não indicam que houve um crescimento expressivo da disponibilidade de medicamentos para a população. Enquanto, em termos de valor, houve uma expansão de 72% entre 1993 e 1995 (sendo 28% em 94 e 34% em 95), em termos físicos, a produção de unidades farmacêuticas expandiu-se em apenas 9%, tendo, inclusive, decrescido 6% no período 93/94.

Comparando a expansão em termos de valor e de quantidade, o valor médio de uma unidade farmacêutica (medido em termos do faturamento bruto) elevou-se de US$2,99 para US$4,67, representando um crescimento de 56% num intervalo de 2 anos! Mesmo considerando a limitação de uma análise tão agregada, é absolutamente improvável que uma elevação desta natureza possa estar associada principalmente à introdução de novos produtos com qualidade superior, ainda mais num prazo tão curto. Por trás destes dados, está a questão da liberalização de preços numa indústria fortemente oligopolizada e pouco exposta à concorrência, uma vez que foi justamente no início dos anos 90 que o setor foi desregulamentado.

O discurso da eficiência e competitividade da indústria frente a estes dados fica bastante prejudicado. Se a regulamentação burocrática prejudica os interesses empresariais e origina o gasto com recursos e esforços na obtenção de favores públicos (fenômeno conhecido como *rent seeking*), a desregulamentação de um setor estruturado como um oligopólio, que apresenta impacto direto nas políticas sociais, origina comportamentos privados fortemente deletérios e ineficientes para o consumidor.

Voltando à questão tecnológica, pela análise das informações disponíveis, assiste-se a uma forte discrepância entre a posição de mercado e a base tecnológica do país. O Brasil é o único país, entre os 10 primeiros mercados do mundo, com atividades tecnológicas e base de produção de princípios ativos quase que desprezíveis, não acompanhando, minimamente, mesmo países com um grau de desenvolvimento mais próximo, como a Espanha e a Coréia do Sul.

Deste modo, a dimensão do mercado nacional, a reduzida pressão competitiva sobre as empresas líderes, a inexpressiva contribuição da indústria para a capacitação tecnológica e a formação de recursos humanos em áreas estratégicas (biotecnologia, produtos naturais, entre outras) e a dimensão social do medicamento descartam a concepção simplista, atualmente hegemônica, de que o Brasil deveria adotar um padrão de especialização que se voltasse para atividades menos complexas. A inserção num mercado mundial globalizado não requer que se abra mão da conformação de um padrão de desenvolvimento assentado no trabalho qualificado e em atividade com maior substância tecnológica.

O Sistema Produtor Oficial: uma alternativa de política?

Os tempos mudaram. Para os que atuam no setor público, a ultima década acentuou frustrações e perplexidades. A tendência dos governos em todo o mundo – inclusive socialista – é transferir para o mercado o eixo das estratégias de desenvolvimento econômico e social. Nesta concepção o Estado se afasta da órbita direta de produção de bens e serviços, limitando-se à função reguladora e provedora em áreas específicas como educação e saúde.

Quadro I - Mercado Farmacêutico do Mundo Capitalista - (1989) - (US$ 170 bilhões)

Colocação	País	População (milhões hab.)	Mercado (US$ milhões)	Consumo per Capita (US$)	Participação no Mercado (%)	Participação Acumulada (%)
1	EUA	245	44500	182	26,2	26,2
2	Japão	122	31250	256	18,4	44,6
3	Alemanha	61	10980	180	6,5	51,0
4	França	56	9140	163	5,4	56,4
5	Itália	57	8390	147	4,9	61,4
6	Reino Unido	57	4530	79	2,7	64,0
7	Canadá	26	3510	135	2,1	66,1
8	Espanha	39	3350	86	2,0	68,1
9	Brasil	144	2480	17	1,5	69,5
10	Coréia do Sul	43	2160	50	1,3	70,8

Fonte: International Medical Statistics, Pharmaceutical Market World Review 1989, Apud Queiroz (op. cit.).

Quadro II - Indústria Farmacêutica - (1993/1995)
Evolução do Faturamento Bruto e da Produção Física

Ano	Faturamento Bruto (US$bilhões)	Produção Física (bilhões de unidades)	Evolução do Faturamento (%)	Evolução da Produção Física (%)	Valor da Unidade Física
1993	4,84	1,62	–	–	2,99
1994	6,18	1,52	+ 28	– 6	4,07
1995	8,27	1,77	+ 34	+116	4,67
1995/93 (Var. %)	–	–	**+ 72**	**+9**	**+ 56**

Fonte: Tabela elaborada a partir de dados fornecidos pela Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (Abifarma).

A redução das atribuições do Estado, sua menor interferência na economia e os processos de privatização em vigor acentuam o debate sobre a necessidade da existência de laboratórios estatais produtores de medicamentos como um instrumento eficaz de democratização do acesso ao medicamento.

O fato é que essa rede hoje opera com tecnologias defasadas, apresenta altos níveis de ociosidade e não desenvolve pesquisas, seja por deficiências de infra estrutura, de recursos humanos capacitados, ou de decisão política dos diversos governo. Esta realidade vem colocando limites à defesa da existência desse parque produtor no interior do Estado. De fato, o argumento sempre utilizado pelo Movimento Sanitário na defesa de propostas "estatistas" rígidas neste setor foi o da segurança nacional, no fundo um fetiche ideológico e que hoje aparece apenas como um ranço de um passado recente.

Esta discussão, portanto, deve superar seu caráter meramente ideológico, em favor de uma visão que privilegie os aspectos substantivos ligados ao desenvolvimento da

indústria no país e à sua contribuição concreta para as ações de saúde pública. O vínculo do setor farmacêutico com as políticas de atenção à saúde, o marco regulatório abrangente do ambiente que o circunda, a importância do aporte de atividades de C&T no desenvolvimento de novos produtos e processos impõem um enfoque que não se limite aos dogmas do liberalismo ou do estatismo imobilista. Mesmo nas economias mais desenvolvidas, o Estado continua sendo um ator essencial para o setor, havendo, isto sim, um processo de redefinição de suas atribuições e das *formas* de intervenção.

Neste sentido, considerando as peculiaridades da área e do país, deve-se pensar o papel do Estado nas atividades de produção e desenvolvimento de fármacos e medicamentos, sem se prender a modelos rígidos e simplistas que delimitem sua atuação. Como não é possível identificar um padrão único de intervenção, nem mesmo uma tendência geral, o desafio que se coloca é o de pensar criativamente um padrão de intervenção que respeite as peculiaridades do país, sem se opor, aprioristicamente, à redefinição do papel do Estado, mas também não caindo numa postura simplista que advoga apenas sua retirada numa área crucial para as ações de saúde pública. O balizamento último das estratégias para a área deve ser a melhoria das condições de saúde como um dos fundamentos essenciais da cidadania.

É neste contexto concreto, nacional e internacional – e não a partir de ideologias convencionais que chegam sempre com atraso ao país –, que deve ser pensada a questão do papel do parque produtor público de medicamentos.

Esta rede de empresas emprega cerca de 4000 funcionários, tendo uma capacidade nominal de produção de 6,5 bilhões de unidades jamais alcançada. Fornecedora de medicamentos para um único cliente, a Central de Medicamentos do Ministério da Saúde, ostentou em 1993 uma ociosidade média de 70%. A participação dos Laboratórios Oficiais na distribuição dos recursos orçamentários para o fornecimento de medicamentos à CEME tem oscilado, atingindo seu maior índice em 1976, com 77%, e o menor em 94, com apenas 32% de participação (Quadro III).

Os investimentos do governo federal nesta rede, incluindo pesquisa, desenvolvimento, controle de qualidade e modernização, atingiram, no período 1972-1995, o montante de 213 milhões de dólares, com uma média de 9,26 milhões por ano.[8]

Comparando os dados dos Quadros II e III, temos que a produção estatal, historicamente, tem representado uma parcela reduzida do mercado farmacêutico. Em 1995, as aquisições de medicamentos pela CEME junto a rede oficial somente representaram 3% do faturamento da indústria farmacêutica, refletindo o caráter marginal da participação deste segmento no mercado nacional. Esta produção é dirigida, fundamentalmente, para atender aos programas prioritários do Ministério da Saúde (Programas de AIDS, Saúde Mental, Dermatologia Sanitária, Malária, Esquistossomose, Saúde da Mulher e da Criança, etc.), havendo também o atendimento à demanda pública de outras esferas da federação.

É evidente que a produção estatal ocupa um segmento limitado de mercado, sendo, todavia, essencial para o adequado desenvolvimento das ações de saúde (ver para mais detalhes o documento ALFOB, 1994). Por um lado, existem os aspectos já clássicos que justificam a atuação estatal na área, notadamente aqueles referentes aos preços praticados – que são substancialmente inferiores ao da rede privada, uma vez que não incorporam os gastos com *marketing* – e à garantia do suprimento de produtos essenciais que não apresentam grandes estímulos para a entrada de empresas privadas (os chamados produtos órfãos).

Por outro lado, e por paradoxal que possa parecer aos adeptos do liberalismo, a produção estatal adquire um papel crucial para garantia da competição no mercado farmacêutico. A fragilidade das empresas nacionais, torna o mercado farmacêutico brasileiro pouco exposto à competição, que é o mecanismo básico de regulação de uma economia capitalista. Em outras palavras, o funcionamento do mercado farmacêutico segundo os critérios de eficiência de uma economia capitalista, pressupõe pressão competitiva. Como o mercado é extremamente oligopolizado e as empresas privadas nacionais são fragilizadas e atrasadas, a consolidação de um segmento público mais eficiente, que possa constituir-se num padrão de referência para o consumidor e para a ação estatal, pode representar um elemento fortemente favorável ao desenvolvimento da indústria farmacêutica em geral.

Enquanto nos países desenvolvidos, a produção de produtos genéricos por empresas independentes desempenhou este papel, no Brasil o segmento público poderia, em simultâneo, se constituir no alicerce produtivo das políticas de saúde e em um fator de estímulo à competição no mercado privado. Este papel poderia induzir estratégias mais benéficas ao país por parte das empresas privadas, levando à introdução de

Quadro III - Orçamento Ceme - 1972 / 1995 - (US$ milhões)

Ano	Orçamento C E M E	% Aquisição Distribuição	Aquisição / Distribuição	% Aquisição Laboratórios Oficiais	Aquisição/ Distribuição Oficiais
1972	11,00	83,40	9,20	73,60	6,80
1973	25,70	94,90	24,40	74,90	18,30
1974	49,50	87,70	43,30	48,00	20,80
1975	46,80	86,30	40,40	64,10	25,90
1976	45,30	88,70	40,20	77,00	30,90
1977	57,60	96,00	55,30	55,50	30,70
1978	70,90	93,90	66,60	56,80	37,80
1979	70,90	96,00	68,10	70,60	48,00
1980	85,50	96,30	82,30	60,90	50,10
1981	128,00	97,90	125,30	55,80	69,90
1982	123,00	97,10	119,40	62,40	74,50
1983	136,90	93,80	128,40	63,90	82,00
1984	96,10	94,90	91,20	62,60	57,10
1985	153,50	93,70	143,80	66,30	95,40
1986	254,00	92,40	234,70	53,80	126,30
1987	229,10	94,00	215,30	44,60	96,00
1988	205,50	91,20	187,40	45,60	85,50
1989	482,40	95,60	461,20	56,00	256,27
1990	482,40	90,00	456,81	38,00	173,59
1991	506,45	90,00	304,26	73,00	222,11
1992	338,60	94,00	203,47	94,00	191,26
1993	215,99	97,00	595,30	69,00	410,76
1994	401,76	93,00	375,34	32,00	120,11
1995	675,07	96,00	646,98	40,00	260,15

Fonte: Central de Medicamentos/Ministério da Saúde

produtos de qualidade superior, a uma maior integração do processo produtivo – com a internalização de atividades de maior valor adicionado – e ao estabelecimento de políticas de preços menos predatórias para o consumidor e para o orçamento público.

Da mesma forma, a baixa capacidade do Estado de regulação do mercado e do setor produtivo privado aliado a uma forte presença de interesses privados ao seu interior, fortalece a idéia da existência de uma rede produtora estatal com as características aqui apontadas que atue como instrumento de regulação, possibilitando colocar limites às relações comerciais entre o Estado e a indústria privada.

Especificamente no que se refere ao aspecto tecnológico, a experiência da CODETEC mostra como o investimento em tecnologia no país envolve riscos dificilmente assumidos pela iniciativa privada. Uma experiência que foi rica na capacitação tecnológica do país, que formou recursos humanos em processos de síntese e que alavancou um potencial empresarial antes inexistente, acabou naufragando, em grande parte, em função da evolução da política macroeconômica e industrial (altas taxas de juros, abertura comercial abrupta, etc.).

Isto mostra que o Estado tem um papel crucial na formação de uma base tecnológica no país. Mesmo países que hoje fazem parte dos "manuais de desenvolvimento" dos organismos internacionais, como Coréia do Sul e Formosa, têm no Estado – e nos seus institutos de pesquisa – um agente central para o desenvolvimento tecnológico. Mais uma vez o corte simplista entre Estado e mercado não se sustenta. O Estado pode vir a se constituir num fator central da competitividade da iniciativa privada, na medida em que estabeleça formas de articulação tecnológica com empresas nacionais. Com isto – e já existem iniciativas concretas, a exemplo da Fundação Oswaldo Cruz –, a ação estatal pode contribuir decisivamente para a superação da fragilidade tecnológica do setor farmacêutico nacional, alavancando sua competitividade e sua base de recursos humanos no desenvolvimento tecnológico.

Uma estratégia simplista de liberalização, teria o efeito de acomodar as posições oligopólicas de mercado já consolidadas no país, reduzindo a competitividade nacional, a disponibilidade de inovações substantivas, a eficiência do gasto público com medicamentos e o potencial tecnológico do país. A retirada do Estado do mercado farmacêutico seria, deste modo, contrária ao desenvolvimento capitalista da indústria e à concepção de políticas farmacêuticas adequadas a um país de dimensão continental, com 50 milhões de pessoas excluídas do acesso aos medicamentos pela via privada.

Todavia, frente às mudanças verificadas em âmbito mundial no que se refere à Reforma do Estado, não se trata de simplesmente defender a preservação da rede oficial existente, mas sim, fundamentalmente, de pensar sua transformação, no sentido de fortalecer a contribuição tecnológica, o papel regulador e a eficiência e eficácia da ação pública.

Neste sentido, o autofinanciamento dessa rede, inclusive dos investimentos em modernização industrial, deve ser uma meta, sem a qual não se justificaria a ação estatal em virtude da crise financeira do Estado. Para tanto, os Laboratórios Oficiais precisam, em simultâneo ao reforço de sua missão pública, operar com flexibilidade gerencial e administrativa que tenha na eficiência produtiva e econômica um parâmetro básico de desempenho. Um aspecto de extrema importância e que não tem sido devidamente

8. Informações Gerenciais da CEME, 1996.

avaliado é o do conjunto de obstáculos legais e estruturais que o próprio Estado coloca para o funcionamento de suas instituições sejam Fundações, Autarquias ou Empresas, e que, na prática, compromete o desempenho adequado do ponto de vista gerencial e da eficiência econômica. Enquanto festejávamos em 1988 a aprovação do capítulo da Saúde da Constituição, perdidos em dezenas de artigos, caputs e parágrafos, estabelecia-se a teia de obstáculos que, na prática, impede que o setor público possa oferecer produtos e serviços de qualidade a custos compatíveis. Se isso é fato para um hospital ou universidade o que dizer para uma fábrica?

Um aspecto adicional: durante mais de duas décadas essa rede de empresas e institutos públicos forneceu medicamentos para um único cliente, o Ministério da Saúde. O que se imaginava fazer parte de uma estratégia de fortalecimento do Estado, a partir da delimitação de um mercado cativo, transformou-se na prática em uma relação paternalista e que tem levado ao desestímulo da modernização tecnológica e gerencial. Nessa perspectiva os Laboratórios Oficiais acomodaram-se na oferta de produtos de baixa densidade tecnológica e não foram estimulados a diversificar a oferta e a incorporação tecnológica. É crucial submeter essas unidades à competição do mercado. Claro que não se está propondo a sua entrada no mercado privado, mas sim o de estimular a competição dentro do próprio espaço público e dos diversos mercados que o compõe (municípios em processo de descentralização, política de compras dos organismos de assistência médica de empresas estatais, o próprio Ministério da Saúde etc.).

Um esforço, certamente mais complexo, deve ser buscado na área tecnológica. A função de referência de preços e de qualidade, de suprimento estratégico de produtos essenciais e de estímulo à competitividade nacional, depende crucialmente da capacidade pública para construir uma base tecnológica endógena e para se articular com a iniciativa privada na absorção e transferência de novas tecnologias.

No momento atual de esgotamento dos paradigmas tecnológicos hegemônicos no pós-guerra (síntese química a partir de procedimentos empíricos) e do surgimento de novos paradigmas tecnológicos (biotecnologia e síntese química baseada no conhecimento científico racional da interação das substâncias com o organismo humano), a questão da constituição desta base tecnológica torna-se a questão mais importante para o dinamismo da indústria local a longo prazo. Sem tecnologia, o papel do país na área farmacêutica será o de atuar nos segmentos finais e menos complexos da indústria, agregando pouco valor à produção e prescindindo de um aporte mais sofisticado dos recursos humanos do país. Cabe, assim, ao Sistema Oficial transformar-se, de forma profunda, no sentido de justificar sua atuação tanto em termos da política de saúde quanto em termos da política de desenvolvimento científico e tecnológico.

Em suma, o Sistema Produtor Oficial, ao invés de ser um ente estranho à competitividade capitalista, poderia ser um elemento indutor de comportamentos progressistas e não predatórios, constituindo-se em um pilar fundamental do desenvolvimento da indústria instalada no Brasil, compatibilizando os requerimentos das ações de saúde com o seu dinamismo a longo prazo.

Para isto, em primeiro lugar os Laboratórios Oficiais devem conjugar um alto grau de sentido social e ético a um adequado desempenho técnico e gerencial. Sua produção deve estar voltada para atender às questões centrais das políticas sanitárias. De outro lado, a existência de uma rede de laboratórios públicos será de extrema importância

para implantar com sucesso qualquer tentativa de política de assistência farmacêutica que não se limite ao assistencialismo ou que não se entregue às ilusões do mercado. Será nessa rede que o Estado deverá ter não apenas uma referência de custos e qualidade, mas também um espaço concreto para a pesquisa, o desenvolvimento tecnológico e a formação de RH estratégicos. Além disso, os Laboratórios Oficiais são uma garantia permanente à ameaça de interrupção de oferta de produtos não rentáveis (drogas órfãs da OMS).

Mas, para viabilizar essa proposta, são necessárias algumas medidas de caráter estrutural, entre as quais citaríamos:

- Proceder a uma radical reformulação das atuais atribuições da CEME. Esta deixaria de dedicar-se à aquisição de medicamentos que seriam descentralizadas para os Estados e Municípios. Esta idéia visa também que os Laboratórios Oficiais passem a disputar entre si este mercado público conformado por centenas de municípios em pleno processo de descentralização a nível do SUS, rompendo com a relação de cliente único e mercado garantido. Isto poderia levar ao fechamento de alguns Laboratórios Oficiais? Sem dúvida, principalmente aqueles que operam em bases tecnológicas muito defasadas.
- Obter as condições gerenciais necessárias para que os Laboratórios Oficiais possam operar competitivamente principalmente em relação à área de pessoal e de compras.
- A nova CEME, liberada das funções de aquisição, passaria a dedicar-se a formular e implementar políticas de fundo estratégico que permitam ao país sair do grau de dependência atual.
- A criação de linhas de financiamento (através do BNDES, por exemplo) para a modernização e expansão da capacidade de produção.
- O desenvolvimento de estratégias articuladas de política entre os ministérios envolvidos (Saúde, Ciência e Tecnologia, Indústria e Comércio, Educação).
- Dentro de tão aguardada reforma estrutural do Ministério da Saúde, propõe-se a criação de um órgão que aglutine as áreas de imunobiológicos, ciência e tecnologia, sangue e hemoderivados e medicamentos, com uma perspectiva integradora, potencializadora e estratégica.

Política de Imunobiológicos[9]

O Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos (PASNI), formulado em 1985 e iniciado no ano seguinte, constitui o marco político contemporâneo da produção de soros e vacinas no Brasil.

9. A avaliação da política nacional de imunobiológicos insere-se num projeto de pesquisa efetuado no âmbito da Fiocruz, sob a coordenação geral do Dr. Dalton Mario Hamilton, Vice-Presidente de Desenvolvimento Institucional da Instituição. O levantamento e sistematização das informações quantitativas apresentadas foi efetuado pela consultora Maria Lenora Ciardullo Girafa.

O contexto da formulação do Programa situa-se no início da década de 1980, quando o país se defrontou com uma séria crise de suprimento de imunobiológicos, com o fechamento do maior produtor local, a Sintex do Brasil[10]. Esta era uma empresa privada de capital estrangeiro que atendia a demanda de soros e da vacina tríplice bacteriana/DPT (difteria, tétano e coqueluche), entre outros produtos. O fechamento desta empresa esteve ligado ao fortalecimento das atividades de controle de qualidade, fruto da criação do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) em 1981, no âmbito da Fiocruz, que condenou diversas linhas de produtos disponíveis no país.

A maior rigidez das especificações e do controle de qualidade desestimulava a entrada de produtores privados, uma vez que o setor apresentava baixo dinamismo econômico mesmo nos países desenvolvidos, ainda mais se comparado com o setor farmacêutico que, tradicionalmente, é bastante lucrativo.

A produção local, além de insuficiente para atender a demanda nacional – em meio a uma aguda crise no balanço de pagamentos que impunha rígidos controles às importações–, mostrava-se precária em termos de qualidade e dos padrões dos organismos internacionais. Sem aporte do setor privado e com diversos laboratórios públicos em condições precárias de funcionamento, o Ministério da Saúde viu-se quase que obrigado a formular uma resposta nacional agressiva para viabilizar as ações de saúde pública.

A idéia básica era a de estabelecer uma ação coordenada entre os produtores nacionais, estimulando os investimentos e a melhoria da qualidade da produção local, de sorte a se atingir a auto-suficiência nacional nos produtos vinculados aos programas de saúde. A partir da estimativa das necessidades nacionais com base nos programas de imunizações, desenhou-se uma estratégia de substituição progressiva das importações e de expansão articulada de 7 Laboratórios Oficiais (posteriormente ampliados para 9), além de contemplar, em sua fase inicial, também uma empresa privada de capital nacional (Quadro IV).

O Programa tinha estabelecido como meta a total substituição das importações de soros e vacinas por produção nacional num período de 5 anos. Em 1990, a produção nacional de vacinas se elevaria de 101,5 milhões de doses para 187,7 milhões, representando uma expansão quantitativa de 85%. Esta expansão concentrava-se sobretudo na produção da vacina tríplice, toxóide tetânico e contra poliomielite, cuja dependência de importações era mais destacada. Na área de soros, a expansão prevista da produção local concentrava-se nos soros antitetânico, anti-rábico e antiofídico (antibotrópico e anticrotálico).[11]

Adicionalmente a esta expansão quantitativa, tinha-se como um dos objetivos principais a elevação da qualidade da oferta interna para um nível compatível com os padrões da Organização Mundial da Saúde, uma vez que o fator desencadeador da crise tinha sido a falta de qualidade do suprimento nacional. Com isto, o INCQS foi incorporado ao Programa como um agente de suporte (além de sua função de controle) da elevação dos padrões de qualidade dos Laboratórios Oficiais.

10. Esta apresentação do PASNI utilizou, parcialmente, a apresentação do debate sobre a produção de vacinas no Brasil, publicada na revista *História, Ciências, Saúde*, 1996, Vol. III, N*o* 1 (Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz, 1996), efetuada por Carlos A. G. Gadelha.

11. Para uma visão mais detalhada das metas iniciais do PASNI vide Gadelha, 1990 (op. cit.).

Em termos operacionais, o PASNI constitui essencialmente um programa de investimentos. A institucionalidade pública organiza-se da seguinte forma: as necessidades de vacinação são definidas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), situado no âmbito da Fundação Nacional da Saúde. Com base nesta estimativa, são definidas cotas de produção para os laboratórios da rede, estimando-se, simultaneamente, a necessidade de importações, a partir da diferença entre a capacidade produtiva e as necessidades de vacinação e de utilização de soros. Neste momento, os preços da produção local são definidos, com base nos valores internacionais e, quando possível, na planilha de custos dos laboratórios (PASNI, 1995). O PASNI exerce uma função coordenadora da distribuição das cotas entre os produtores, definindo tanto a ocupação da capacidade produtiva instalada, quanto a sua ampliação ao longo do tempo. É nesta última atribuição que se situa o principal instrumento do programa, mediante a definição dos investimentos em obras e equipamentos e a provisão do financiamento com base em recursos do tesouro a fundo perdido.

Como pode ser visto no Quadro V, o Programa já investiu nos laboratórios um valor superior a US$120 milhões, o que certamente representa um dos maiores investimentos do governo federal na produção de insumos em saúde. Como fruto destes investimentos, já se obteve alguns resultados favoráveis como a melhoria da qualidade da produção local – atendendo, em grande parte, aos padrões da Organização Mundial da Saúde –, a auto-suficiência em soros (com exceção de alguns itens de valor pouco expressivo), a expansão da produção da vacina contra a raiva e DPT (ainda como previsão de curto prazo) e a implantação de uma capacidade produtiva no país, em termos de instalações físicas, capaz de suprir, em grande medida, as necessidades dos programas de vacinação. Somente a capacidade instalada de envazamento de vacinas em Biomanguinhos /Fiocruz – o laboratório que contou com a maior parte dos investimentos realizados – é capaz de suprir quase a totalidade da necessidade quantitativa nacional, se utilizada num nível ótimo de ocupação.

QUADRO IV - Laboratórios Produtores que Compõem o Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos

Laboratório	Localização	Tipo de Entidade
Instituto Butantan	São Paulo	Pública - Estadual
Instituto de Tecnologia do Paraná - TECPAR	Paraná	Pública - Estadual
Instituto Vital Brazil - IVB	Rio de Janeiro	Empresa Pública
BIOMANGUINHOS(*) - FIOCRUZ	Rio de Janeiro	Pública - Federal
Fundação Ezequiel Dias - FUNED	Minas Gerais	Pública - Estadual
Fundação Ataulpho de Paiva - FAP	Rio de Janeiro	Privada - Filantrópica
Instituto de Pesquisas Biológicas- IPB	Rio Grande do Sul	Pública - Estadual
Vallée (**)	Minas Gerais	Empresa Privada Nacional
Instituto de Biologia do Exército - IBEX(***)	Rio de Janeiro	Pública - Federal
Ind. Química do Estado de Goiás IQUEGO (***)	Goiás	Pública - Estatal

Fonte: Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos/ Ministério da Saúde e levantamento de campo
Notas: (*) Biomanguinhos: Instituto de tecnologia em imunobiológicos.
(**) A Valée fazia parte do PASNI inicialmente, mas não chegou a participar de forma efetiva ao longo de sua implementação
(***) Estes dois laboratórios somente recentemente foram incluídos nos investimentos do programa, não fazendo parte da estratégia inicial

Todavia, quando se analisa os dados da produção nacional e das importações de imunobiológicos dos últimos 10 anos constata-se que as metas não foram atingidas, requerendo uma avaliação crítica dos rumos do Programa. Enquanto na área de soros o Programa obteve sucesso, na área de vacinas – que é a mais crítica, complexa do ponto de vista tecnológico e que envolve o maior volume de recursos – os resultados até o presente são frustrantes.

O Quadro VI procura apresentar retratos instantâneos do PASNI em três momentos distintos que permitem avaliar a evolução desde sua implementação até 1995. No início do Programa, em 1986, partia-se de um quadro geral em que somente 47% da necessidade estimada do país era suprida por produção nacional, havendo uma forte dependência no grupo de produtos já mencionados. Em 1990, ano em que estava prevista a total superação das necessidades de importações, a produção nacional somente representava 41% da meta formulada no início do programa. Nenhum avanço significativo tinha sido atingido na vacina contra poliomielite e na tríplice bacteriana (DPT), havendo somente um avanço na vacina anti-rábica humana.[12]

Finalmente, a situação atual, conforme dados de 1995, evidencia uma falta de suprimento interno para atender as necessidades locais, apresentando um hiato ainda superior ao estimado no início do Programa! A participação da produção nacional na necessidade estimada pelos programas de imunização de 1995 somente alcançou a 36%, a despeito do vigoroso programa de investimentos realizados. Por um lado, manteve-se a dependência de vacinas tradicionais como a de poliomielite e DPT, sendo que no caso desta última, 3 Laboratórios Oficiais (Butantan, Tecpar e Biomanguinhos) devem começar sua produção em maior escala proximamente (havendo inclusive uma avaliação de excesso de capacidade produtiva – PASNI, 1995). Por outro lado, produtos tradicionalmente ofertados no país, como as vacinas contra o sarampo e a febre amarela, passaram a apresentar problemas de produção, tornando seu suprimento irregular. Adicionalmente, novas vacinas foram introduzidas nos programas de vacinação para as quais o país não dispõe (pelo menos até o momento) de capacidade tecnológica para sua produção. Neste grupo, está a vacina contra a hepatite B, havendo previsão de adoção de outras como a tríplice viral, que pode inclusive inviabilizar a produção da vacina contra o sarampo de forma não combinada com as vacinas contra rubéola e caxumba.

Em termos de valor, o país ainda depende fortemente de importações de vacinas, sendo que o volume de recursos dispendidos pode se ampliar, uma vez que os novos imunobiológicos para os quais se possui capacitação para a produção local, normalmente, apresentam um preço muito superior (como é o caso das vacinas contra hepatite B e meningite B que possuem um preço pelos menos 10 vezes superior ao da febre amarela e sarampo). Como mostra o Quadro VII, a participação das importações no valor da demanda pública de imunobiológicos tem oscilado entre 50% e 71%, refletindo o comprometimento dos gastos públicos com importações, a despeito do esforço de investimento realizado na rede oficial, cujos preços, tradicionalmente, são bem inferiores aos praticados nas licitações internacionais.

Os dados apresentados colocam a necessidade premente de se repensar os rumos da política nacional de imunobiológicos, assim como os fatores que levaram à frustração das expectativas depositadas no Programa. Segundo nosso diagnóstico, duas questões centrais permearam o reduzido nível de resposta dos laboratórios apoiados frente ao aporte de recursos ofertados:

QUADRO V - Recursos Repassados aos Laboratórios Nacionais - 1986-1995
Programa de Auto Suficiência Nacional em Imunobiológicos - em US$

LABORATÓRIO	PERÍODO										TOTAL
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
BUTANTAN	1.287.758	1.553.065	3.641.614	665.454		5.629.846	1.388.496	1.919.316	5.891.230	5.250.000	27.226.779
FUNED	601.612	399.170	808.483	16.400	446.284		201.816	942.626			3.416.391
I P B	169.793	295.034	146.378	281.437							892.642
I V B	1.011.561	1.207.136	1.116.089	255.179	396.563		201.816	1.537.088			5.725.432
TECPAR	969.540	270.162	179.577	1.620.819		3.453.599	160.988	3.142.085	2.352.941		12.149.711
INCQS	578.035	441.146	245.488	2.957.189				185.328			4.407.186
BIOMANGUINHOS	1.589.595	2.208.315	3.067.579	5.288.519		5.293.482	6.817.289	5.694.045	13.235.962	12.093.533	55.288.319
F A P	543.663	629.045	640.319	2.282.627	1.901.221	1.242.608	569.213	1.056.546	352.941	3.000.000	12.218.183
IQUEGO					287.270			10.356			297.626
IBEX								234.673		2.045.452	2.280.125
TOTAL	6.751.557	7.003.073	9.845.527	13.367.624	3.031.338	15.619.535	9.339.618	14.722.063	21.833.074	22.388.985	123.902.394

Fonte: Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos/Ministério da Saúde.

Nota: Nos anos de 1994 e 1995 os recursos destinados a BIOMANGUINHOS foram repassados através do orçamento da FIOCRUZ, sendo portanto considerados os valores fornecidos por esta Unidade

- a despreocupação com o desenvolvimento tecnológico; e
- a crescente rigidez da estrutura administrativa do setor público para fazer frente às necessidades nacionais.

Quanto ao desenvolvimento tecnológico, a capacitação nacional é claramente limitada. Não há, no Brasil, nenhuma vacina comercializada com base nas novas biotecnologias em saúde que tenha se originado de uma contribuição tecnológica importante de empresas ou instituições nacionais. Isto, no referido momento de globalização da produção, coloca o risco concreto de sobrevivência, a longo prazo, da capacitação nacional. Os resultados do PASNI são preocupantes. Além do atraso já expressivo na operacionalização dos projetos, as tecnologias a serem utilizadas não são as de última geração e, o que é pior, não se está constituindo uma capacidade endógena de absorção e geração de inovações. Isto pode implicar num sério risco de obsolescência precoce de um Programa que demandou um enorme esforço em termos de canalização de recursos financeiros e humanos.

Na realidade, na última década, colocaram-se novos desafios que engendraram questões impensáveis há 10 anos atrás. Se, mesmo no início dos anos 80, já era clara a necessidade de investir no desenvolvimento tecnológico, ao longo da década o mundo assistiu a uma revolução tecnológica e organizacional que representou uma forte descontinuidade com o padrão vigente no pós-guerra. As novas formas de organização da produção, as novas biotecnologias e a revolução microeletrônica somente poderiam ser enfrentadas com esforços não marginais para o desenvolvimento tecnológico e para a reestruturação das bases tradicionais de organização da produção. Sem tecnologia, era claro que o objetivo de auto-suficiência seria frustrado a cada momento. É da lógica da competição num setor de fronteira tecnológica (como se tornou a área das vacinas), o lançamento incessante de novos produtos. Sem capacidade de acompanhar este dinamismo, quando se atinge uma meta, o alvo já se deslocou para mais adiante. No caso das vacinas, surgem a cada momento novos produtos e processos, tais como hepatite B, *haemophilus influenza* tipo B, vacinas combinadas em geral, vacinas baseadas no DNA, possibilidades diversas de utilização de engenharia genética, entre outras. Talvez, na conjuntura atual, o objetivo de auto-suficiência tivesse que ser substituído pelo objetivo de capacitação tecnológica.

Para enfrentar estes desafios, seria imprescindível superar o caráter artesanal e a lógica acadêmica da produção local, mediante uma profunda transformação do padrão gerencial consolidado ao longo da história. Infelizmente, o PASNI não procurou, em conjunto com o aporte de recursos fornecidos, garantir as formas apropriadas de gestão. Com o investimento realizado, houve um salto quantitativo da escala da capacidade produtiva, sem que houvesse maiores ações na transformação qualitativa da forma de gerenciamento dos Laboratórios Oficiais. Normalmente, estruturas não afetas à lógica econômica viram-se obrigadas a lidar com um contexto produtivo e competitivo para o qual não tinham a menor experiência e estrutura administrativa. A fragilidade da sistemática de planejamento estratégico e operacional, a rigidez administrativa nas áreas de pessoal, compras e financeira e a própria cultura de controle burocrático do setor

12. Em algumas vacinas como contra a Febre Amarela esta comparação das metas de 1986 com a produção de 1990 pode se mostrar enganosa, na medida em que as necessidades anuais podem variar, dependendo da conjuntura epidemiológica e da programação anual de vacinação. Todavia, os dados lidos em termos mais genéricos, e sendo qualificados, permitem visualizar apropriadamente os resultados atingidos frente à programação inicial.

QUADRO VI - Evolução do Programa de Auto – Suficiência Nacional em Imunobiológicos
em mil doses

IMUNOBIOLÓGICOS	1986 SITUAÇÃO INICIAL			1990 METAS X RESULTADOS			1995 SITUAÇÃO ATUAL		
	Necessidade Anual	Produção Nacional	Produção/ Necessidade	Meta	Produção Nacional	Produção/ Meta	Necessidade Anual	Produção Nacional	Produção/ Necessidade
Antipólio Oral	50.000	10.000	20%	50.000	0	0%	73.000	8.945	12%
Anti-Sarampo	13.500	16.899	125%	15.000	17.583	117%	22.000	6.697	30%
BCG	14.000	13.247	95%	16.000	19.294	121%	25.000	19.714	79%
DPT	39.000	2.100	5%	40.000	1.878	5%	30.000	320	1%
Dupla Infantil (DT)	2.000	0	0%	2.000	50	3%	200	225	112,5%
Dupla Adulto (dt)	-	1.506	-	-	4.187	-	32.000	13.822	43%
Toxóide Tetânico	25.000	3.292	13%	25.000	5.947	24%	16.000	9.123	57%
Antimeningocócica A + C	3.000	0	0%	3.000	0	0%	-	0	-
Antimeningocócica C	-	3.000	-	-	4.000	-	5.600	4.215	75%
Hepatite B	-	-	-	-	-	-	12.500	0	0%
Anticolérica	200	200	100%	200	50	25%	-	0	-
Contra Febre Amarela	15.000	20.000	133%	15.000	6.000	40%	22.000	7.979	36%
Contra Febre Tifóide	300	300	100%	500	120	24%	50	0	0%
Anti-Rábica Humana	3.500	1.125	32%	3.000	2.273	76%	2.600	2.417	93%
Anti-Rábica Canina	18.000	14.000	78%	18.000	15.500	86%	23.100	21.034	91%
TOTAL	183.500	85.669	47%	187.700	76.882	41%	264.050	94.494	36%

Fonte:
- Necessidade 1986-1990 – dados extraídos do quadro "Definição de Cotas de Participação dos Laboratórios Produtores na Demanda Nacional de Imunobiológicos" – PASNI/ Ministério da Saúde, apud Gadelha (1990).
- Necessidade 1995 – dados extraídos do Quadro "Estimativa de Cotas de Participação dos Laboratórios Produtores na Demanda Nacional de Imunobiológicos para 1995" – Ministério da Saúde – Reunião – 31.05.95.
- Produção 1986, 1990., 1995 – dados extraídos dos Quadros demonstrativos da produção nacional por Laboratório (PASNI/ Ministério da Saúde – 1996), exceto o dado relativo à vacina contra febre amarela de 1990, onde foi considerado o dado fornecido por Biomanguinhos.

público limitaram a capacidade de resposta das instituições. O Quadro VIII, permite visualizar este despreparo no âmbito dos laboratórios que fazem parte do Programa, se bem que, a nosso ver, ainda não retrate apropriadamente a profundidade das transformações requeridas.

A reestruturação das formas de atuação do Estado e dos Laboratórios Oficiais torna-se assim uma questão central para se enfrentar o discurso neoliberal privatizante, numa área em que a lógica do mercado pode ser extremamente danosa para viabilizar ações de saúde pública. Neste setor, cujas necessidades de compras governamentais atingem mais de 250 milhões de unidades por ano, o Estado não pode ficar na mão do oligopólio privado, hoje liderado por um grupo de não mais do que 5 empresas (Merck, Smithkline, Rhone Poulenc-Merrieux na liderança). Por exemplo, um programa de vacinação contra Hepatite B que requeira 40 milhões de doses em um ano ao custo de US$ 2 (que é o preço mínimo que tem sido apresentado nas licitações internacionais) implicaria o gasto de recursos públicos de US$ 80 milhões com um só produto em um único ano. Este valor é muito superior ao que seria gasto internamente na absorção de tecnologia e no desenvolvimento da vacina no país, o que traria ganhos econômicos e tecnológicos inquestionáveis. Enquanto a compra externa nesta área tecnológica de fronteira representa somente uma transferência de recursos, sua viabilização tecnológica teria um efeito multiplicador no desenvolvimento nacional em biotecnologia, que constitui uma das áreas vitais para a capacidade de desenvolvimento a longo prazo do país.

Não se trata de voltar à orientação política do período de substituição de importações e de auto-suficiência produtiva como um objetivo em si. Reconhece-se que a produção é crescentemente globalizada, sendo impensável projetos autárquicos. Não obstante, todos os países que lideram o crescimento mundial (incluindo os países em desenvolvimento do Leste Asiático) estabelecem setores e áreas tecnológicas estratégicas, para as quais o apoio público deve ser canalizado. A biotecnologia, invariavelmente, está neste grupo, sendo que o Brasil, pela dimensão de sua população e das ações em saúde possui uma vantagem natural para o seu desenvolvimento.

Quadro VII - Programa Nacional de Imunizações
Valor da Produção Nacional e das Importações - 1992-1995
em US$

	1992		1993		1994		1995	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
PRODUÇÃO NACIONAL	12.653.287	50,35	13.203.616	35,37	21.323.866	28,71	22.478.814	47,13
VACINAS	11.943.933	47,52	11.607.374	31,09	16.197.043	21,81	16.590.491	34,78
SOROS	709.354	2,82	1.596.242	4,28	5.126.823	6,90	5.888.323	12,34
IMPORTAÇÃO	12.479.626	49,65	24.129.235	64,63	52.948.968	71,29	25.220.400	52,87
VACINAS	11.343.976	45,14	23.612.985	63,25	52.475.490	70,65	24.836.700	52,07
SOROS	1.135.650	4,52	516.250	1,38	473.478	0,64	383.700	0,80
TOTAL GERAL	25.132.913	100	37.332.851	100	74.272.83 4	100	47.699.214	100

Fonte: Programa de Auto Suficiência Nacional em Imunobiológicos/Ministério da Saúde

Deste modo, tanto pela dimensão da saúde pública quanto do desenvolvimento tecnológico a dicotomia neoliberal simplista entre o Estado e o setor privado deve ser superada através de uma proposta ativa (e não defensiva) de reestruturação do Estado na área de produção de imunobiológicos.

No contexto de uma reestruturação da ação estatal, propomos as seguintes ações políticas que devem fazer parte da agenda de discussões:

Ampliação da cooperação das instituições de C&T com aquelas produtoras de vacinas e o fortalecimento das áreas de pesquisa e desenvolvimento das unidades de produção, em particular da Fiocruz e do Butantan que devem ser a base do desenvolvimento e difusão da biotecnologia em saúde no Brasil.

Ruptura do imobilismo dado pela falsa polarização entre permanecer dentro do Estado ou transformar-se em empresa privada, através da imediata adoção em todos os laboratórios participantes do Programa, de um Contrato de Gestão como o Ministério da Saúde e a conseqüente introdução dos princípios da administração gerencial e de planejamento com as flexibilizações envolvidas nas áreas de pessoal, compras e orçamentário-financeira.

Introdução de formas profissionalizadas de gestão nessas instituições, buscando-se o autofinanciamento e a compatibilização entre a lógica de saúde e de C&T com a lógica econômica.

Busca do estabelecimento de parcerias (acordos de cooperação, *joint ventures*, entre outras modalidades) com empresas, nacionais ou internacionais, públicas ou privadas, que contribuam para alavancar a capacidade tecnológica e gerencial da produção local, superando-se projetos autárquicos de desenvolvimento.

QUADRO VIII - Laboratórios que Compõem o Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos

Laboratório	autonomia p/ a contratação de pessoal	Regulamento próprio de Compras	Sistema de Apropriação de Custos	Retorno Diretamente Arrecadado	Estrutura de P&D em Imunobiológicos	GMP (*)
BUTANTAN	s/n	s/n	iniciando	sim	+++	++
TECPAR	n	n	insuficiente	sim/não	+	+
IVB	n	n	insuficiente	sim	-	-
BIOMAN-GUINHOS	n	n	iniciando	não	++	+
FUNED	n	n	insuficiente	sim/não	-	-
FAP	s	s	intermediário	sim	+-	-
IQUEGO						
IBEX	n	n	n/tem	sim	-	-

(*)Boas Práticas de Produção (*Good Manufacture Practices*)
(+) restrita; (++) moderada; (+++) ampla; (-) insuficiente
Fonte: Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos/Ministério da Saúde (Baseado em Quadro apresentado pela Comissão de Avaliação do Parque Produtor Nacional de Imunobiológicos em 1995)

Introdução da prática de avaliações sistemáticas de desempenho institucional, considerando não apenas o cumprimento de objetivos e metas, mas a adequação dos custos de produção aos padrões internacionais.

Incorporação à estrutura de gestão dessas unidades de algum grau de controle externo, agregando-se a representação de instâncias de gestão do SUS e de organismos da área de C&T.

Conclusão

A despeito das fortes diferenças e peculiaridades das áreas de medicamentos e de imunobiológicos, ambas estão inseridas num contexto mais geral que é sobredeterminado pela necessidade de aprofundamento dos objetivos da Reforma Sanitária e de transformação no papel do Estado no desenvolvimento econômico e social. Sob esta perspectiva, a área de insumos essenciais à saúde evidencia a contradição entre a garantia do direito à saúde como um aspecto essencial da cidadania e uma Reforma do Estado que se pauta apenas por uma visão liberalizante. Os dados apresentados sobre a evolução do valor médio dos medicamentos e as informações disponíveis sobre os preços das vacinas de última geração não deixam margem à dúvida: sem uma atuação estatal neste mercado, tanto direta quanto reguladora, o acesso universal aos produtos profiláticos e terapêuticos torna-se inviável. A questão da eficiência privada acaba tornando-se um dogma! Mesmo os adeptos de visões liberais do Estado e da Economia reconhecem que em mercados imperfeitos, oligopolizados e pouco afeitos à concorrência em preços, o setor privado atua de forma socialmente perversa se não há controle público. A produção estatal de insumos, deste modo, é crucial não só para viabilizar minimamente as ações de saúde pública; mas também para servir como um parâmetro da regulação estatal das formas predatórias de atuação dos oligopólios privados em áreas essenciais à saúde. Não é casual que a produção de insumos seja objeto de forte regulação estatal mesmo nos países que mais defendem os preceitos liberais como a Inglaterra e os Estados Unidos.

Todavia, como evidenciado pelo estudo das duas áreas produtivas, a questão é muito mais ampla do que a simples defesa do papel do Estado no setor, mas sim da transformação de sua forma de atuação, de sorte a permitir a aproximação entre o padrão público de intervenção e os objetivos da Reforma Sanitária. A crítica da atuação do Estado deve ser assumida não apenas no sentido negativo, neoliberal, que aponta para sua minimização; mas, sobretudo, a partir de uma ótica positiva que apresenta caminhos para sua transformação e para o fortalecimento dos compromissos públicos.

Neste sentido, a tarefa de repensar a forma de atuação estatal tornou-se uma necessidade, mesmo para justificar uma ação mais eficiente e eficaz. Os temas de flexibilização administrativa, de compromisso com resultados, da busca do autofinanciamento e do estabelecimento de contratos de gestão passam a fazer parte das agendas de discussão dos que não abandonaram a visão de que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado.

Como foi visto, o padrão de intervenção estatal na área farmacêutica e de imunobiológicos está longe de constituir um instrumento poderoso de apoio à viabilização das estratégias de democratização da saúde em nosso país. Por um lado, os obstáculos

são variados e complexos, demandando, portanto, estratégias articuladas para sua superação. De outro, essas áreas permitem compor um amplo cenário de interpenetração de espaços comuns aos setores de saúde e de C&T. De fato, as questões levantadas nunca foram tratadas pelo Estado de forma articulada, de modo a permitir a formulação e a implementação de estratégias unificadas. No interior do próprio Ministério da Saúde, medicamentos, imunobiológicos e o desenvolvimento científico e tecnológico percorrem áreas estanques, distanciando-se ao invés de se aproximarem.

A imperiosa necessidade da introdução de lógicas gerenciais inovadoras nos laboratórios produtores, pressupõe enfrentar com seriedade a necessidade de modernização do Estado Brasileiro e de uma profunda transformação do padrão gerencial atual. Na questão dos medicamentos, o Estado deve cumprir as funções de regulação, mas também as de produção, conforme os argumentos apresentados. Em relação aos imunobiológicos, destaca-se a necessidade de medidas de indução, articulação e produção estatal com graus diferenciados de parcerias com instituições públicas e privadas.

Em qualquer das hipóteses apresentadas, o obstáculo comum a ser superado nessas organizações é o conjunto de aspectos legais e administrativos que restringem a implantação de práticas de planejamento e gestão voltadas para a eficiência do processo. e para a eficácia social.

O avanço da Reforma Sanitária na área de insumos não pode ficar na dependência nem de um mercado idealizado que substitui o interesse social nem de um Estado que reluta em alterar suas práticas e seu formato organizacional.



Este livro foi produzido e impresso em oficinas próprias da **Lemos Editorial & Gráficos Ltda**.
Rua Rui Barbosa, 70 - Bela Vista - São Paulo/SP
CEP 01326.010 - Fone/Fax: (011) 251-4300