

**PELO
DIREITO
UNIVERSAL
À SAÚDE**

**Contribuição da ABRASCO
para os debates da
VIII Conferência Nacional de Saúde**

Rio de Janeiro, novembro de 1985.

abrasco

**Associação Brasileira
de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva**

DIRETORIA 1985-1987

Presidente: Sebastião A. Loureiro Souza e Silva

Vices-Presidentes: Sônia Maria Fleury Teixeira
Moisés Goldbaum

Tesoureiro: Eduardo Freese de Carvalho

Secretário-Executivo: Paulo Marchiori Buss

COMISSÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE

Amélia Cohn — DMP-FMUSP

Carmem Fontes Teixeira — DMP-FMUFB

Madel Terezinha Luz — IMS-UERJ

Maria Eliana Labra — ENSP-RJ

Regina Maria Giffoni Marsiglia — DMS-FMSC

Sônia Maria Fleury Teixeira — Representante da Diretoria

Colaborou: Roberto Passos Nogueira — OPAS



**Programa de Educação Continuada da
PEC/ENSP Escola Nacional de Saúde Pública**

Capa e Diagramação — Fernando José V. da Silva

Fotolitos — Gilberto Lessa de Almeida

Impressão — SPL Serviços Gráficos Ltda.

APRESENTAÇÃO

Este documento foi elaborado pela Comissão de Política de Saúde da Abrasco, por iniciativa da Diretoria da Associação, como contribuição para o debate preparatório que deverá desenvolver-se em todo o País com vistas à VIII Conferência Nacional de Saúde.

O documento deverá ser debatido pelos associados da Abrasco e pela comunidade científica da área da saúde coletiva, visando incorporar suas contribuições e propostas ao texto definitivo a ser apresentado à Conferência.

Deliberadamente, este documento não tem caráter propositivo acabado. Coloca-se muito mais como ponto de partida para o debate, que se crê e espera capaz de transformá-lo com as experiências concretas de seus debatedores e as realidades encontradas nos vários Estados e Regiões do País.

Deve-se destacar a opção dos autores em não referir a bibliografia eventualmente consultada, devido às características do documento. Entretanto, é preciso salientar que muito contribuíram os artigos e documentos encontrados no número 17 da Revista Saúde em Debate, do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES).

Agradecemos, por fim, o apoio financeiro recebido da Organização Pan-americana da Saúde para a elaboração deste trabalho.

1 — INTRODUÇÃO

O Brasil vive hoje um momento particularmente importante em sua vida política. Dos embates que estão se travando na conjuntura em torno de questões centrais como a crise econômica e social e as mudanças na ordem político-institucional, ou seja, na configuração do Estado e na direcionalidade de suas políticas, emergirá o projeto de sociedade que será desenvolvido nos próximos anos.

A Saúde, enquanto questão social, está inserida em todo esse movimento e coloca-se como um dos temas polarizadores do debate e da formulação de propostas políticas. A importância desse tema pode ser avaliada não somente a partir dos estudos já existentes acerca do significado das políticas sociais e de saúde em particular, na sustentação do regime autoritário, mas principalmente, pelo grau de politização que vem alcançando no seio das organizações da sociedade civil.

A expressão mais recente desse movimento de politização da saúde é o número considerável de análises, documentos e proposições colocados em discussão no período que antecedeu a instalação da Nova República e, já agora, nos meses subsequentes à posse do Presidente José Sarney, a intensificação dos debates em termo de algumas dessas propostas.

A Abrasco, enquanto órgão da sociedade civil que se ocupa fundamentalmente de articular a produção e a difusão de conhecimentos na área da Saúde Coletiva, considera não só um direito mas, sobretudo um dever para com a sociedade, contribuir para o aprofundamento desse debate, bem como manifestar a sua posição face às perspectivas que se desenvolvem em torno da formulação e implementação de uma política de saúde na transição democrática.

Nesse sentido, constituiu uma Comissão de Política de Saúde, que tendo como referência o temário da VIII Conferência Nacional de Saúde, empenhou-se em revisar as questões teórico-políticas implicadas e resgatar os princípios, diretrizes e propostas que configuram o projeto de democratização da saúde. Esse projeto, cujas linhas gerais vêm sendo colocadas em discussão, há cerca de 10 anos, no âmbito das entidades de saúde e outras organizações do movimento sindical e popular, bem como no seio de alguns partidos políticos, encontra hoje possibilidades mais concretas de ser colocado em prática.

Com essa perspectiva, a Abrasco assumiu a tarefa de traduzir esse projeto e especificá-lo em função da situação atual do setor Saúde no País, esperando com isso subsidiar a definição mais clara, coerente e politicamente articulada das entidades de saúde e demais segmentos organizados da sociedade com os interesses da maioria da população brasileira.

Esse é o teor deste documento que contém, em nível analítico e propositivo, os seguintes itens:

— Saúde como direito de cidadania e dever do Estado.

- Reorganização institucional do setor Saúde
- Financiamento da política de Saúde.

2 — SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA E COMO DEVER DO ESTADO

2.1. O conceito de Saúde e a Política de Saúde

Consideramos que a redefinição do papel político da saúde, que passa a ser vista como um direito de cidadania e um dever do Estado, é um fato político novo, produto das lutas e movimentos sociais que levaram à "Nova República".

A tendência a se considerar a política de saúde como interface de um conjunto de direitos de cidadania básicos, juntamente com a educação, a habitação, a alimentação, o justo salário, entre outros — tendência crescente nos diversos fóruns de discussão dos órgãos públicos — é um avanço histórico que deve ser assinalado e que deve ser apoiado por todos os núcleos de organização da sociedade civil e, sobretudo, pela Abrasco na sua qualidade de núcleo de atuação no nível da produção do conhecimento e da intervenção técnica em saúde coletiva.

No momento atual surge a oportunidade histórica de assegurar a inclusão da saúde na Constituição do Brasil como um dos elementos básicos de afirmação da cidadania do povo brasileiro, situando-a como direito a ser resguardado pelo Estado.

No entanto, devemos observar que apesar desta mudança histórica na consideração dos "direitos sociais" da cidadania brasileira, persistem obscuridades na definição de expressões como "saúde", "política de saúde", "direito de cidadania", "dever do Estado".

O conceito de *Saúde*, por exemplo, freqüentemente aparece nas discussões e propostas políticas atuais definido da maneira mais tradicional, isto é como fruto de intervenções médicas, de natureza preventiva ou curativa. Identifica-se também, muitas vezes, o termo saúde ao "setor saúde", isto é ao conjunto de serviços médicos organizados. A política de saúde passa a ser vista, neste caso, como a arte política de integrar (e isto, no caso dos documentos mais avançados e progressistas) as ações preventivas de massa com as ações curativas individuais. As decisões institucionais mais importantes passam a girar em torno da "unificação dos serviços de saúde" neste ou naquele Ministério, e a questão mais importante da organização do setor face às classes sociais e aos grupos de interesse corporativo ligados aos serviços de saúde, quase se resume à discussão do modelo de relação do Estado com a iniciativa privada, seja em relação ao financiamento, seja em relação à oferta da atenção médica em geral.

Embora se trate de questões fundamentais, consideramos que a hierarquia de prioridades na discussão dessas questões, bem como a inclusão de outras, não contempladas nos documentos e discussões mencionados

devem ser pontos fundamentais para se estabelecer novas perspectivas de política de saúde, através de uma redefinição política do próprio conceito de saúde e da expressão "políticas de saúde".

A Abrasco considera este um passo fundamental a ser defendido em todos os foruns de discussão da questão da *Saúde*. Entretanto, também considera que somente um conjunto de políticas sociais complementares, voltados para a constituição do "patamar de cidadania" brasileira, envolvendo as áreas clássicas de formação dos direitos sociais, aqui já citados, além de outros mais recentes, envolvendo a questão do lazer e do meio ambiente, por exemplo, poderá assegurar, tanto o estabelecimento das condições reais de saúde que a população brasileira em sua grande maioria necessita agora, como a garantia da continuidade da expansão da democracia brasileira. Neste sentido é preciso esclarecer o que se entende por *Saúde*, para não se reduzir o conceito ao termo médico como aconteceu historicamente nas políticas de saúde e como vem acontecendo em pronunciamentos, discussões, propostas e decisões normativas tomadas por órgãos oficiais encarregados da política de ações, médicas, seja da área de Saúde Pública, seja da área da Previdência Social.

A política de saúde na Nova República, se pretende garantir a continuidade e a expansão do processo de democratização da sociedade brasileira, deverá rever a cisão histórica construída entre o "setor social" e o "setor econômica", como condição para superar a divisão tradicional dos ministérios ligados ao "setor saúde", tornando claro para a sociedade, que *Saúde*, enquanto direito de todo cidadão brasileiro, não está confinada ao gueto da atenção médica. O conceito de saúde no sentido político, deve ser visto como fruto de um conjunto de condições de vida que vai além do setor dito de saúde. Saúde, neste sentido, é expressão coletiva de condições objetivas de existência que vive uma população. Não estamos lidando aqui com as *representações* de saúde, populares ou médicas, mas com a expressão concreta de formas de vida social. Neste sentido, a política de saúde precisa ir além da coordenação interna institucional: deverá se articular com planos e programas que organizem o atual "setor social" como um todo e busquem a integração com o processo de desenvolvimento econômico como um todo.

Sabemos que a concepção de desenvolvimento embutida nas políticas econômicas historicamente desenvolvidas no País desligou o "desenvolvimento econômico", visto como crescimento econômico ou simples expansão da capitalização das atividades econômicas, do "desenvolvimento social", ou seja, o conjunto de políticas sociais que pudesse assegurar a participação ativa da população trabalhadora nas relações sociais capitalistas, seja no nível econômico do consumo; seja nos níveis político e sócio-cultural. Para tais políticas é para os políticos que as elaboram, o desenvolvimento social era um efeito do desenvolvimento (crescimento) econômico, efeito, aliás inquestionável. Deste desligamento histórico resultou a formação de um "setor econômico" e um "setor social" no Estado, no qual a Saúde, parte integrante do setor social, foi sempre o elemento mais subordinado de um setor já subor-

dinado. Elemento subordinado e complementar, embora sem organicidade, do crescimento econômico.

O ponto de partida para novas políticas de saúde é a clareza que os órgãos componentes do atual Sistema de Saúde devem ter de que "Saúde" aí significa *atenção médica* (preventiva ou curativa), e que este sentido não esgota a positividade do termo. Que as novas políticas de saúde devem incluir necessariamente outros aspectos do "setor social" (nutrição, educação, habitação, meio ambiente, etc.) e que um planejamento de saúde que busque eficácia tem que *necessariamente* se coordenar com os ministérios e órgãos ligados a estes outros aspectos.

Desta forma, não pode mais haver lugar para hegemonia institucionais numa política de saúde que tenha novas perspectivas para o "setor". A ordenação-integração institucional, que deve começar a se expandir a partir da base do sistema (locais, municípios, estados, regiões) deve se transmitir até o seu topo, e não o contrário, como era habitual na época do planejamento centralizador e concentrador do período autoritário.

Por outro lado, a nova política de saúde deve incluir a discussão do lugar político da população, através de todos os seus núcleos organizados (associações, sindicatos, partidos, etc.) no planejamento, na avaliação e no controle dos serviços médicos em todos os níveis em que eles são prestados, do local ao nacional.

Este ponto de partida, qual seja, o da participação popular na política de saúde em todos os seus passos, certamente levará ao esclarecimento de questões que permanecem encobertas nas discussões atuais. Dentre essas questões, a diversidade de conceitos e de representações de *saúde* entre os diversos grupos e classes sociais, face à definição *oficial* (dos diversos órgãos de atenção médica) seria a primeira das questões a ser debatida. Tal debate não tem encontrado espaço nas discussões atuais propostas, o que pode mais uma vez levar à versão medicalizadora da saúde, embora recentemente os serviços de atenção médica da previdência social, através do INAMPS, tenham mostrado uma atitude de positiva receptividade face às diversas formas de medicação difundidas na população (homeopatia, acupuntura, fitoterapia), fato que pode ser considerado um primeiro passo na democratização do setor. Entretanto, resta ainda auscultar e investigar as concepções e representações de saúde e doença que grupos e classes populares adotam como suas, no sentido de verificar articulações eventuais ou sistemáticas com o sistema oficial de serviços de saúde para que estes, indo mais ao encontro dessas concepções e representações, possam ter maior eficácia. Neste sentido, impõe-se o conhecimento sistemático do consumidor dos "serviços de saúde" como parte integrante do planejamento de saúde, evitando-se a irracionalidade e o desperdício de ações de saúde (médicas) das políticas de saúde do passado: O conhecimento fundamentado da demanda levará a uma oferta de serviços muito mais adequada e racional do ponto de vista médico e do ponto de vista social. Por outro lado, evitar-se-á o autoritarismo médico que caracteriza as políticas de saúde, abrindo-se a possibilidade de que a Saúde, finalmente, mesmo que no sentido estrito do setor público ligado aos servi-

ços médicos (lidando, portanto, muito mais com a doença do que com a saúde) passe a ser um real direito de cidadania.

2.2. Direito de Cidadania/Dever do Estado

2.2.1. Desenvolvimento dos Direitos Sociais no Estado Moderno

O surgimento dos Estados Nacionais, com a transição do feudalismo para o capitalismo na Europa, implicou no estabelecimento progressivo de uma pauta de direitos e deveres entre o cidadão e seu Estado, no reconhecimento da igualdade humana básica e na busca de uma participação integral do indivíduo na comunidade, reconhecendo-se, desta forma, o "status" da cidadania aos indivíduos do "povo".

Este processo histórico, que vai do reconhecimento dos direitos civis à conquista dos direitos políticos e a luta pela obtenção dos direitos sociais, não se deu como decorrência natural do surgimento do capitalismo.

Podemos afirmar que o cidadão é um corolário do surgimento do capitalismo. Todavia, o pensamento liberal que embasava a criação do novo Estado era ao mesmo tempo revolucionário, enquanto estabelecia os princípios universais de igualdade e liberdade, e profundamente anti-democrático quando os restringia exclusivamente aos direitos civis.

A conquista dos direitos sociais, ao contrário, não pode ser tributada à burguesia revolucionária, mas às lutas travadas pela classe trabalhadora em torno da ampliação da noção de igualdade civil para uma igualdade na apropriação da riqueza social.

No entanto, a conquista dos direitos sociais passou por trajetórias políticas tão distintas que podemos afirmar terem sido conformados pelo menos dois padrões clássicos de cidadania.

No primeiro caso, as lutas da classe trabalhadora pela ampliação da cidadania restrita aos direitos civis passou, em primeiro lugar, pela conquista dos direitos políticos de organização, sindicalização e sufrágio "universal" (masculino) para, como coroamento deste processo, alcançar o gozo dos direitos sociais. Esta história de 3 séculos de reformas no interior do capitalismo concretizou-se no formato do chamado Estado de Bem-Estar Social (Welfare State), no qual reconhece-se o dever do Estado de garantir as necessidades vitais de todo e qualquer cidadão. Tratou-se, portanto, da conquista da cidadania plena e universal, que ocorreu logo após a 2ª Grande Guerra Mundial, em estreita compatibilização com as alterações propostas pela política econômica keynesiana, para a qual a intervenção estatal na economia e na sociedade era vista como a forma necessária e conveniente à etapa monopolista do capitalismo.

Outra trajetória seguida para se alcançar os direitos sociais é, em muitos aspectos, distinta deste padrão enunciado. Nesse outro caso, os direitos sociais foram garantidos pelo Estado, não como resultado da conquista de reivindicações reformistas da classe trabalhadora, mas como decorrência de fatores, tais como: ausência de uma burguesia revolucionária apagada ao liberalismo; presença de um Estado forte que via na política social um instru-

mento de controle da sociedade, especialmente da classe trabalhadora; movimentos sociais dos trabalhadores insuficientes em força, número e constância.

Neste sentido, os direitos sociais foram viabilizados em grande parte como um projeto de dominação e de restrição aos avanços políticos das classes subalternas. Conformou-se uma modalidade de política social na qual a cidadania está vinculada a um modelo de seguro social, sendo portanto os direitos sociais assegurados de forma diferenciada àquelas frações da classe trabalhadora inscritas no sistema previdenciário. Como os benefícios são proporcionais às contribuições preteritas, além de não se assegurar o dever do Estado e a universalização do direito, o próprio mecanismo previdenciário torna-se um perpetuador das desigualdades.

2.2.2. Desenvolvimento dos Direitos Sociais no Brasil

No caso brasileiro, o desenvolvimento dos direitos sociais assemelha-se ao segundo padrão que mencionamos, no qual a conquista da cidadania se dá de forma a fragmentar a classe trabalhadora, concedendo benefícios como privilégios de certas frações, como parte de um projeto autoritário de corporativização do movimento operário e sindical.

Embora existam diferenças quanto às lutas empreendidas pela conquista dos direitos sociais em setores específicos, que corresponderam inclusive a maiores ou menores avanços na legislação social brasileira, certo é que da 1ª à Nova República observamos a consolidação de uma postura discricionária, cooptativa, centralizadora e privatizante na atuação estatal no campo das políticas sociais. Até a Primeira República a posição liberal do Estado oligarca, consolidada na constituição de 1891, implicava na sua não intervenção nas questões sociais, o que tornava a legislação já existente na área trabalhista (jornada de trabalho, férias, trabalho do menor e da mulher leis de acidentes) inócua. Foi a partir dos anos 30 que efetivamente se consolidou um projeto social estatal, embora a previdência social tenha surgido na forma de Caixas de Aposentadorias e Pensões deste 1923.

No setor de Educação, a partir da realização da IV Conferência Nacional de Educação em 1931, um grupo de educadores assinou o "Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova" que representou o auge da luta ideológica na busca da universalização do direito à educação. O manifesto considerava que, embora o Estado não tivesse condições de implantar o monopólio da educação (basicamente nas mãos da Igreja Católica), deveria concretizar o direito de todos à educação, assegurando às camadas menos favorecidas o ensino público gratuito, obrigatório, leigo e em igualdade de oportunidades para homens e mulheres.

A luta empreendida pelos pioneiros da educação refletiu seu êxito na Constituição de 1934, com exceção do ensino religioso que permaneceu facultativo. Mas, três anos depois, com a instalação do Estado Novo e a promulgação da Constituição de 1937, minimiza-se o dever do Estado como educador. Só com a volta da normalidade democrática, a Constituição de 1946 retomou os princípios inspiradores da luta dos pioneiros. Ficou ali impresso que a educação é um direito universal e é dever do Estado a pre-

tação do ensino primário gratuito para todos, a organização do sistema educacional de forma descentralizada e a previsão de recursos mínimos para que o direito instituído fosse assegurado. A luta ideológica passou a ser travada em torno do possível monopólio ou não do Estado face às instituições privadas de educação, debate que se prolongou até o início do período autoritário, no qual a política social como um todo sofreu um redirecionamento em função da centralização, da privatização e de sua diminuição no orçamento público.

Esta história da luta pela cidadania no setor educacional é importante de ser lembrada porque a retomada do curso democrático no momento atual vai encontrar os setores sociais com diferentes legados históricos.

No caso da saúde, segundo ensaio de Murilo V. Bastos, a *primeira Constituição* que define as responsabilidades do Estado é a de 1934 no que se refere a:

- legislar sobre: normas de assistência social; estatísticas de interesse coletivo; o exercício das profissões liberais e técnico-científicas,
- cuidar da saúde e assistência pública.
- fiscalizar aplicação das leis sociais (cemitérios).
- garantir, na legislação trabalhista, a assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante.

Incumbe à União, Estados e Municípios:

- estimular a educação eugênica
- amparar a maternidade e a infância
- adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação de doenças transmissíveis
- cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais
- a União organizará o serviço nacional de combate às grandes endemias do País, cabendo-lhe o custeio e direção técnica
- obrigatoriedade do amparo à maternidade e infância, para o que a União, os Estados e os Municípios destinarão 1% das rendas tributárias
- regulamentação da prova de sanidade física e mental dos nubentes
- uso de parte dos fundos de educação para assistência alimentar, dentária e médica
- regulamentação de utilização de terras públicas em regiões de fronteira (vigilância sanitária)
- garantia da aposentadoria aos funcionários vítimas de acidente no trabalho ou atacados de doença contagiosa ou incurável.

Já a *Constituição do Estado Novo*, em 1937, restringiu a competência anteriormente mencionada:

- à União: legislar sobre as normas de defesa da proteção de saúde, especialmente da saúde da criança
- aos Estados: legislar para suprir deficiências locais em assistência pública, obras de higiene, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais

- aos municípios: a administração dos cemitérios.
- à legislação do trabalho: prestação de assistência médica ao trabalhador e à gestante e o repouso antes e depois do parto; garantia do exercício das profissões liberais só para brasileiros natos e naturalizados.

A *Constituição de 1946* atribui à União a organização da defesa permanente contra as grandes endemias; a legislação sobre seguro e previdência social, sobre a defesa e proteção da saúde, sobre o exercício das profissões, sem exclusão da legislação estadual supletiva ou complementar.

Assegurou a autonomia dos municípios quanto à organização dos serviços públicos locais sem especificar os serviços de saúde e assistência. Assegurou o direito à assistência sanitária, inclusive hospitalar e preventiva ao trabalhador e à gestante. Restabeleceu artigo da Constituição de 1934, que torna obrigatória a assistência à maternidade, infância e adolescência, e os vencimentos integrais para aposentadoria para funcionários por acidentes ou moléstias profissionais, contagiosas ou incuráveis.

A *Constituição de 1967* introduziu as inovações de organizar a política federal para combate ao tráfico de entorpecentes; a competência da União para estabelecer planos nacionais de saúde e celebrar tratados e convênios com Estados estrangeiros e organizações internacionais, além de permitir a colaboração entre entidades religiosas e o Estado. Assegurou a autonomia municipal quanto à organização dos serviços públicos locais, facultando aos três níveis da organização (União, Estados e Municípios) a arrecadação de taxas pela utilização dos serviços públicos. Ficou-lhes, no entanto, vedada a criação de impostos sobre os mesmos. Assegurou o direito à assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva aos trabalhadores através da previdência social.

Uma breve revisão destas Constituições pode mostrar-nos que a legislação sobre a questão da saúde foi de evolução lenta, de natureza vaga, e de caráter discriminatório. Não se alcançou em qualquer momento imprimir na Carta Magna o direito à saúde como inerente à cidadania e o dever do Estado na garantia do seu gozo.

Pelo contrário, a assistência médica foi garantida apenas aos trabalhadores e dependentes vinculados ao sistema previdenciário, criando uma situação de pré-cidadania para todos os demais brasileiros quanto ao direito à saúde.

A crescente ampliação da cobertura previdenciária não pode obscurecer esta lacuna, na medida em que está patente que a garantia do direito à saúde nunca foi consubstanciada como dever do Estado, mas sim como decorrente da contribuição individual ao seguro social; mesmo no caso dos beneficiários da Previdência jamais foi estipulada uma percentagem da receita destinada às despesas médicas.

Na medida em que o sistema previdenciário foi se tornando altamente centralizado no período autoritário, excludente na participação dos usuários na sua gestão e voltado para a compra de serviços médicos aos empresários da saúde, acentuaram-se as iniquidades no acesso aos serviços de saúde.

de. Além de serem preservados serviços diferenciados para militares e funcionários públicos, foram criados sistemas complementares de previdência e assistência para os executivos das grandes empresas estatais.

Desta forma, aumentaram as desigualdades no atendimento médico-hospitalar. Ao lado dos trabalhadores desempregados ou subempregados, aos quais não foi garantido sequer o acesso aos serviços, em vista das características assumidas pelo sistema previdenciário, ampliaram-se as desigualdades entre os que dele fazem parte, discriminando o acesso aos serviços por parte dos trabalhadores rurais, da população que vive na periferia das metrópoles, dos que habitam as regiões mais pobres.

A política social, que deveria se pautar pelo dever do Estado na garantia do direito à saúde de forma *universal, equânime, redistributiva e descentralizada* conformou-se de modo invertido: o direito é só para os segurados e os serviços são fornecidos de forma a aumentar a desigualdade, a regressividade e a centralização.

2.2.3. Crise Econômica e Transição Política

A profunda crise que atingiu a economia mundial a partir dos meados dos anos 70 e persiste até hoje, tem atingido o setor saúde tanto pelo lado do aumento da demanda, com a pauperização da classe trabalhadora e a elevação do desemprego, quanto com relação à oferta dos serviços já que a política recessiva pautou-se na redução dos gastos públicos na área social.

Esta crise econômica acarretou como consequência o ressurgimento de teorias e políticas de cunho neo-liberal, que lutam pela derrocada das políticas estatais identificadas com o Estado de Bem-Estar Social, já que vêm nestas medidas um fator de aumento da crise fiscal do Estado.

No entanto, o "umbral de cidadania" aportado pelo conjunto de políticas sociais para todos os cidadãos dos países do capitalismo avançado, apesar das flutuações do sistema, tem sido preservado, já que corporificou-se numa pauta de direitos adquiridos e deveres do Estado, difícil de ser eliminada sem resistência e conflitos de consequências imprevisíveis.

Nos países periféricos, como este limiar de cidadania não se conformou a não ser no caso da saúde, com políticas "corporativo-previdenciárias" ou medidas de saúde pública destituídas de sistematicidade e organicidade necessárias para criar um sistema público e universal de saúde, a fragilidade das instituições dos setores sociais é imensa neste momento de crise.

Por outro lado, o esfacelamento dos regimes autoritários e a retomada do processo de democratização coloca a questão social como prioritária na estabilização da transição iniciada. A dívida social acumulada durante toda a nossa história e a deterioração da qualidade de vida, conseqüente de um desenvolvimento perverso implementado nos últimos anos, tendem a tornar a situação política instável e explosiva, enquanto não se resgatarem as necessidades e direitos sociais básicos do cidadão. É por isto que nossa luta pela democracia tem que estar centrada na conquista dos direitos sociais universais.

A privatização dos serviços sociais significou a sua subordinação ao eco-

nômico, e este é o momento de resgatar o caráter de bem público inerente à concepção do social como direito do cidadão.

Não se trata apenas de direcionar a política social para o atendimento das demandas acumuladas, por meio de medidas de racionalização e eficiência da estrutura atual, face às contingências impostas pela crise econômica. Não será trabalhando na margem da crise econômica que será consolidado o processo democrático, mas sim explodindo o estado de mal-estar brasileiro que se poderá encontrar a saída para a nossa economia.

O projeto de política social democrática passa necessariamente pelo rompimento das concepções tradicionais que, ou subordinam o desenvolvimento social ao econômico, ou os colocam como polos antagônicos. Passa também por restabelecer o papel do Estado, desvinculando suas instituições dos estritos interesses de acumulação para restaurá-lo nas suas funções públicas.

2.3. Dever do Estado

A garantia dos direitos sociais é corolário do dever do Estado. Assim sendo, trata-se de redefinir as relações Estado/Sociedade nesta nova conjuntura adequando o aparelho institucional às funções públicas.

O recrudescimento do liberalismo vem procurando falsear o debate em torno da proposta de desestatização. Na área da saúde, admite-se o direito à saúde, mas afirma-se que ele não implica no dever do Estado, mas da "sociedade".

Torna-se necessário desmistificar a falsa oposição estatização versus privatização, assumindo que a intensa intervenção estatal ocorrida nos anos autoritários subordinou-se aos interesses da acumulação, caracterizando uma situação ao mesmo tempo de estatização da sociedade e privatização do Estado.

Assim, não se trata de privatizar o que é estatal, mas sim devolver à esfera pública serviços e atividades essenciais que foram privatizados.

Em outras palavras, constata-se que nem tudo que é estatal é público, compreendido como instituições e mecanismos votados para o bem-estar social e com visibilidade suficiente para permitir o seu controle pela sociedade civil organizada.

A privatização dos serviços essenciais foi possível na medida em que as formas de representação dos interesses da sociedade foram cerceadas e substituídas por vinculações diretas entre os setores capitalistas e as instituições estatais.

É fato notório na assistência médica previdenciária que esta associação propiciou não só uma sangria de recursos através do mar de fraudes e corrupçãoes, mas, talvez, o mais grave, a subordinação da política assistencial aos interesses privados, acarretando um sistema de serviços altamente concentrado, oneroso, especializado, descoordenado e potencializador de iniquidades.

A saúde, e portanto a assistência, compreende serviços essenciais e não podem ser vistos de outra forma que como um *bem público*. Seria isto a estatização do Sistema Nacional de Saúde?

Não necessariamente. Há que se considerar que a situação consolidada garante atualmente ao Estado (via recursos previdenciários) o controle financeiro, mas não se passa o mesmo com a oferta de serviços. Toda a política de sucateamento dos serviços públicos redundou no incremento dos serviços médico-hospitalares privados, que hoje mantém o predomínio indiscutível na oferta destes serviços. No entanto, a mera constatação do predomínio dos serviços privados não é argumento suficiente para que se abandone a estratégia de socialização do setor saúde. É necessário avaliar que a situação atual, ainda que sendo um dado crucial, foi produto de uma vontade política e, portanto, pode ser revertida por adoção de outro projeto político. É indispensável retomar com seriedade e serenidade a discussão deste projeto, que durante tantos anos conseguiu agregar opiniões de caráter técnico e político, avaliando sua pertinência para a etapa atual.

Outra posição já conhecida busca definir o papel do Estado como formulador da Política Nacional de Saúde, a ser executada de forma pluralista (ver Lei 6229 do Sistema Nacional de Saúde). Parece-nos que seria ingênuo e pouco condizente com as análises anteriores, defender esta proposta como o grande projeto da Nova República, quando sabemos que a lógica da acumulação, sem um controle público, entra necessariamente em choque com as necessidades sociais.

Por outro lado, torna-se necessário alterar o próprio aparelho estatal conformado no autoritarismo, para que ele possa vir a ser permeável ao controle da sociedade. O pluralismo na oferta dos serviços não exclui a noção de uma direção estatal, democrática, mas com meios efetivos de controle.

Um outro ponto importante é que o dever do Estado na garantia dos direitos sociais vai implicar necessariamente no rompimento desta política social restritiva em direção à universalização da cidadania. Ora, parece-nos impossível pensar que tudo isto ocorra mantendo-se a estrutura atual da Previdência, na qual o sistema reduziu-se a uma função bancária de compra de serviços. Por mais que se controlem as fraudes, os demandas, que se estabeleçam parâmetros e se redirecionem os recursos previdenciários, isto tudo ainda significa mecanismo limitados, inerentes à estrutura e funções atuais da Previdência Social.

Há que se criar mecanismos mais adequados à nova relação que se propõe a estabelecer uma política social democrática. O controle financeiro é necessário mas não suficiente, tornando-se imprescindível a redefinição jurídica desta nova relação.

Já existem experiências na sociedade brasileira em que serviços essenciais, como os transportes e telecomunicações, são monopólios estatais, sendo a prestação de serviços realizada por empresas privadas considerada uma concessão. Neste caso, o serviço é assumido como bem público essencial, permitindo ao Estado mecanismos legais de controle e intervenção sobre os prestadores privados.

É claro que o outro lado da medalha é exatamente a democratização

do próprio Estado, para que um controle social efetivo seja exercido, de maneira transparente, desconcentrada e descentralizada.

Assim será possível redefinir a política nacional de saúde de maneira efetiva, atribuindo ao Estado democrático a competência não só de normatização e financiamento, mas de real controle e dever de assegurar a universalização do direito à saúde.

Muitas dúvidas surgem quanto ao encaminhamento desta proposição, dado o nosso desconhecimento da formulação jurídica e institucional mais adequada ao setor saúde. Não sabemos, por exemplo, que implicações o monopólio estatal com concessão acarretaria no nível administrativo num setor como o nosso, em que a prestação de serviços ainda é feita sob a forma de múltiplos pequenos produtores isolados. Não sabemos também como criar estruturas estatais mais democráticas, como descentralizar e, ao mesmo tempo, como manter a integração do sistema.

No entanto, estas dúvidas não devem paralizar-nos porque a sua própria constatação é o maior sinal do avanço da luta política em direção ao direito à saúde.

3 — REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

3.1. As Formas Consolidadas

O modelo de desenvolvimento brasileiro, principalmente com as características que assumiu nos últimos anos, é responsável pelo quadro sanitário extremamente diversificado do País, entre as regiões e entre os segmentos da população, convivendo, lado a lado, formas de adoecer e de morrer determinadas pelas péssimas condições de vida da população e pela forma em que se desenvolveram a industrialização e as condições de trabalho.

Para atender às demandas por serviços médicos, desenvolveu-se a atual rede de serviços, em que o Estado se tornou o principal agente de captação e de distribuição de recursos provenientes de impostos diretos e indiretos, enquanto vários órgãos oficiais a nível federal e regional assumem responsabilidades na organização dos serviços: MS, MPAS, MEC. Existem ainda serviços especiais para os funcionários públicos, civis e militares, para os escolares, além das atividades de fiscalização dos efeitos das condições de trabalho, das condições de saneamento e do meio, que estão na dependência do MT e do MI.

No entanto, em meio à diversidade institucional predomina, em termos de recursos arrecadados e serviços prestados, a Previdência Social, embora não haja uma definição clara da parcela de recursos previdenciários a ser aplicada à assistência médica, observando-se uma tendência claramente recessiva nos últimos anos.

No nível da prestação de serviços, principalmente aqueles destinados aos previdenciários, predominam as internações hospitalares, através de contratos da Previdência Social com os produtores privados de serviços de saúde, em detrimento das alternativas próprias da Previdência e dos serviços públicos em geral.

A diversidade das fontes de recursos, bem como a concomitância de diferentes formas para sua alocação, têm sido responsáveis pela desigualdade que caracteriza a prestação dos serviços de saúde, e que se processa em todas as direções: entre contribuintes e não contribuintes da Previdência, entre usuários urbanos e rurais, entre usuários das diversas regiões do País, e entre os diferentes segmentos dos usuários urbanos.

Essa situação extremamente grave do quadro sanitário e da prestação de serviços é o resultado do processo de exploração econômica e da centralização do Estado Brasileiro, características acentuadas nos últimos 20 anos.

3.2. As Novas Propostas

Diante desse quadro sanitário e institucional complexo, a questão de como estruturar um novo sistema de saúde que responda melhor às necessida-

des da população como um todo, tem sido objeto de discussão nos últimos três anos e mais intensamente neste momento. Se diante da situação política e social presente não é possível, ainda, pensar-se numa mudança que rompa com os condicionantes sociais e econômicos dos baixos níveis de saúde e com as atuais fontes de financiamento, assentadas majoritariamente em recursos captados através da contribuição dos previdenciários, tem surgido entre os especialistas da área de saúde, parte deles incorporados ao aparelho de Estado, propostas mais "viáveis" para a reorganização dos serviços de atenção médica.

Essa reorganização busca a redefinição dos papéis institucionais, tendo por base algumas diretrizes: universalização e equalização do atendimento à saúde; descentralização na gestão dos serviços; integração institucional entre os vários órgãos e entre os vários níveis de atenção; novas relações entre os serviços públicos e os privados; definição de uma política de recursos humanos e de ciência e tecnologia; e desenvolvimento de formas de participação de profissionais e usuários nos serviços de saúde.

Embora em termos concretos a diretriz de universalização pareça desenvolver-se com a incorporação crescente de novos segmentos da população, o acesso aos serviços, por parte de cada segmento, se mantém diferenciado, impedindo a realização da perspectiva de equidade no direito aos serviços de saúde. A resolução dessa questão depende fundamentalmente da definição e concretização de uma política diferente de financiamento no setor, de uma distribuição mais equânime dos serviços no território, bem como de uma redefinição dos papéis institucionais, a partir de uma correlação de forças diferente entre os vários interesses presentes hoje no setor de prestação de serviços de atenção médica.

A descentralização, por exemplo, tem sido entendida de forma parcial: como desconcentração na execução, não apontando para a descentralização das decisões da política de saúde, onde o "nacional", o "regional", e o "local" possam ser articulados de maneira a atender mais adequadamente às necessidades gerais e particularizadas de cada nível. Outra forma parcial de atendimento, diz respeito à negação da autonomia financeira de cada nível, preservando a situação regressiva em que se encontram os níveis regional e local. Outras concepções ainda reduzem a descentralização à simples "estadualização" ou "municipalização", acabando por "desresponsabilizar" o nível federal, sem conseguir estimular e assessorar tecnicamente os níveis estaduais e municipais, para que estes desenvolvam experiências em condições mais satisfatórias, evitando que se chegue a situações graves de estrangulamento dos serviços, seja por falta de recursos financeiros, técnicos ou humanos, seja pelos conflitos políticos locais. Entender parcialmente a descentralização é também reduzi-la ao poder executivo, sem lançar os questionamentos para o poder legislativo em nível federal, municipal, estadual. Por último, é importante lembrar que as experiências das Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (CRIS), Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde (CIMS), e outros similares. Dada a precocidade de sua existência, ainda não chegaram ao

ponto de demonstrar a autonomia de decisão e segurança quanto à existência de recursos que as propostas de descentralização devem almejar.

Devemos mencionar aqui as diretrizes de integração dos serviços, mormente aquelas que têm levado às propostas de fusões interinstitucionais e, mais claramente, de "passagem" do INAMPS, da GEME e de outros órgãos para o MS (vide Resolução 01/85 de 28/85 - Senado Federal), bem como da integração das ações de saneamento básico, proteção ao meio ambiente, higiene e segurança do trabalho no MS. Essa proposta de fusão tem merecido grande discussão e, principalmente, tem apontado para muitas divergências quanto a sua oportunidade, seja da parte de setores vinculados ao aparelho de Estado, seja da parte de sindicatos de trabalhadores e de associações de profissionais de saúde. A fusão proposta, na busca de maior integração e racionalização das decisões das várias instituições públicas, se tomada isoladamente, não garante, apenas, maior racionalidade para o setor. Pode levar também a uma tendência contrária à descentralização, tornando ainda mais fortalecido o nível federal, porque mais articulado. Além da fusão, outras propostas têm buscado mais uma integração do tipo programático entre as instituições, experiências que apresentam também seus limites, porque sujeitas às oscilações das políticas e das direções institucionais.

Para propor novas relações entre o setor público e o setor privado na prestação de serviços de saúde, tem-se partido do reconhecimento da predominância quantitativa de produtores privados na área, mantidos ao longo desses anos pelos contratos e convênios com os órgãos públicos, e da impossibilidade de substituição imediata desses produtores pela produção direta de serviços públicos e próprios da Previdência. Em relação a este aspecto, vários pontos têm sido apontados pelas propostas, desde a indicação de mecanismos de controle dos serviços prestados pelo setor privado a nível das CRIS, CIS, etc., procurando uma definição mais clara para a alocação dos recursos, redimensionado tais serviços de acordo com as reais necessidades de assistência à população, até a busca de uma aliança no interior do setor público (próprios da previdência, e públicos de níveis federal, estadual e municipal, como no caso da estratégia das AIS) extrapolando para formas do setor privado não caracteristicamente lucrativos como os hospitais filantrópicos e os hospitais de ensino. A extensão dos convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS) mostra uma tentativa inicial de articulação, em que a Previdência tem se colocado mais como um comprador dos serviços públicos do que como uma instituição co-responsável.

A busca de melhor articulação do setor público para contrapor-se ao setor privado e oferecer-se como alternativa "desejável" para o usuário depende não só de seu fortalecimento, mas também da recuperação da credibilidade do setor junto à população, adotando-se novos padrões de eficiência e de eficácia nesses serviços.

A diretriz referente à participação de usuários e profissionais aparece também nas várias propostas atuais, mas predomina a ideia de participação nos serviços públicos, embora algumas já levantem questões quanto à participação nos serviços privados que têm convênios e contratos com as fontes

públicas de financiamento. Quanto às formas que essa participação poderá assumir, bem como em que nível ela se daria, os documentos apontam para as formas organizadas da população e dos profissionais (associação de moradores, associação de profissionais, sindicatos de trabalhadores) e propõe a participação nas CRIS, CLIS, como canais adequados para exercícios do controle sobre os serviços de saúde. Um aspecto a observar é que a participação nessas comissões é insuficiente, devendo se pensar na participação nos próprios serviços também, inclusive nos privados contratados e conveniados. Além desse ponto, é preciso lembrar que mesmo nas propostas mais avançadas, a participação ainda é vista mais como um instrumento de controle e de fiscalização e pouco pensada como participação na decisão sobre a política de saúde a adotar, na alocação de recursos e avaliação dos resultados.

No que diz respeito a recursos humanos, as diretrizes sugerem a implantação de uma política usando: implementar as carreiras profissionais, melhorar e equiparar as faixas salariais, criar novas condições de trabalho para evitar a migração de pessoal para os grandes centros; preparar os recursos humanos, técnica e conceitualmente, para as exigências da política nacional e de suas particularizações a nível local, para o exercício multiprofissional, para a participação dos usuários, bem como para revalorização do trabalho no setor público lidando com os conflitos advindos de um discurso liberal que não corresponde mais à realidade do setor. Propõe-se à formação de centros de desenvolvimento de recursos humanos nos serviços públicos, bem como o estímulo para que as instituições de ensino nos vários níveis adaptem seus currículos e conteúdos para uma formação mais adequada e ainda, que assumam responsabilidades na reciclagem de educação continuada.

Dada a situação de extrema dependência externa do sistema de saúde no que diz respeito à tecnologia (equipamentos e medicamentos) e a incorporação de tecnologia de acordo com interesses que não refletem as necessidades da população a ser atendida, as diretrizes nessa área apontam para a definição de uma política de produção de insumos básicos no País, para a criação de fundos de pesquisas alimentados por diversas fontes e vinculados aos MS, permitindo-se a absorção de tecnologia mais simples até as mais avançadas, desde que sob controle de um sistema mais racionalizado.

3.3. A reorganização dos Serviços de Saúde: Posicionamento

O perfil da organização dos serviços de saúde do País apresenta um delineamento bastante claro, sobre o qual há consenso: suas principais características residem no alto grau de privatização dos serviços de assistência médica, sobretudo hospitalar, acentuada desigualdade na sua distribuição e profunda disparidade entre o padrão de oferta desses serviços e a realidade de saúde da população brasileira.

Essas distorções, por sua vez, ao serem analisadas no interior de propostas de reformulação da política de saúde, são vistas a partir de ques-

tões presentes em quase todos os textos e pronunciamentos, tais como universalização, regionalização, hierarquização, integração e participação da população. A constância da presença desses termos nos documentos gere fortemente que há consenso quanto a sua importância na redefinição da política de saúde.

Não obstante, tanto num caso como no outro, o que se verifica é a articulação interna dos diferentes discursos nos quais essas questões se presentes imprimem diferentes sentidos a elas. Não se trata aqui de examinar detalhadamente cada caso, sobretudo porque algo em comum que permeia esses mesmos discursos consiste em não se encarar de frente as implicações de cada um desses problemas.

Nesse sentido, se a privatização dos serviços de saúde é um fato, as propostas presentes no cenário da discussão não colocam de maneira clara e inequívoca as implicações referentes ao setor privado.

É certo que na atual conjuntura, marcada pela busca de novo fôlego econômico associada à luta por um novo pacto social, a proposta mais dicional do financiamento dos serviços de saúde não se coloca: o Estado sumindo totalmente o controle do financiamento e da produção desses serviços. Mas também não se justifica que a privatização das decisões relativas ao setor, bem como o da prestação de serviços seja enfrentada timidamente apenas, com a busca de uma aliança com o setor mais frágil da área privada: o filantrópico — e com os hospitais universitários.

A ficar nesse nível persistirão os mesmos traços perversos que são consensualmente reconhecidos, quais sejam: o controle da alocação dos recursos continuará fundamentalmente na mão do Estado, com reduzida capacidade imprimir ao setor privado de saúde qualquer projeto mais condizente com a realidade brasileira. Associada ao controle de recursos está a participação da população: a experiência recente — e nisso os discursos atuais nada inovam — mostra que o entendimento de participação se restringe ao setor público com função mais de controle do que de participação em decisões, e que o absoluto não se coloca para o setor privado — que recairia na esfera de competência do Estado.

Enquanto as propostas forem formuladas tendo como marco de referência fundamental o critério orçamentário — e quase que unicamente Previdência — persistirão o olivagem da clientela e a não reversão da tendência à privatização. Quanto ao primeiro fator, atualmente existem para a assistência médica duas categorias de cidadãos: os que pagam via Previdência Social e os que não pagam, cabendo a estes os serviços públicos e privados filantrópicos, fundamentalmente, e a aqueles os públicos e os privados de maneira geral. Quanto à não reversão da tendência, as atuais propostas reproduzem diferenças entre urbano e rural e entre regiões: não é enfrentada a profunda desigualdade qualitativa e quantitativa da infra-estrutura de serviços de saúde no nosso País, sendo ela apenas reconhecida. Muito menos é enfrentada a questão da gestão, ainda equacionada em termos institucionais, no círculo restrito de experts na área. Como consequência, não se reformula e quer se coloca a necessidade de refletir sobre as velhas fórmulas da Saúde.

Pública, como o setor público não é sequer pensado em termos de uma nova estratégia que lhe tire a marca de ineficiente, ocioso, oneroso e sobretudo como campo de ninguém.

Nenhuma das propostas — fusão, articulação inter-institucional, e defesa da atual estrutura — enfrenta essas questões a fundo e, principalmente, não explora canais institucionais que possibilitem uma efetiva descentralização do poder decisório, sobretudo de alocação de recursos na área da saúde, via por excelência de reversão das atuais tendências. Mais importante que a fusão (que pode facilmente levar a uma nova centralização e tecnocratização das decisões) é a *descentralização* e o conseqüente aumento de autonomia do poder local frente ao central.

Claro está que esse movimento implica em sérios riscos a serem enfrentados, que vão desde a composição de forças políticas locais até a falta de infra-estrutura de serviços em grande parte das regiões, para não falar dos recursos humanos — em termos de quantidade e formação. A esse movimento de descentralização deveria corresponder uma política efetiva de integração da atuação dos ministérios que direta ou indiretamente tenham a ver com o setor de saúde, bem como uma competente assistência técnica do nível central para o local.

Levar em conta esses fatores é condição imprescindível para que se formulem diretrizes políticas para a área da saúde, que sejam capazes de representar um efetivo fortalecimento do setor público de serviços, que não se restrinja a um mero aumento quantitativo de sua base material e de sua produtividade. Se o problema não pode ser confundido com soluções puramente institucionais — fusão ou não fusão — ele requer que se reformule a política de financiamento do setor em termos de sua composição e, sobretudo, da alocação dos recursos em nível regional, para o que a criação de fundos comuns, agora regionais, seria um competente mecanismo de viabilização desse projeto. Da mesma forma, serviria de mecanismo institucional que possibilitaria, a par de outros já existentes como CIS, CRIS e CIMS, o exercício de maior controle sobre o setor privado.

O caminho que deve ser trilhado é o de uma definição política pela opção clara do reforço do setor público — que vai muito além da fusão ou não fusão das instituições envolvidas — tanto no nível do atendimento de primeira linha como do atendimento hospitalar. Nesse sentido, a aliança fundamental que tem que ser buscada é a do setor público da esfera do Ministério da Saúde com seus recursos e os próprios do INAMPS — dos quais as AIS são uma tímida manifestação — em termos de uma nova forma de articulação entre o setor público (previdenciário ou não) e o privado, ao se perseguir o objetivo da universalização e da equidade no acesso à saúde e à assistência médica como um dos requisitos da condição de cidadão.

4 — ASPECTOS DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

4.1. Saúde como Função Pública

A equitativa e universal prestação de cuidados preventivos, curativos e de recuperação da saúde à população brasileira é uma questão de justiça social que hoje se coloca não somente como direito fundamental da pessoa humana e como dever do Estado. Apresenta-se igualmente como uma obrigação legal, ética e moral a ser consubstanciada no real exercício da *função pública SAÚDE*, entendida esta como o dever de o Estado garantir o direito à saúde tanto na sua dimensão individual como coletiva ou social.

Exercer a função pública SAÚDE significa entender que o Estado pode coibir liberdades pessoais para preservar o interesse geral. Significa também alertar para o fato de que o serviço público não é só aquele executado pelo Estado ou concedido à exploração privada, senão que sendo a função pública SAÚDE, por natureza e definição, uma função social, quando exercida diretamente pelos particulares a indivíduos isolados está igualmente sujeita ao PODER público, poder maior que, numa democracia plena está por sua vez submetido à vontade e ao controle soberano do poder popular.

Interessa resgatar desses postulados a questão da relação Estado-Sociedade Civil na sua estruturação jurídica, cuja máxima expressão é a Carta Fundamental de cada nação e que se transforma na medida que os processos histórico-sociais levam a mudança dos preceitos nela contidos, ou seja, à uma reestruturação dessa relação. É no umbral desse processo que se encontra o Brasil de hoje.

Em decorrência dessa transformação, caberá ao Estado assumir a função pública SAÚDE numa nova dimensão que passa justamente pela total reestruturação das relações e papéis que nesse campo o arcabouço jurídico vigente plasmou, quanto à participação dos diversos atores, agentes e beneficiários envolvidos no exercício dessa função social. A noção de que SAÚDE é uma função pública, de caráter social, que se exerce para garantir o direito universal e equitativo ao acesso aos serviços em seus diversos níveis e objetivos, às informações individuais e coletivas e participação na tomada de decisões por parte da população quanto à forma como deve ser exercida essa função para assegurar a justiça social, não é suficiente, entretanto, para apreendê-la em toda sua extensão.

Significa também reconhecer que o exercício pleno do poder normativo, regulador, fiscalizador, extrativo e coercitivo do Poder Público, num Estado de Direito, que verdadeiramente assumia a função SAÚDE como uma função social, deve ser colocado formal e realmente a serviço do redirecionamento das atuais políticas de saúde para passarem a beneficiar a imensa mal-

ria, hoje alijada tanto do usufruto como do poder de controle do direito à preservação, cura e recuperação da saúde. Isto quer dizer, em suma, que se coloca hoje a necessidade de atualizar a função pública SAÚDE de forma a plasmá-la e torná-la transparente a partir da definição de grandes diretrizes emanadas do Poder Central e dirigidas a ampliar o conceito de saúde, posto que a preservação desta extravasa os limites estreitos das atividades prestadas atualmente pelo setor saúde. Deve, realmente, ser ampliado o conceito para alcançar e abranger praticamente todas as esferas da atividade nacional.

Assim sendo, delimitar a função SAÚDE dentro de uma nova dimensão de alcance realmente social, implica em abrir o estreito espaço no qual se dá a discussão atualmente, de forma que o próprio modelo de prestação de serviços de saúde, centrado na medicina curativa, passe a ser um ponto de chegada e não o ponto de partida para a reformulação das políticas nacionais de saúde. Estas políticas deveriam consignar claramente não só os direitos imprescritíveis e inalienáveis da população quanto à proteção, cura e recuperação da saúde no âmbito do setor propriamente dito, senão que também deveriam mostrar o alcance do poder normatizador, regulador e de polícia da autoridade sanitária em todas aquelas esferas que direta ou indiretamente afetam a higidez da população, ainda que isso signifique cercar ou limitar certas liberdades que numa economia de mercado se atribui a grupos ou indivíduos.

Ampliando-se assim o conceito de saúde, a natureza e abrangência da função pública SAÚDE e os direitos dos indivíduos e da coletividade ao gozo pleno de um nível de saúde compatível com a justiça social e a dignidade humana, é possível estabelecer uma ponte entre um plano diretor da política de saúde a ser discutida na VIII Conferência Nacional de Saúde e as necessárias mudanças que a futura Constituição deverá contemplar no rumo ao restabelecimento do Estado Democrático de Direito.

Será também na Assembléia Nacional Constituinte que curciais questões relativas aos poderes até agora atribuídos aos diferentes níveis da organização político-administrativa do Brasil serão debatidas e modificadas. E certamente a fixação de esferas de atribuições e graus de autonomia para cada nível, em relação aos seus poderes legislativos, normativos, reguladores, coercitivos e extrativos, constituirá o cerne do debate e da luta pela redistribuição de um poder historicamente concentrado no Poder Executivo Federal e exacerbado a partir da Reforma Constitucional de 1969.

Os resultados dessa discussão, se conducentes à descentralização e desconcentração do Poder Federal, terão profundas repercussões em todas as esferas da vida nacional e abrirão o caminho necessário e urgente para a democratização da sociedade brasileira; portanto, oferecerá a possibilidade de democratizar as políticas de saúde, colocando-as efetivamente no plano da justiça social, em seu nível mais básico e elementar.

A partir daí, será possível realmente formular um plano nacional de saúde que em graus diferenciados de especificidade se torne de fato uma grande diretriz política válida para todo o território nacional e para todos

os brasileiros. Porém, a efetiva realização desse projeto somente será atingida uma vez que o município, ao recuperar seus poderes, é capacitado política, administrativa e financeiramente para lhe dar concretude e cabal implementação através de planos, programas e projetos locais que atendam e reflitam as necessidades reais da população, na medida que a base pressiona pelas suas demandas através dos representantes no Poder Legislativo Municipal e de suas organizações populares e/ou profissionais.

Passando da abstração à execução, ter-se-á resultados que realmente e redirecionem as diretrizes gerais de forma a alcançar no médio e longo prazo o almejado objetivo de criar um Sistema Nacional ou Único de Saúde que planejadamente venha atender a diversidade nacional e as especificidades locais, ao tempo que vai corrigindo as distorções que o modelo político-econômico instalado no país produziu. Contribuirá, certamente, de forma significativa, para estreitar as profundas brechas e desigualdades hoje existentes entre as classes sociais, onde a exploração do ser humano tem tido reflexos dramáticos nas condições de vida e saúde em mais de 70% da população brasileira.

4.2. Financiamento do Sistema de Saúde

As considerações até aqui levantadas remetem, em toda sua extensão, à questão do financiamento das atividades preventivas, curativas e de recuperação da saúde, extravasando em muito os esquemas de financiamento atualmente vigentes e a possibilidade de dar conta da universalização e equidade almejada com os recursos disponíveis.

Uma dessas questões diz respeito a um aumento da carga tributária para financiar serviços não previdenciários, face à capacidade tributária da população. Levando-se em conta a marginalização da maioria da população na propriedade da riqueza nacional e na apropriação de seus frutos; mesmo sabendo-se que a população contribui indiretamente através do consumo e uso de bens e serviços; ainda que os cogite de restituir o poder ex-trativo às esferas estadual e municipal; e, ainda que seja efetivada uma Reforma Tributária que corrija os traços regressivos e desproporcionais do sistema impositivo atual, a capacidade tributária da maioria da população está praticamente esgotada; não somente devido à ausência ou aos baixos níveis de renda pessoal, como principalmente pela drenagem e canalização da renda gerada pela população para pagar, sequer o principal, mas apenas os juros das dívidas externa e interna, num círculo infernal que deixa margem quase nula de manobra ao Poder Público, dada a correlação de forças políticas imperante.

Isto significa que, embora em boa medida os recursos financeiros para a assistência médica prestada pela Previdência Social estejam resguardados pelo Fundo de Contribuição, o direito pleno à saúde — na sua dupla noção de função pública e direito social, nos seus aspectos individual e coletivo — encontra sua maior dificuldade de realização nas restrições orçamentárias impostas aos grandes programas preventivos de abrangência nacional. Longa

é a relação das áreas que hoje estão a descoberto: as numerosas grandes epidemias, que apresentam obstáculos técnicos para serem combatidas a nível local e, portanto, exigem ações multi-institucionais e inter-governamentais; as campanhas de vacinação que, mesmo superadas como tais, se incorporadas à rotina dos serviços requerem enormes investimentos para pesquisa, produção e distribuição de insumos, soros e vacinas aproveitando-se assim a capacidade tecnológica existente no País; a saúde oral, que precisaria mobilizar enorme massa de recursos humanos, materiais e técnicos para atender pelo menos uma parte dos quase 100% de brasileiros que atualmente apresentam sérios problemas bucais; a necessidade, enfim, de empreender uma guerra contra a fome generalizada e o resgate do direito à vida dos milhões de crianças subnutridas e condenadas à morte ou à precária sobrevivência.

Os problemas são quase inumeráveis e extremamente graves. E a dívida social, por tão enorme, torna-se cara em demasia para ser paga de imediato e com a pressa que as ingentes necessidades exigem.

Por paradoxal que possa parecer, as soluções apontadas centram-se fundamentalmente num vago direito à saúde a ser viabilizado através de mecanismos que possam ampliar os serviços de assistência médica por meio de repasses financeiros dos recursos do INAMPS.

Embora as pressões políticas para que isso aconteça sejam válidas e legítimas, é evidente que restringe em demasia o conceito de saúde e anula de antemão qualquer discussão no sentido de redimensioná-lo na propalada perspectiva de equidade e universalidade.

Examinando mais de perto o problema — e para ater-se tão somente à saúde no sentido estrito em que vem sendo debatida — cabe ressaltar que a maioria das propostas tem-se centrado no exame minucioso de variadas alternativas técnicas com relação a uma destinação mais justa dos recursos previdenciários alocados à assistência médica. Em todo caso, o que norteia essa discussão coloca, por um lado, o INAMPS como um grande agente financiador de atividades curativas e, em contrapartida, a exigência de uma resposta puramente quantitativa das agências receptoras, sem que tenha sido observado até o momento um esforço no sentido de repensar os objetivos e a estrutura operacional do INAMPS para que também assuma, política e gerencialmente, a sua participação nas esferas de prevenção e reabilitação da saúde no seu sentido mais amplo. Isto reflete-se, em nível nacional, numa profunda contradição, que, no momento, está reforçando o aspecto curativo dos serviços de saúde, sem que o efeito qualitativo da ampliação dessas ações esteja sendo cogitado, mesmo para fins de simples aferição da eficiência e eficácia da co-gestão em curso, em relação ao dispêndio realizado.

As propostas vigentes, por outro lado, contemplam, embora sem ainda se efetivar, um esforço por parte do INAMPS no sentido de colocar os seus serviços próprios, especialmente hospitalares, em condições de funcionar com toda sua capacidade instalada, hoje ociosa em extremo. Não se tem contemplado a necessidade de uniformizar e ampliar a quantidade e qualidade de serviços de nível primário (PAMs), visando homogeneizar, na esfera local,

os programas oferecidos de forma hoje tão desordenada e diferenciada pelas unidades de mesma hierarquia dos Estados e Municípios, homogeneização essa que dever-se-ia dar através de programas comuns a todas as instituições visando a atenção integral à saúde.

As colocações acima, embora apenas toquem de leve em alguns dos grandes problemas da co-gestão, levam à constatação de que não seria necessária nenhuma mudança quantitativa nos recursos previdenciários — mantidos os percentuais atuais, que estão em torno de 20% da arrecadação do FPAS — para colocar os seus serviços próprios ao real serviço da população. É possível que um esforço adicional em termos de reforma, reaparelhamento e manutenção deva urgentemente ser realizado nas atuais instalações do INAMPS. Entretanto, isso não invalida a observação de que sem nenhuma grande transformação no esquema de financiamento do INAMPS, passos podem ser dados para a instituição deixar de ser um mero repassador de recursos e assumir um papel de liderança na transformação da política nacional de saúde, colocando-se ela mesma como modelo de eficiência, eficácia e efetividade social.

Ainda em relação ao INAMPS, pelo lado da contratação de serviços do setor privado, a política previdenciária só fez aprofundar e acelerar a tendência histórica do Estado brasileiro de não assumir a função SAÚDE como uma função pública e, portanto, social. Isto é particularmente relevante no que diz respeito ao direito que tem o Poder Público, no exercício legal e legítimo dessa função, de acionar seu poder de polícia, entendido como poder de regulação, fiscalização e coerção sobre os serviços que, por sua natureza pública e sua função social, deixam de ser colocados a serviço da população. Assim, deixando a função pública SAÚDE ao sabor das "livres forças do mercado" e entregando ao setor privado que a assumiu como uma função particular voltada somente para seus próprios interesses pecuniários, foi perdendo o seu caráter social e se constituindo em monopólio de grupos poderosos, já totalmente imbuidos da ideia patrimonialista de que o pagamento dos serviços que presta nada tem a ver com a massa trabalhadora que os financia e deveria recebê-los com equidade, honestidade e eficiência.

Neste sentido, fica igualmente em evidência que a reversão dessa ideologia "patrimonialista" é possível de ser efetivada sem nenhum acréscimo ou ônus financeiro para a Previdência. Embora mantendo-se conjuntamente a relação contractual do INAMPS com o setor privado, para a reversão da "intrínseca perversão" do sistema torna-se imprescindível um novo pacto ético-moral que tenha por base e por diretriz que a saúde é um dever do Estado, uma função pública que, portanto, implica no exercício pleno do poder normativo, fiscalizador e coercitivo que aquele cabe ainda hoje, com a Constituição atual. Passar-se-ia a redimensionar a natureza do vínculo jurídico que atá o Poder Público ao setor privado e vice-versa, pois ambos se necessitam mutuamente na área assistencial. Seria resgatada a noção de que o empresário privado disposto a investir na área da assistência à saúde será apenas um concessionário temporário de uma função social a ele concedida pelo Poder Público, mas a este sujeito de fato e de direito no cumprimento

mento cabal das responsabilidades que lhe foram concedidas e que lhe poderão ser retiradas se não as cumprir segundo as normas conveniadas e as necessidades da população.

A séria consideração deste aspecto de prestação de serviços médicos do INAMPS significa reconhecer que, posta em prática, em nada agravaria o orçamento da instituição a não ser que, após a tomada de posição do Poder Público do qual está investido a autoridade previdenciária e o estabelecimento de relações contratuais sobre as bases de um pacto ético-moral, a questão da produtividade dos serviços seja acompanhada da revalorização do trabalho das equipes de saúde e, portanto, de remunerações condizentes com uma função social da maior importância.

Há ainda outras questões relativas à forma como é arrecadada a contribuição previdenciária e sua destinação para fins de benefícios, aposentadoria e assistência médica. Tem sido muito debatido se a incidência da contribuição deve ser sobre a folha de salários ou sobre os lucros das empresas, ou outras formas que vêm sendo propostas. Na verdade, as soluções a serem adotadas deverão surgir do amplo debate nacional que a VIII Conferência vai propiciar e que ali não se esgotarão, na medida que a Assembléia Nacional Constituinte igualmente as deverá contemplar ao discutir os direitos sociais gerais e particulares da população. Em todo caso, deverão ser os trabalhadores organizados, de todas as atividades da vida nacional (e não somente os operários) os que deverão ter voz ativa e voto procedente no sentido de retomarem sua participação plena na vida nacional e no debate e decisão dos problemas que lhes dizem respeito. No entanto, caminha-se cada dia mais para o consenso em relação a alguns pontos básicos e imprescindíveis à adequação dos mecanismos financeiros aos pressupostos de universalização e equidade:

- é preciso diversificar as fontes tributárias responsáveis pela receita previdenciária, hoje centrada exclusivamente na folha salarial (até 20 S.M), de forma a diminuir sua vulnerabilidade a conjunturas recessivas, reduzir sua regressividade e desonerar a folha salarial, o que prejudica a empresa nacional;
- é necessário contar com recursos fixos para desenvolver uma política de saúde consistente, quer sejam orçamentárias, previdenciárias ou provenientes de fundos especiais, de forma a superar a situação atual de indefinição.

É possível, como vimos sumariamente, redirecionar o INAMPS para que, sem ônus maior, seja colocado a serviço efetivo da população. É diferente com o Ministério da Saúde, pois neste caso uma verdadeira revolução dever-se-ia operar para que apenas as funções que hoje legalmente lhe competem possam ser exercidas com um mínimo de seriedade, eficiência e eficácia. Muitos são os exemplos que podem ilustrar a quase total incompetência que, pela falta de um adequado financiamento, ostenta o MS. Entre outros, podem ser lembradas as quase heróicas condições em que trabalham as sofridas equipes de combate às grandes endemias; a inqualificável e dramática situação de seus hospitais psiquiátricos, conhecidos pela sua

perene indigência; a limitadíssima ação de seus vitais programas de atenção à saúde da mulher (p. ex.: prevenção do câncer); a quase vegetativa vida de sua fundamental área de pesquisa; a restrita produção de vacinas por falta de investimentos e de técnicos; a escassa projeção de seu aparelho formado de recursos humanos, sujeito ao sabor de intermináveis fontes externas ao setor para realizar seus cursos; enfim, a baixa remuneração de seus quadros, tolhidos em seu potencial pela falta de incentivos para a ascensão funcional e salarial.

Diante desse quadro, apenas esboçado, a injeção de recursos novos, permanentes e contínuos para reverter o não tem sido ainda objeto de consideração nem de quantificação por parte dos analistas, nem colocadas na pauta de discussões as possíveis fontes de recursos que poderiam por em pé o combalido Ministério da Saúde, a não ser através do aumento da arrecadação da receita federal. Mas, como já se sabe, sérias limitações existem para tal, devido à baixa capacidade tributária da população e as pressões da dívida pública. Fica a ressalva de que o poder de polícia do Estado deveria ser acionado para moralizar não somente a própria função pública mas, sobretudo, para evitar o imenso volume de recursos que se deixa de arrecadar devido à evasão e sonegação de impostos, muitas vezes em conivência com o aparelho fiscalizador.

Há propostas indicando que dos recursos do FAS e do FINSOCIAL sejam fixadas quotas e canalizadas para formar — junto com recursos da União e outros como aqueles oriundos dos jogos de azar e mais a parcela do FPAS atualmente destinada à assistência médica — um Fundo Nacional de Saúde, que teria sua réplica nos fundos estaduais e municipais. Não se que seria a forma mais apropriada de propiciar e financiar uma profunda reforma do sistema de saúde atual, que passaria a se constituir num Sistema Único. Não obstante o oportuno da proposta, fica em aberto a clara insuficiência de todos esses recursos para levar adiante o projeto, face a ampliação do conceito de saúde, insuficiência essa agravada pelo fato de perpetuar a dependência de fontes múltiplas que independem de um compromisso do Estado com a saúde como um dever e um direito.

Está ainda a ser repensada a própria distribuição dos recursos no interior do orçamento da União, de modo a aumentar de forma verdadeiramente significativa a destinação da parcela atualmente em torno de 1% para provavelmente 10%, independentemente dos recursos que por força da unificação dos serviços venham a ser acrescidas pela Previdência e hoje destinados ao INAMPS. Isto significa, por sua vez, a redefinição das prioridades políticas do Governo, no sentido de canalizar novos recursos para a área da saúde, sem considerar as limitações que, no momento, apresenta a receita tributária do Tesouro Nacional.

A colocação acima remetê, ainda, à questão de que a função SAÚDE e SANEAMENTO, constante das classificações orçamentárias da União, segundo a Lei 4.320/64, especialmente no que se refere ao Programa SAÚDE, é exercida por diversas instituições, quais sejam a Presidência da República, as Forças Armadas, os Ministérios do Trabalho, do Interior e da Educa-

ção. (*) A pergunta que cabe fazer é se a reconceitualização da saúde nos termos já vistos significa também integrar as atividades dessas outras instituições — particularmente dos Ministérios do Trabalho e da Educação e, portanto, suas dotações orçamentárias, ou se uma decisão no sentido de aumentar os atuais recursos para saúde destina-se somente a fortalecer as ações do MS (pois aqui ainda nem se cogita de ampliá-las).

Evidentemente, centrar-se somente no MS seria uma solução parcial, pois sérios problemas deixariam de ser tocados, perdendo-se o espírito da doutrina defendida. Se assim for, continuará a padecer dos endêmicos problemas que enfrenta a integração docente-assistencial, no que se refere à falência de seus hospitais de ensino; permanecerá a precariedade e ineficiência dos programas de saúde ocupacional; manter-se-á a falta de integração, complementação e coordenação entre os programas de meio-ambiente, saneamento, habitação, etc.

Todos os problemas acima apontados e que são na verdade pálido reflexo da realidade, refletem-se de forma ainda mais aguda em nível estadual e municipal, atingindo contornos dramáticos no Norte-Nordeste do País. Mas, nestas regiões os problemas não são somente financeiros; tem raiz e assento numa arcaica estrutura de poder sustentada por poderosas oligarquias agrárias refratárias a quaisquer mudanças nos direitos dos milhões de humildes que continuam a explorar. Talvez nessas áreas seja urgente e necessário discutir conjuntamente o direito à terra, à saúde e à educação, para começar a sonhar que um dia deixarão de existir tantos brasileiros em condições de precariedade.

(*) O orçamento da União não inclui no MPAS os recursos do FPAS, pois são administrados por autarquias descentralizadas que têm orçamento próprio. Esta é outra questão sobre a qual refletir.

5 — ESTRATÉGIA POLÍTICA PARA A ABRASCO: ALGUMAS DIRETRIZES

A análise da atual conjuntura política do setor saúde, segundo Rodriguez Neto, mostra o confronto existente entre pelo menos três projetos:

- o *conservador*, sustentado por entidades como a F.B.H. que defende a manutenção do modelo pluralista baseado na compra de serviços ao setor privado, pelo setor público, especialmente a Previdência Social, propondo que ao MS e às SES caiba um papel complementar de promoção de ações coletivas e assistenciais à população marginalizada;
- o *modernizante-privatista*, cuja vertente mais definida é aquela cujo porta-voz é a ABRAMGE, também propondo a manutenção da dicotomia público-privada, só que reservando-se o mercado de serviços de saúde prestados aos trabalhadores urbanos através dos "Convênios Empresas";
- o *racionalizador*, em luta pela hegemonia, em virtude de ter sido adotado pragmaticamente pelas instituições estatais face à crise financeira do setor, cuja expressão mais evidente é a estratégia AIS — Ações Integradas de Saúde, já em implantação em todos os Estados da Federação.

Não se pode deixar de assinalar também, como atores da cena política, os médicos e profissionais de saúde em geral, cujo movimento crescentemente articulado nos últimos anos, tem apresentado um reflexo em termos de politização e enfatizado questões corporativas, como atestam as recentes greves em várias regiões do País.

Por outro lado, a ampliação das companhias seguradoras privadas, tanto multinacionais como subsidiárias do capital financeiro de grandes bancos nacionais, configura a emergência de um poderoso aliado de projetos contrários à reorientação mais radical da política de saúde do Estado, no sentido da universalização, equidade e democratização.

A defesa dos princípios e propostas que, partindo do fortalecimento do projeto racionalizador extrapolem seus limites, avançando para uma efetiva democratização da Saúde, com participação dos profissionais, trabalhadores de saúde e os setores organizados da população na formulação, controle e avaliação das políticas de saúde, é o sentido maior da contribuição da Abrasco.

Para isso, entende a Entidade que é de fundamental importância a divulgação das análises e proposições contidas neste documento, num processo que subsidie a acumulação de forças pelos segmentos democráticos e populares. Da possibilidade de formação de alianças que impliquem no fortalecimento das posições defendidas decorrerá a neutralização das posições conservadoras ou meramente "modernizantes" e racionalizadoras.

A Abrasco não se coloca como articulador desse projeto em termos de prática política, mas, ainda que limitada em suas possibilidades de convocatória, oferece às Entidades de Saúde, sindicatos, igreja, organizações civis em geral e partidos políticos principalmente, os elementos com que poderão vir a articular-se. Considerando a existência de um processo constituinte na sociedade brasileira, no momento atual, entende como momentos estratégicos na consolidação progressiva do projeto democrático em Saúde:

- a realização da VII Conferência Nacional de Saúde, espaço de embate dos projetos no setor, momento que deve ser ocupado competentemente pelos segmentos cuja proposta democrática ultrapassa os marcos da democracia restrita na "transição" atual.
- a convocação, preparação e realização da Assembléia Nacional Constituinte, momento que representará a correlação de forças econômicas e político-sociais que atualmente se define na cena política e que terá a transcendência de articular o marco jurídico-político em que se moveria a sociedade brasileira nos próximos anos.

Contra todas as tendências elitistas e manipuladoras que já se evidenciam no processo de preparação da A.N.C., é fundamental que se busque avançar no sentido de uma constituinte livre, soberana e representativa da realidade nacional. Nesse processo a questão da saúde e as proposições democráticas devem se projetar através da mobilização das forças progressistas no setor e fora dele.

A Abrasco entende, ainda, todo esse movimento, como preliminar ao desencadeamento do debate nacional em torno de uma REFORMA SANITÁRIA a ser desenvolvida a partir de 1987.

Nessa perspectiva é que a atual Diretoria define como linhas de trabalho:

- divulgação desse documento a ser realizada maciçamente nos próximos meses, cobrindo:
 - a) associados da entidade, através de publicação especial;
 - b) entidade da área de saúde, a nível nacional — AMB, FNM, Conselhos, etc. — e a nível estadual abrangendo todas as categorias profissionais;
 - c) demais setores organizados da sociedade civil: OAB, CNBB, ANDES, FASUBRA, Associação Mutuários BNH, CNT, CONCLAT, etc., solicitando divulgação entre os organismos regionais e estaduais que as compõem;
 - d) partidos políticos e Comissões de Saúde da Câmara, do Senado e das Assembléias Legislativas dos Estados, sugerindo a convocação de debates em torno dos temas e das proposições contidas no documento, bem como a divulgação e discussão entre as bases dos partidos, principalmente ao nível do movimento sindical e popular;
 - e) meios de comunicação de massa: envia esforços para ocupar espaços ao nível da grande imprensa escrita.
- realização de eventos: a partir da mais ampla divulgação do docu-

mento, a Abrasco pode se comprometer — tanto através de sua Diretoria e Comissão de Políticas de Saúde quanto de seus associados em geral — a participar ativamente de encontros estaduais, regionais e nacionais, cuja programação evidentemente dependerá do grau de organização e mobilização das entidades e partidos políticos em cada Estado.

Nesses eventos, a Abrasco poderá desempenhar o papel de convocar e articular os profissionais que ora ocupam cargos de importância na estrutura político-administrativa do MPAS e do MS, assim como seus organismos a nível estadual. Ou seja, constituir "lobbies" que permitam a difusão de informações e a consolidação de uma prática administrativa mais consentânea com a perspectiva de democratização do setor.

REPENSAR A SAÚDE COLETIVA

Como outros campos de indagação teórico-científica, a Saúde Coletiva também apresenta momentos de descontinuidade ou de salto, ao longo de sua história, marcados pela irrupção/construção de novos objetos e de métodos de pesquisa correspondentes. Ainda mais patentemente do que se dá noutros campos, onde a dinâmica interna do conhecimento é insuficiente para explicar os saltos qualitativos, na saúde coletiva estes momentos estão associados nitidamente a determinantes que afetam sua dimensão de prática política.

É que, formada entre nós pela junção dos movimentos de medicina social e de saúde pública, ela tem por base um projeto de mudança do Sistema Nacional de Saúde e de melhoria das condições de vida da população, projeto que vem a ser o eixo em torno do qual se desenvolveu um esforço específico de estudo e investigação das relações entre saúde e sociedade. Assim, a saúde coletiva nasceu e se nutre no seio dos movimentos de reformulação sanitária em nosso País e está profundamente alicerçada nesse solo político-ideológico.

Parafraseando Canguilhem, pode-se dizer que a saúde coletiva situa-se na encrucilhada das práticas sociais em saúde. São essas práticas sociais que fazem emergir novos objetos de indagação, mas estes surgem também na medida em que o sujeito do conhecimento está sensível e preparado para lançá-los enquanto objetos. Mas não se trata apenas de nomear tais objetos — é preciso apropriar-se deles, elaborá-los no plano da teoria, sedimentá-los pela atividade sistemática de investigação. Isto não acontece se inexistem condições materiais de sustentação do esforço de pesquisa.

Daí a necessidade de combinar diferentes circunstâncias para que se produza um salto de qualidade na área da saúde coletiva: 1) novos indícios, pistas inéditas, dadas pelo estudo das práticas sociais em saúde e especificamente pelos resultados do projeto político da saúde coletiva em sua trajetória de lutas e pactos com as forças da sociedade; 2) o ímpeto e a sensibilidade teórica dos investigadores; 3) condições institucionais e financeiras que assegurem a transformação da pesquisa num trabalho coletivo, organicamente estruturado e duradouro, em vez de uma atividade isolada e efêmera.

Retrospectivamente, vê-se que houve pelo menos um momento em que tais circunstâncias favoráveis juntaram-se produzindo um impacto significativo em termos de acumulação de conhecimento em saúde coletiva: trata-se do estabelecimento, em 1976, do Programa de Estudos Sócio-econômicos em Saúde (PESES), mantido pela FINEP, que veio somar-se a outros centros de pós-graduação dedicados à investigação na área de saúde coletiva. Independente de se pretender analisar os condicionantes políticos desses programas naquela conjuntura do regime autoritário, há de se reconhecer

sua influência decisiva no que posteriormente veio a se investigar em matéria de saúde coletiva. Emergiram daí objetos que puderam ser melhor estudados em outras situações: as questões do trabalho em saúde, a história da Previdência Social brasileira, o papel dos movimentos urbanos em saúde, o uso da tecnologia médica, etc.

Em certo sentido, assinalava-se institucionalmente o nascedouro da Saúde Coletiva como amálgama entre a Saúde Pública e a Medicina Social. Alguns anos depois, a Abrasco pôde ser fundada, congregando os cursos e instituições dessa área, porque o campo de conhecimento já estava unificado, "disciplinado".

Fincando raízes num terreno gnossológico novo, criando uma interdisciplinaridade da investigação, propiciou-se uma espécie de "acumulação primitiva de conhecimentos" em saúde coletiva, identificando e esboçando a análise de objetos que puderam ser amadurecidos no decorrer dos dez anos seguintes.

O PESES constituiu-se em marco de um projeto político de oposição ao regime autoritário nas questões de saúde, que tomou forma concreta nas propostas do CEBES e posteriormente incorporaram-se como parte do programa do governo de transição democrática.

Evidentemente, à moldagem desses projetos deram sua contribuição múltiplos atores isolados ou em grupo, valendo destacar a importância dos desenvolvimentos teóricos proporcionados entre outros por Cecília Donangelo e a prática analítica desenvolvida por Carlos Gentile de Mello.

Em certo momento, as vertentes "teórica" e "política" da saúde coletiva acabaram gerando uma cisão entre si, deixando de se alimentarem reciprocamente.

As diferenças e conflitos de posicionamento entre as pessoas dedicadas à teoria e à investigação e aquelas voltadas para a política e a administração já haviam se tornado incisivas antes de determinados representantes da saúde coletiva assumirem as funções de mando nos distintos níveis da administração pública, e desde então vieram se aprofundando e agravando.

Uma das causas dessa cisão está em que os fundamentos das propostas de intervenção não foram suficientemente escrutinados do ponto de vista da teoria e dos conhecimentos de saúde coletiva existentes. Por outro lado, a atuação executiva tem se realizado de maneira dissociada da reflexão teórica, implicando no abandono da teoria como fio condutor da prática política. Esta dissociação principia-se a ser superada quando se toma consciência que a atuação ao nível executivo teve que enfrentar-se como uma problemática que não fôra equacionada ao nível teórico, até porque não se tinha acesso ao aparelho estatal. A introdução destas novas questões reclama um desenvolvimento teórico compatível, capaz de resgatar a união entre teoria e prática social.

Agora não é mais possível propor um retorno para repensar a teoria antiga e ajustar à ela a prática política. O projeto da Saúde Coletiva vai ser apropriado pela sociedade e o que surgirá daí é uma problemática inédita a que os pesquisadores desse campo devem estar muito atentos. O antigo projeto

desgastou-se e não adianta lamentar e tentar recompor suas peças e as do grupo original. A saúde coletiva abriu-se, nos planos teórico e político, à pluralidade de projetos, sendo esta a ordem natural das coisas numa sociedade democrática. Mas do amago dessa pluralidade emergem, no objetos que deverão ser sistematicamente analisados para que o movimento não se perca no vazio das palavras de ordem e haja uma atividade intelectual orgânica capaz de estabelecer-lhe objetivos adequados.

O próprio processo de preparação da VIII Conferência Nacional de Saúde já está demonstrando isto com a colocação de problemas novos com a cidadania e saúde, que havia passado despercebido durante longo tempo. As dificuldades teóricas avolumam-se quando se quer ultrapassar a fachada de "slogans". Por exemplo: "Saúde é um Dever de Estado", mas o que consubstancia esse dever e o que é este Estado?

Certamente a VIII Conferência Nacional de Saúde será um fórum importante não só para a definição do(s) projeto(s) de saúde coletiva como igual te na Constituição de focos de interesse de estudo e investigação.

Prehúncia-se, assim, o aparecimento de circunstâncias sociais altamente propícias a um "take-off" da pesquisa em saúde coletiva, um salto de qualidade significativo. Para tanto, os pesquisadores da área devem desde já preparar-se, num esforço de se fazerem receptivos aos problemas que v sendo colocados e também de acompanhar o evento em todas suas dimensões e desdobramentos.

Por outro lado, as condições institucionais de apoio à pesquisa em saúde coletiva parecem do mesmo modo promissoras para o ano de 1986, ressaltando o papel destacado da Abrasco na definição da política científica na área, por sua participação na coordenação do Programa de Saúde Coletiva e em várias outras oportunidades.

Assim, conjugam-se condições objetivas e subjetivas que fazem esperar para breve uma retomada da investigação em saúde coletiva com dimensões semelhantes às do PESES, em termos de desenvolvimento de múltiplos projetos e de formação de uma massa de novos pesquisadores.

A estratégia a ser seguida, no aproveitamento de tais condições, deve ainda ser pensada em detalhe e nisto a Abrasco não pode abrir mão de seu papel de liderança intelectual. É preciso avaliar urgentemente as possibilidades de utilização dos espaços institucionais e sua integração numa rede de pesquisadores, com intenso intercâmbio entre si. O caráter interdisciplinar da saúde coletiva será sem dúvida reforçado nesse processo e será preciso configurá-lo como suficientemente duradouro para permitir a formação desses novos pesquisadores, advindos de áreas tão distintas quanto as das ciências da saúde, sociologia, ciências políticas, economia, antropologia, etc.

Por fim, acreditamos que estariam dadas, nesta conjuntura, algumas condições para a tarefa de repensar a saúde coletiva enquanto campo de conhecimento e prática social.

Este texto deve ser sistematicamente analisado e discutido, para que o movimento não se perca no vazio das palavras de ordem e haja uma atividade intelectual orgânica capaz de estabelecer-lhe objetivos adequados. O próprio processo de preparação da VIII Conferência Nacional de Saúde já está demonstrando isto com a colocação de problemas novos com a cidadania e saúde, que havia passado despercebido durante longo tempo.