

171

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Montagem, apresentando à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, pelo médico Gastão Wagner Sousa Campos.

Campinas, 09 de dezembro 1991

Profa. Dra. Ana Maria Canesqui
- orientadora -

REFORMA DA REFORMA: REPENSANDO A SAÚDE

Gastão Wagner Sousa Campos

Orientadora:

Profa. Dra. Ana Maria Canesqui

Tese apresentada para a obtenção
do título de Doutor em Saúde Coletiva
UNICAMP - FCM - DMPS - 1991.

C157r
v.1
15616/BC

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

0 229076 00

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

A REFORMA DA REFORMA: REPENSANDO A SAÚDE

GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

Tese de Doutorado apresentada ao
Departamento de Medicina Preventiva
e Social da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade de Campinas
sob a orientação da Professora Dou-
tora ANA MARIA CANESQUI.

CAMPINAS -1991

Aos TRABALHADORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE CAMPINAS/SP. que, durante dois anos,
tentaram comigo "tomar o céu de assalto".

E também àqueles sanitaristas que mais têm
influenciado em minha formação: DAVI CAPISTRANO
DA COSTA FILHO (especialista em indicar os meios
para tomar o céu de assalto), MARIA CECÍLIA F.
DONNAGELO E GUILHERME RODRIGUES DA SILVA (mestres
referenciais de minha geração), EURIVALDO DE
ALMEIDA SAMPAIO (que me indicou a importância da
"integração sanitária"), MARIA HAYDÉE DE LIMA,
LUIS CARLOS DE OLIVEIRA CECÍLIO e EMERSON ELIAS
MERHY (pelos vinte anos de solidariedade crítica)

RESUMO

REFORMA DA REFORMA, em seu primeiro capítulo, discute o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). Estabelece comparações com os dilemas do funcionamento do Estado em outros países, analisa os impasses do Planejamento e da Gestão dos serviços públicos, comentando algumas teorias referentes a estes temas.

No Capítulo II, é estudada a forma neoliberal de produzir e organizar a atenção à saúde, com ênfase na investigação dos processos de trabalho, do exercício do poder nas instituições e nas relações entre hospital e clientela. Discute-se também os projetos e a praxis política e profissional dos atores componentes do bloco neoliberal.

O terceiro Capítulo descreve o processo de descentralização instituído no Brasil a partir de 1987 e as suas consequências sobre o modelo assistencial então vigente na área pública de saúde.

No último Capítulo são apresentadas propostas de reformulação da forma de organizar a atenção à saúde na área pública, bem como dos métodos de planejamento, de gestão e da prática dos profissionais de saúde.

S.U.M.M.A.R.Y

REFORM OF THE REFORM discusses in the first chapter the process of settling of the Brazilian National Unified Health System (SUS). Comparisons with the Public Health Systems already operating in other countries are made, besides, the difficulties of planning and managing these health services are analyzed, while commenting the existing theoretical propositions on the subject.

The neoliberal way of organizing and producing the health care actions is studied in chapter two, with investigative emphasis on the work process, the institutional power and the relationships between consumers and hospitals. The political praxis and health care projects of the social groups who act for the neoliberal policies are also discussed.

Chapter three describes the administrative decentralization occurring in Brazil since 1987, as well as its consequences on the Public Health Care Models in the country.

At the end, propositions to reform the organizational patterns of brazilian health care services, their planning and managerial methods, and professional daily actions, are presented.

c- Sobre as formas de organização do sistema público.....	172
5- CAP. IV - SOBRE A REFORMA DA REFORMA: REPENSANDO O SUS -	
a- Análise da correlação de forças: que reforma é possível?	228
b- Sobre algumas reformas no modelo assistencial do SUS	247
c- Alguns tópicos sobre a reforma da prática das profissões de saúde	312
d- Sobre os métodos de gestão e de planejamento necessários para assegurar o caráter público do SUS	335
6- BIBLIOGRAFIA	375

ÍNDICE

A REFORMA DA REFORMA: REPENSANDO A SAÚDE

1- APRESENTAÇÃO.....	01
2- CAP. I - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AINDA UM DESAFIO (MAIS UMA POSSIBILIDADE DO QUE UMA REALIDADE).....	10
3- CAP. II - SOBRE A FORMA NEOLIBERAL DE PRODUZIR SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: a- Alguns elementos sobre a constituição e carac- terísticas da forma neoliberal de produzir ser- vícios.....	42
b- A forma neoliberal de produção de serviços no Brasil.....	62
c- A luta política e ideológica dos defensores do projeto neoliberal no Brasil.....	102
4- CAP. III - O ESTADO E A ATENÇÃO À SAÚDE: CONFLITOS E CONTRADIÇÕES NA IMPLANTAÇÃO DO SUS E A ENTRADA EM CENA DOS MUNICÍPIOS: a- Considerações sobre a administração dos serviços públicos de saúde.....	141
b- O sistema público de saúde no Brasil e o processo de descentralização.....	149

APRESENTAÇÃO

A REFORMA DA REFORMA: REPENSANDO A SAÚDE é um trabalho em aberto, inacabado. Não só pela premência do tempo ou dos regulamentos da academia. As suas lacunas e imprecisões só serão resolvidas à posteriori, com o transcurso do debate intelectual e da prática política. Ao elaborá-lo tive a pretensão de encarar abertamente os impasses dos projetos reformistas e revolucionários contemporâneos. Assim o fiz, embora tivesse sempre presente a convicção de que tal tarefa não poderia nunca ser teoricamente esgotada a partir da reflexão de um único ator, por mais privilegiado que fosse o seu acesso às informações e ao acervo cultural anteriormente produzido.

Mesmo considerando estas limitações, optei por trabalhar em dois planos. Com um objeto específico, a análise

das formas de produção de serviços de saúde e a elaboração de propostas para reformá-las; e com um pano de fundo, alguns dos grandes problemas históricos de nosso tempo. Desta maneira, não pude deixar de levar em conta alguns dos temas capitais para a luta política da atualidade; sem, contudo, transformá-los em centro de minhas reflexões.

Resolvi, portanto, refletir sobre as recentes transformações do setor saúde, especialmente no que diz respeito à instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo sempre referência ao cenário político mais geral. Percebe-se facilmente que eu escolhi um lado, que assumi nitidamente a defesa da constituição de um Sistema Público de Saúde no Brasil, procurando demonstrar as contradições e injustiças do modelo neoliberal hegemônico. Só que o fiz tentando fugir da obviedade e da mesmice do discurso predominante entre as forças progressistas. Tive a intenção de dar alguns passos à frente, ainda que titubeantes. Para isso, vi-me obrigado a criticar nossas próprias mazelas, as imperfeições e conflitos do campo socialista.

De passagem, considereei em minhas análises e conclusões a crise do socialismo real. O fracasso da gestão planejada da economia, a inocuidade das políticas sociais no Brasil, as dificuldades dos comunistas em compatibilizar direitos sociais com democracia, a debilidade da esquerda que não conseguiu reformar estes sistemas sem permitir uma restauração do capitalismo e, principalmente, me preocupei em distinguir a versão oficial de marxismo que, durante décadas, justificou teoricamente todos estes procedimentos de uma outra que recuperasse a criatividade e a inteligência do método baseado no materialismo histórico.

Reafirmo, que a superficialidade no trato destes temas não invalida a sua utilização no contexto do meu estudo, só não reivindico nenhum notório saber sobre o assunto e espero que tal não me seja cobrado. Este é um trabalho médico-sanitário, escrito por um sanitarista, objetivando contribuir para a reforma da reforma dos sistemas de saúde. O que já não é fácil.

Outro componente do cenário de fundo desta pesquisa

é uma reflexão crítica sobre a incapacidade relativa das Políticas Sociais, implementadas pelos Estados capitalistas, de realmente promoverem o bem-estar público. A "privatização" do aparelho estatal, a ineficácia da gestão das empresas públicas e, mais recentemente, mesmo a dificuldade de Administrações Democráticas e Populares em implementar reformas democratizantes, obrigam-nos a reconsiderar o conteúdo e a forma das lutas por reformas.

Por fim, tive que também repensar a atuação do Movimento sindical e popular, o papel e o desempenho dos trabalhadores de saúde, ainda presos aos limites de perspectivas marcadamente corporativas e imediatistas, incapazes de sensibilizar a opinião pública, mesmo porque a maioria da população ainda é suscetível à demagogia e ao engodo e está distante de assumir um programa político consentâneo aos seus mais mezinhos interesses. O comportamento político dos setores majoritários da população brasileira é semelhante ao de uma massa amorfa, que oscila entre a indiferença e o radicalismo inconsequente das forças que se movimentam sem objetivos mais

gerais. (ARENDT, HANNAH - 1989).

Mas todos estes temas compõem apenas uma moldura para o objeto central deste trabalho, que é a prática médico-sanitária, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e, mais especificamente, sugestões para sua reformulação.

Na elaboração da REFORMA DA REFORMA fui, certamente, muito influenciado pela minha recente função de Secretário Municipal de Saúde de Campinas/SP (1989 e 1990). A responsabilidade concreta pela viabilização do que defenderíamos durante décadas, os embates com as mais diversas concepções sobre políticas públicas, a parceria com centenas de profissionais que esperavam nada menos do que "tomar o céu de assalto", a confrontação de nossa prática com outras experiências brasileiras e internacionais - o intercâmbio com os italianos, cubanos, argentinos, entre outros -, obrigaram-me a aceitar um desafio para o qual nunca nos julgamos suficientemente preparados.

Um dos produtos deste período é esta Tese. A todos,

companheiros e adversários, devo grande parte das reflexões que consegui elaborar. Por outro lado, ficou o viés analítico do militante, de quem pretende subordinar a teoria aos desafios do dia-a-dia. Confesso, que apesar das criteriosas ponderações de minha orientadora - Profa. Dra. Ana Maria Canesqui -, não me esforcei quase nada para fugir deste constrangimento subjetivo. Assumo, portanto, o viés. Na verdade, até o reputo como produtivo, desde que não dogmatizado.

Pelo lado acadêmico, admito que este trabalho representa uma síntese integradora de alguns outros escritos anteriores. Em "Médicos e a Política de Saúde" (1988) eu já me preocupava em explicar a potência reprodutora do projeto neoliberal, e identificava a correspondência desta ideologia na forma como vinha se organizando a produção de serviços no Brasil moderno. Na ocasião, não extrai destes achados todas suas possíveis repercussões sobre a área da saúde.

Posteriormente, nos artigos "A Reforma Sanitária Necessária" (1988) e "Um Balanço do Processo de Municipalização dos Serviços de Saúde no Brasil" (1990), eu constatava a e-

xistência de um descompasso entre o enunciado pelo discurso reformista e as mudanças realmente verificáveis no modelo assistencial. Afirmava que as medidas de reforma da estrutura do sistema público, particularmente as voltadas para a descentralização e municipalização, não estavam sendo suficientes para alterar os padrões de prestação de serviços e nem para assegurar a democratização do sistema. No presente estudo procurei dar maior consequência a estas conclusões, e apontar propostas para a continuidade renovada do movimento de reformas iniciado na década de oitenta.

Em relação à metodologia fui muito influenciado pela escola que utilizou um série de conceitos marxistas enriquecidos por aportes de outras fontes do conhecimento - psicanálise, estruturalismo, historiografia - para realizar "análise de instituições" (LOURAU, R. - 1975; LAPASSADE, G. - 1977; ALBUQUERQUE, J.A.GUILHON - 1978 e 1980; BARENBLIT, G. -1991.).

Nestes autores encontrei valiosas sugestões sobre os meios de como incorporar à análise de políticas de saúde uma

série de outros atores sociais além do Estado. Encontrei ressonância para minhas preocupações em estabelecer mediações entre as determinações da infra-estrutura onde são produzidos serviços de saúde e operam os determinantes econômicos, e a ação político-cultural de uma gama de sujeitos sociais com distintos projetos para a saúde e diferentes mecanismos de relação com o Estado.

Assim, quando analisei a forma privada e a pública de produzir serviços de saúde eu tentei considerar a relação destas instituições com as políticas dominantes em cada período, com a organização do processo de trabalho e com a distribuição das cotas de poder. Estabeleci comparações entre os projetos e a prática política dos atores sociais envolvidos nestes processos, quer como produtores, quer como usuários. As novas propostas por mim sugeridas, ou as modificações de diretrizes já existentes, basearam-se nos resultados destas análises e na minha própria experiência como dirigente e militante da área da saúde.

Imagino que A REFORMA DA REFORMA, em alguma medida,

poderá contribuir para o enriquecimento dos projetos socialistas de atenção médico-sanitária e, mais genericamente, de transformação da vida em sociedade. Esta foi minha maior pretensão, talvez meu maior pecado. Isto, a médio prazo, só o tempo dirá; porque, no curto, a Banca examinadora certamente exarará o seu veredicto. Afinal, como diz o senso-comum: "de boas pretensões o inferno esta forrado". E um ladrilho a mais... pelo menos me servirá de lição.

Campinas, setembro de 1991.

CAPITULO I

SISTEMA UNICO DE SAUDE: AINDA UM DESAFIO (MAIS UMA POSSIBILIDADE DO QUE UMA REALIDADE)

Então, o Brasil já teria o seu Sistema Único de Saúde. Pelo menos é o que prevê a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988.

O artigo 198 da referida Carta chega inclusive a explicitar as principais diretrizes que deveriam orientar a sua instituição:

" As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I- Descentralização, com direção única em cada es-

fera de governo;

II- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III-Participação da comunidade."(1)

É curioso que se pretenda instituir um sistema público no país, no mesmo momento em que são levantadas, em todo o mundo, sérias dúvidas sobre a capacidade do Estado produzir bens ou serviços.

Teóricos, como Claus Offe, têm até identificado a existência de convergência entre as opiniões de setores conservadores e de esquerda, quando atribuem ao Estado uma dificuldade para administrar políticas públicas e a economia como um todo, quer nas democracias ocidentais ou nos regimes de socialismo nominal. (2)

Giacomo Marramao, a partir do "teorema da governabilidade", desenvolvido pelo mesmo Claus Offe, sintetizou o conteúdo central de algumas explicações sobre a "crise" con-

temporânea;

" A tese fundamental explicitada pelo paradigma [do teorema da governabilidade] atribui a impotência orgânica do Estado...à sua necessidade de enfrentar a pressão das expectativas excedentes (termos como "excesso", "excedência", etc. indicam o gap que, em condições de concorrência partidária, se produz entre o volume das exigências e a rigidez da oferta)". (3)

Segundo o mesmo autor, esta apreciação induziria a elaboração de algumas estratégias com desdobramentos políticos ora conservadores, ora reformistas:

" a-1 -estratégia de privatização ou de desestatização das funções públicas;

a-2 -estratégia de "austeridade": essa variante estratégica consiste em promover os valores de renúncia, disciplina, senso comunitário, etc...;

a-3 -estratégia de "seletividade": ela dá lugar à instalação de mecanismos de filtragem das demandas

"excedentes"...;

b-1 -estratégia administrativa de elevação das prestações estatais: ampliação do horizonte informativo e operacional do governo e da administração pública através de reformas estruturais ou do potenciamento dos indicadores sociais e das técnicas de programação de orçamentos;

b-2 -estratégia política de elevação das prestações estatais: institucionalização de alianças e de mecanismos de negociação e de acordo de tipo "neocorporativista" ." (4)

Neste quadro de estratégias possíveis para enfrentamento da atual crise, poder-se-ia considerar que as três primeiras seriam típicas dos projetos conservadores, de extração neoliberal. Enquanto que, as duas últimas, peculiares ao campo progressista - socialdemocrata, socialista ou comunista. No entanto, estes dois autores ressaltam que, recentemente e quando em função de governo, diversas composições políticas têm lançado mão de uma ou outra estratégia à despeito

de seus compromissos históricos e de classe.

É evidente que a proposta de instituição de um Sistema Público de Saúde, como o é a brasileira, enquadra-se nas duas últimas situações descritas pelo analista. Ambas, prevêem uma ampliação quantitativa e qualitativa da ação estatal, mediante a adoção de mecanismos políticos e administrativos considerados inovadores.

Contudo, é importante reconhecer que o discurso e a atuação dos últimos governos da República têm se vinculado às três primeiras alternativas: a da privatização, da contenção de gastos através de medidas que promovam "austeridade" e "selecção de demandas". De resto, este tem sido o padrão de políticas governamentais em quase toda a América Latina, nos últimos vinte anos. Orientação econômica de sentido a impor um processo recessivo e políticas sociais cada vez mais restritas, conforme as recomendações de organismos financeiros internacionais e dos próprios países desenvolvidos dos quais temos grande dependência.(4)

Inegavelmente, esta é a contradição central do pro-

cesso nacional de reforma sanitária. Há, de fato, uma clara dominância do projeto neoliberal no dia a dia da ação governamental; apesar da determinação legal, no caso da saúde, apontar em outro sentido.

Esta orientação política tem potencializado e ampliado outras dificuldades e resistências internas à reforma do sistema de saúde atualmente existente, as quais não têm sido valorizadas por aqueles atores sociais interessados em implantar o SUS.

Entendo que o núcleo explicativo das políticas neoliberais - a idéia de que a crise dos Estados modernos seria centralmente decorrente do descompasso entre expectativas de bem-estar e a capacidade de atendê-las - é uma constatação real, mas que não abre perspectivas para a resolução democrática deste conflito. Trata-se de um fenômeno constatável ao olhar de qualquer estudioso, mas que não se auto-explica conforme pretendem estas teorias.

Sua origem não é natural e seus determinantes não estão contidos na equação proposta: relação entre disponibi-

lidade de meios e demanda. Neste caso, para superarmos a aparente imutabilidade da realidade deduzida diretamente dos dados empíricos e transcendermos, em consequência, a racionalidade fenomenológica, teríamos que discutir e investigar outros temas.

Particularmente, investigar a dinâmica dos movimentos coletivos e de opinião pública que têm imposto ao Estado uma ampliação constante e progressiva dos direitos sociais, e a incorporação de milhões de pessoas não só à sociedade do bem-estar, mas também ao mundo da política. (5)

Esta crise coloca-nos diante dos limites dos tradicionais mecanismos de gestão e de governo das sociedades e estados modernos.

Naquelas de socialismo nominal é evidente o colapso do domínio dos métodos tecno-burocráticos de exercício do poder, quase sempre assentados em teorias de Planejamento de base positivista e utilizadas como principal instrumento para a definição do perfil de investimentos e da distribuição de benefícios.

As correntes marxistas não foram capazes de se antecipar criticamente ao colapso recente dos regimes de socialismo real, apontando os limites destas concepções de governo dos homens e das coisas. Ao contrário, seguidamente, justificaram os modelos tecnocráticos adotados pelos governos populares, supondo que a estatização dos meios de produção haveria eliminado os principais conflitos e contradições presentes nas sociedades de mercado. Defendiam a idéia de que o Planejamento seria uma espécie de "ciência aplicada", capaz de ordenar equitativa e harmônicamente as múltiplas aspirações da coletividade, teoricamente canalizadas pelo Estado e representadas por um partido único.

Até mesmo Mario Testa, personalidade com indiscutível sensibilidade democrática, ainda em 1985, publicou um artigo no qual procurava justificar o restrito universo teórico e prático do Planejamento nos países socialistas:

"É claro que a utilização do enfoque de sistemas nos países socialistas tem sido precedida por mudanças revolucionárias que tem gerado as precondições políticas

para sua aplicação." (7)

Existiriam, de fato, precondições que tornassem a teoria de sistemas um método adequado para orientar decisões de governo? A não ser como um instrumento subsidiário para operacionalizar a implementação de decisões tomadas após um processo democrático de embate entre várias perspectivas sempre presentes em qualquer sociedade, em que outras situações a análise tecnocrática de problemas conseguiria alcançar legitimidade social? De fato, o Planejamento Normativo, elaborado em instâncias superiores do poder estatal, nunca conseguirá representar as aspirações e compor os interesses dos principais segmentos de uma nação.

Constituiu-se em um grave equívoco metodológico, com repercussões desastrosas no campo político, imaginar que um governo, mesmo quando apoiado pela maioria dos trabalhadores ou resultando de uma revolução, poderia, na gestão cotidiana das coisas públicas, substituir a democracia direta por instâncias administrativas aplicadoras de qualquer variante de

planejamento.

Mário Testa, cuja obra tem sido uma das referências para o movimento sanitário latino-americano, particularmente em questões de gestão e planejamento, assumiu as seguintes posições sobre esse tema:

"Poder concentrado com consenso conduz a um enfoque administrativo dos problemas (o socialismo é a administração das coisas em lugar do governo dos homens) ou seja, uma maneira de tomar decisões na qual o importante é a apropriação e a atribuição de recursos e a distribuição dos produtos. Nestas circunstâncias, os problemas principais que se discutem são os que correspondem ao uso eficiente de recursos: são problemas de reprodução e crescimento, não de mudança. Este tipo de problema pode ser enfrentado eficazmente com base na teoria de sistemas, cujo equivalente como forma de governo é o planejamento normativo. ...

Nestes países [socialistas], o processo de Planejamento...é a forma usada para tratar os problemas sociais, a fim de que se consolide o consenso a partir da resolução de

contradições não antagônicas". (8)

Esta discussão, apesar da referência aos países socialistas, interessa de perto às nações latino-americanas, porque, em larga medida, mesmo nas sociedades capitalistas dependentes, em algum nível, são desenvolvidas políticas sociais de bem-estar, e a gestão dos sistemas e das empresas públicas têm obedecido à uma lógica semelhante.

A polêmica em questão é também atual porque estas experiências são tomadas como marcos diretivos, sempre que são colocados em pauta projetos de transformação ou de reformas econômicas e sociais.

Há no raciocínio de Testa uma série de elementos comuns ao pensamento majoritário entre os marxistas contemporâneos. Em primeiro lugar, a idéia de que a estatização dos meios de produção de bens ou serviços resolveria as "contradições antagônicas", e que a superação estrutural dos conflitos entre burguesia e trabalhadores criaria condições para o estabelecimento de um consenso sobre os modos de bem

governar. Essa posição subestima a importância dos conflitos decorrentes das diferentes inserções dos atores sociais no processo de produção e de suas diversas relações com o poder e com o aparelho de governo, mesmo quando haja socialização, total ou parcial, dos meios de produção. Assim, não são considerados como antagônicas situações que levam os sujeitos a adotarem diferentes projetos políticos de organização da sociedade, como é o caso das diferenças entre cidade e campo, entre trabalhadores e usuários de um dado sistema, entre governantes e governados, entre médicos e outros profissionais de saúde, etc.

Em segundo lugar, fica subentendido que a mudança realmente decisiva para a superação das contradições típicas do capitalismo seria a estatização, após o que tratar-se-ia apenas de "administrar a reprodução e o crescimento" do já estabelecido. Este caminho conduz ao conservadorismo e reforça o burocratismo e a estagnação do processo de mudanças, já que não é devidamente valorizada a questão da socialização do poder, a necessidade de mudanças nos padrões de desenvol-

vimento e de acesso dos cidadãos aos benefícios da civilização. Enfim, essa linha teórica como que justifica o aprisionamento da realidade que o Planejamento tradicional pretende realizar.

Nos países capitalistas ocidentais, apesar da liberdade de escolha dos dirigentes governamentais e da existência de inúmeros movimentos reivindicatórios, ainda persiste um interdito à democratização da propriedade privada. As decisões sobre os investimentos públicos e privados, a respeito da organização da produção de bens e serviços e sobre a relação da sociedade com o meio ambiente, permanecem como um campo de deliberações onde ainda dominam as elites econômicas e os políticos profissionais.

A democracia direta - entendida como capacidade da sociedade se autogovernar - poderia alterar os esquemas de repartição de rendas, de distribuição de recursos e, até mesmo, a relação entre as várias classes. Portanto, não há como fugir à constatação de que a crise do Estado moderno e das políticas de bem-estar resume-se, centralmente, a busca de ur-

ma nova concertação entre os vários grupos, segmentos e classes de cada país, bem como entre as várias regiões e nações do mundo.

Partir do pressuposto de que as atuais relações de poder estariam congeladas e que, em decorrência, só seria possível a reorganização administrativa do Estado ou a adoção de políticas restritivas e privatizantes, é assumir uma perspectiva conservadora. Não só sob a ótica do econômico - o discurso da austeridade e dos cortes -, como também da vida política, porque implicaria na aceitação passiva dos limites ainda impostos ao exercício do poder da sociedade civil sobre o Estado e sobre a regulação da economia.

Neste aspecto, salta aos olhos a eficiência do esquema de dominação ideológica do neoliberalismo, que praticamente tem impedido que a discussão da crise tome estes caminhos.

Marramao, denomina o fenômeno acima descrito de "despolitização da produção". Chegando a admitir que

"...o traço característico da formação so-

cial capitalista é dado por aquela neutralização político-normativa da esfera de produção." (9)

Ou seja, a maior parte das interpretações da crise tem se limitado a considerar que o campo do fazer político estaria circunscrito à disputa pelo poder do Estado. Nunca admitindo, até mesmo como uma possibilidade, a extensão destes conflitos à esfera da produção privada e da gestão dos serviços públicos.

Infelizmente, a história dos países denominados socialistas não nos forneceu contra-exemplos. O que ainda faz desta alternativa apenas uma possibilidade teórica, potencialmente inscrita nos movimentos e projetos de reforma social de cunho democrático e socialista.

No fundo, o padrão mais ortodoxo de análise dos problemas do Estado, quer em vertentes à direita ou à esquerda, tem projetos políticos dentro da concepção de que não haveria, a curto ou médio prazo, alterações do equilíbrio de forças. Donde, a hipótese de que as reformas preconizadas te-

riam sempre que se ater aos horizontes da atual conformação social-econômica do capitalismo europeu ou latino-americano. Na realidade, uma verdadeira camisa de força imposta aos sujeitos sociais interessados em mudanças, já que são ineludíveis seus traços profundamente tecnocráticos e administrativos, aqui tranpostos do dia a dia da gerência burocrática para o campo da praxis política. Claus Offe, entre outros, tem criticado a pretensão

"...de quem, confiando na objetividade das estruturas tecnocráticas, tem a ilusão de resolver problemas políticos com meios de um conhecimento não político." (10)

Neste contexto, a elaboração de novas propostas para a gestão das instituições estatais e dos serviços públicos constituiria uma segunda dimensão a ser trabalhada para além da lógica restrita da adequação "oferta e demanda". A constatação da falência dos meios tradicionais de governo do público, não nos autorizaria, automaticamente, a deduzir que o único caminho viável para a instauração de novo ciclo de de-

envolvimento seria o retorno radical às normas de mercado.

Os neoliberais têm incorrido em uma evidente simplificação ideológica quando assim explicam o colapso da área pública. Limitam-se a descrever o fenômeno, fazendo uma apologia do passado e recomendando algumas adaptações mínimas às circunstâncias da atualidade.

Por outro lado, a esquerda só com muita relutância tem reconhecido a baixa produtividade, a burocratização dos processos de trabalho e a falta de iniciativa do setor público, e, com maior resistência ainda, tem admitido a incapacidade do Planejamento funcionar como um "Deus-ex-machina", regulador todo-poderoso da vida em sociedade. E, mesmo quando o faz, não tem sido capaz de gerar novas propostas de gestão, necessárias ao resgate do setor público enquanto instrumento de construção da igualdade e justiça social.

Nestas circunstâncias, a institucionalização de um Sistema Único de Saúde, no Brasil, obriga-nos a um duplo esforço: quer aquele característico de qualquer processo de reforma - criação de viabilidade técnica, política e financeira

para o projeto de mudanças -; bem como, um adicional, de reformar a abrangência das mudanças anteriormente previstas para as reformas.

Seria ingenuidade supor que a simples assimilação adaptativa à realidade local de experiências socialistas ou social-democratas resolveria as dificuldades do SUS. O esgotamento daquelas práticas indica a necessidade de pioneirismo. Evidentemente, não basta, como o fazem os liberais, negar qualquer possibilidade prática e teórica de funcionamento dos sistemas públicos, que assegurem padrões sanitários adequados a todos, conforme, inclusive, prescreve a Constituição quando reconhece que a "Saúde é direito de todos e dever do Estado." (11)

A definição de uma estratégia para a implantação do SUS, certamente, exigiria o exame da história de outros países e, ao mesmo tempo, a análise dos conflitos específicos da conjuntura nacional. Não poderá, contudo, deixar de propor de forma inovadora o remodelamento radical das relações entre o Estado, trabalhadores de saúde e sociedade, bem como dos

modos de gestão e de organização dos serviços de saúde.

A luta por melhores condições de saúde, ao longo do século XX, passou a fazer parte da pauta de "demandas" dos movimentos sociais de vários países industrializados. O sindicalismo, os partidos políticos e diversas modalidades de associações, têm colocado na ordem do dia a luta pelo acesso universal aos serviços. Já os intelectuais e profissionais de saúde têm enfatizado mais a crítica às concepções de saúde dominantes, ao papel de controle e à estreita vinculação das práticas médico-sanitárias aos interesses do capital (12).

Infelizmente, estas duas vertentes, do que poderíamos denominar de movimento sanitária, nem sempre têm conseguido realizar uma síntese de suas diferentes perspectivas. Ao contrário, é nítida a tendência dos ideólogos da medicina social de classificarem os pleitos por direito à saúde como funcionais à lógica da dominação capitalista.

Jean Clavreul, por exemplo, escrevendo sobre a "Ordem Médica", elaborou algumas considerações ilustrativas da dicotomia referida:

"Haveria sem dúvida matéria para uma crítica marxista à Medicina: e não como fazem os militantes reclamando o direito à saúde para todos, pois a sociedade capitalista sempre esteve pronta a conceder este direito desde que compreendeu que tinha interesse em manter a força de trabalho em bom estado como se mantém uma máquina". (13).

Entendo tratar-se de uma constatação simplificadora e que, na prática, pode conduzir os que a adotam à impotência política ou à mitificação das terapias alternativas. Não é historicamente constatável a afirmação de que "a sociedade capitalista sempre esteve pronta a conceder o direito à saúde". Por mais abstrata que seja a noção de "direito à saúde", não há como deixar de reconhecer que a defesa da vida humana, ou até mesmo do bem estar, não têm sido utilizados como principais critérios para a definição dos modos de produção e de distribuição de riquezas. Uma sociedade organizada nestas bases ainda se constitui em utopia perseguida por socialistas, ecologistas e humanistas dos mais variados maté-

ZES.

O efetivo acesso de amplos contingentes populacionais aos serviços de saúde é sempre o resultado de conquistas arrancadas depois de anos e anos de pressão social, como aconteceu na Inglaterra, Itália e mesmo, em certa medida, no Brasil. Pode também ser produto de iniciativas diretas do Estado, quando determinantes econômicos assim o impõem. Mas, mesmo nestas situações, não costuma haver um reconhecimento "espontâneo" e automático do direito à saúde. Senão, como explicar a ênfase curativa, medicalizante, da maioria dos sistemas de saúde? Por que, por exemplo, métodos de terapia analítica não se universalizaram, mesmo nos países ricos? Por que não foram estabelecidos vínculos com repercussões práticas imediatas entre saúde e trabalho, saúde e meio ambiente e, conseqüentemente, adotadas políticas competentes para assegurar saúde?

O que o autor não compreende, bem como grande parcela dos pensadores de esquerda, é o caráter anticapitalista que assume a defesa do direito universal à saúde, sempre que

sua abrangência passa a ser definida pelos interesses da maioria e não pela dinâmica da acumulação de capital.

Não é percebido, também, que a vitória de uma concepção ampliada sobre o direito à saúde seria um poderoso instrumento de crítica radical aos padrões liberais ou monopolistas de atenção médico-sanitária, evidenciando a necessidade de sua reestruturação. Certamente, que os caminhos desta reforma passariam pela mudança "da submissão do doente ao poder do médico" (14), mas que não poderia se resumir só em um aumento do poder do "consumidor". Mais do que isso, é necessário alterar a predominância dos mecanismos de mercado na determinação do dia-a-dia dos sistemas de saúde.

Ao longo dos tempos, o pensamento marxista, inclusive quando analisando a história do fazer saúde, tem trabalhado o conceito de "libertação dos homens" a partir de uma dupla perspectiva, como resultado da

"...profunda unidade entre a construção do conhecimento e da prática social destes mesmos homens." (15)

O processo de libertação teria, portanto, duas grandes dimensões:

- uma resultante do desenvolvimento das forças produtivas e dos saberes, inclusive daqueles que capacitassem a humanidade a organizar o processo produtivo segundo padrões mais equânimes e racionais;
- e uma outra, de ordem política e ideológica, que implicaria na ampliação das noções de direito sociais, na instauração de níveis progressivos de cidadania e na participação de contingentes populacionais cada vez mais amplos nos esquemas de poder e de governo da vida em sociedade.

A esquerda, na sua prática política, tem tido grande dificuldade em realizar uma síntese destas duas dimensões: trabalhando tanto para o progresso material como para a democratização do estado e do mundo de produção. Em geral, quando no poder - em países socialistas ou governando sociedades capitalista - tende a valorizar a primeira destas pers-

pectivas. Cuidando prioritariamente, no campo da saúde, da extensão universal de serviços assistenciais, fato que, durante os últimos anos, transformou os modelos socializados em referência para organismos internacionais, como a OPAS e a Organização Mundial de Saúde.

Neste aspecto, é inegável a influência do modo de organização da assistência à saúde na URSS nas reformas posteriormente levadas a cabo na Europa Ocidental e também na construção de propostas para América Latina e África.

No entanto, hoje é possível se perceber que os socialistas descuidaram das dimensões cultural, política e ideológica, necessárias para que se completasse o processo de libertação. A racionalidade administrativa destes sistemas reformados é fundada na teoria de sistemas e em noções retiradas do pensamento gerencial mais tradicional, à la Taylor e Fayol.

Do ponto de vista tecnológico há também limitações no modelo assistencial predominante nos sistemas socializados. Uma vez que não conseguiram superar as diretrizes da a-

tência médica individual, gestadas na Europa do século XIX, onde a clínica se desenvolveu dentro de um modo liberal de operar a assistência e de produzir normas e saberes.

Inegavelmente, houve, nestes países, um maior desenvolvimento das ações preventivas, de uma preocupação com a dimensão coletiva dos problemas de saúde, sem que contudo chegasse a ocorrer reformas que alterassem significativamente os modos de gestão e de produção dos serviços de saúde. (16)

No Brasil, o movimento sanitário de orientação progressista viu-se também preso a este tipo de dilema. Ora priorizando ações políticas junto ao Estado, objetivando principalmente a extensão de serviços; ora adotando uma postura extremamente crítica que chegava a atribuir à assistência individual um papel exclusivo de controle social. E, portanto, identificando-a como um mecanismo de dominação, anti-libertário. (17)

Esta segunda postura, desconhece o caráter progressista e iluminista do desenvolvimento do capitalismo, sempre quando ele consegue ampliar a produção e distribuição de bens

e serviços. Em consequência, com base neste paradigma teórico, construiu-se um projeto de praxis que superdimensionava o papel da crítica ideológica: ignorando que, no Brasil, além da crítica impunha-se a construção de um movimento que acumulasse forças e rompesse com o passado neoliberal, o que pressupunha a inclusão de bandeiras que defendessem o progresso material e a gradual melhoria das condições de vida para o povo.

A construção de uma nova consciência sanitária e política, nestas circunstâncias, dependeria de um movimento que combinasse as duas dimensões do processo de libertação anteriormente descrito. Ou seja, as características específicas da história brasileira colocam para os socialistas a necessidade de se construir uma nova hegemonia a partir da superação dos limites dos projetos e da prática desta mesma esquerda neste século.

No caso da saúde, há o desafio de tornar real o Sistema Único de Saúde com abrangência universal e de, ao mesmo tempo, já implantá-lo com novos modelos de gestão e de orga-

nização de serviços. Este é o objeto e a pretensão desta Tese. Imaginar como fazer a reforma sanitária, já pensando alguns caminhos para a reforma da reforma.

Tentarei não proceder como os escoláticos, que imaginavam possível na vida sempre separar o joio do trigo. Mesmo porque este dualismo não tem resolvido os dilemas e variáveis do projeto nacional de reforma sanitária, como quando simplesmente dividimos o saber médico-sanitário em dois campos - burguês ou popular, voltado para ações individuais ou coletivas, e para o controle social ou para a libertação. Ao contrário, tal esquematismo tem dificultado o reconhecimento e incorporação das dimensões universais de libertação que o próprio saber e prática médico-sanitária potencialmente contém. Assim, tentarei fugir da tentação do maniqueísmo, sem abandonar a pretensão de realizar um movimento de negação-superação da forma neoliberal de pensar e fazer saúde.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS DO CAPITULO I

1- República Federativa do Brasil - CONSTITUIÇÃO, 05 de outubro de 1988, artigo 198.

2- OFFE, CLAUS - "Problemas Estruturais do Estado Capitalista". Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro, 1984; pags. 236 a 260.

3- MARRAMAO, GIACOMO - "Política e Complexidade: O Estado Tardo-capitalista como Categoria e como Problema Teórico". In: HISTÓRIA DO MARXISMO, org. Hobsbawn, Eric J. , Vol.XII. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1989; pag. 135.

4- MARRAMAO, GIACOMO - op. cit. no item 3, pags. 135 e 136.

5- LECHNER, NORBERT - "A Modernidade e a Modernização são Compatíveis? O Desafio da Democracia na América Latina". In: LUA NOVA - REVISTA DE CULTURA E POLÍTICA, n. 21, outubro de 1990, pags. 73 a 86.

- WEFFORT, FRANCISCO C. - "A América Errada". In: LUA NOVA - REVISTA DE CULTURA E POLÍTICA - n. 21, outubro de 1990, pags. 5 a 40.

6- KING, DESMOND S. - "O Estado e as Estruturas Sociais de Bem-Estar em Democracias Industriais Avancadas". In: NOVOS ESTUDOS, n. 22, CEBRAP, outubro de 1988, pags 53 a 76.

7- TESTA, MARIO - "Planejamento em Saúde: As Determinações Sociais". IN: AS CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA, org. Nunes, Everardo Duarte. Brasília, OPAS, 1985; pag. 339.

8- TESTA, MARIO - op. cit. no item 7, pags. 336 e 339.

9- MARRAMAO, GIACOMO - op. cit. no item 3, pag. 139

10- OFFE, CLAUS - op. cit. no item 2, pag. 240.

11- REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - CONSTITUIÇÃO, 05 de outubro de 1988, art. 196

1 2- OLIVEIRA, JAIME A.A. E TEIXEIRA, SONIA M.F. - "(Im)Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil". Petrópolis, Ed. Vozes e ABRASCO, 1985.

- BERLINGUER, GIOVANNI - "Reforma Sanitária: Itália e Brasil". São Paulo, Ed. HUCITEC e CEBES, 1988.

- MCKEOWN, THOMAS - "The Role of Medicine". Oxford/England, Basil Blackwell Publisher, 1979.

13- CLAVREUL, JEAN - "A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico". São Paulo, Ed. Brasiliense, 1983; pag. 32.

14- CLAVREUL, JEAN - co. cit. no item 13 , pag.33.

15- Breilh, Jaime - "El Contexto Historico en el Desarrollo del Metodo Epidemiologico". Campinas/SP, UNICAMP, mimeo de palestra em 16 de fevereiro de 1991.

16- A este respeito, ver as seguintes publicações:

- LISSITSSINE, I.V. e BATIGUINE, K. - "A Protecção da Saúde e a Previdência Social na URSS". Moscovo/URSS, Ed. Progreso, 1980.

- BOGATVREV, I.D. e ROSTMAN, M.P. - "La Planificacion Sanitaria en la URSS". In: METODOS DE PLANIFICACION SANITARIA NACIONAL, Ginebra, OMS. Cuadernos de Salud Publica, n.46, 1973; pags. 33 a 49.

- McLAHLAN, G. - "The Planing of Health Services: Studies in Eight European Countries". Ginebra, WHO, 1980; pags. 4, 5, 6, 7, 9 e 10.

17- ESCOREL, SARA - "Reviravolta na Saúde: Origem e Articula-

ção do Movimento Sanitário". Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ,
tese de mestrado, 1988;

- FELIPE, J. SARAIVA - "Uma Avaliação da Produção Teóri-
co-científica da Medicina Social no Brasil". In: SAÚDE EM
DEBATE, n.27, dezembro de 1989; pags. 59 a 66.

CAPÍTULO II:

SOBRE A FORMA NEOLIBERAL DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

a- ALGUNS ELEMENTOS SOBRE A CONSTITUIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DA FORMA NEOLIBERAL DE PRODUIR SERVIÇOS:

Aparentemente há, no Brasil, uma superposição de pelo menos duas formas de produção dos serviços de saúde.

Apesar desta evidência, buscarei demonstrar que existe uma forma dominante de produção e que ela articula várias e distintas modalidades assistenciais, tendo em vista imperativos políticos, econômicos, técnicos e ideológicos, sempre a procura de certa dose de legitimidade indispensável a cada contexto histórico-estrutural específico.

Estudos de extração funcionalista ou econométricos têm, inclusive, classificado e analisado separadamente as di-

ferentes modalidades assistenciais existentes, tomando-as como se não fizessem parte de um todo articulado e interdependente. Utilizam diversos critérios para identificá-las e recortá-las da realidade. Às vezes, agrupam-nas segundo o modelo tecnológico utilizado na atenção à saúde, dividindo-as em unidades que fazem Saúde Pública, atenção primária ou atendimento médico-hospitalar, etc.

Outros, utilizam como critério discriminatório o tipo de propriedade de cada pedaço do sistema: setor privado, filantrópico, previdenciário, estatal, etc.

Há ainda as classificações conforme o grau de incorporação tecnológica de cada segmento do modelo, surgindo daí a noção de níveis assistenciais: atenção básica, nível secundário, terciário e outros.(1)

De princípio, não haveria porque recusar a utilidade destas metodologias, desde que deixassem bem estabelecidos os limites explicativos dos diversos estilos de abordagens. Cabendo mesmo acrescentar que é inegável a sua contribuição ao acúmulo quantitativo de conhecimentos sobre os sistemas de

saúde; mas que, quando absolutizadas, têm induzido a perda da visão de totalidade.

Ou seja, a não identificação do modo hegemônico de produção pode obscurecer o reconhecimento das tendências históricas e das potencialidades de cada modalidade assistencial, ocultando o grau de determinação que cada parte teria sobre o modelo global e vice-versa. Dificulta, também, as análises sobre os mecanismos de reprodução da forma dominante de atenção, impedindo o desvelamento teórico das principais contradições, a partir das quais poder-se-ia construir projetos de mudança social.

Eugênio Villaca escreveu que existiriam "duas formas de organização dos sistemas nacionais de saúde", as quais teriam o caráter de posições polares e, em certa medida, excludentes:

"...la organización de acuerdo con las necesidades del mercado, y la organización de acuerdo con las necesidades de salud de la población...

Dichas formas de organización, con pocas excepcio-

nes, no se encuentran en estado puro, pudiendo haber cierta combinación entre los criterios organizativos...

Lo que parece ser fundamental, es lograr conocer cuales son los criterios organizativos que tienden a la hegemonia en la conformación de los sistemas de salud."(2)

Nesta citação utiliza-se o conceito de "formas de organização" num sentido que seria equivalente à noção de modalidade assistencial. No presente trabalho será adotada a idéia de que a combinação de várias modalidades - sempre articuladas segundo uma lógica específica e dominante - constituiriam uma certa forma de produção de serviços. Na literatura do setor saúde os termos "modo de produção de serviços", "conformação do sistema de saúde" e ainda "modelo assistencial", são empregados como sinônimos do que aqui estou definindo como forma de produção. .

Assim, as noções de forma e de modo de produção de serviços, modelo assistencial e conformação dos sistemas, serão utilizadas de maneira equivalente. Por sua vez,

"modalidades assistenciais" ou "modelos tecnológicos", se prestarão para designar as várias partes constitutivas de um dado modo de produção, sempre combinadas segundo um sentido determinado pela totalidade do modelo. Combinações que, por sua vez, tenderiam a alterar as características arquetípicas (tipos ideais) de cada modalidade ou modelo tecnológico: clínico ou epidemiológico, estatal ou privado, produção de serviços segundo a lógica do trabalho liberal ou assalariado, da pequena produção ou de empresas, etc.

A este propósito, Juan Cesar Garcia elaborou algumas considerações criticando a utilização, em análises de serviços de saúde, do conceito de modo de produção:

" O conceito de modos de produção de serviços de saúde refere-se a um objeto abstrato, em que a maneira como se presta a atenção médica é homogênea." (3)

Segundo o que acima convecionei, entendo que não haveria necessariamente uma decorrência direta entre a existência de um dado modo de produção e uma suposta homogeneidade

das maneiras de organizar a atenção médico-sanitária. Isso só ocorreria se o conceito estivesse definindo tipos-ideais de modelos, desenhados a partir de noções abstratas, conforme, em realidade, supõe o autor citado.

Ao contrário, aqui será trabalhada a hipótese de que seria possível a identificação concreta de diferentes modos ou formas de produção, conforme o país e o período histórico estudado, um pouco em analogia com o conceito marxista de formação econômico-social. Portanto, forma ou modo de produção de serviços de saúde seria uma composição concreta de recursos (financeiros, materiais e força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção, articulados de forma a constituir uma dada estrutura produtiva e um certo discurso, projetos e políticas, que assegurassem a sua reprodução social.

Esta discussão, aparentemente de importância apenas epistemológica, é, no entanto, decisiva tanto para orientar a análise dos modernos sistemas de saúde, como para definir estratégias e táticas para a reforma sanitária.

Vários analistas dos sistemas de saúde têm constata-

do a presença de heterogeneidade nas formas de se prestar atenção, percebendo como que uma superposição de modalidades assistenciais. No fundo, imaginam a estrutura de serviços sanitários como sendo um mosaico.

Aqueles vinculados à perspectiva funcionalista (adeptos da teoria de sistemas) contentam-se em classificar os vários tipos de atenção, subestimando a relevância de suas relações e não apontando as hierarquias de determinação porventura existentes.(4)

Teóricos marxistas também confirmam a ausência de homogeneidade nas formas de se produzir atenção, porém têm criticado a idéia do mosaico supostamente passível de ser "integrado" por meio de técnicas administrativas. No entanto, tendem a subestimar a importância que as várias modalidades acabam tendo na conformação final do modo dominante de se organizar a atenção, uma vez que atribuem um papel "residual" a todas as modalidades assistenciais que não aquela idealmente considerada como sendo característica das formações capitalistas avançadas.

Juan Cesar Garcia, ao estudar o tema conseguiu sistematizar a tradição teórica da esquerda sanitária, para ele:

" Em uma sociedade determinada historicamente, a produção de serviços de saúde não se efetua de uma forma homogênea. Em uma mesma sociedade, podem encontrar-se, coexistindo, diversas formas de produção." (5)

Até aí, vai nosso acordo. O desentendimento estaria na afirmação do autor de que só existiriam dois modelos - concebidos idealmente - e dois únicos modos de produção possíveis, havendo, portanto, que se enquadrar cada sistema em uma destas alternativas. Assim, para ele:

" Podem ser distinguidos dois modos de produção de serviços de saúde...: o modo artesanal, ... e o modo burocrático." (6)

Em minha opinião, as características dos tipos "artesanal" e "burocrático" não são suficientes para compor um modo de produção, já que se referem exclusivamente a al-

guns aspectos dos diferentes processos de trabalho. Tratar-se-ia, portanto, de critérios discriminatórios restritos, já que sua utilização não permitiria distinguir os vários tipos de propriedade dos meios de trabalho, nem tampouco as diversas modalidades de relação entre usuários e serviços, ou ainda as inúmeras possibilidades de recortes do objeto de trabalho de cada modelo.

Para o autor, o "modo artesanal" representaria o passado, a tradição liberal da prática clínica. Enquanto que o segundo, abrangeria todos os serviços médico-sanitários modernos, onde "...os agentes perdem o controle do processo global", quer tal fenômeno acontecesse em um Sistema Público, ou em unidades privadas em uma situação de predomínio das normas de mercado. Progressivamente, os "agentes" iriam perdendo tanto a propriedade de seus meios de trabalho como o "direito de dispor e de usar estes meios".(7)

Segundo este esquema, tanto os sistemas socializados como aqueles de mercado estariam classificados dentro do mesmo modo de produção: o burocrático. O que evidenciaria a

artificialidade e rigidez desta concepção e, ao mesmo tempo, sua inadequação como instrumento analítico.

Uma evidência das limitações das noções acima expostas é análise do autor sobre o caso brasileiro:

" Em um estudo realizado por Donnangelo (1972) podemos observar este fenômeno com clareza, pois ao analisar uma região do Brasil a investigadora encontra que, no nível ideológico, domina uma concepção liberal da medicina, ao passo que no nível do trabalho, predomina uma forma burocrática de exercício profissional." (8)

Infelizmente, julgo que o modo brasileiro de produzir atenção médica não é explicado por uma dicotomia tão simples. Supondo correta a análise, teríamos já instalado na infra-estrutura o modo burocrático de organização e na super-estrutura o predomínio da ideologia liberal.

A partir destes pressupostos, a estratégia da reforma do sistema poderia assentar-se, centralmente, em projetos que buscassem compatibilizar a consciência dos "agentes" à

estrutura real. Processo que poderia ser considerado inevitável - em um período mais ou menos longo -, uma vez que as determinações estruturais estariam jogando a favor da formação de uma nova ideologia, em geral, mais próxima daquela dos assalariados.

Deste estilo de raciocínio conclui-se que a persistência de projetos liberais entre os profissionais seria resultado de "construções ideativas", assentadas em resíduos históricos de práticas artesanais que conseguiram persistir ao lado da medicina estatizada ou empresarial.(9)

Este trabalho buscará demonstrar uma tese diferente. Entendo que há no Brasil uma clara hegemonia do que poderíamos denominar de forma de produção neoliberal. Composto uma estrutura de serviços que utiliza várias modalidades assistenciais: a do trabalho assalariado, de pequenos produtores autônomos independentes ou em associação com outras instituições, empresas e ação estatal. O funcionamento deste todo tem conseguido assegurar a reprodução de uma forma mercantilista de prática, a qual sobrevive articulando interesses em-

presariais com os de amplas parcelas de profissionais de saúde - particularmente, os dos médicos e dentistas. É evidente que esta articulação, para alcançar viabilidade política e econômica, tem que levar em conta as diretrizes das políticas do Estado e as pressões significativas de segmentos da sociedade civil.

A viabilidade deste modelo depende, também, da intervenção e de ações complementares do Estado, que podem ser consideradas estranhas ao liberalismo tradicional. Assim, o estado teria que prover suporte econômico-financeiro até ao próprio setor privado, realizar ações de abrangência coletiva e, até mesmo, prestar atendimento individual às parcelas que não conseguem se incorporar ao mercado.

Ao contrário da suposição dicotômica de Juan Cesar e de outros investigadores, entendo que as bases sob as quais se desenvolve a ideologia e os projetos neoliberais, acham-se inscritas na própria estrutura organizacional do sistema de saúde brasileiro. E que a consolidação deste mesmo modelo, por sua vez, é o artifício que cria condições subjetivas para

a reprodução da estrutura privatizada de atenção e dos discursos que a justificam.

É certo, também, que a antiquíssima tradição liberal, conservada nas Escolas e Instituições da medicina, facilita em muito o trabalho daqueles intelectuais, criadores e divulgadores desta alternativa. (10)

É importante assinalar, contudo, que apesar da evidente capacidade de sobrevivência do modelo neoliberal, ele não tem conseguido atender igualmente a todos os interesses de classe, grupos e partidos políticos existentes na sociedade brasileira. Há uma crise sem precedentes no campo da saúde, em parte por decorrência de determinações mais gerais de ordem econômica e política; mas, também, em grande medida devido as limitações da própria alternativa hegemônica.

Desta forma, o modo concreto como se dá a produção de serviços de saúde no Brasil acabou criando uma série de contradições, que a própria dinâmica de modelo dificulta superar. A partir destas contradições e de seus desdobramentos práticos vêm também se desenvolvendo projetos e ações com

um sentido contra-hegemônico. O que permitiu o surgimento de espaços para a construção de políticas reformistas ou socializantes, em oposição ao modelo neoliberal e que, mesmo quando aplicadas de forma parcial, alteraram aspectos importantes do modo dominante.

É este contexto que explica a aprovação de leis que privilegiam a instituição do Sistema Único de Saúde, embora também reconhecendo a existência da medicina de mercado. Foi também com base neste conflitos que veio se constituindo, nos últimos vinte anos, um movimento pluriclassista em defesa de uma ampla reforma sanitária. E foi, ainda dentro deste espaço, onde foram levadas a cabo inúmeras experiências alternativas à lógica liberal, quer a nível local ou quer em outras instâncias do setor saúde, todas tentando substituir a predominância do interesse privado pelo público.

Ou seja, há também, no país, um projeto de saúde antagonístico ao neoliberal, o qual busca subordiná-lo ao SUS, quer ao nível concreto da produção de serviços, quer do ponto de vista cultural, criando-se, com isso, condições para a

instituição de um novo modelo assistencial.

Analisando apenas os discursos político-ideológicos, poderíamos considerar que há ainda um terceiro projeto para a atenção à saúde no Brasil. Trata-se de uma alternativa que tem origem nos quadros técnicos do aparelho de estado, os quais são, ao mesmo tempo, a sua principal base de sustentação. Essa corrente utiliza-se da mesma terminologia e dos mesmos conceitos que embasam a proposta do SUS: mas permanece, na prática, caudatária do neoliberalismo, por não apresentar com radicalidade propostas de mudança que empolguem forças sociais suficientes para a constituição de um Bloco Histórico capaz de afrontar as bases sociais e poder estatal do modelo dominante.

Este terceiro discurso constituiu-se a partir das noções de "brechas" ou de "fissuras" realmente existentes no arcabouço institucional, produzidas pela ineficácia social, técnica e administrativa do modelo neoliberal. Estes atores privilegiam, como instrumento de prática, a atuação racionalizadora a partir de postos de mando dentro do estado, pro-

pondo-se a corrigir as disfunções do sistema, principalmente por meio de atuações técnicas e administrativas. Apesar dos limites "transformistas" deste projeto, seus defensores trouxeram importantes contribuições à análise e à prática institucional e se constituíram nos principais formuladores das normas legais, em larga medida incorporadas na Constituinte de 1988 e nas regulamentações posteriores.(11)

Em síntese, tenderíamos a trabalhar com a hipótese de que no Brasil há um modo hegemônico de produzir serviços médico-sanitários: o neoliberal. Mas que, em virtude de suas próprias insuficiências, teríamos pelo menos três projetos políticos distintos, todos com fundamentação concreta e inscritos nas potencialidades da estrutura do setor e em características básicas da formação econômico-social brasileira.

Haveria, então, o projeto neoliberal, hegemônico ao nível das relações estruturais concretas, mas com um certo grau de dissonância com a legislação sanitária. O projeto do SUS, com fundamentação legal, mas ainda uma promessa en-

quanto praxis social e um terceiro, o projeto "racionalizador", que , como Hamlet, continua preso a cruel dúvida do "ser ou não ser".

Roberto P. Nogueira tem estudado as transformações históricas da prática médica nas formações sociais capitalistas, segundo uma perspectiva que aqui interessaria discutir. Sobre o modelo liberal, ele fez as seguintes observações:

" La medicina liberal, por su parte, no es nada mas que la forma historica surgida en el período de consolidación del capitalismo competitivo que, en una delimitación aproximada, es característico del siglo XIX en los países europeos y en los Estados Unidos y de las primeras décadas del siglo XX en alguns países de América Latina.

La medicina liberal subsiste hoy, transformada, readaptada y disfrazada, y su tenacidad ideológica, así como la importancia que tiene como forma complementaria de ocupación en el mercado de trabajo, exigen un analisis profundo de sus determinaciones historico-sociales." (12)

Em relação a questão que nos interessa, teria que ser investigado como a atenção médico-sanitária tradicional foi se transformando até constituir-se em um novo modelo assistencial: o modo neoliberal, característico do Brasil contemporâneo. Este mesmo pesquisador aponta alguns caminhos que parecem elucidativos:

" Posteriormente, al surgir el complejo medico-industrial, la medicina liberal se convierte en una disciplina económicamente subordinada, se va amoldando a las nuevas circunstancias y se ve reducida a apenas un componente de nueva forma de organización social, en la fase del capitalismo monopolista." (13)

A esta "nova forma de organização social" da atenção, ele denomina de "medicina neoliberal.

Apesar de concordar com o essencial destas citações, penso que esse investigador também opera com um conceito de modo liberal muito rígido. O que o impede de considerar as formas "atípicas" de prática liberal, conforme muito bem as

caracterizou Cecília Donnangelo(14). No meu entender, estes padrões atípicos representariam uma adaptação do modelo liberal clássico ao novo contexto social dos países industrializados ou em processo de desenvolvimento capitalista. Quando, tanto o surgimento de novidades tecnológicas, como a extensão da assistência à maioria da população, passaram a exigir grandes somas de capital fixo ou a intervenção do Estado.

Para Roberto Noqueira estas formas atípicas representariam apenas...

"...modalidades de prática en transición hacia el trabajo asalariado. Forman una especie de estrategia de subsistencia en el mercado."(15)

Em alguns trabalhos anteriores(16), imagino ter conseguido demonstrar que a persistência e a capacidade de reprodução destas formas de trabalho, foram asseguradas após sua adaptação à dinâmica do capitalismo e às peculiaridades do Estado brasileiro, sem que houvesse alterações substanti-

vas da sua natureza básica. A concepção que as toma apenas como um estágio de transição ao assalariamento ou só um mecanismo corporativo de defesa de interesses dos médicos, subestima o seu papel nuclear na constituição do modo capitalista moderno de produzir serviços. Não dando conta, inclusive, de explicar sua influência na formação de uma consciência sanitária conservadora, não só entre médicos, mas também entre setores empresariais, forças políticas e parcelas importante da opinião pública.

b- A FORMA NEOLIBERAL DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NO BRASIL:

Seria conveniente passarmos ao exame da questão sanitária nacional, usando-a como aferidor da iusteza de cada um dos conceitos acima emitidos.

No Brasil, a maior parte da produção de serviços voltados para o atendimento individual é realizada por unidades de saúde organizadas segundo a lógica das formas "atípicas" de prática liberal. Esta predominância é verificável não só do ponto de vista quantitativo - número de procedimentos realizados -, mas também sob o aspecto das formas de financiamento das várias modalidades, fatos que explicariam o predomínio político-ideológico do neoliberalismo.

Somando o número de ações médico-hospitalares - consultas médicas, cirurgias, internações e exames complementares - realizados pelos serviços que se regem pela lógica de mercado, e se o compararmos aos produzidos na área pública, perceberemos a importância dos primeiros.

Estima-se que a parcela tipicamente de mercado - sem relação direta com o Estado - atenderia a, no mínimo, 30 milhões de brasileiros. (17)

Os serviços particulares contratados pelo estado, privados e filantrópicos, realizam 44,5% do atendimento ambulatorial e 81,4% do hospitalar. (18)

Na atenção individual e curativa há um nítido predomínio do hospital sobre as demais alternativas de assistência. Dominância que fica ainda mais evidente quando se compara o conjunto de custos com as várias modalidades de atendimento. Em 1990, 41,3% dos custos do INAMPS destinaram-se ao pagamento de serviços hospitalares produzidos pelo setor privado. Com os hospitais universitários o INAMPS tem gasto, em média, de 4 a 5% do seu orçamento. Estima-se que mesmo os municípios e estados têm dispendido de 30 a 40% dos recursos disponíveis para a saúde com a atenção hospitalar. (19)

Todos estes dados evidenciam a centralidade do Hospital no sistema de saúde brasileiro. Valendo, portanto, um exame mais cuidadoso de suas articulações com o restante do

modelo, bem de como estão aí organizados os processos de trabalho, a captação de clientela, as relações dos serviços com os pacientes e as formas de financiamento.

A principal evidência concreta de que o Sistema Único, no Brasil, ainda é tão somente uma norma legal e um projeto em esboço, nos é fornecida pela maneira como operam estes mesmos hospitais.

Não há ainda, a não ser como exceção, qualquer relação de referência, formal e normalizada, entre os vários níveis assistenciais e a rede hospitalar contratada (a qual detém 80% da capacidade instalada, é bom nunca descuidarmos deste dado), e tampouco com a pública.

A captação de clientela por parte dos serviços hospitalares continua se dando em moldes tipicamente liberais, exceto quanto a algumas alterações dos mecanismos de financiamento da atenção que discutirei em seguida. Cada hospital, mesmo se integrado ao SUS, desfruta da mais completa autonomia quando da seleção de sua clientela. Não se alterando tal situação mesmo depois da publicação de uma série

infindável de documentos oficiais instituindo reoras para a referência e contrarreferência.

Nos hospitais contratados os doentes são selecionados pelos médicos componentes do corpo clínico, através de uma das portas de entrada dos próprios hospitais. Via de regra, uma seção de Pronto-socorro ou de Pronto-atendimento, e raramente através de Ambulatórios, que praticamente desapareceram do esquema organizativo destas instituições. Outra via, seguida pelos pacientes, é a que vai dos consultórios particulares aos serviços de maior complexidade.

Avalia-se que em torno de dois terços dos médicos em exercício profissional, ainda dividem o seu tempo de trabalho entre postos típicos de emprego assalariado com atividades também típicas da pequena produção: consultórios, cooperativas, membros autônomos de corpo clínicos, etc.(20). Fato que indica a importância das vias de encaminhamento acima citadas.

É também comum o desvio de pacientes de serviços públicos para a área privada, estratégia possível devido à du-

pla militância de parte dos profissionais e à ausência de mecanismos de controle e de avaliação de eficácia no setor público. A extensão com que ocorre este tipo de procedimento é uma indicação indireta da postura profissional dos médicos funcionários públicos, que julgam legítima a utilização das unidades estatais de saúde como "centros de triagem", descurando de transformá-las em serviços com vocação para resolver problemas de saúde. A generalização deste tipo de procedimento e a conivência das autoridades com sua prática, são, inclusive, alguns dos principais determinantes da crise de eficácia e uma das formas graves de utilização privada da coisa pública.

No entanto, houve uma importante modificação da relação dos serviços privados com a maior parte de sua clientela. Ao contrário do esquema liberal clássico, agora o "livre" acordo sobre os honorários é praticamente uma atividade residual.

A sobrevivência do modelo neoliberal exigiu o desenvolvimento de diversas fontes de custeio. Poucos serviços

privados sobrevivem exclusivamente através do desembolso financeiro direto dos pacientes, mesmo porque uma parcela muito pequena da população teria renda suficiente para custear sua própria atenção sem nenhuma intermediação financeira. (21)

A maioria das unidades mantém convênios de várias espécies: com seguradoras privadas, ou cooperativas de profissionais e principalmente com o Estado. Dados recentes indicam que 58% dos estabelecimentos privados ainda mantém contratos com o poder público, através do SUS. (22)

De qualquer forma, pode-se concluir que a composição das fontes de financiamento dos hospitais é extremamente variada. A maioria dos serviços particulares e filantrópicos ainda tem nos pacientes custeados pelo SUS sua principal clientela. Outros, conseguiram equilibrar suas fontes de receita, dependendo cada vez menos do poder público e das variações dos valores reais dos procedimentos estipulados por normas do INAMPS, hoje uma seção do SUS. Poucos serviços, contudo, trabalham exclusivamente com uma demanda não vinculada à Previdência.

Recentemente, nota-se uma tendência à ampliação do número de hospitais que conseguem sobreviver segundo os dois esquemas acima descritos, ambos assegurando uma menor dependência dos hospitais ao estado. Na região sul e sudeste, inclusive, há um movimento de rompimento ou de redução da oferta de serviços ao SUS. Em 1980, 64,6% dos estabelecimentos lucrativos mantinham contrato com o poder público, três anos depois esta porcentagem caiu para 52,8%. Em 1987, na macro-região de Campinas a rede privada oferecia 12.000 internações/mes aos segurados, em 1990 a oferta caiu para 3.500; é importante assinalar que esta quebra no perfil da oferta não se acompanhou de uma concomitante expansão de vagas em hospitais públicos. (23)

Mesmo existindo toda esta multiplicidade de meios para o custeio da atenção, há uma certa similitude nos critérios utilizados pelos serviços privados para o acolhimento e seleção de casos a serem trabalhados. Há uma evidente discriminação de ordem econômica, que frequentemente se sobrepõe a critérios técnicos e profissionais, como a gravidade da en-

fermidade, ou o risco e o sofrimento do doente, ou ainda a adequação do caso à complexidade tecnológica do serviço.

Assim, entre os dependentes do SUS há uma seleção conforme o valor oficialmente estipulado para cada procedimento; sendo sistematicamente recusados aqueles problemas cujo tratamento implicaria em déficit para o hospital ou em honorários profissionais com valores estipulados abaixo dos de mercado. Em várias localidades, adotou-se o hábito da cobrança de complementação ao próprio usuário, de maneira a distribuir os custos entre o paciente e o estado, embora tal prática fira a prescrição constitucional que prevê atendimento gratuito e universal.

Aqueles consumidores protegidos por alguma modalidade de seguro privado - individual, ou de medicina de grupo ou de empresa - estão também submetidos a uma relação semelhante, uma vez que cada contrato estipula apenas alguns níveis de atendimento, conforme o valor das mensalidades pagas por variadas fontes. Qualquer atenção adicional, mesmo que imperativa do ponto de vista técnico, dependeria de remuneração

direta do cliente.

A presença de todos estes intermediários acaba alterando o padrão tradicional de relação médico-paciente, bem como interfere com o grau de autonomia técnico-gerencial dos profissionais. Estas restrições são impostas pelos condicionantes econômicos de cada convênio, já que os valores dos pagamentos imporiam uma determinada faixa de procedimentos considerada financeiramente viável.

No entanto, é importante constatar que os termos do contrato, entre o SUS e os serviços privados, podem ser considerados bastante liberais. Apenas regulamentam os mecanismos de compra de serviços, estipulando lista de procedimentos previstos e seus valores. Não há definição de medidas concretas para a defesa do direito dos pacientes, exceto no que se refere à gratuidade e ao acesso universal. Não há interferência na definição de padrões qualitativos mínimos; não sendo previstas, portanto, normas técnicas referentes a condutas, composição tecnológica e de recursos humanos. (24)

Desta forma, mesmo os hospitais com uma grande de-

pendência do SUS desfrutam de razoável grau de autonomia para organizarem seu próprio processo de trabalho e modelo assistencial. O Ministério da Saúde, procurando compensar esta ausência de controle, instituiu algumas normas que atribuem diferente remuneração para os serviços que apresentarem algumas características, consideradas mais dispendiosas ou mais adequadas ao paciente. Receberiam uma pontuação diferenciada daqueles que, por exemplo, possuem Unidade de Terapia Intensiva ou alojamento conjunto para recém-nascidos, entre outros aspectos.

A partir de 1987, com a decretação do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS), têm sido criadas, em vários estados e municípios, as denominadas Unidades de Avaliação e Controle (UACs), supostamente encarregadas de supervisionar os serviços contratados e de acompanhar a eficácia das ações praticadas, defendendo os interesses do contratante (o Estado) e dos pacientes.

Contudo, estas seções - quando chegaram a ser instaladas - não conseguiram cumprir o papel que lhes foi inicial-

mente atribuído, limitando-se a realizar auditorias contábeis, tentando reduzir as possibilidades de fraudes (cobrança indevida de procedimentos não realizados, registro de diagnósticos não realizadas, etc.).(25)

A lei que instituiu o SUS prevê que a demanda por serviços deveria ser organizada segundo as diretrizes da Regionalização territorial e da Hierarquização do acesso conforme diferentes complexidades tecnológicas. Os hospitais contratados ou conveniados, contudo, não obedecem, em sua relação com a clientela, a estas orientações.

Não há regionalização porque cada serviço privado pode, em princípio, captar clientes em qualquer cidade ou região do país.

Não há hierarquização porque os hospitais costumam oferecer atenção básica, especializada e de urgência - em geral, segundo a modalidade do Pronto-atendimento, atendimento sumário e sem seguimento garantido, com consultas médicas centradas na queixa e na prescrição de condutas imediatistas. A oferta de uma ou outra modalidade de atenção depende cen-

tralmente de uma relação custo-rendimento financeiro favorável ao corpo clínico e à empresa.

A sua autonomia em definir as modalidades assistenciais ofertadas e sua quase que total liberdade em selecionar a demanda, tornam a hierarquização letra-morta. Havendo, portanto, uma marcada incompatibilidade entre esta forma de produzir serviços e a instalação de mecanismos de referência e contra-referência.

A definição de uma área de cobertura específica para cada unidade contratada - ainda que apenas para os dependentes do SUS - significaria uma intervenção do estado na relação dos hospitais com a demanda. Embora, tal proposta seja não só tecnicamente viável, como até mesmo recomendável sob a ótica do Planejamento, ela não foi ainda implantada, certamente por seu grau de antagonismo com a dinâmica do mercado, mais de acordo com os interesses imediatos de médicos e empresas de saúde.

É interessante observar que este nível de autonomia dos hospitais privados não tem se modificado mesmo quando o

poder público - Secretarias de Saúde de estados ou de municípios - assume a gerência destas instituições, por meio de convênios especiais ou até mesmo de intervenção judicial (26).

E, tal não tem acontecido, porque os diretores no comando destas unidades não lograram modificar os esquemas de poder e a organização do processo de trabalho, articulados de forma a reproduzir a lógica neoliberal e, assim, impedir a integração destes serviços à rede pública.

Tendo em vista estes fatos, desvendar a relação dos hospitais com as instâncias de poder do estado, mas também os modos como se organizam o processo de trabalho e a atenção ao doente, constituem passos decisivos para a elucidação dos entraves ao desenvolvimento do SUS.

Ou seja, parece haver uma articulação muito estreita entre a predominância, no nível macro-estrutural, da política neoliberal, e o exercício interno de poder nestas instituições, quer em suas dimensões técnico-operacionais, quer administrativo-financeiras.

George Rosen, investigando o hospital moderno, destacou alguns pontos que reputo essenciais à compreensão da tese defendida neste trabalho:

" Nele [no hospital pós revolução industrial] a atenção médica é o principal objetivo e sua oferta é orientada principalmente por normas científico-tecnológicas e pelas exigências da racionalidade econômica e organizacional. Mas este tipo de hospital ainda tem características derivadas de seu passado que nem sempre são coerentes com seus objetivos e normas explícitas." (27)

Dois aspectos desta declaração dizem respeito ao tema aqui discutido, exigindo comentários mais detalhados. O primeiro, refere-se a dupla orientação que a gestão dos hospitais deveria atender: "as normas científico-tecnológicas e exigências da racionalidade econômica e organizacional". O autor, ao longo do seu texto, não estabelece nenhuma hierarquia de determinação: das duas, qual seria a lógica prevalente? Haveria possibilidade de convivência harmônica e equi-

librada entre estas duas diferentes diretrizes?

Observando a prática médico-hospitalar no Brasil, parece-me claro que a racionalidade clínica encontra-se subordinada àquela econômica. O que não impede, contudo, que haja uma busca permanente de compatibilização, dentro de certos limites, dos procedimentos técnicos à lógica administrativa. Sem o que, a médio prazo, comprometer-se-ia a eficácia das ações e, em decorrência, a legitimidade técnica da instituição.

O predomínio das normas de mercado costuma ser mais marcante quando da seleção dos procedimentos a serem ofertados, dos equipamentos e recursos humanos a serem incorporados e, ainda, no recorte, da demanda a ser atendida.

Em consequência, o sentido geral do desenvolvimento da moderna empresa hospitalar e o perfil de serviços ofertados, não obedecem somente às normas médico-sanitárias. Em outras palavras, o planejamento e a gestão destas unidades não seguem critérios de avaliação epidemiológica de riscos ou de necessidades de saúde, e nem tampouco resultam do julga-

mento da eficácia das composições tecnológicas utilizadas no processo de trabalho. Sem dúvida, como segunda instância de determinação, estes critérios tem que ser levados em conta. O que não tem impedido a acumulação de uma série de contradições, em todos os sistemas que adotam este padrão de gerência. A incapacidade deste modelo de resolver os conflitos decorrentes desta dupla racionalidade, provavelmente, seria uma das raízes da crise de eficácia e do fenômeno dos "custos crescentes" da medicina científica.

O segundo tópico da citação, ainda que de maneira um tanto vaga, coincide com a tese central deste trabalho: aquela que admite que o modo neoliberal realiza uma atualização do liberalismo médico, adaptando-o às contingências do capitalismo em sua fase avançada. Refiro-me à passagem quando Rosen constata que "características derivadas do seu passado" não seriam coerentes com os "objetivos e normas explícitas" do hospital contemporâneo.

Ainda que sob a forma de insinuação, repete-se neste trecho a tradicional análise de vários marxistas, que imagi-

nam a preservação da autonomia profissional e de traços reformulados do modo liberal, como sendo vestígios a-históricos, resquícios do passado, não funcionais à estrutura dos modernos sistemas de saúde.

Na verdade, procuro demonstrar a tese contrária, ao afirmar que a marca básica do modo de produção neoliberal estaria exatamente nesta composição de elementos e de diretrizes da prática clínica tradicional com uma série de imposições do desenvolvimento social e econômico: como o surdimento de novas técnicas de diagnóstico e terapêutica obrigando a capitalização do setor, a pressão por acesso aos serviços, viabilizada, em grande medida, pelo Estado.

Ou seja, não considero estes elementos como sendo traços residuais, resíduos históricos, tendentes ao desaparecimento espontâneo. Ao contrário, os considero essenciais e necessários à preservação do mercado e reconhecimento, inclusive, sua insuspeita capacidade de reprodução social, fenômeno esse, por sua vez, em conformidade com os interesses de empresas e profissionais de saúde.

Jorge D. Polanco, também partindo da idéia de que existiriam dois modos de produção de serviços de saúde - artesanal e burocrático -, argumenta sobre o tema de uma maneira que poderíamos considerar clássica entre os analistas de saúde:

"As demandas, impostas desta maneira sobre as organizações de saúde, marginalizam, em muitos casos, o tipo autônomo de desenvolvimento da prática e readjustam-na de acordo com a dinâmica de acumulação do capital. Neste sentido, não seria arriscado pressupor o desaparecimento progressivo das formas de prática artesanal, em muitos países da América Latina." (28)

Sem dúvida, em vários países têm havido uma adequação da prática autônoma tanto à alguns sistemas socializados (como na Inglaterra, Canadá e Suécia), como à medicina de mercado (casos dos EUA e do Brasil, entre outros); contudo, nas afirmações do autor há uma subestimação do peso e da influência da autonomia profissional na reestruturação do modo

de produzir serviços. Já que, certamente, não estaria havendo o "desaparecimento progressivo" destas práticas, e sim sua incorporação, sob novas bases, a projetos de extensão de assistência.

A explicação para este fenômeno deve ser buscada no processo específico de desenvolvimento das práticas médico-sanitárias. Analogias diretas entre a última e outras áreas da produção de bens ou serviços, não têm apresentado resultados promissores. Isto porque a burocratização das grandes empresas não tem sido equivalente ao processo de divisão do trabalho, hierarquização e controle da atenção médico-sanitária. E estas diferenças não seriam decorrentes apenas do "atraso" deste setor em relação a outros, que teriam se modernizado mais rapidamente. Há diferenças estruturais, com repercussões de ordem ideológica e política.

Fernando P. Mota, discutindo a tendência à burocratização das organizações contemporâneas, colocou a seguinte questão:

" A burocracia caracteriza-se pela separa-

ção entre os que executam e os que planeiam, organizam, dirigem e controlam." (29)

No caso da saúde, não ocorreu uma separação completa entre estas funções, graças ao papel preponderante do saber técnico e a outras especificidade do modo como se organiza o trabalho sanitário. Assim, foi conservado um razoável grau de autonomia profissional, particularmente para técnicos com formação universitária e dentre eles, com mais destaque, para os médicos. Fato que diminuiu a influência e o poder de empresários e de dirigentes governamentais na gerência das instituições de saúde.

A incorporação de novos equipamentos e de inovações tecnológicas, ao contrário do verificado em outras áreas, não têm diminuído a importância numérica e qualitativa da força de trabalho nos serviços de saúde. (30) Talvez porque, mesmo sem capacidade financeira para construir ou equipar um hospital, os profissionais de saúde continuam detendo o monopólio do saber; e até mesmo a exclusividade legal de operá-los, de

determinar quando e como irão funcionar os vários equipamentos - já que são os responsáveis pela captação da clientela e interpretação dos resultados dos exames produzidos, sem o que não se realiza o processo de trabalho.

Uma das principais formas de subordinação do trabalhador na indústria é sua crescente dependência do ritmo e da lógica das máquinas, havendo uma adaptação do homem à linha de produção. É evidente que na saúde, apesar da crescente especialização e divisão de tarefas, não há nada que possa ser comparado a uma linha de montagem. Todos estes fatos, portanto, asseguram uma maior autonomia aos profissionais, já que os trabalhadores da saúde não tem seu "...comportamento na produção regido pelo ritmo do maquinismo." (31)

O parcelamento de tarefas existente nos serviços de saúde é mais simples e incompleto do que aquele da indústria. Na moderna empresa, a divisão de trabalho especifica claramente o papel e função de cada posto, a somatória de várias

ações parceladas é que irá dar origem ao produto final.

Na medicina, a especialização também dividiu a abordagem dos pacientes ou das doenças, criando, ao invés de tarefas bem delimitadas, a noção de procedimentos. Cada procedimento, por sua vez, pode ser destacado do processo diagnóstico e terapêutico, fazendo jus à remuneração mesmo quando o tratamento, por qualquer razão, não tenha prosseguimento.

Ou seja, pode-se considerar que a prática clínica criou um novo objeto de trabalho - a realização de algum procedimento -, que só raramente coincide com a cura integral, mas que, de fato, não depende das ações que lhe deveriam suceder caso prevalecesse o critério técnico-científico de busca da saúde. Desta maneira, dilui-se o compromisso do profissional com o restabelecimento do doente e com a proteção à comunidade.

Tomemos um exemplo concreto: equipes clínicas, ou cirúrgicas, ou de apoio diagnóstico, podem realizar uma série de operações sem que necessariamente se complete a "linha" recomendada pelo saber vigente, embora haja relações e um

certo grau de dependência entre as várias fases do processo.

Mesmo a divisão de trabalho denominada de vertical - aquela existente entre trabalhadores com diferentes níveis de formação e habilidades -, pode ser considerada tosca e primitiva quando a comparamos com a dos demais setores da produção. Na saúde, ela se resume, quase que só, a uma delegação de cuidados ao paciente ou à coletividade considerados menos complexos. Sempre dentro de uma lógica distinta daquela que preside o parcelamento de tarefas na indústria, por exemplo.

Estas peculiaridades do processo de trabalho em saúde, permitiram que os médicos se integrassem ao hospital-empresa, ou às várias instâncias do sistema de saúde, conservando boa parte de seus atributos de produtores autônomos.

Assim, no Brasil, tanto nos hospitais privados, como nos filantrópicos, e, mais recentemente, até mesmo em empresas médicas, estes profissionais conservaram um grau razoável de liberdade técnica e clínica, embora existindo uma certa dose de subordinação organizacional e administrativa conforme

as circunstâncias de cada contexto.

Poderíamos dizer que há nos hospitais duas linhas de poder, duas hierarquias distintas. Uma, que tem no topo um diretor ou superintendente, que administra o hospital, em seus aspectos financeiros, materiais e controla aqueles profissionais significativamente denominados de "para-médicos". E que, na realidade, constituem a parcela da força de trabalho que é assalariada e auxilia a execução dos vários procedimentos possíveis: exames diagnósticos, cirurgias, a consulta, internação, atividades de apoio, etc.

A segunda, e que a rigor não poderia nem ser considerada uma linha de poder já que a distribuição de direitos e de responsabilidades é mais horizontal, seria constituída pelo autodenominado "corpo clínico". A relação deste todo ou de suas partes com a direção obedece, via de regra, um padrão negociado de tomada de decisão, caracterizando mais uma relação habitualmente existente entre governo, empresários - ou seus representantes - e pequenos produtores.

O Conselho Federal de Medicina, recentemente, chegou

a proclamar normas que objetivam regulamentar e legitimar este status de trabalho. Ficando estabelecido o cargo de diretor clínico, eleito por seus pares, e a quem caberia a gerência tecno-operacional dos serviços assistenciais e a representação corporativa dos profissionais junto à direção ou proprietários destas instituições.(32) Na prática, o poder de coordenação assistencial previsto não é exercido, cabendo a essa figura muito mais o papel de negociador dos interesses médicos e anexos.

Rodney M. Coe, analisando as instituições hospitalares na Inglaterra, concluiu que elas possuem uma rígida hierarquia e um sistema administrativo tradicional, por meio do qual seriam impostas, de forma autoritária, as supostas racionalidades técnica, econômica ou legal.

Apesar destas evidências, no entanto, ele verificou que os hospitais teriam um "duplo sistema de autoridade": um tradicional para o conjunto dos trabalhadores, e um outro para aqueles profissionais com aquilo que o autor nomeia de "autonomia funcional", prerrogativa principalmente dos médi-

cos.

Este sistema dual de autoridade permitiria que

"...el personal medico dirigiessse la línea de sus actividades, mientras que la autoridad administrativa está restringida a asuntos relacionados con la provisión de los medios por los cuales pueden llevar a cabo las ordenes de los medicos." (33)

Os atributos infra-estruturais da organização dos hospitais, portanto, apontariam para uma tendência a estratificação do processo de trabalho em diferentes corporações ocupacionais. Fato que contribuiria para a exacerbação dos conflitos internos, dificultando sobremaneira a destão destes serviços.

O curioso é que, apesar deste potencial conflitivo, o padrão acima descrito de organização de serviços é sempre hegemônico em situações onde há predomínio do mercado. De certa forma, poderíamos considerar que a história dos hospitais sob regimes capitalistas, representaria uma negação con-

creta daquelas escolas administrativas que trabalham com o pressuposto de só haveria progresso institucional quando fossem claramente definidos e impostos um objetivo único e um comando centralizado e claramente identificado. O hospital moderno desmente, portanto, a hipótese que condiciona o desenvolvimento organizacional à instituição de mecanismos unívocos de comando e de controle.

O segredo, por assim dizer, desta fórmula estaria nas possibilidades que ela oferece de composição de interesses empresariais ou organizacionais com o das corporações profissionais. Sempre, conservando a preocupação de adaptá-los às demandas do mercado, aos padrões de política social do Estado e, ainda, às normas legitimadas pelo saber médico-sanitário.

Por outro lado, é evidente que este estilo de articulação exige uma complicada engenharia gerencial, sendo frequentes a eclosão de conflitos, que, em várias situações, levam até a paralisia institucional. Principalmente, nos hospitais filantrópicos têm sido comum o acirramento de disputas

entre o corpo clínico e os seus diretores; já que, nestes casos, não é bem definido o caráter da propriedade e, em consequência, o poder de governo tende a estar sempre em disputa.

De um modo geral, pode-se constatar que a influência administrativa dos médicos têm aumentado na ampla rede de hospitais beneficentes ou filantrópicos, deslocando do poder os notáveis de cada localidade, que dirigiram estas organizações até quando elas passaram a se integrar ao mercado. Ocasão em que seus métodos primitivos de gerência passaram a inviabilizar a continuidade de várias experiências.(34)

No entanto, mesmo reconhecendo a diversidade de interesses entre corpo médico e autoridades administrativas, não há como negar que, no fundamental, costuma haver confluência de interesses entre os referidos sujeitos sociais.

Rodney Coe, na obra anteriormente citada, afirmou que tal divisão seria resultado da existência de duas lógicas distintas, que induziriam os agentes envolvidos a construir projetos diferentes. Para ele, os médicos quiar-se-iam por uma racionalidade tecno-assistencial, resultante de sua fun-

ção de prestadores de serviço. Enquanto que os proprietários ou diretores orientar-se-iam pelas necessidades econômicas, pela procura da eficiência financeira.

Trata-se, em minha opinião, de uma conclusão incorreta, uma vez que o interesse dos profissionais autônomos frequentemente coincide com os da empresa: quanto maior a produtividade e a rotatividade de casos, maior o lucro de uns e os honorários de outros. Quão mais bem conceituada a instituição no mercado, maior a chance dos médicos conseguirem clientela, e vice-versa.

Neste contexto, no Brasil, o que controla a qualidade assistencial dos serviços privados ainda é quase que exclusivamente a concorrência. Ou seja, o risco da perda de clientes por qualquer comprometimento da credibilidade pública do hospital ou de sua equipe. Mecanismo claramente insuficiente para garantir qualidade, particularmente porque, na saúde, as possibilidades de escolha são reduzidas e, em geral, é pequena a capacidade de discriminação mais refinada por parte dos usuários.

Por comparação ao poder dos médicos, poderíamos concluir que a influência dos demais trabalhadores de saúde na definição de diretrizes assistenciais é muito reduzida; menor na área privada do que em serviços públicos. A compreensão mais acurada do fenômeno exigiria estudo mais específico, contudo, a uma primeira leitura, já fica possível adiantar-se algumas explicações para o fato.

Cumprе notar, em primeiro lugar, que a organização sindical e a atuação política das outras categorias profissionais da saúde é muito recente: seu crescimento data dos anos oitenta. A exemplo de outros segmentos do movimento sindical, sua atividade têm priorizado lutas econômico-salariais e reivindicações por melhores condições de trabalho, principalmente centrando-se no esforço de redução das jornadas de trabalho. (35)

A baixa participação política destes atores certamente poderia ser explicada pela composição das equipes de saúde na maior parte do setor privado, onde há uma nítida predominância de atendentes de enfermagem - com pequena qua-

lificação profissional - sobre outros, com formação técnica ou universitária. A vinculação institucional dos trabalhadores com menor qualificação tende a ser menor, com alta rotatividade de empregos e a acumulação de mais de um vínculo empregatício, possível graças ao regime de turnos.(36)

Poderíamos concluir a discussão sobre a estrutura de poder nos hospitais privados e filantrópicos, afirmando que a expropriação dos meios de trabalho não destruiu a vinculação autônoma de algumas categorias profissionais às empresas e até mesmo ao mercado. Havendo, sim, uma recomposição do liberalismo clássico com a criação de uma nova forma de produção, diferente daquela encontrada em alguns sistemas públicos, onde há completo assalariamento dos agentes produtores de serviço.

Certamente, não há consenso entre a maioria dos investigadores de saúde em relação a conclusão exposta. Jorge Dias Polanco, por exemplo, define de maneira diferente o que denomina de "medicina liberal". Para ele, seriam necessários alguns fundamentos básicos para caracterizarmos algum modelo

como liberal. a saber:

"- A livre escolha do médico pelo paciente;

- Liberdade de prescrição por parte do médico;

- Acordo direto entre o médico e o paciente em maté-

ria de honorários;

- Pagamento direto dos honorários pelo doente ao mé-

dico." (37)

Comumente, outros analistas têm se utilizado de critérios semelhantes para vaticinar o "desaparecimento progressivo" do modo liberal de produzir serviços, embora reconheçam a "persistência de resíduos".

Não obstante a consistência de alguns dos argumentos, parece-me que a caracterização abstrata daquilo que comporia obrigatoriamente o modelo liberal, termina criando um "tipo ideal", nunca completamente existente em nenhuma situação e, portanto, confirmando, em teoria, a suposição do fim próximo do liberalismo na saúde.

No caso brasileiro, é evidente o processo de concen-

tração de capital investido na área, bem como a intervenção do estado, o que acarretou a transferência da propriedade dos meios de trabalho dos profissionais para empresas ou para o governo. No entanto, simultaneamente não foi instituído um controle rígido sobre a prática clínica e nem sobre os meios de trabalho.

Por outro lado, é importante apontar que também não houve uma expropriação completa de meios de trabalho: levantamentos realizados indicam que quase dois terços dos médicos em exercício possuem consultórios ou trabalham como autônomos; as cooperativas médicas são hoje a segunda modalidade de atenção privada no Brasil, aparecendo logo depois da medicina de grupo. (38)

Em 1987, uma empresa de consultoria realizou levantamentos sobre a situação do setor privado, chegando as seguintes conclusões sobre as cooperativas médicas:

"É o modelo de assistência médica preconizado pela AMB (Associação Médica Brasileira). As UNIMEDs têm uma clientela de 7 milhões de usuários...Participam deste mo-

delo assistencial 30 000 médicos cooperados, em mais de 1 100 municípios." (39)

O trabalho realizado em cooperativas, consultórios particulares e no corpo clínico dos hospitais, atende completamente aos dois primeiros critérios propostos por Polanco: o da livre escolha e o da liberdade de prescrição. Ou se formos mais rigorosos, atendem dentro dos limites concretos inerentes a estas noções abstratas: nunca houve plenamente livre escolha e nem liberdade absoluta de prescrição. Imposições econômicas, geográficas, culturais, da disponibilidade de meios, etc., em qualquer situação impõem restrições à plena aplicação destas diretrizes.

Contudo, nem de maneira relativa, são atendidos os dois últimos critérios que comporiam, segundo o autor, todo e qualquer modelo liberal: o do acordo direto sobre honorários e o do pagamento direto. Aqui, a expansão da assistência, o processo de capitalização e de intervenção do Estado no setor, impuseram intermediários que também decidem sobre o cus-

teio e financiamento da atenção. Só que a presença de intermediários não alterou uma série de componentes da prática liberal e nem destruiu a predominância do mercado, apenas os adaptou à nova situação.

Assim, o assalariamento, embora presente, é parcial. Os pequenos produtores preservaram uma autonomia relativa em sua relação com a clientela, com os meios de trabalho e entre si. Não havendo qualquer indício empírico de que se trataria de uma situação de transição, já que estas modalidades tendem, ao contrário, ao crescimento e se reproduzem em todos aqueles países capitalistas onde não houve socialização dos serviços de saúde.

Michel Foucault, estudando a história da clínica e dos hospitais, ressaltou a importância decisiva do aparecimento de novos mecanismos de gerência para a instituição do modo capitalista de produzir serviços de saúde.

"Como se fez esta reorganização do hospital?

Não foi a partir de uma técnica médica que o hospital marítimo e militar foi reordenado, mas, essencialmente, a

partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina.

... Fala-se, frequentemente, das invenções técnicas do século XVIII... mas erroneamente nada se diz da invenção técnica dessa nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-los ao máximo e maiorar o efeito útil de seu trabalho e de sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los." (40)

Certamente, a introdução de normas disciplinares e a montagem de uma estrutura onde o trabalho é marcadamente segmentado e subordinado a uma rígida hierarquia, constituem-se em marcas registradas do modelo organizativo do hospital moderno.

Não obstante, em relação à prática médica é conveniente relativizarmos estas noções. A introdução do poder disciplinar no hospital não se deu de forma homogênea. Sem dúvida, ainda hoje o hospital continua sendo o que se convencionou denominar de "instituição total", principalmente sob a

perspectiva do paciente, que ao ingressar neste serviço deveria "deixar fora qualquer esperança" de autonomia sobre seu corpo e viver.

Em uma situação intermediária estariam os técnicos, profissionais auxiliares e enfermeiros; que, em geral, trabalham com um grau de controle semelhante ao da indústria moderna: horários de trabalho bem definidos, supervisão direta, papéis e tarefas precisas e subordinação técnica aos superiores.

E, por fim, com maior grau de liberdade, estariam os médicos e alguns outros profissionais, que obedeceriam a padrões disciplinares mais suaves: autonomia para definir seu próprio horário de trabalho, para compor o conteúdo de suas tarefas, não estando submetidos a supervisão técnica e nem ao controle direto. A hierarquia interna ao corpo clínico é semelhante aquela de outrora, do mestre para com seus aprendizes, mais baseada na experiência e na credibilidade profissional ou comercial de algumas figuras.

Contudo, é importante ressaltar como Foucault, que

foi "...a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização."(41) Ou seja, por contraditório que possa parecer, foi a adoção de uma estrutura rígida de poder, que não se aplicaria integralmente aos médicos, que permitiu o desenvolvimento do hospital medicalizado. O qual, na Europa do século XVIII e no Brasil no século XX, iria substituir o hospital asilo, instituições filantrópicas que tinham o papel de isolar do convívio social os "humilhados e ofendidos", considerados ineptos para o convívio social.

Em certo sentido, pode-se afirmar que, desde a origem do hospital moderno, o poder médico já se diferenciava dos demais. Foucault apontou que "a presença de médico se afirma e se multiplica no interior do hospital, havendo como que "...uma tomada de poder pelo médico"(42), invertendo a hierarquia do hospital tradicional.

A tomada de poder pelos médicos do espaço dos hospitais, ainda que incompleta, como no Brasil, traria consequências gerais muito importantes para os sistemas de saúde.

Entre elas, destaca-se a transformação destas estruturas em centros de produção e de difusão de saberes, ideologias e projetos políticos.

Roberto Machado, comentando a obra de Foucault, observou que:

"Todo ponto de exercício de poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. É assim que o hospital não é apenas local de cura, "máquina de curar", mas também instrumento de produção, acúmulo e transmissão do saber." (43)

Estas observações negam validade às interpretações, que embora reconhecendo a persistência de noções liberais entre os médicos e na sociedade, atribuem-nas à tradição e, portanto, classificam-nas como artefatos ideológicos não funcionais à lógica capitalista e automaticamente destinados ao lixo da história.

Trata-se, sem dúvida, de uma visão empobrecedora da realidade. Na exata medida em que, por achar-se presa a um

economicismo estruturalista, não consegue sequer captar em toda sua complexidade o objeto que seu discurso mais valoriza: a moderna estrutura capitalista produtora de atenção médico-sanitária.

Os autores vinculados à perspectiva criticada, trabalham com um equívoco básico: o de imaginar a existência de um automatismo evolucionista que terminaria com a autonomia profissional e com a forma liberal de produzir atenção, como uma decorrência natural do processo de capitalização e de intervenção do estado na área médica. Presos a este esquema não conseguem explicar a potência cultural e a força política do modelo neoliberal.

No Brasil, toda a rede de hospitais privados, consultórios, convênios, empresas e seguradoras, criou uma base concreta para o exercício de práticas que vêm reciclando velhas noções liberais, sempre no sentido de adaptá-las as premissas do mercado e até mesmo às políticas de saúde do estado, ainda principal financiador da maior parte da assistência médico-hospitalar do país.

Esta realidade explicaria a luta surda que hoje se desenvolve, entre um projeto neoliberal e outro assentado nas diretrizes constitucionais que criaram o Sistema Único de Saúde.

c- A LUTA POLÍTICA E IDEOLÓGICA DOS DEFENSORES DO PROJETO NEOLIBERAL PARA A SAÚDE NO BRASIL:

O bloco político que gestou e que dá sustentação à política neoliberal, tem o firme propósito de assegurar a sua hegemonia; desenvolvendo, com este objetivo, uma estratégia assentada em dois movimentos:

1- estender até os seus limites máximos a medicina de mercado, relativamente independente do estado. Estima-se que esta alternativa teria uma demanda potencial de 20 a 25% da população brasileira. Disputando esse mercado, a "criatividade empresarial" desenvolveu várias modalidades as-

sistenciais: desde o modelo clássico da relação direta serviço/profissional com o cliente, até as cooperativas de profissionais, empresas médicas de grupo, programas de empresa industriais e comerciais (autoprogramas ou planos administrados) e ainda os inúmeros seguros privados de saúde. (44)

Todas as modalidades citadas desfrutam de relativa autonomia do SUS, reivindicando do governo apenas benefícios indiretos, como isenção de impostos e de taxas, empréstimos preferenciais, incentivos fiscais, etc.

2- Ao mesmo tempo, essa articulação busca ampliar a atenção individual curativa para além da fatia populacional economicamente apta a se inserir em uma das modalidades privadas de assistência; disputando, com esse fim, o recurso público agora sob controle do SUS. Para atingir tal objetivo, o bloco político neoliberal vem desenvolvendo ações de luta ideológica e cultural, visando formar opinião pública favorável e ocupando parcelas do poder governamental, sempre com o intuito

de moderar o projeto original do SUS, anulando seus aspectos mais socializantes.

Os membros mais ativos da articulação neoliberal são aqueles que têm interesse econômico imediato na preservação do modelo dominante: empresários de medicina de grupo e proprietários de hospitais, organizados respectivamente na Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramog) e Federação Brasileira de Hospitais; diretores dos hospitais filantrópicos e beneficentes, reunidos na Confederação das Misericórdias do Brasil; médicos e odontólogos, que embora politicamente divididos, defendem a perspectiva neoliberal através de várias de suas entidades: cooperativas, a Associação Médica Brasileira e a maioria de suas filiadas estaduais e alguns Sindicatos e Conselhos Regionais.

Somam-se a estes neoliberais de primeira linha, outros atores, menos ativos, mas importantes para a garantia do domínio do modelo neoliberal: parcelas do capital bancário envolvido com seguro-saúde; empresas industriais e comerciais que têm planos próprios ou contratados de atenção médica aos

seus empregados, e que possuem até um entidade específica para as questões de saúde - Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprias de Empresas (ABRASPE); bem como partidos e grupos políticos de orientação conservadora. (45)

Os médicos são, entre todos os segmentos do bloco neoliberal, os mais ativos do ponto de vista da elaboração cultural e ideológica, funcionando como um intelectual coletivo, que municia os demais interessados com argumentos e propostas legitimadoras do modelo. Sobre esse fato, é interessante a constatação de que a grande imprensa (jornais de grande circulação e a televisão) aborda a questão saúde segundo os cânones da política neoliberal, embora tenda a responsabilizar a categoria médica por boa parte das mazelas do sistema. Ao acusá-los de má prática tem, com isso, desviado a atenção da opinião pública dos temas mais substantivos e das contradições mais evidentes do modelo neoliberal. (46)

Por outro lado, é também curioso o comportamento das parcelas mais ativas de trabalhadores, expresso através do

movimentos sindical, sempre que o tema da saúde está em pauta. A maioria dos congressos e encontros sindicais tem aprovado resoluções em defesa do Sistema Único, da ampliação do papel do estado e da instauração de mecanismos de democracia direta. Na ocasião da Constituinte, articularam-se com os segmentos favoráveis à reforma sanitária, e na VIII Conferência Nacional de Saúde deram maioria às propostas socializantes e democráticas.(47)

Contudo, no dia a dia, premidos pelas circunstâncias, reivindicam acesso para seus associados em alguma das modalidades de atenção privada. Todos os sindicatos de trabalhadores filiados a Central Unica de Trabalhadores da região de Campinas/SP, nos acordos coletivos de 1990, solicitaram, como itens de negociação, que as empresas garantissem atenção médica através da UNIMED, ou de outra alternativa privada. O mesmo aconteceu também nos Sindicatos de Metalúrgicos do ABC, por exemplo.(48) Evidenciando, uma dificuldade do movimento de trabalhadores de transformar um seu objetivo geral, em projetos viáveis de aplicação imediata.

Estudando, publicações, jornais e material de divulgação das empresas de medicina de grupo, das cooperativas (UNIMED), e da ABRASPE, nota-se que passaram a adotar uma estratégia tipicamente empresarial, de disputa de mercado. Fazem pouca referência ao SUS, a não ser para apontar suas deficiências e limitações assistenciais, não mais pleiteando a intermediação financeira do estado em suas relações com as empresas e com a clientela. Tratam apenas de vender o seu peixe, apostando na concorrência dentro de um mercado por eles bem dimensionado. (49)

Os sindicatos patronais de hospitais (representados pela FBH), ainda têm nos SUS um importante interlocutor. Estando, portanto, obrigados à frequente interlocução com o Ministério e Secretarias estaduais de saúde, no que diz respeito às relações de compra e venda de serviços ao SUS, em virtude dos milhares de convênios ainda existentes. Durante o processo constituinte e de elaboração da legislação complementar sobre saúde, desenvolveram ativa atuação do tipo lobista junto ao governo e parlamentares. (50)

A elaboração mais detalhada de projetos e de propostas de recorte neoliberal tem cabido, mesmo, a algumas entidades médicas. Após o que, quase que sempre, são apropriados com algumas modificadas, por outros segmentos da sociedade civil ou do estado.

Em setembro de 1989, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) elaborou um documento denominado de "Plano de Assistência Médica Viável", que pode ser considerado uma síntese do conjunto de diretrizes do bloco neoliberal.(51) Mais recentemente, em 1990/91, o Conselho Deliberativo da Associação Médica Brasileira (AMB) aprovou o "Plano de Saúde", originalmente elaborado pela Associação Paulista de Medicina (APM), dentro do mesmo espírito de tentar compatibilizar os interesses de todos os segmentos do bloco com imperativos sociais e econômicos da conjuntura nacional. Essa proposta foi encaminhada para discussão em todos os municípios onde existissem médicos organizados e foi oficialmente apresentada como alternativa organizacional de sistema a todos os prefeitos e Conselhos Municipais de Saúde.(52)

O documento do Conselho é mais analítico, o da AMB mais operativo, contendo orientações práticas já considerando a realidade da descentralização e da municipalização, condicionadas pelo SUS.

Nota-se, em ambos os textos, uma tentativa cuidadosa de conciliar os interesses da categoria médica e dos hospitais privados e filantrópicos, com o atendimento de alguns direitos sociais previstos no SUS e que não faziam parte do ideário liberal mais tradicional.

Assim, são explicitamente reconhecidos tanto o "conceito de universalização" do acesso, como a idéia da "garantia à saúde através de meios de subsistência", reconhecendo-se que a assistência médica seria "apenas um item de saúde à semelhança da alimentação, habitação, etc.". (53)

Diferente do liberalismo mais puro, advogam a necessidade de intervenção do estado em alguns campos, por entendê-la indispensável para a garantia de direitos sociais, que em razão de algumas "leis naturais" não seriam responsabilidade do setor privado.

Preparando o terreno para suas propostas concretas. fazem um distinção teórica entre interesses e problemas coletivos - campo de responsabilidade estatal -. e necessidades individuais - seara da iniciativa privada, onde o estado deveria se abster de qualquer intervenção, a não ser como intermediário financeiro dos estratos populacionais carentes.

"É da máxima importância, portanto, que se separe, de forma racional, as ações que visem preservar a saúde da sociedade como um todo, daquelas ações que visem atender as necessidades do indivíduo, pois as primeiras são um bem público e como tal devem ser responsabilidade do Estado, enquanto as últimas são de responsabilidade individual." (54)

Pedro Marset Campos, estudando as políticas neoliberais de saúde, já havia constatado o movimento que procura dar "uma interpretação regressiva à Conferencia de Alma-Ata", principalmente por meio da difusão de uma série de ideologias que centram no indivíduo a responsabilidade por sua própria doença e pelo provimento de meios para seu controle:

"La dimensión sociocultural es posiblemente la que tiene más repercusión, y se centra en la creación de una imagen por la que la enfermedad sería el resultado de la responsabilidad individual. Ya directamente por la participación en cuotas de medicamento o pago por visita médica, o porcentaje en la estancia hospitalaria, prótesis, etc; o indirectamente por las campañas antitabaco, antidroga, SIDA, infarto, cancer, accidentes de circulación o laborales, se configura una conciencia que culpabiliza al individuo el desencadenamiento de la enfermedad...." (55)

Em relação ao papel do Estado, eles propõem o seguinte campo de atuação:

"1- Políticas sociais e econômicas que vissem garantir trabalho, como provedor de meios para assegurar o acesso do indivíduo à saúde, alimentação, educação, transporte...

2- Política para o meio ambiente que garanta o planejamento, controle e fiscalização da poluição ambiental, do

saneamento básico e do ambiente de trabalho... ." (56)

É interessante observar, que na primeira assertiva, apesar do reconhecimento do Estado como promotor do bem-estar social, subrepticamente também se passa a idéia de que seria o trabalho individual o "principal provedor de meios" para o acesso aos bens e serviços listados. O que pressupõe a preservação do mercado como mecanismo distribuidor de bens, não sendo, em nenhum momento admitida a hipótese da saúde, ou da educação, serem considerados serviços públicos e gratuitos. É a velha concepção liberal cobrando seu tributo, mesmo quando esmagada pela evidência da selvageria que é o mercado sempre que abandonado ao seu próprio dinamismo.

Especificamente, em relação à Saúde Pública advogam que o SUS deveria:

"1- Participar na elaboração das políticas, programas e órgãos que visem alimentação, habitação e preservação do meio ambiente e do ambiente de trabalho;

2- Elaboração e execução dos programas de: imuniza-

ção, combate às endemias, vigilância epidemiológica e sanitária, normatização e fiscalização das ações de saúde, formação de recursos humanos e pesquisa científica...

3- Criação de Centros de Excelência de assistência médica, Institutos de Pesquisa e produção de insumos para assistência à saúde e redes de assistência primária... ." (57)

A semelhança entre as diretrizes propostas por estas instituições médicas e aquela que nortearam a organização dos serviços de Saúde Pública no Brasil, é mais uma comprovação da influência da ideologia neoliberal mesmo entre os sanitistas e dirigentes da área estatal.

No primeiro ponto, atribuem ao Sistema Único uma função complementar no que tange às atividades de promoção à saúde, em certa medida confirmando a atual legislação federal, que não delega à Saúde Pública autonomia para normalização, fiscalização e muito menos para a execução de atividades sobre o meio ambiente e nos locais de trabalho. Indicando, concretamente que na definição de políticas para estas áreas

sempre serão consideradas outras perspectivas que não a preservação da saúde e bem-estar dos homens.

Na verdade, mantém o interdito atualmente existente contra a Saúde Pública, que ainda não conseguiu desempenhar um papel decisivo na promoção de ambientes de trabalho salubres. O controle do meio ambiente também ainda é realizado por órgãos estranhos à Saúde Pública, que o executam de maneira pragmática, na medida em que subordinam a defesa da saúde à racionalidade imediatista da acumulação de capital.

Seria ingênuo supor que a simples delegação de maior responsabilidade ao SUS seria suficiente para resolver, num passe de mágica, os conflitos existentes nesse campo. Procurro ressaltar, apenas, que a diluição de responsabilidades entre vários órgãos públicos só tem deixado o crescimento econômico e o processo de urbanização quase que livres de coercitivos de ordem técnica e sanitária.

No segundo item, descrevem um conjunto de atividades, todas, típicas do que poderíamos nominar de Saúde Pública tradicional. Esqueceram-se somente de alguns programas

clássicos, como de pré-natal e puericultura, que aparecem no documento da AMB, de 1991. Correspondem, de fato, à descrição das antigas atribuições das Secretarias de estado e de seus Centros de Saúde, e também dos Programas verticais de assistência sanitária.

Por último, o projeto deles também espera do estado a organização da Atenção Primária e de Centros Médicos hiperespecializados, que por diferentes razões não são atividades atrativas para os agentes privados, que tudo calculam a partir de dados oriundos do mercado. A primeira não interessaria por trabalhar com uma parcela marginalizada da população e não imediatamente absorvível pela iniciativa privada; e, a segunda, por exigir grandes investimentos sem retorno econômico imediato.

Após estas considerações, fica claro que, para os neoliberais, os critérios de discriminação do que seria público ou privado são de ordem quase que exclusivamente econômica, decorrentes dos interesses dos produtores privados. A novidade, sob a ética do liberalismo, estaria no reconheci-

mento da legitimidade de determinadas demandas sociais - mesmo quando os indivíduos não possuam meios próprios para provê-las -, e também na atribuição ao estado de um papel de controle e de executor direto de serviços: atenção primária e especializada, Saúde Pública, formação de recursos humanos e pesquisa.

Já para o que denominam de Sistema de Saúde Individual, são mais atentos aos ditames do liberalismo tradicional, fazendo a seguinte propositura:

"O modelo operacional será o do sistema UNIMED, ou seja o de livre escolha do médico pelo paciente, dentre os médicos cadastrados. O mesmo vale para os serviços complementares de diagnóstico e tratamento e serviços hospitalares." (58)

A estrutura por meio da qual imaginam viabilizar essa proposta seria construída graças a instituição do contrato universal de todos os consultórios, laboratórios e hospitais, pelo SUS. Em decorrência, o estado não deveria mais investir

em serviços próprios, nem de atenção básica integral e muito menos na hospitalar ou intermediária.

Em suma, o modelo proposto teria, teoricamente, capacidade para absorver 80% da demanda por atendimento individual, sem quebrar o sagrado princípio da livre-escolha. Mas, é claro, quase que impossibilitando a gestão destes sistemas a partir da racionalidade do planejamento, das diretrizes organizativas da regionalização e da hierarquização da assistência.

Na realidade, com esta política, algumas entidades médicas tentam deter a recente expansão dos serviços públicos de atenção individual, oferecendo em troca uma rede composta por pequenos produtores individuais ou associados em cooperativas e pelos hospitais privados e filantrópicos.

Há uma nítida preocupação com a conciliação de interesses das várias forças que compõem o bloco neoliberal. Apesar deste propósito, acontecem disputas pela repartição de mercado, como quando os médicos recomendam que os "hospitais não devem ter atendimento de rotina. Só internação e emergên-

cia". Ou seja, a assistência ambulatorial e de consultório seria campo exclusivo dos pequenos produtores.

É interessante apontar que, mesmo tendo em conta o histórico embate ético, trabalhista e de concorrência comercial, existente entre médicos e medicina de grupo, bancos e seguradoras privadas que operam com a atenção médica, há um campo de entendimento quando tratam de temas mais gerais de política de saúde. Tal acontece, por exemplo, quando discutem os mecanismos de custeio, reconhecendo que "a longa experiência mundial demonstra que não se pode deixar ao indivíduo o encargo de custear, com o produto de seu trabalho, todo e qualquer tratamento médico, pois o custo de vários tratamentos está acima da média do poder aquisitivo individual mesmo em países desenvolvidos." (59) Reconhecendo, na prática, a falência do princípio liberal que propunha a relação direta, sem intermediários, entre médico e paciente e, portanto, admitindo a necessidade dos seguros previdenciários públicos e privados.

E é exatamente na discussão sobre financiamento onde

os médicos mais facilmente conciliam seus interesses com o do setor financeiro e empresarial, ao defenderem, para o Brasil, o fim da vinculação automática do seguro previdenciário ao Estado, como fica explícito no seguinte trecho:

"Manutenção da obrigatoriedade da contribuição sobre os salários de um seguro para a assistência médica, sendo optativo ao indivíduo a escolha do órgão segurador, público vinculado à Previdência Social, ou privado de qualquer origem ..."(60)

O ideário do liberalismo, entre outros pontos, supõe que o estabelecimento de um vínculo adequado entre médico e paciente somente ocorreria quando esse último investisse também economicamente na relação. Fiéis que são a tradição, nossos modernos liberais advogam a "liberdade para cobrança de taxas suplementares ou moderadoras por instituições ou profissionais da área pública ou privada."

Nesta pequena passagem e em alguns outros trechos dos documentos fica explícito o movimento ideológico por meio

do qual, os liberais, procuram demonstrar que alguns mecanismos "naturais" do mercado seriam, de fato, pré-requisitos técnicos indispensáveis a uma prática eficaz, e instrumentos "moderadores" da tendência à medicalização, atributo supostamente inerente à toda população "leiga".

As justificativas teóricas para a transformação de algumas normas de mercado em diretrizes técnicas, foram elaboradas de forma mais completa por Sigmund Freud (1912). Esse grande pesquisador considerava algumas relações oriundas do mercado liberal como sendo inerentes e necessárias à cura e recuperação dos pacientes, incorporando ao discurso profissional e ao saber clínico noções da ordem econômica.

Sempre a frente de seu tempo, Freud procurou sintonizar a praxis dos analistas ao espírito do capitalismo, por considerar que a roupagem filantrópica, humanitária e religiosa adotada pela medicina desde a idade média e ainda presente entre seus contemporâneos, seria um empecilho ao desenvolvimento da ciência e da clínica. Quando discutia, com seus discípulos, a instituição da psicanálise como exercício

profissional, fez algumas observações que ilustram o que ainda hoje é defendido pelos neoliberais:

"Pontos de importância no início do tratamento são os acordos quanto a tempo e dinheiro..."

Constitui fato conhecido que o valor do tratamento não se realça aos olhos do paciente, se forem pedidos honorários muito baixos...

O tratamento gratuito aumenta enormemente algumas das resistências do neurótico...

Mas, o psicanalista deve colocar-se na posição do cirurgião, que é franco e caro por ter à sua disposição métodos de tratamento que podem ser úteis." (61)

Nestes trechos, há um nítido deslocamento de algumas regras típicas do modo de produção para a posição de recomendações "científicas", agora teoricamente competentes para validar ou não um dado procedimento profissional. Assim, dentro desta lógica não estariam recomendadas análises ou atendimentos gratuitos, não só em virtude dos honorários e inter-

resses dos médicos, mas principalmente porque elas seriam tecnicamente menos eficazes. O paciente, apesar da própria teoria psicanalítica demonstrar o contrário, é reduzido ao *homo economicus*. Incapaz de valorizar qualquer relação terapêutica que não a mediada pelo dinheiro; capaz de investir apenas em relações onde houvesse intercâmbio direto de valores de troca.

Resumindo, poderíamos afirmar que não aparece no artigo em questão, nenhum reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do profissional e da sociedade proverem meios para o alívio do sofrimento e para a cura de pessoas, que não só dentro da tirania do mercado capitalista.

Trata-se, em realidade, de um raciocínio de bases exclusivamente ideológicas, sem comprovações empíricas sólidas que o justificassem. O fundamento destas afirmações estaria na própria experiência clínica de Freud: "...durante dez anos ou mais separei um hora por dia, e às vezes duas, para tratamentos gratuitos" - conforme ele próprio explica. Contudo, mesmo o exame desta amostra restrita é realizado sem a

consideração de muitas variáveis importantes. Em nenhum momento, por exemplo, ele se questiona se o insucesso das terapias gratuitas não poderia resultar de um menor envolvimento do médico. Menos "motivado". aí sim, por não receber qualquer remuneração justa pelo seu trabalho. Ou ainda, decorrer da seleção de casos eleitos para o tratamento não pago. Já que, nestas circunstâncias, é frequente priorizar-se, entre vários casos possíveis, os mais graves, de difícil recuperação.

Não poderia, também, ocorrer que o desinteresse dos pacientes fosse resultado da "humilhação" a que estariam sendo submetidos, quando - devido a postura "franca" do analista - fossem informados que estavam ali, no consultório de um grande especialista, graças a "caridade" e a "boa-vontade" do seu médico-bem-feitor? Situação que não propicia, convenhamos, um clima equilibrado para o início da relação analista-paciente.

Poder-se-ia retrucar que essas análises estariam carregadas de críticas severas ao liberalismo do pai da psi-

canálise, mesmo porque sua obra é muito maior do que eventuais equívocos teóricos sobre políticas de saúde. Além do que, no seu tempo, mal se delineavam as políticas sociais e não se iniciara, ainda, a primeira experiência socialista.

De fato, essas duas ponderações explicam e justificam as formulações e postura profissional de Freud. Entretanto, o rigor crítico seria hoje necessário por que estes princípios ainda encontram meios de reprodução não só entre os psicanalistas, mas como uma teoria que organiza, renova e constrói um modo moderno de produção de serviços de saúde. Ou seja, uma das características centrais do pensamento neoliberal em saúde é a eterna procura de uma unidade entre um determinado modo de produzir atenção - no caso o modelo liberal -, e as técnicas empregadas para diagnóstico e cura - para Freud a psicanálise, para as demais áreas, a Clínica.

No entanto, por inconveniente que seja, não há também como deixar de constatar que a questão social e a ação de um sem número de intelectuais que procuravam resolvê-la numa perspectiva democrática, são contemporâneos à Freud. Na

realidade. ele optou claramente por incorporar, sem subterfúgios, à prática médica os princípios do liberalismo inglês do século XIX. Fazendo-o sem meias palavras e de forma pioneira, características de sua personalidade revolucionária e do seu imenso tirocínio e capacidade de síntese.

A concepção freudiana também aproxima-se do liberalismo quando ele analisa o tema dos "pobres". A questão da pobreza não é explicada tomando-se em consideração o contexto social e histórico, como um problema a ser equacionado pela coletividade ou pelo estado. Para ele, o pobre deveria superar a sua condição "por meio do trabalho", conforme, aliás, ainda recomendam nossos médicos liberais do fim do século XX. Infelizmente, essa perspectiva interfere também em suas análises sobre os determinantes do processo de saúde e doença, particularmente quando ele discorre sobre a "neurose dos pobres". Aqui, ele mistura preconceitos sociais das elites de sua época com pareceres especializados sem nenhuma comprovação prática ou teórica.

Reconhece que "a terapia analítica seja quase ina-

cessível às pessoas pobres, tanto por razões externas quanto internas", admitindo que "pouco se pode fazer para remediar isto." (62) Postura que justificou a estruturação de toda uma escola de analistas cuja prática centrou-se em um radical compromisso com o liberalismo e em uma intolerável tolerância com os limites circunstanciais do mercado. Isso porque, para Freud, os profissionais de saúde poderiam dormir com a consciência tranquila, já que a doença dos pobres é quase que inabordável, tanto por sua etiopatogenia (fatores internos), como pelas imposições externas das leis de mercado.

Certamente, neste particular, o destemido investigador do inconsciente não conseguiu remar contra a maré do aparente bom-senso de seu tempo. Não havendo, portanto, razões para validarmos dogmaticamente as suas conclusões sobre a organização do processo de trabalho em saúde, apesar da importância da psicanálise para a prática de todos os profissionais de saúde.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS DO CAP. II

1- São inúmeros os trabalhos que analisam políticas de saúde a partir deste enfoque analítico, citarei alguns referenciais:

a- MELLO, CARLOS GENTILE - "Saúde e Assistência Médica no Brasil". São Paulo. CEBES/HUCITEC. 1977.

b- CATANEDA, TARCISIO - "El Sistema de Salud Chileno: Organización, Funcionamiento y Financiamiento". In: BOLETIM DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Vol. 103, n. 06, diciembre, 1987.

c- MEDICI, ANDRÉ CESAR - O Setor Privado Prestador de Serviços de Saúde no Brasil: Dimensão, Estrutura e Funcionamento. Rio de Janeiro. ENCE/IBGE. mimeo, 1990.

2- MENDES, EUGÊNIO VILAÇA - "Importancia de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales

les de Salud". In: LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD - CONCEPTOS, METODOS Y EXPERIENCIAS . Washington, OPAS/OMS. Publicación Científica n. 519, 1990; pag. 25.

3- GARCIA, JUAN CESAR - "As Ciências Sociais em Medicina". In: PENSAMENTO SOCIAL EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA, ORG. Nunes. Everardo Duarte. São Paulo, Ed. Cortez, 1989, pag. 62.

4-CHAVES, MARIO M. - "Saúde e Sistemas". Rio de Janeiro, Ed. Fundação Getúlio Vargas, 3 edição, 1980.

5- GARCIA, JUAN CESAR - op. cit. no item 03, pag. 64.

6- GARCIA, JUAN CESAR - op. cit. no item 03, pag. 62.

7- GARCIA, JUAN CESAR - op. cit. no item 03.

8- GARCIA, JUAN CESAR - op. cit. no item 03, pag. 64.

9- SCHRAIBER, LILIA OLIMA - "Programação em Saúde Hoje". São Paulo, F.J. HUCITEC, 1990, pag. 14.

10- CAMPOS, GASTÃO WAGNER DE S. - "Os Médicos e a Política de Saúde". São Paulo, Ed. HUCITEC, 1988, pags. 27 a 44.

11- OLIVEIRA, JAIME DE ARAUJO - "Para uma Teoria da Reforma Sanitária: Democracia Progressiva e Políticas Sociais". In: :REVISTA SAÚDE EM DEBATE, n.20, abril de 1988 - CEBES.

12- NOGUEIRA, ROBERTO PASSOS - "La Medicina Liberal y el Mercado de Trabajo en Salud - Que es la Medicina Liberal?". In: EDUC. MED. SALUD, vol. 22, n.2, 1988, pag.141.

13- NOGUEIRA, ROBERTO PASSOS - op. cit. no item 12. pag. 150.

14- DONNANGELO, MARIA CECÍLIA F. - "Medicina e Sociedade - O Médico e seu Mercado de Trabalho". São Paulo, Ed. PIONEIRA,

1975.

15- NOGUEIRA, ROBERTO PASSOS - op. cit. no item 12. pag. 148

16- CAMPOS, GASTÃO WAGNER DE S. - "A Construção do Projeto Neoliberal para a Saúde: Os Médicos como Cimento da Argamassa Conservadora", In: SAÚDE PÚBLICA E A DEFESA DA VIDA. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1991, pags. 153 a 164.

17- MEDICI, ANDRÉ CESAR - "A Medicina de Grupo no Brasil". Rio de Janeiro, ENCE/IBGE, mimeo, 1990, pag. 12.

18- a- IBGE - "Pesquisa de Assistência Médico-sanitária", Rio de Janeiro, dados 1987.

b- Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) - "Brasil 1987 - Relatório sobre a Situação Social do País". Campinas, UNICAMP, 1989; pags 212 a 217.

19- INAMPS - Departamento de Informação e Saúde - "Relatório

de 1987 e 1988". Brasília, MPAS, 1987 e 1988

20- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO - "Condições do Exercício Profissional da Medicina na Área Metropolitana de São Paulo". Relatório de Pesquisa de 1982. Dados evidenciam que 77,4% dos médicos da região estudada, em pelo menos um de seus vínculos, ainda trabalham como autônomos atípicos - médicos credenciados, membros de corpo clínico, etc.

21- MEDICI, ANDRÉ CESAR - "O Setor Privado Prestador de Serviços de Saúde no Brasil: Dimensão, Estrutura e Funcionamento". Rio de Janeiro, ENCE/IBGE, 1990.

22- MEDICI, ANDRÉ CESAR - op. cit. no item 21.

23- a- MEDICI, ANDRÉ CESAR - op. cit. no item 21;

b- ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE DE CAMPINAS/SP (ERSA-27). "Relatório sobre Hospitais Contratados e Conveniados". Campinas, SES/SP, 1990.

24- MINISTÉRIO DA SAÚDE - "Coletânea de Legislação Básica - Nova Política de Financiamento do SUS". Brasília, MS, 1991

- decreto presidencial, n. 93 872, de 23 de dezembro de 1986, pag. 26;

- resolução do INAMPS, n. 227, de 27 de julho de 1990, pag. 45;

- resolução do INAMPS, N.228, de 01 de agosto de 1990, pag. 46

25- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA - "Lei n. 8 080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, Presidência da República. 1990. Título III, Capítulos I e II, artigos 20 a 26.

26- Tal é caso, por exemplo, da Santa Casa de Penápolis/SP. Há um ano sob intervenção municipal e ainda operando com um pequeno grau de integração assistencial com a rede pública, embora com um maior grau de racionalidade técnico-administrativa interna.

27- ROSEN, GEORGE - "O Hospital - Sociologia Histórica de uma Instituição comunitária", In: DA POLICIA MEDICA A MEDICINA SOCIAL. Rio de Janeiro, Ed. GRAAL, 1979, pag. 370.

28- POLANCO, JORGE DIAZ - "A Organização dos Serviços de Saúde", In: AS CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA, org. Nunes, Everardo Duarte. Brasília, OPAS, pag. 380.

29- MOTTA, FERNANDO C. PRESTES - "O que é a Burocracia". São Paulo, Ed. Brasiliense, 1981.

30- NOGUEIRA, ROBERTO PASSOS - "A Força de Trabalho em Saúde", In: TEXTOS DE APOIO - PLANEJAMENTO I - RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. Rio de Janeiro, ENSP/ABRASCO, 1987, pags. 13 a 16.

31- MOTTA, FERNANDO C. PRESTES - "Teorias da Administração: Alcances. Limites e Perspectivas". Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP, mimeo, 1990, pag. 8.

32- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - Resolução n. 1342, de 08 de março de 1991 (Atribuições do Diretor Clínico e Técnico). Diário Oficial da União, seção I, de 16 de abril de 1991.

33- COE, RODNEY M. - "Sociologia de la Medicina". Madri, Ed. Alianza, 1973, pag. 311

34- No meu trabalho "Os Médicos e a Política de Saúde", discuto a evolução dos conflitos entre médicos e hospitais privados, os quais, posteriormente, influenciaram diretamente a elaboração das normas referentes às funções do Diretor Clínico, pelo Conselho Federal de Medicina.

35- FEDERAÇÃO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE E PREVIDÊNCIA SOCIAL (FENASPS) - Boletins publicados em 1990 e 1991.

- CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES (CUT) - "Resoluções do Encontro Nacional de Saúde e Previdência Social", junho de 1987; e "Plano de Carreira, Cargos e Salários para o Sistema

Único de Saúde", janeiro de 1991.

-SINDICATO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO (SINDSAÚDE) - "Boletins publicados em 1990 e 1991.

-PLENARIA DE ENTIDADES E MOVIMENTOS DE SAÚDE - "Saúde é Luta", julho de 1988.

36- MEDICI. ANDRÉ CESAR - "O emprego de Enfermagem no Brasil dos anos 80: Luz no Fim do Túnel", In: SAÚDE EM DEBATE, n. 24, março de 1989.

37- POLANCO, JORGE DIAZ- op. cit no item 28, pag. 377

38- TORLONI F. HUMBERTO - "Assistência Médica Hospitalar um Benefício de US\$ 1 800 000". São Paulo. TPF/C. mimeo, agosto de 1987, pag. 3

39- TORLONI F. HUMBERTO - idem ao 38.

40- FOUCAULT, MICHEL - "O Nascimento do Hospital", In: MICRO-

FÍSICA DO PODER. Rio de Janeiro, Ed. GRAAL, 1985, pag. 105.

41- FOUCAULT, MICHEL - op. cit. no item 38, pag. 107

42- FOUCAULT, MICHEL - op. cit. no item 41, pag. 109.

43- MACHADO, ROBERTO - "Por uma Genealogia do Poder". In: MÍ-
CROFÍSICA DO PODER. Rio de Janeiro, Ed. GRAAL, 5 edição,
1985, pags. XXI e XXII.

44- TORLONI F., HUMBERTO - idem ao 38.

45- A esse respeito ver Programas oficiais dos seguintes par-
tidos políticos: PDS, PTB, PFL E PL. Exemplo, mais recente
do enfoque neoliberal na saúde são as diretrizes divulgadas
pelo então candidato à Presidência da República: Fernando
Collor de Melo: "Proposta de Saúde", agosto de 1989.

46- A respeito da posição da grande imprensa levantei o posi-

cionamento do Jornal do Brasil, Estado de São Paulo e Folha de São Paulo, sobre a proposta do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde); aprovação e regulamentação do SUS pelo Congresso Nacional e suas avaliações sobre a crise da assistência médico-hospitalar, durante os anos de 1988, 1989 e 1990.

47- NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA (NESCO) - "A História da VIII Conferência Nacional de Saúde", In: ESPAÇO PARA A SAÚDE. Curitiba, NESCO, março de 1989, pags. 32 a 49.

48- CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES/ região de Campinas - "Acordos Coletivos de Trabalho de 1990".

49- A esse respeito ver publicações da ABRANGE e UNIMED, de 1988 a 1990. Entre outros: UNIMED DO BRASIL - REVISTA DA UNIMED: "Edição Especial de 20 Anos - Cooperativismo de Trabalho Médico", 1998;

: ABRANGE - "Medicina de Grupo uma Alternativa Assis-

tencial". São Paulo, 1987.

: SINANGE (Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo) - "Os Fatos e os Números da Medicina de Grupo",
Goiânia, abril de 1988.

: NOTRE DAME SEGURADORA/ INTERMEDICA SÃO CAMILO -
"Sistema Privado de Saúde - Proposta de Participação da In-
ciativa Privada no Sistema Único de Saúde". São Paulo,
1991.

50- FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL - "Santas Casas U-
nidas", marco de 1983, abril de 1988 e maio/ junho de 1990.

- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS - JORNAL DA FBH. de
1988 a 1990.

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS (ABH) - ABH INFORMA,
de 1989.

- VII CONGRESSO BRASILEIRO DE HOSPITAIS- "Anais". 1987.

51- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO
(CREMESP) - "Plano de Assistência Médica Viável". São Pau-

10. ofício circular n. 122/89, setembro de 1989.

52- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA (APM) - "Plano de Saúde - Projeto APM". São Paulo, mimeo, 1991.

53- CREMESP - idem ao item 51, pag.5

54- CREMESP - idem ao item 51, pag. 6

55- CAMPOS, PEDRO MARSET - "Políticas Neoliberales en Salud",
In: DIVULGAÇÃO SAÚDE EM DEBATE, n. 2. CEBES, março de 1990,
pag. 32.

56- CREMESP - idem ao item 51, pag. 6 e 7.

57- CREMESP - idem ao item 51, pag. 8

58- APM - idem ao item 52. Capítulo: "Funcionamento".

59- CREMESP - idem ao item 51, pag. 9.

60- CREMESP - idem ao item 51, pag. 10.

61- FREUD, SIGMUND - "Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise (1912)", In: EDIÇÃO STANDARD BRASILEIRA DAS OBRAS DE SIGMUND FREUD. Rio de Janeiro, IMAGO Ed., 1969. Vol. XII. pags. 168, 173, 174 e 175.

62- FREUD, SIGMUND - op. cit. no item 59, pags. 174 e 175.

CAPÍTULO III

O ESTADO E A ATENÇÃO À SAÚDE: CONFLITOS E CONTRADIÇÕES NA IMPLANTAÇÃO DO SUS E A ENTRADA EM CENA DOS MUNICÍPIOS

a- CONSIDERAÇÕES SOBRE A ADMINISTRAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE:

Uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos dirigentes dos Sistema Público de Saúde é a de colocá-los realmente à serviço da promoção do bem-estar coletivo, utilizando, em cada circunstância, os recursos disponíveis da maneira mais produtiva possível.

Na realidade, o conjunto de conhecimentos acumulados sobre o Planejamento e a Gestão de serviços públicos de saúde

é muito pobre, não conseguindo sequer tratar de todas as dimensões e das contradições determinantes da ineficácia econômica (baixa produtividade), social (impotência em promover o bem-estar) e mesmo técnica (incapacidade de resolver problemas de saúde) dos sistemas estatais.

Há até explicações históricas para este fenômeno: todas ligadas ao fato das práticas médico-hospitalares haverem se desenvolvido enquanto uma atividade estreitamente ligada ao mercado. A constituição do saber clínico e a extensão da assistência médico-sanitária, durante décadas e em quase todo o mundo, obedeceram a uma dupla determinação: a da lógica deste campo de disciplinas sobredeterminada pela dinâmica do desenvolvimento capitalista. Os serviços estatais, originadas em um período posterior ao surgimento da clínica, não conseguiram mais do que transferir técnicas administrativas e de planejamento já empregadas no setor privado.

Não se desenvolveu uma cultura voltada para a organização dos processos de trabalho e para a gerência que considerasse as especificidades da produção de serviços de saúde

segundo o interesse público. Mesmo os analistas marxistas têm tropeçado neste obstáculo. Via de regra, partiu-se para uma analogia direta com o processo de capitalização e de empresariamento que vinha acontecendo em outras áreas da produção de bens e serviços, supondo-se a existência de uma identidade também nos modos como ocorreram a divisão do trabalho e a formação de especialidades na saúde e em outras atividades produtivas. (1)

No entanto, na área da saúde o desenvolvimento capitalista não tornou residual a prática autônoma do exercício profissional, mesmo naquelas grandes unidades produtoras de serviços como o são os modernos hospitais. Não só houve um tipo muito particular de integração ao processo coletivo de trabalho, como é ainda no hospital - público e privado - onde continua sendo produzido o saber clínico e boa parcela da ideologia médico-liberal. A causa da preservação desta especificidade esta na posição central que o hospital ocupa na maioria dos sistemas de saúde, subordinando à sua dinâmica todas as outras modalidades assistenciais. E é também aí onde

se localizam o grosso do ensino e da pesquisa em vários ramos do campo da saúde.

A cultura administrativa do hospital é, portanto, muito peculiar. Nestas unidades, e este é sem dúvida o caso do Brasil, há um razoável grau de autonomia do corpo clínico e, mais recentemente, mesmo de outros profissionais com formação universitária.

Em decorrência, pode-se afirmar que na maioria dos hospitais públicos e privados os processos de gestão e de planejamento são ainda muito primitivos, predominando um estilo de administração voltado para o atendimento daquela parcela da demanda que interesse ao corpo clínico ou as direções, selecionada centralmente segundo critérios de retorno financeiro para as instituições.

Nas formas de produção em que predominam as práticas de mercado esta indigência gerencial estende-se ao conjunto do sistema. Visto que a distribuição de recursos não resulta de planos que busquem atender necessidades da população e racionalizar gastos. Assim, são dispensados os diagnósticos

epidemiológicos, os programas de distribuição regionalizada e hierarquizada de recursos físicos, de equipamentos e de pessoal. A lógica do mercado comanda, nestes casos, a oferta e distribuição de serviços. E, historicamente, há uma ligação umbelical entre a prática clínica curativa e o mercado.

No entanto, mesmo em países capitalistas, o Estado acabaria tendo que criar serviços públicos de atenção à saúde individual e coletiva, desenvolvendo-se aí novas experiências de planejamento e gestão de serviços de saúde. O surgimento de Sistemas Públicos, como o Inglês, ou mesmo de serviços estatais isolados, como no Brasil, obrigou o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre a gerência em saúde em situações diferentes daquela descrita pelo liberalismo clássico.

Apesar das semelhanças entre alguns aspectos da gestão e da organização do processo de trabalho nas formas privadas e públicas de produção de serviços, não há como desconhecer que se criou uma cultura administrativa específica no setor estatal.

Inicialmente, o estado ocupou-se dos problemas cole-

tivos - epidemias, endemias, controle do espaço urbano e do meio ambiente -, em geral resultantes da rápida urbanização e do desequilíbrio do crescimento econômico capitalista. Para a execução destas tarefas foram instituídas estruturas de poder bastante centralizadas. Inspiradas que foram nas técnicas da administração militar ou de atividades gerais de fiscalização, segundo era tradição da ação estatal naquele período (século XVIII e XIX na Europa e início do século XX no Brasil).(2)

Assim, foram articuladas as "campanhas sanitárias" e os serviços de saúde, organizados verticalmente e voltados para o controle de alguns problemas específicos. Estes sistemas, durante anos, funcionaram de forma paralela à medicina de mercado, mantendo um distanciamento recíproco. No Brasil, esta situação perdurou, certamente, até os anos cinquenta.

Posteriormente, com a intromissão do Estado na atenção individual, foram incorporados à máquina pública algumas unidades com atuação permanente - hospitais, ambulatórios e centros de saúde -, obrigando os governos a sofisticarem o

instrumental de gestão dos sistemas de saúde. É, desta época, a adaptação de noções da Teoria Geral da Administração à área de saúde: passando-se a utilizar, então, o Planejamento normativo, administração de recursos humanos, financeiros e materiais, avaliação de resultados, etc. (3)

No Brasil, com a ampliação das funções assistenciais do estado ocorreu uma combinação dos dois estilos de administração sanitária existentes: o liberal e o da saúde pública. Infelizmente, contudo, esta síntese reteve o que poderíamos considerar como "o pior de cada um destes dois mundos". Da tradição estatal conservou-se a estrutura rígida e centralizada, a gestão burocratizada e autoritária, mas permeável ao clientelismo e as várias formas de utilização privada da coisa pública. Da tradição liberal conservou-se a autonomia relativa dos profissionais, especialmente dos médicos, o que sem os estímulos pessoais do mercado redundou em uma profunda alienação dos servidores de suas obrigações mais pequenas.

Esta trajetória histórica, em certa medida, explica como a questão da gerência de sistemas de saúde transfor-

mou-se, hoje, em um desafio estratégico. Um dos elementos centrais para a recuperação dos sistemas públicos, para sua transformação em instrumentos de defesa da vida.

b- O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL E O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO:

A área pública, no Brasil, opera diretamente 20% dos hospitais, realiza de 2 a 3 milhões de internações por ano e ainda compra outras 7,5 milhões dos serviços privados contratados pelo SUS. Teoricamente, essa imensa rede de unidades próprias e contratadas deveria garantir assistência hospitalar e de urgência a 80% da população brasileira.

Em relação ao atendimento ambulatorial e à Saúde Pública - ações de promoção, prevenção e de controle de problemas sanitários de dimensões coletivas -, a influência do poder público é ainda maior. Em termos do atendimento individual ambulatorial, o SUS realiza 86,1% das consultas médicas básicas. Tais índices foram alcançados após a vigência da política de delegação destas atividades ao nível local e estadual, conforme era previsto no decreto de criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987.

No entanto, ainda é grande o peso dos serviços privados no atendimento da demanda supostamente classificada como de urgência - 45,9% dos procedimentos denominados de emergência. Na verdade, estima-se que apenas 20 a 30% dos casos assim classificados deveriam, de fato, ser considerados de urgência. O restante é constituído por problemas que exigiriam intervenções de pequena complexidade tecnológica, mas que devido a plethora e a baixa produtividade da área pública acabam desaguando nos serviços de Pronto-socorro públicos e privados.(4)

Os hospitais privados desenvolveram uma nova modalidade assistencial para dar conta deste tipo de demanda: os curiosos Pronto-atendimentos; que, em geral, nem estão equipados para a adequada atenção às urgências, nem têm estrutura de ambulatórios, não conseguindo efetivar adequadamente, portanto, nenhuma das duas funções. São verdadeiras máquinas de produzir consultas, que do ponto de vista assistencial, no máximo, aliviam algum sofrimento imediato; mas que, sob a perspectiva comercial e a do pseudo-atendimento à demanda,

tem eficácia relativa.

Inegavelmente, a principal mudança no modelo assistencial brasileiro, durante a década de oitenta, foi o crescimento dos serviços públicos municipais, particularmente por meio do incremento da atenção básica. Com a implantação do SUDS(1987), reforçou-se uma tendência já prenunciada a partir da vigência do programa de Atenção Integrada à Saúde(AIS, 1983), de aumento dos repasses financeiros do governo da União - por intermédio do INAMPS - para custeio e investimento nos sistemas municipais e estaduais.

Em 1981, os estados e municípios receberam 5,13% do total de gastos executados pelo INAMPS; a partir de 1987, verificou-se uma tendência do referido percentual estabilizar-se em algo próximo a 16%. (05)

Um dos resultados deste investimento foi a ampliação da rede de unidades básicas, centros de saúde e ambulatórios dos estados e municípios; hoje responsáveis pela realização de mais de 50% das consultas médicas do SUS, por quase todos os programas de imunização, controle de endemias e epidemias

e por 150 milhões de procedimentos básicos de enfermagem/ano.

(06)

Contudo, apesar do predomínio da área pública na assistência ambulatorial e de sua exclusividade nas ações de Saúde Pública, o perfil do financiamento do SUS ainda reflete a hegemonia da política neoliberal. Em 1990, por exemplo, 71,7% dos gastos da União com a rede ambulatorial foram destinados aos serviços contratados (filantrópicos e privados); enquanto que apenas 28,4% foram para os estados e municípios. Por estranho que possa parecer, os que menos receberam realizaram 64,5% das consultas médicas e um sem número de novas atividades no campo das ações coletivas de saúde. (07)

De qualquer forma, as leis que criaram o SUS (1988 e 1991) sugeriam a implantação de um novo modelo assistencial, ou, melhor dizendo, previam a construção de um novo desenho institucional para o sistema brasileiro. Uma das novidades, que nos interessaria aqui examinar, é a diretriz que recomendava a descentralização de um conjunto de responsabilidades, de recursos financeiros e de poder para o município.

Susana Belmartino, discutindo a questão da descentralização no âmbito de políticas neoliberais para a saúde, apontou alguns aspectos marcadamente contraditórios destes processos, os quais julgo oportuno tomar como guia para o exame do caso brasileiro, onde a descentralização resumiu-se, centralmente, em um movimento incompleto de municipalização.

"Las propuestas descentralizadoras pueden introducir también una ambigüedad que es no sólo actual, sino que hunde profundamente sus raíces en la historia...

... la descentralización puede remitir o bien a una distribución real de poder, o bien a una distribución de cargas estatales. En el primer caso determinados ámbitos territoriales amplían su poder efectivo haciéndose cargo de funciones y recursos anteriormente en manos del poder central... En el segundo caso se traslada al nivel local la carga de la crisis económica y las consecuencias sociales de la retracción del gasto fiscal, se introduce una atomización de las demandas buscando disminuir los conflictos explicitados a nivel central." (08)

O processo de descentralização implementado no Brasil a partir de 1987 é pleno de ambiguidades, combinando elementos das duas alternativas teóricas sugeridas pela autora.

Inegavelmente, as políticas do SUDS e, hoje, a do SUS, ampliaram as responsabilidades sanitárias e, em certa medida, a cota de poder do nível local. Mas, ao mesmo tempo, também se distribuíram encargos do poder central para os municípios, sem uma contrapartida financeira adequada e sem uma plena delegação de autonomia gerencial e política ao nível local.

Do ponto de vista assistencial, a Lei Orgânica da Saúde estipula a existência de um comando único a cada nível de governo, e atribui ao município a gerência e a execução de todas as ações de saúde em sua abrangência territorial. O que cria uma responsabilidade do poder local com a atenção individual (básica, especializada e hospitalar), e com diversas outras modalidades voltadas para a promoção e prevenção da saúde. (09)

O efetivo cumprimento destas diretrizes exigiria um

revolucionário movimento de descentralização: já que, historicamente, órgãos nacionais - como o INAMPS e o Ministério da Saúde - e estaduais, concentraram parcela importante das unidades públicas de saúde. Isso, sem considerar a função de compra de serviços privados, que esteve a cargo do INAMPS até 1987, ocasião em que, graças ao estipulado no decreto do SUDS, foi em parte delegado às Secretarias estaduais. Recentemente, a partir de janeiro de 1991, essa atribuição voltou a concentrar-se no INAMPS, agora vinculado ao Ministério da Saúde. (10)

A Lei Orgânica da Saúde, promulgada em setembro de 1990, é bastante explícita quando trata do assunto, deixando claro o compromisso dos governos federal e dos estados com a descentralização. O seu artigo 16 estipula:

"à direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS compete:...; XV- promover a descentralização, para as unidades federadas e para os municípios, dos serviços de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;" (11)

Na realidade, não ocorreu um movimento de descentralização na medida necessária para tornar letra viva os artigos que tratam do tema dentro da Lei que regulamentou o SUS.

O controle e a supervisão dos contratos e convênios do SUS com o setor privado, não foram delegados aos municípios. Por um curto espaço de tempo, houve exceções em algumas localidades dispersas pelo país, em particular no estado do Rio de Janeiro. Permanecendo, portanto, com os estados e com o governo central a gerência de 80% da capacidade instalada no setor hospitalar do SUS, bem como metade dos recursos financeiros gastos pelo poder público em saúde.

A desarticulação entre o poder local e a área hospitalar tem sido agravada pela dificuldade concreta de se estabelecer qualquer nível de integração entre os sistemas locais e os hospitais universitários e de ensino. Aqui, nem se poderia falar em uma futura unificação, já que a Lei do SUS assegurou "autonomia administrativa" aos serviços universitários, determinando tão somente sua "integração ao

SUS". (12)

Neste momento, valeria fazermos uma pequena digressão sobre a eficácia operacional da famosa diretriz da "integração institucional", cantada em prosa e consensualmente louvada em todos os textos de planejamento em saúde. Durante toda a década de oitenta, enquanto vigiram as políticas das AIS e depois do SUDS, essa foi a pedra de toque do discurso racionalizador.

Imaginava-se possível a instituição de um planejamento racional nos serviços públicos, sem a reforma radical da estrutura então vigente. Supunha-se que a integração de instituições com políticas distintas e representando interesses diferentes, fosse não só viável como suficiente para instaurar novos estilos de gestão da coisa pública.

Enfim, objetivando a conciliação de interesses estruturados, propunha-se a "integração" ao invés da unificação institucional, o que adiava a instauração de comandos únicos por nível de governo, teoricamente mais permeáveis ao controle e a fiscalização da sociedade.

Considero o discurso da "integração institucional" como sendo uma verdadeira ideologia, que procurou justificar a impotência do estado em alterar os padrões de utilização privada dos serviços públicos de saúde.

A unificação sempre representou uma ameaça para os interesses particulares de categorias profissionais, setores de empresários com "anéis burocráticos" bem estabelecidos, dos partidos e grupos políticos, que utilizavam as instituições como instrumento de poder, etc. Neste sentido, o desafio da unificação do sistema, mais do que um questão técnico-administrativa, é um problema político.

A experiência nacional dos anos oitenta, é uma comprovação de que os mecanismos de integração - como convênios, planejamento integrado, termos de compromisso - não são suficientemente poderosos sequer para criar um processo de resgate da função pública do SUS. O distanciamento dos hospitais universitários do dia a dia do SUS, só confirma as debilidades da perspectiva "integradora".

Só esses fatos, já seriam suficientes para demons-

trar os limites tanto da descentralização inacabada, como da suposta existência de um comando único a cada nível de governo.

Não há, na prática, sistema único se o poder local não tem competência legal e técnica para integrar a rede hospitalar ao modelo. O resultado desta unificação parcial e desta municipalização incompleta, é que não se estão criando condições para o enfrentamento das contradições decorrentes do predomínio da lógica neoliberal nos hospitais - conforme foi demonstrado no Capítulo II. Restando aos municípios, em relação à atenção individual, o comando da execução de ações básicas, atendimento às urgências e, eventualmente, algumas especialidades: saúde mental, reabilitação, entre outras menos frequentes.

Esta situação não tem imposto obstáculos à viabilização da forma liberal de produzir serviços, já que o crescimento da assistência pública não alterou a dupla vinculação de profissionais ao estado e a iniciativa privada, e nem vem substituindo a oferta privada de atenção.

Mesmo quanto a delegação de competência para a atenção básica e programas de saúde pública, o processo de municipalização é heterogêneo. No estado de São Paulo, por exemplo, onde a descentralização assistencial antecede o SUS, foram repassadas a quase todos os municípios do interior antigas unidades ambulatoriais e centros de saúde, anteriormente vinculadas ao INAMPS ou ao governo do estado. Contudo, na cidade de São Paulo - onde vive um terço da população do estado - permanece o status anterior, convivendo inúmeras instituições públicas, com distintos comandos e diferentes lógicas de gestão.

A situação em várias outras cidades não é diferente: no Rio de Janeiro, Vitória, Porto Alegre, Curitiba, e em diversas outras localidades ainda não ocorreu sequer a unificação da atenção básica.

No campo da saúde coletiva o quadro também é bastante confuso. Não há ainda definições precisas das atribuições dos diversos níveis de governo. Vigilância epidemiológica e sanitária, saúde do trabalhador, controle de endemias, são de

competência de todas as instâncias, sem maior detalhamento de quem faria o que e sem uma estratégia consensual voltada para a superação das deficiências do SUS nestas áreas. Os recentes exemplos da epidemia de dengue e da ameaça do cólera, foram ilustrativos. Criando-se uma situação em que todos podem ser tanto responsabilizados como absolvidos de qualquer responsabilidade frente à falência das ações da Saúde Pública.

De qualquer maneira, houve uma ampliação dos poderes dos municípios após a Lei do SUS. Teoricamente, cada local poderia compor o seu próprio modelo assistencial, desde que respeitadas algumas normas genéricas referentes ao relacionamento com o setor privado, por exemplo, e tendo em conta os limites impostos pelos mecanismos de financiamento.

Esta autonomia relativa do nível local, criou uma situação inusitada para os padrões brasileiros de administração pública. Ao menos enquanto possibilidade, estariam criadas as condições para a construção de experiências diferentes, conforme a linha política de cada governo local, o quadro epidemiológico prevalente em cada região, a sua disponi-

bilidade financeira, ou ainda o grau de controle político que cada comunidade conseguir impor à direção do sistema local. Como tendência, pode-se prever com antecipação um desenvolvimento heterogêneo das várias regiões e municípios.

Aparentemente, nem os analistas do movimento sanitário e nem os dirigentes governamentais, já avaliaram em toda sua extensão as possíveis consequências do modelo de estrutura descentralizada adotado pelo país. Ou seja, o SUS provavelmente não será um serviço nacional com características, normas e programas uniformes. Os modos de organização das unidades de saúde, a política de recursos humanos e de gerência, certamente, serão distintos, a depender do contexto local e de sua relação com as políticas mais globais. O SUS, portanto, nunca terá a regularidade organizacional de uma Empresa Brasileira de Correios e Telegrafos, onde cada serviço é sempre muito semelhante a outro.

Uma das consequências desta opção política, é que, guardados os princípios legais, a influência dos órgãos federais e estaduais sob os sistemas locais sempre terá que ser

ou negociada, ou imposta por meio de pressões e de constrangimentos econômicos e políticos.

Por outro lado, gradativamente tenderá a recair sobre as autoridades municipais a pressão social por acesso e pela construção de novos padrões de produtividade e de eficácia para o SUS. Mesmo porque, segundo a Lei, todas as atividades assistenciais e de atenção à saúde de âmbito local, caberiam aos sistemas locais.

Assim, delegou-se ao município a tomada de iniciativas em relação a qualquer risco ou necessidade de saúde, ainda quando restritas à identificação dos problemas e ao pedido de socorro às demais instâncias de poder. A omissão do SUS local tornou-se indesculpável perante a opinião pública, o que significa alívio para as instâncias do poder central do estado. Cumprindo-se, neste caso, a previsão de Susana Belmartino, que já antecipava o conteúdo diversionista que podem assumir processos de descentralização da estrutura estatal.

De qualquer maneira, o principal fator limitante do avanço da descentralização é a dependência financeira do po-

der local dos governos dos estados e da União, já que vem se constatando que os recursos próprios dos municípios são insuficientes mesmo para o custeio do conjunto de serviços que lhes coube executar.

Durante o período das AIS e do SUDS, a transferência de recursos para os municípios dependia sempre de acordos políticos com o poder central. O resultado deste estilo de "planejamento" foi tornar qualquer planejamento a nível local ou regional impossível. Nenhum sistema municipal conseguia prever o valor e a ocasião em que receberia suas dotações. Como não poderia deixar de ocorrer, tendo em vista a predominância de tais critérios "políticos", instalou-se uma acentuada desigualdade no valor dos repasses de cada município. E aqui pouco influenciava o número de habitantes, a capacidade instalado ou problemas sanitários de cada local; valia mesmo a negociação clientelista entre prefeitos e secretários estaduais e autoridades do nível federal.

Alguns analistas consideram esse período como a época áurea do planejamento em saúde no Brasil.(13) Isso por-

que, a partir de 1983, os convênios assinados entre municípios e o INAMPS, ou entre as secretarias estaduais e os primeiros, obrigavam a elaboração de calhamaçudos Planos Diretores. Sem o que não aconteceria o repasse financeiro. As planilhas eram padronizadas para todos, e o planejamento de atividades baseava-se na capacidade física instalada e produtividade máxima dos serviços municipais de atenção individual. O montante solicitado dependeria, portanto, da capacidade potencial de produção de serviços e dos planos de expandi-los. Na realidade, a estreiteza dos parâmetros e da metodologia adotada, pouco influenciou no desenvolvimento dos modelos, porque esses Planos tiveram valor exclusivamente formal. Quando muito, balizavam limites máximos, já que o martelo batia sempre segundo os interesses políticos partidários ou do clientelismo mais rastaquera. (14)

Luiz Carlos Cecílio, em outubro de 1990, assim resumiu a resultante do período "dourado" do Planejamento em saúde:

"Na verdade, o que se observa é um descré-

dito crescente por parte dos gerentes do sistema, nos seus vários níveis, em relação à aplicação do instrumental de planejamento, porque critérios políticos partidários, na conjuntura recente, prevaleceram sobre os técnicos. Na medida em que o Planejamento do SUDS tornou-se, quase que exclusivamente, instrumento de captação de recursos dos níveis superiores e uma vez que a distribuição dos mesmos não ocorria a partir de "Planos", é natural que o modelo, a despeito de sua importância, entrasse em descrédito." (15)

É evidente que esta situação desagradava a uma boa parcela dos dirigentes de saúde. Aliados ao movimento sanitário, conseguiram incluir na Lei do SUS uma série de dispositivos de regulamentação do financiamento do sistema de forma mais equânime. Ficando então estabelecido que os valores a serem transferidos para os estados e municípios deveriam obedecer a uma combinação de critérios técnicos, como "o perfil epidemiológico e demográfico de cada região", "características quantitativas e qualitativas da rede de saúde", entre outros. Mas principalmente conseguiu-se definir

que;

"Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independente de qualquer procedimento prévio." (16)

No entanto, o Ministério da Saúde, em 1991, acabou sintetizando todos esses critérios em uma fórmula que remunerava cada município pelo volume de procedimentos individuais realizados. Adotando um sistema muito semelhante ao já utilizado para o pagamento dos hospitais e clínicas privadas. O critério populacional entrou somente no cálculo do valor de cada procedimento, variável conforme a proporção de habitantes de cada estado em relação ao total do país. Os recursos para novos investimentos continuam na dependência de negociações e acordos políticos. (17)

A adoção da nova sistemática trouxe para o setor público elementos da lógica de mercado, em acordo com o que já vinha recomendando o pensamento neoliberal. Assim, o diri-

gente local que pretender obter um maior volume de recursos, terá que adotar uma racionalidade semelhante a que preside os hospitais privados quando se relacionam com o SUS. Incentivar a produção de atos melhor remunerados, reprimir ou não realizar procedimentos custosos ou não contemplados na lista dos rentáveis - como quase todas as ações de âmbito coletivo, por exemplo.

Por outro lado, para os municípios, a ser cumprida a Lei, criou-se uma expectativa de previsão orçamentária. Espera-se que pelo menos será pago o realizado.

Contudo, é evidente que o modelo mais rentável será o do Pronto-atendimento; centrado em um grande número de consultas médicas com escassa utilização de procedimentos mais complexos. Podendo-se arriscar uma previsão de que os sistemas locais tenderão a afastar-se das áreas de reabilitação, urgência, hospitalar e de saúde pública.

Apesar de todos estes aspectos contraditórios, não há como negar que houve uma ampliação tanto do poder como da autonomia gerencial e assistencial do município. Um dos in-

dicadores concretos deste fato é o súbito interesse das forças que compõem o bloco neoliberal pelo nível local. Não só reconhecem a nova realidade da descentralização, como têm buscado interlocução com os secretários e Conselhos municipais de saúde. A exemplo das entidades médicas, que vem tentando viabilizar seu "Plano de Saúde" por meio de negociações com as duas principais instâncias de poder local: dirigentes do executivo e Conselhos. Consideram-nas competentes para a assinatura dos convênios de credenciamento universal, conforme sugerido por sua política.

O processo de ampliação do poder das secretarias municipais de saúde iniciou-se após a vigência das Ações Integradas de Saúde (1983), manteve-se com o SUDS (1987) e consolidou-se com a Lei que regulamentou o SUS (1990). Essa delegação de autoridade acompanhou-se da instituição de Conselhos, que trouxeram para a saúde a prática da gestão colegiada.

Inicialmente, os convênios impostos aos municípios para o recebimento de repasses financeiros, obrigavam-nos a constituírem Conselhos Interinstitucionais, integrados pelas

várias organizações públicas e privadas que compunham o sistema local ou estadual. Previam-se também a participação da "comunidade"; sem, contudo, maiores especificações sobre o peso de cada segmento nestes colegiados. Na verdade, na maioria dos casos, os Conselhos reuniam quase que só representantes institucionais, deliberando sobre o Plano Diretor de saúde, sobre a contratação de serviços privados e outros temas de menor importância. (18)

O objetivo estratégico da instituição destes Conselhos era o da integração interinstitucional, como sua própria denominação indicava. Tentando-se atenuar os efeitos desagregadores resultantes do gerenciamento independente de vários órgãos públicos.

Na prática, tiveram uma contribuição positiva ao trazerem para o município técnicos especializados em planejamento e conhecedores das modernas noções de gerência. Por outro lado, não chegaram nunca a ocupar posição real de comando dos sistemas locais. Foram mais órgãos assessores do poder executivo, que não dividiu seu poder quase que absoluto de ges-

tão. Frequentemente, serviram também como mecanismo de pressão dos órgãos centrais sobre os municípios. Raramente, transformaram-se em colegiados com poder efetivo; mesmo porque sua principal atividade - elaboração e aprovação dos Planos Diretores de Saúde - tinha uma importância meramente formal ou legal.

A composição das Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS) era bastante variada. Na maioria, participavam exclusivamente órgãos públicos: Secretarias municipais e dos estados, INAMPS e, eventualmente, universidades. Em muitas, incluíam-se representantes dos serviços privados contratados: dirigentes de hospitais privados ou filantrópicos. Em algumas, conseguiu-se uma representação independente da sociedade civil: sindicatos de trabalhadores e associações de bairro. As Comissões Estaduais (CIS) tiveram um funcionamento mais irregular ainda. Em geral, a convocação do plenário e a definição da pauta ficavam a cargo dos secretários estaduais, que só as reuniam obrigados por alguma imposição legal.

c- SOBRE AS FORMAS DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO:

Vários segmentos do movimento sanitário sempre apostaram na participação popular, não só como um direito da cidadania, mas também enquanto um mecanismo útil à reforma do sistema de saúde. De tanto se repetir essa consigna, ela acabou por se transformar em uma espécie de senso comum. Todos os manuais sobre organização de serviços de saúde passaram a incluir recomendações sobre a conveniência da "participação comunitária.

Entendo que a proposta de gestão colegiada das Comissões interinstitucionais representou uma variante tecnocrática e empobrecedora do conceito de democracia direta. De fato, por imposições políticas e técnicas, foram criados Conselhos, mas procedeu-se a uma neutralização do potencial transformador de uma gerência realmente democratizada. Na medida em que a sociedade não conseguiu ainda romper os limi-

tes desta forma pasteurizada de controle social, ficou a ver-
são de que os limites possíveis da democracia direta são os
mesquinhos contornos do projeto burocrático.

Os inconformados - trabalhadores de saúde, parcelas
do movimento sindical e popular e alguns partidos políticos -
trataram de organizar movimentos para alterar a legislação
sanitária no que se referia ao controle social. Defendiam a
criação de Conselhos com poder deliberativo e com representa-
ção das autoridades do executivo, mas dentro de uma composi-
ção onde a sociedade civil fosse majoritária. Esta proposta
conseguiu apoio de inúmeras Secretarias municipais, sendo -
durante o ano de 1989 - incorporadas a várias Leis orgânicas
de saúde. (19)

Posteriormente, em 1990, o Congresso Nacional in-
cluiu-a no projeto da Lei que regulamentava o SUS. Depois de
uma série de tergiversações e de vetos, a Presidência da Re-
pública editou uma nova Lei que dispunha sobre a
"participação da comunidade na gestão do SUS". No novo tex-
to, foram criados a Conferência e os Conselhos de Saúde. So-

bre os Conselhos ficou estabelecido:

"O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos financeiros e econômicos, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo." (20)

Sobre sua composição ficou definido que:

"A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos." (21)

Percebe-se que o essencial da concepção sobre participação social do movimento sanitário, foi transformada em lei. No entanto, daí até sua institucionalização há um bom caminho. De fato, a operacionalização do texto legal vem ocorrendo de forma desigual nas várias instâncias do aparelho

estatal. Alguns municípios conseguiram estruturar Conselhos com relativa autonomia do poder executivo. Inclusive, delegando a cada segmento a eleição dos seus representantes. Em outras localidades, o Conselho é uma extensão do executivo, já que até mesmo os representantes dos usuários são de escolha das autoridades constituídas.

Em geral, não se pode considerar que esteja consolidado na área pública experiências de gestão colegiada. A responsabilidade pela implementação de formas mais democráticas de gerência, em grande medida, passa agora aos setores organizados da sociedade. O texto legal não elimina automaticamente a resistência difusa à democratização sempre presente no aparelho estatal; já que, via de regra, os governantes nem sempre têm interesse na implementação de organismos que limitem seu próprio poder.

De qualquer forma, é notório o predomínio do poder executivo nos sistemas locais. O arbítrio dos secretários de saúde e do prefeito é grande. Raramente outros sujeitos sociais conseguem contrarrestar as políticas deliberadas pelo

governo.

Há também, internamente ao aparelho burocrático, um razoável grau de subordinação da saúde às denominadas áreas meio: administração, finanças e seção jurídica. São frequentemente observados conflitos entre as diferentes lógicas destas instâncias burocráticas. A não realização de reformas administrativas que readequem a estrutura municipal de saúde às suas novas funções, tem se constituído em um sério obstáculo a implantação do SUS.

Assim, ainda não foram reformuladas uma série de normas sobre compra de equipamentos e de insumos incompatíveis com as particularidades do sistema sanitário. As regras para contratação, treinamento e as carreiras do conjunto do funcionalismo público, quase que sempre, são inadequadas às exigências do processo de trabalho nos serviços de saúde. Sem uma reforma da administração pública que desconcentre estas responsabilidades, certamente não será viável a melhoria da produtividade e da qualidade dos sistemas locais.

Em síntese, poderíamos concluir que o processo de

descentralização na área pública de saúde não se completou. Como resultado, a maioria dos municípios vem organizando modelos assistenciais centrados na atenção médico-sanitária básica e no atendimento de urgências médicas.

O leque de serviços usualmente a cargo dos municípios é produto tanto deste processo de descentralização incompleta como da tradição assistencial deles. Desde o tempo da Lei que criou o Sistema Nacional de Saúde, em 1975, é atribuição do nível local o atendimento às urgências: quer por meio de unidades de Pronto-socorro, quer pelo transporte de pacientes. Em algumas localidades do interior do estado de São Paulo, a cada ano, até 25% da população utiliza-se dos serviços municipais de remoção de pacientes para cidades vizinhas. (22)

Progressivamente, e principalmente a partir da década de setenta, vários municípios criaram serviços de atenção primária: postos e centros de saúde; dividindo com as Secretarias estaduais a atenção aos habitantes da zona rural e da periferia dos centros urbanos. Esta tendência acentou-se nos

anos oitenta com o incentivo da política das Ações Integradas de Saúde (AIS); e consolidou-se após os convênios do SUDS.

A imagem objetivo dos projetos locais era a da "integração sanitária", discurso que supunha possível e conveniente a articulação, na rede básica, de ações de saúde pública com a atenção médica individual. Tal movimento representava uma novidade para o setor público, já que os Centros de Saúde haviam se especializado e somente trabalhavam sobre a ótica dos "Programas de Saúde": pré-natal, saúde da criança, controle de hanseníase, tuberculose, etc.

A experiência do nível local com atenção individual resumia-se ao atendimento de urgências. Em geral, a atenção individual ficara a cargo do governo federal, que por meio do INAMPS estimulava o desenvolvimento de uma ampla rede de hospitais, clínicas e pronto-atendimentos privados.

Oswaldo Tanaka, considera que a elaboração de modelos assistenciais mais abrangentes para o nível local ocorreu dentro de um tumultuado processo de construção de novas referências teóricas. Para ele, a Fundação SESP (Serviços Espe-

ciais de Saúde Pública), seria uma espécie de precursora da defesa e operacionalização de serviços públicos de atenção integral:

"Apesar de criação desse serviço (SESP) ter sido ocasionado por motivos estratégicos, resultou concretamente na implantação de suas unidades com a necessária integração entre as ações curativas e preventivas, fossem de caráter individual ou coletivo... O SESP se apresentava como um modelo alternativo aos serviços monovalentes ou mesmo aos Centros de Saúde." (23)

O professor Reinaldo Ramos era da mesma opinião. Ele também avaliava que a Fundação SESP, embora atuando em áreas restritas - regiões onde o capitalismo industrializado não se firmara -, representaria a experiência nacional mais avançada de integração sanitária. (24) No entanto, devido às suas características especiais, "...o SESP foi mantido como uma estrutura isolada no contexto da atenção à saúde, tendo pouca influência na definição das diretrizes políticas fosse

da assistência médico-sanitária ou da assistência médica individual, principalmente nos estados em acelerado processo de industrialização".(25)

Parte destas diretrizes foram retomadas pelo Movimento de Medicina Comunitária das décadas de sessenta e setenta, com uma ênfase crítica no fenômeno da "medicalização", induzida pela prática clínica tradicional, e uma defesa de inúmeros mecanismos de "mobilização da comunidade", objetivando diminuir a separação entre profissionais/serviços de saúde e a clientela.(26)

O tom crítico da medicina comunitária foi abrandado quando do projeto das AIS. Conforme testemunho do próprio Tanaka, um dos protagonistas da implantação desta política em São Paulo, naquela ocasião voltou-se a perseguir centralmente a incorporação da clínica às unidades básicas de saúde:

"A partir de 1983...pude participar do processo de expansão da rede básica e da implementação das propostas de integração dos serviços de saúde. Neste senti-

do, a incorporação da assistência médica individual de caráter curativo foi uma das principais estratégias utilizadas para a concretização das diretrizes políticas ao nível municipal." (27)

Hoje, podemos considerar que os denominados Centros ou Postos de Saúde, ou ainda Unidades básicas, são o núcleo do modelo assistencial dos sistemas locais. Em geral, têm o seu processo de trabalho organizado segundo algumas das modalidades copiadas a um dos períodos históricos referidos.

A maioria adotou a modalidade do Pronto-atendimento: com uma composição de recursos humanos em que predominam os médicos e auxiliares ou atendentes de enfermagem, voltados para o atendimento da demanda espontânea - intercorrências clínicas -, com pequeno volume de ações programadas: vacinação, pré-natal e um pouco de puericultura. Alguns serviços permanecem inspirados nas recomendações da Medicina Comunitária e, poucos, ainda são organizados segundo o recorte dos Programas de Saúde Pública. Como já foi anteriormente sa-

lientado, não há ainda apoio especializado e hospitalar sistemático às unidades básicas dos municípios. Por outro lado, em algumas localidades foram criados laboratórios e unidades de apoio, o que potencializa a autonomia e eficácia dos sistemas locais.

De qualquer forma, apesar do crescimento do número de unidades de atenção básica, elas ainda não conseguiram, como regra geral, concretizar a utopia da "integralidade sanitária".

Estudando a origem da concepção que vê o Centro de Saúde como núcleo básico e central da atenção médico-sanitária, encontraremos que ela surge como um sucedâneo público para o consultório médico. Já que o último vinculava-se ao mercado, inacessível a significativos contingentes de pessoas consideradas pobres. Na expectativa de superação dos limites da prática clínica foi proposto que as novas unidades executassem, além do atendimento clínico individual, um conjunto de ações voltadas para a promoção e prevenção da saúde.

Considero, portanto, que a proposta original de Centro de Saúde representou uma descoberta tecnológica teoricamente mais avançada do que a do consultório clínico tradicional. Certamente, esse avanço cultural só foi possível porque, desde seus primórdios, o Centro de Saúde foi pensado como um serviço público. O que permitia aos seus idealizadores maior liberdade de criação, uma vez que não se encontravam presos aos limites da lógica mercantil, elemento impeditivo do desenvolvimento integral do saber e da prática médico-sanitária até os dias de hoje.

George Rosen informa-nos que os Centros Comunitários de Saúde surgiram nos Estados Unidos da América, por volta de 1910, com a perspectiva de oferecer um novo padrão assistencial:

"...uma assistência unificada que coloque à disposição virtualmente todos os serviços ambulatoriais de saúde; uma coordenação íntima com outros recursos comunitários; uma equipe profissional de alta qualidade; e uma intensa participação e envolvimento da população a ser servi-

da." (28)

Rosen nos conta que entre os idealizadores desta nova concepção destacavam-se profissionais vinculados ao Partido Socialista, reformadores e humanistas, todos preocupados com o abandono de milhares de proletários urbanos sem acesso à medicina liberal. Uma das primeiras experiências de Centros de Saúde ocorreu na cidade de Milwaukee, em 1911, sendo o Prefeito e Diretores de saúde adeptos do Movimento Socialista. Além das inovações assistenciais, eles tentaram também "...desenvolver uma unidade local conscientemente autogovernada no meio de uma cidade grande." (29)

É interessante comentar como o movimento norte-americano de saúde pública teorizou sobre a questão gerencial, discutindo os temas da "territorialidade", da vinculação de clientela a cada distrito e da unificação dos serviços. Em 1927, Michael M. Davis, definiu que o Centro de Saúde de cada região teria as seguintes atribuições:

"a- seleção de um distrito definido

ou de uma unidade populacional....

b-, coordenação dos serviços dentro desta área, englobando tanto os meios fornecidos pelos próprios centros de saúde quanto aqueles oferecidos por outras agências." (30)

Os líderes do movimento também planejavam reformar a prática clínica. Compreenderam que a noção de Centro de Saúde poderia ser utilizada para reestruturar a atenção médica individual, principalmente por meio da prática da integração sanitária. Michel Douglas, por exemplo, chegou a ponderar que:

"... o trabalho curativo é a melhor forma de estabelecer contato para a realização de serviço preventivo... No campo do trabalho preventivo médico e sanitário há uma necessidade particular de enfatizar...que o estudo do povo deve estar ligado ao estudo da técnica. Como corolário, o trabalho curativo deve articular-se ao preventivo, de forma que o serviço procurado pelas pessoas por iniciativa própria

possa ser complementado pelo serviço que, acreditamos, os interesses mais gerais de todos requerem." (31)

Winslow, em 1919, chegou a afirmar que "A manifestação mais notável e típica do movimento de saúde pública da atualidade é o Centro de Saúde". (32)

Contudo, esse movimento não conseguiu implementar as reformas imaginadas em toda sua radicalidade. O conceito de Centro de Saúde foi reduzido, dando origem a um tipo de unidade muito próxima da que depois seria transplantado para o Brasil: um serviço voltado para populações marginalizadas e estruturado, exclusivamente, para ações preventivas e para o controle de doenças de massa vinculadas à pobreza. (33)

O fracasso das pretensões reformistas do projeto deveu-se, na opinião de Rosen, a duas ordens de problemas. Aqueles mais ligados a fatores culturais e políticos, relacionados às dificuldades do movimento conseguir despertar apoio na sociedade civil e à resistência que despertou entre as instituições médicas.

"Toda esta concepção era mais avançada que

a opinião pública, especialmente que a opinião do meio médico.... Devido em grande parte a reclamações de médicos de que a atenção médica estava sendo dada a pacientes que poderiam pagar médicos privados, por volta de 1935, este trabalho havia em sua maioria sido assumido pelo Welfare Department... Esta tentativa fracassou diante da acusação de que os indivíduos não necessitados estavam abusando de um serviço destinado só a indigentes, tema presente com variações durante uns cem anos." (34)

O segundo fator responsável pelo naufrágio da experiência reformista, foi de ordem técnico-assistencial. Os Centros de Saúde criados não conseguiram, na prática, superar um perfil de oferta de serviços muito estreito, sempre existindo uma distância muito grande entre o discurso e a prática concreta. Em razão das resistências políticas e da falta de recursos, não conseguiram efetivar a oferta de atenção clínica, limitando-se a alguns programas tradicionais da saúde pública.

"Com exceções de doenças como tuberculose, doenças venéreas e algumas doenças consideradas pertencentes à esfera da saúde pública, a maior parte da atenção médica referente a diagnóstico e a terapêutica ficou fora da área de atuação dos centros de saúde, que enfatizaram a prevenção." (35)

A experiência reformista norte-americana foi esmagada pelas condições adversas do contexto de crescimento econômico do capitalismo. Ao invés de uma reforma sanitária de cunho socializante vingou a reforma neoliberal, que passou a história com o nome de seu principal ideólogo: o relatório Flexner. (36)

Embora resistindo a tentação de estabelecer analogias diretas entre o caso norte-americano e o brasileiro, não há como deixar de compará-los. É evidente, por exemplo, a identidade entre o modelo assistencial proposto por estes pioneiros e o imaginado pelos ideólogos mais progressistas do movimento sanitário nacional. Um dos principais eixos do

nosso projeto é a defesa da criação de uma rede de unidades, que não só se transforme na principal porta de entrada do SUS, como também assegure atenção integral às pessoas e à coletividade. A inspiração no conceito original de Centro Comunitário de Saúde é inequívoca.

Por outro lado, há também no Brasil tanto o predomínio político e ideológico do projeto médico neoliberal, como das formas privadas de organização de serviços de saúde. Esse fato, faz com que a luta dos nossos reformadores seja, em certo grau, também acompanhada com uma certa indiferença pela opinião pública. Dificilmente poderíamos dizer que a luta em defesa dos Centros de Saúde, ou a favor da descentralização, esteja comovendo forças sociais com real capacidade de ação política. Há sem dúvida, um componente popular no movimento sanitário brasileiro, que não é descrito naquele do começo do século XX.

Há, no Brasil, uma reivindicação difusa por acesso aos serviços de saúde. A tradução desta expectativa em pleitos concretos é, contudo, variada. Ora, trabalhadores orga-

nizados solicitam o direitos de participar da medicina de mercado, ora defendem e lutam pela expansão dos serviços públicos, como vem acontecendo na periferia de inúmeras cidades médias e grandes e até mesmo na zona rural. Este é um dado novo, que assegura ao movimento sanitario brasileiro uma nova qualidade, talvez suficiente para dar-lhe um destino diferente do congênere narrado por Rosen.

Outra diferenca, certamente, estaria na maior amplitude da composição social do nosso movimento reformista. Além de parcelas organizadas de usuários, a adesão de técnicos e de profissionais de saúde ao projeto do SUS é superior a existente nos primórdios do movimento, quando toda a elaboração crítica e teórica, bem como as pressões sobre o estado, ficavam a cargo de um pequeno núcleo de intelectuais progressistas.

Aterrisando novamente em nosso tempo e no contexto concreto do SUS, caberia agora avaliar a atuação dos demais atores que, além do poder executivo, interferem nos rumos da atenção médico-sanitária pública.

Do ponto de vista do comportamento político e da adesão à projetos sociais, deveríamos dividir os funcionários públicos em tres segmentos: a burocracia - intelectuais do aparelho estatal, com funções de gerência, planejamento e a quem sempre é delegado parte do comando do sistema -, médicos e demais trabalhadores de saúde.

Há toda uma discussão sobre o grau de poder e o papel da numerosa camada de gerentes da máquina pública, estrato social contemporâneo à intervenção do estado na economia e nas políticas públicas. Na área da saúde sua importância tem sido decisiva. Da mesma maneira como os médicos tornaram-se os intelectuais do projeto neoliberal, seus principais teóricos formuladores: setores progressistas da burocracia pública - sanitaristas, planejadores e professores - foram os principais artesãos da teoria e da política hoje consubstanciada no SUS.

No entanto, há uma larga distância entre a elaboração de um projeto de reformas e sua encampação por forças sociais capazes de lhe dar concretude. Talvez, este seja o

dilema central do movimento sanitário: uma inteligência a procura de um corpo que lhe dê capacidade real de movimento.

Essa busca tem nos dividido. Alguns entendem que o aparelho estatal poderia desempenhar esse papel, em uma nova versão do "despotismo esclarecido". Onde constroem toda uma tática centrada no trabalho institucional. Outros, advogam a constituição de um bloco histórico suficientemente amplo para obrigar o estado a implantar reformas. Outros, chegam até a julgar dispensável o esforço desta inteligência, por entendê-la compulsoriamente dependente dos interesses dominantes. Cada uma destas perspectivas apoia-se em alguma das principais versões das teorias políticas modernas.

O marxismo tradicional não desenvolveu a noção de trabalhadores públicos e nem trabalhou mais cuidadosamente o estudo do comportamento político dos vários segmentos de servidores públicos.

Para Lênin, por exemplo, todo o funcionalismo operaria como um braço do estado e, portanto, seriam servidores da opressão burguesa. Para ele, todo o funcionalismo fazia par-

te da burocracia, um dos componentes "da máquina de opressão", com papéis equivalentes ao do "exército e da polícia". (37)

É até compreensível que os dirigentes da revolução soviética fizessem este tipo de apreciação, já que analisavam o estado absolutista russo do início do século, quando o capitalismo ainda não aplicara as diretrizes keynesianas. Após o que passamos a contar com funcionários não só envolvidos com segurança e arrecadação de impostos, mas também com a produção de serviços e até mesmo de bens, quer em sistemas voltados para a operacionalização de políticas sociais - saúde, educação, habitação, etc. -, quer em empresas públicas de transporte, mineração, do setor energético, etc.

Vertentes mais ortodoxas, ainda atribuem essa classificação aos estratos superiores da burocracia estatal. Entendendo-na como um sujeito social inerte, incapaz de qualquer ação criadora que não seja reflexo direto dos interesses dominantes. Esta simplificação esquerdista, tem se constituído em um sério obstáculo para o desenvolvimento de análise

ses marxistas sobre as instituições - império do poder burocrático -, e até mesmo para a construção de teorias e de propostas socialistas sobre o bem governar.

A importância crescente da burocracia na administração das modernas sociedades industrializadas levou inúmeros autores a identificá-la como uma nova classe social. Apoiam-se, para tal conclusão, nas evidências históricas e na estrutura dos países socialistas e daqueles onde vigiu durante anos o Welfare State. Partindo da importância que os novos gerentes passaram a desfrutar nestas circunstâncias, alguns, como Burnham, em sua teoria da "revolução dos gerentes", chegaram a afirmar que:

"O progresso tecnológico, o crescimento das organizações nos campos econômico e político, tornam a burguesia e proprietários privados incapazes de controlar os meios de produção... , o controle efetivo da economia e do poder passam aos administradores." (38)

No campo da saúde não encontraremos facilmente exemplos típicos de radicalismo tecnocrático, como o acima exposto. No entanto, desenvolveu-se, entre nós, uma versão atenuada da teoria da autonomia burocrática, em larga medida, como explicação e justificativa para as reais possibilidades de atuação de técnicos progressistas no processo de modernização do aparelho produtivo e do estado brasileiros.

Em certa medida, estas análises serviram também como uma espécie de "racionalização" - fuga inteligente das agruras da realidade -, tendo em vista as dificuldades da intelectualidade nacional em se ligar aos movimentos sociais de base. Tanto o sindicalismo como os movimentos urbanos, mesmo em sua época áurea de mobilização, durante o fim dos anos setenta e parte dos oitenta, estiveram presos ao imediatismo de reivindicações corporativas ou por melhoria das condições de vida, não conseguindo acompanhar a progressiva sofisticação das elaborações da inteligência sobre políticas sociais e institucionais. Todos estes elementos contribuíram para a

supervalorização de táticas baseadas no aproveitamento máximo das fissuras e brechas institucionais e na possibilidade de reformas à moda prussiana.

Em 1988, em polêmica com a profa. Sônia Maria Fleury, discutimos, entre outros temas, o papel da burocracia na reforma sanitária brasileira. Esta autora, com muita propriedade, chamava atenção para o fato de que "A crescente intervenção estatal...tem sido responsável pela canalização das lutas na esfera da reprodução para o próprio Estado, tomado como alvo e arena de luta." (39)

A partir daí, nossos pontos de vista divergiram. Ela analisava que:

"No caso dos países de industrialização retardatária, a relação Estado/Sociedade assume uma configuração particular, caracterizada pela marcada presença do Estado na condução dos processos econômicos e sociais. A debilidade da sociedade, especialmente da burguesia, é suprida pela consolidação de uma burocracia hipertrofiada, articuladora e condutora das mudanças sociais." (40)

Na ocasião, eu discordava da possibilidade da tecnoburocracia assumir um papel de condução do processo de mudanças na saúde, mas reconhecia a sua participação essencial como formuladores de políticas e elaboradores de projetos, elementos decisivos para a luta cultural e ideológica, objetivando a composição de Blocos reformistas ou conservadores. Mais especificamente, quando daquela polémica eu elaborei as seguintes observações:

"Reconheço que há uma hipertrofia da burocracia e que esta joga um papel decisivo na administração da coisa pública. Discordo de que seja articuladora e condutora de mudanças sociais. Ao contrário, vejo-a articulada e conduzida a partir de referenciais estritamente definidos por um dado bloco histórico, do qual estes técnicos são, via de regra, oficiais do segundo escalão. Dispensáveis ao primeiro sinal de rebeldia ou de veleidade autonomista...

Em raras e peculiares circunstâncias a burguesia gere diretamente o aparelho estatal. E estas circunstâncias

tornam-se cada vez mais raras, quanto mais se firma o caráter excludente da dominação burguesa. Há que haver intermediários ideológicos, políticos e administrativos - e aqui as soluções são múltiplas e variadas. Dai, contudo, não se pode deduzir a vacância de poder político, ou mesmo a inexistência de hegemonia ou ainda mesmo se afirmar sobre a debilidade da burguesia. A experiência histórica tem nos ensinado também que a autonomia destes intermediários é muito restrita, embora exista em certa medida. E esta medida tem sido dada pelos limites do projeto historicamente dominante. Quando estes intermediários ousam ultrapassar estes limites, coloca-se a imperiosa necessidade de substituí-los por novos partidos, novos segmentos de tecnocratas, por novas formações ideológicas." (41)

Hoje, reavaliando o papel desta camada de intelectuais na implantação do SUS, caberia reconhecer a sua influência na difusão de uma certa cultura sanitária, tanto em aspectos gerenciais, como nos tecno-assistenciais. Eles levaram para cada localidade o discurso mais genérico do proje-

to do SUS: temas como controle social, gestão colegiada, planejamento, integração sanitária, hierarquização e regionalização de serviços, desenvolvimento de recursos humanos, entre outros, formam a pauta do dia a dia de quase todas as regiões. No entanto, constata-se também que não conseguiram, só por seu desempenho como dirigentes ou assessores, alterar significativamente nem a lógica hegemônica do modo neoliberal, e nem a utilização privada da coisa pública.

Poderíamos concluir afirmando que estes dirigentes da área de saúde têm funcionado como mediadores entre o poder executivo (estatal) e as pressões e demandas dos outros segmentos sociais. Conforme a política de cada governo, conciliam mais ou menos com o projeto dos médicos, com os interesses dos produtores privados, com a utilização clientelista da máquina pública.

Apesar da predominância de um discurso favorável ao SUS, os técnicos e intelectuais da área pública vem perdendo a batalha junto à opinião pública. O projeto neoliberal vem ocupando maior espaço nos meios de comunicação de massa, sem

uma contra-ofensiva de peso dos interlocutores do movimento sanitário. Em parte, esta timidez é decorrência da posição ambígua dos tecno-burocratas. Sempre presos a contingência de defenderem posições reformistas e ao mesmo tempo comporem com os interesses dos ocupantes do poder público, geralmente coniventes com a privatização dos serviços públicos, com a distribuição clientelista de recursos financeiros e com os interesses particulares das várias corporações do setor saúde.

Um segundo segmento de atores sociais que nos interessaria analisar é o dos médicos assalariados empregados do SUS. Julgo conveniente estudá-lo em separado porque, na prática, a questão médica poderia ser considerada a caixa preta que os projetos públicos de saúde não conseguiram sequer desvendar, quanto menos resolver!

Alcumas evidências indicam-nos a influência decisiva destes sujeitos sociais no destino do SUS. Alguns dados, coletados durante a década de oitenta, confirmam que médicos e auxiliares de enfermagem constituíam 80% do total de traba-

lhadores de saúde; e que o emprego médico representava 72% dos postos de trabalho entre os profissionais com formação universitária.(42) Estes números comprovam o quanto o modo de produção estatal de serviços de saúde é assentado sobre o médico.

No nível local, o quadro é muito semelhante. Uma pesquisa realizada em Campinas/SP, encontrou que os médicos eram 42% do total de funcionários da rede básica (36 Centros de Saúde, 03 ambulatórios de especialidade, laboratório de análises clínicas e serviço de radiologia).(43) Note-se, que estes dados foram coletados em 1988, quando a experiência de Campinas era considerada modelo relativamente bem sucedido de implantação no Brasil da proposta de Alma-Ata.

No entanto, mais do que sobre a predominância quantitativa, interessa-nos discutir as dificuldades intransponíveis encontradas para a integração do médico aos serviços públicos, questão que o emprego das mais variadas técnicas gerenciais não têm conseguido equacionar.

Em linhas gerais, a resistência dos médicos às novas

diretrizes organizacionais do SUS manifesta-se de duas formas: uma primeira, que é expressão do que poderíamos denominar de posturas profissionais neoliberais, conservadas mesmo em situações na quais o processo de trabalho estrutura-se a partir de lógicas distintas, como acontece na área pública onde os médicos teriam que se submeter a algum grau de assalariamento, controle, avaliação e trabalho em equipes. A segunda linha de oposição é contra o objetivo estratégico da integração sanitária. A cultura clínica predominante nas instituições médicas é resistente a qualquer reformulação da prática profissional que objetive incorporar as dimensões psicológicas, sociais e da saúde pública ao cotidiano dos serviços.

O envolvimento de dois terços dos médicos com a medicina de mercado, ainda que para a maioria só exista a possibilidade de integração parcial aos serviços privados, explica a resistência dos médicos assumirem de fato a condição de assalariados, regime de trabalho predominante no SUS. Assim, em quase todo o Brasil, eles não cumprem o horário completo para o qual são contratados. O que tem obrigado os

dirigentes do sistema a aceitar mil formas negociadas de acordos, que tornam letra morta os contratos de trabalho: cumprimento parcial do tempo estipulado, definição de produtividade mínima, após o que estariam liberados do compromisso com o horário, etc. Na prática, o resultado é que, exceto nos serviços de pronto-socorro, não há jornada fixa para os médicos. Os transtornos decorrentes desta situação têm inviabilizado a legitimação dos ambulatorios. Centros de Saúde e enfermarias dos órgãos públicos.

Mais lesivo à eficácia dos serviços, contudo, é a alienação dos médicos tanto do seu objeto de trabalho - o restabelecimento de padrões aceitáveis de saúde -, como dos meios e processos para a própria realização profissional. Assim, eles tendem a encarar o seu trabalho na área pública como um complemento daquele realizado no setor privado, o que os descompromete com a eterna busca de maior grau de resolução de problemas de saúde - elemento essencial à ética das profissões de saúde. A falta de iniciativa, de criatividade, o cumprimento estrito do previsto em normas - características

de todo processo de trabalho burocratizado -, estão exacerbadas a um nível inusitado entre os médicos servidores públicos. Estas características, por si só nocivas, são um ainda mais destrutivas para o trabalho em saúde, dadas a imprevisibilidade da sucessão de intercorrências e a variabilidade dos procedimentos requeridos frente cada evento específico.

Frequentemente, esta postura profissional tem sido justificada pela baixa remuneração e precárias condições de trabalho das unidades públicas. Quase todas as análises das entidades médicas repetem incansavelmente estes argumentos. De fato, os salários dos médicos funcionários estão, em inúmeros postos, abaixo dos padrões de mercado - isso considerando que eles estariam realmente cumprindo os contratos estipulados. As maiores Secretarias estaduais de saúde - São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Bahia -, em 1990, pagavam aos seus médicos vencimentos 60 a 70% inferiores às médias de mercado. O quadro nos municípios é mais heterogêneo, já sendo possível identificar-se uma tendência, nas regiões sul e sudeste, de equilíbrio com os valo-

res calculados pelas agências privadas de emprego.

No entanto, é curioso observar-se que a postura de resistência à disciplina típica dos assalariados permanece mesmo em instituições onde as remunerações são superiores às daquelas do setor privado.

Em relação às condições de trabalho o argumento das entidades médicas não é assim tão sólido e convincente. Particularmente porque a referida precariedade existe também em inúmeros serviços privados: unidades de pronto-atendimento, empresas médicas, hospitais gerais e em serviços privados ou filantrópicos contratados pelo SUS; e nem por isso os médicos se sentem autorizados a adotar, nestas circunstâncias, posturas de alheamento como o fazem na área pública.

Na realidade a explicação para o fenómeno é mais complexa do que supõem as organizações médicas. Inegavelmente, esta postura é muito mais uma decorrência da projecção da cultura neoliberal nos corações e mentes da maioria dos médicos.

A vinculação de grande número de profissionais a

postos de trabalho no setor privado, em geral sob uma modalidade de exercício de autonomia relativa, oferece-lhes um contr-exemplo que desmerece a atividade no SUS. Levantamentos do imposto de renda têm indicado uma diminuição dos honorários auferidos pelos médicos enquanto produtores autônomos. No entanto, o que importa aqui comparar são as possibilidades de realização profissional descortinadas em cada um das formas de produção. Mesmo que um cirurgião consiga realizar apenas uma cirurgia particular por mês e trabalhe como assalariado no SUS, ele sempre tenderá a comparar o tempo dispendido e o honorário daquele único procedimento com tudo que realizou durante sua jornada como assalariado. E sob esta perspectiva, a comparação é desfavorável ao sistema público. Esta é base material sobre a qual se assenta, ainda hoje, a força do ideário neoliberal entre os médicos.

A segunda ordem de dificuldades que a questão médica coloca para o adequado funcionamento do SUS refere-se aos denominados "elementos estruturais da medicina científica". Ou seja, a prática médica é excessivamente centrada na aten-

ção individual e na ênfase nos procedimentos curativos. Os médicos tendem a encarar cada caso como um problema a ser resolvido exclusivamente dentro da relação médico-paciente, o que perturba as possibilidades do trabalho em equipe.

A inserção de médicos em programas integrais de atenção é difícil. Como rotina, não desenvolvem esforços para a realização de diagnósticos precoces, de acompanhamento preventivo de comunicantes ou pessoas expostas a maiores riscos, bem como não costumam trabalhar com técnicas de educação em saúde. Valorizam os componentes biológicos do processo saúde-doença, e raramente utilizam conhecimentos de saúde mental e de epidemiologia para aumentar a eficácia de sua prática. Todas estas características da práxis profissional tornam distante o objetivo estratégico da atenção integral.

Um terceiro segmento a ser avaliado é aquele da maioria dos servidores de saúde, que não têm função de direção e nem pertencem ao corpo médico. As recentes ampliações da composição qualitativa das equipes de saúde na área pública, com a contratação de enfermeiros, técnicos de enfermagem,

psicólogos, assistentes sociais, e outros profissionais, via de regra, tem representado um sopro de vida nova no corpo moribundo dos serviços públicos.

Estes trabalhadores têm se constituído na base sobre a qual se assenta um conjunto de práticas voltadas para a humanização, para a incorporação de novos procedimentos técnicos necessários à superação dos limites da atenção individual curativa, como os de educação em saúde, trabalho de grupo, reabilitação e outros.

No entanto, não conseguiram, enquanto atores políticos, criar uma dinâmica política capaz de superar a privatização e a burocratização do SUS. Prevalecendo uma situação, mesmo entre estes funcionários, de progressiva adaptação à passividade do sistema público. Diante a sociedade e mesmo na prática diária, não lograram distinguir-se da política dominante nas várias instâncias do SUS.

Jurandir Freire Costa conseguiu descrever com crueza a fria realidade dos serviços de saúde. Ele identifica a debilidade dos projetos de reforma frente a inércia do poder

burocrático, demonstrando os mecanismos de crescimento de uma cultura entre os servidores que os isentaria de qualquer responsabilidade pelo mau funcionamento do sistema. Em consequência, jogam para os ombros do "Estado e dos políticos" toda a obrigação pela alteração do quadro de precariedade da área pública, o que justificaria a postura alienada e comodista da maioria dos profissionais frente a luta pela reforma sanitária.

Ele denomina de burocratas a estes funcionários, que ainda quando sem função de mando, assumem uma conduta política, técnica e profissional, de adaptação a qualquer situação, mesmo as mais absurdas. O seu trabalho analisa a expressão deste fenômeno nos asilos psiquiátricos públicos, mas penso que posso citá-lo, como um retrato do que se passa também em outras áreas do sistema público de saúde.

"A frieza com que o burocrata trata os mais patéticos sinais de carência e sofrimento dos outros, torna-se entendível, no momento em que percebemos de que lei ele fala. A lei burocrática aparece ao funcionário como um

simulacro de lei natural. Como uma espécie de Razão absoluta do Estado-burocracia, que não precisa do concurso dos homens para se legitimar ou transformar-se. O burocrata que se imagina do lado desta lei observa os acontecimentos humanos em torno de si como quem presencia um desfile de marionetes. . . Enquanto legiões de infelizes exibem suas misérias; enquanto técnicos exaurem argumentos e energias, tentando modificar a penúria asilar, os burocratas, impávidos, assistem a cena sem pestanejar." (44)

Algumas estratégias tecno-gerenciais têm sido experimentadas, na área pública, com o intuito de amenizar as consequências negativas destes problemas. Em geral, quando pensadas para hospitais têm um viés mais liberal, e quando para a rede básica um cunho mais administrativo. A proposta de reforma do funcionamento dos hospitais públicos é de origem claramente neoliberal; a dos centros de saúde, embora inspirada no taylorismo clássico e na teoria de sistemas, costuma ser adotada pela esquerda.

Afora denúncias e críticas, o pensamento de inspira-

ção marxista pouco teve a dizer sobre a reforma dos hospitais públicos. Já os neoliberais estão na ofensiva.

Concordando com boa parte das observações críticas sobre a falta de recursos, burocratização, baixa produtividade e eficácia, dos hospitais do SUS, os ideólogos da ordem médica desenvolveram uma proposta de modelo que incorpora boa parte da racionalidade do setor privado. Desta forma, propõem que os hospitais públicos tenham uma dupla fonte de financiamento: verbas governamentais e receitas resultantes do atendimento a pacientes particulares ou a convênios. Imaginam que o estado continuaria responsável pelo investimento: edificações, equipamentos; e por parte do custeio: salários, medicamentos, etc. A novidade estaria em que estes hospitais passariam a gozar de ampla autonomia administrativa e gerencial. Criando-se, de forma acoplada, estruturas privatizadas, como as fundações ou outras alternativas, de forma que o corpo clínico pudesse receber honorários por sua produção, fosse autorizado a atender clientes particulares captados livremente no mercado, desde que também reservasse parte da ca-

pacidade instalada aos pacientes do SUS. Algumas destas unidades chegaram a substituir os ambulatórios por consultórios privados dos médicos da equipe. (45)

Na realidade, estas são propostas de privatização de bens públicos em benefício de grupos médicos. Os serviços que já funcionam dentro desta lógica passaram a ter uma relação com o SUS e com a clientela, muito semelhante aquela dos hospitais filantrópicos contratados pelo estado. Ou seja, trata-se, na verdade, não de um projeto de recuperação do caráter público dos hospitais do Estado, mas de uma rendição incondicional aos ditames do mercado da doença.

Este tipo de solução, por absurda que possa parecer a primeira vista, tem encontrado passagem junto a opinião pública. Seus principais defensores são personalidades do mundo acadêmico, com reconhecido mérito profissional, e que trataram de aplicá-la nos autodenominados Centros de Excelência, vinculados às grandes escolas médicas ou a instituições tradicionais. Estas condições especiais têm facultado a estas experiências acesso privilegiado às verbas públicas, à

incorporação de tecnologias e contratação de pessoal. Apesar deste reconhecimento, não conseguiram generalizá-las para hospitais gerais, unidades de atendimento às urgências, setores públicos economicamente menos atrativos dos que os primeiros. Permanecendo, portanto, o impasse de como fazer funcionar o "resto" do sistema público de saúde.

Em termos da atenção básica e ambulatorial as propostas de reformas sempre buscaram maior racionalidade de funcionamento, quer sob a perspectiva epidemiológica, quer administrativa. A vertente mais ligada à Saúde Pública privilegiou os elementos epidemiológicos, apoiando-se em algumas escolas clássicas da administração. O produto mais significativo deste movimento foi a organização de Centros de Saúde segundo a concepção de "Programas" ou de "ações programáticas".

Maria Inês Baptistella conseguiu sistematizar as principais noções que serviram para a composição do modelo de Programas:

"As idéias que moldaram o projeto da Pro-

ogramação originaram-se de duas vertentes de pensamento sobre os serviços de saúde: a Medicina Comunitária e o Planejamento em Saúde.

... A Programação utilizou alguns dos elementos estruturais da Medicina Comunitária: a integração das atividades de promoção, prevenção e cura no mesmo serviço de saúde; a regionalização e a hierarquização das atividades de saúde e a ampla utilização de agentes não médicos nos serviços.

... Programar é sinônimo de planejar o "melhor" uso para os recursos disponíveis: os elementos da Medicina Comunitária acima descritos funcionam, neste raciocínio, como uso melhor, mais "racional" dos recursos." (46)

Na prática esta proposta não conseguiu resolver quase que nenhum dos problemas acima analisados. Redundou em uma tentativa frustrada de criar na rede básica linhas de montagem, que conseguissem vincular o médico ao trabalho de equipe e à racionalidade interna dos principais programas de saúde: controle de tuberculose, hanseníase, pré-natal, pueri-

cultura, entre outros.

Este modelo organizativo aprofundou a segmentação vertical dos serviços de saúde, não logrou aumentar a produtividade e o envolvimento dos vários profissionais com os problemas de saúde. Ao contrário, o excesso de normatização restringiu burocraticamente o objeto de trabalho de cada grupo ou profissional isolado, desestimulando ainda mais a iniciativa e criatividade dos trabalhadores, já que agora dispunham de normas que estabeleciam claramente os limites da atuação de cada um.

A tentativa de subordinar a prática clínica às noções epidemiológicas embutidas nos Programas, ampliou a um grau inusitado os conflitos já existentes entre capacidade de atenção e a demanda. O que reforçou a coraça burocrática habitualmente presente nos serviços públicos - inúmeros artificios utilizados para a preservação do status quo.

Caberia ainda criticar a própria concepção que orienta a eleição de problemas de saúde, a partir dos quais seriam estruturados os Programas. A seleção de prioridades

dar-se-ia a partir de três critérios básicos: vulnerabilidade, magnitude e transcendência dos problemas. Acontece que a vulnerabilidade de um certo dano era sempre avaliada a partir do arsenal de alternativas tecnológicas da Saúde Pública, segundo uma ótica restrita, portanto. A transcendência é um critério de determinação social, verificável somente por meio da instigação de mecanismos de abertura dos serviços ao controle e às pressões da sociedade. Medidas que não faziam parte do receituário deste estilo de gestão e planejamento.

De positivo, estas experiências nos legaram uma série de conhecimentos úteis à efetivação do objetivo da integração sanitária.

No INAMPS foi adotada uma outra estratégia para a modificação dos padrões de funcionamento dos serviços públicos de saúde. Mais preocupados com a atenção médica individual, ambulatorial e hospitalar, os dirigentes desta instituição estenderam para os serviços dos estados e municípios, uma série de medidas regulamentadoras das várias formas de atenção individual que já vinham sendo experimentadas para re-

gular a compra de serviços ao setor privado.

Definiram padrões de produtividade, priorizando o pagamento de alguns procedimentos em detrimento de outros, e criaram com isso um estilo de controle indireto, que reforçou a quase universalização da modalidade de pronto-atendimento nas redes básicas das várias localidades. É evidente, que este conjunto de normas racionalizadoras não teve repercussão positiva sobre a questão médica ou sobre a burocratização e ineficácia na área pública. (47)

NOTAS BIBLIOGRAFICAS DO CAPITULO III

1- ALBUQUERQUE, J. A. GUILHON - "Metáforas da Desordem". Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1978: pag. 69 a 80.

- MILLS, C. WRIGHT - "A Nova Classe Média". Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1969.

2- MERHY, EMERSON ELIAS - "A Saúde Pública como Política: Os Movimentos Sanitários, Os Modelos Tecno-assistenciais e a Formação das Políticas Governamentais". Campinas/SP, Tese de Doutorado apresentado ao DMPS da FCM/UNICAMP, 1990.

3- CAMPOS, GASTÃO WAGNER DE S. - "A Saúde Pública e a Defesa da Vida". São Paulo, Ed. HUCITEC, 1991.

4- INAMPS - DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E SAÚDE - "Consolidado da Produção Ambulatorial e Hospitalar dos Serviços Próprios.

Estaduais, Municipais e Contratados ... 1987, 1988 e 1989.

Dados apresentados no texto são médias resultantes das atividades produzidas nos anos de 1987, 1988 e 1989.

5- MPAS - SECRETARIA DE PLANEJAMENTO - "Boletins da Execução Orçamentária de 1981 a 1989". Brasília, 1990.

6- MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS - "Atividades e Distribuição de Recursos de 1990", Brasília, 1991.

7- MINISTÉRIO DA SAÚDE - INAMPS - "Distribuição de Recursos Destinados pela União para Custeio do Setor Público (estados e municípios) e rede Ambulatorial Privada". Brasília, 1990.

8- BELMARTINO, SUSANA - "Políticas Neoliberales en Salud". In: DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE, n.02, CEBES, março de 1990, pag. 34.

9- LEI FEDERAL n. 8080, de 19 de dezembro de setembro de 1990.

1 0- MINISTÉRIO DA SAÚDE -INAMPS- Documento Oficial:
"Coletânea de Legislação Básica - Nova Política de Financia-
mento do SUS". Brasília, MS, 1991.

11- LEI FEDERAL n. 8080, de 19 setembro de 1990, Art. 16,
Par. XV.

12- LEI FEDERAL n. 8080 de 19 de setembro de 1990, Art. 45.

13-BASSO, CARITAS RELVA; COSTA, YEDA MARIA CABRAL E ROCHA, O-
LINTO DE MEDEIROS - "O Planejamento no SUDS/SP: da POI ao
Plano Diretor". Campinas, Oficina de Trabalho de Planejamen-
to em Saúde - DMPS/UNICAMP - outubro de 1990.

1 4- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL -
"Orientações para Elaboração da POI"; Brasília, CIPLAN, 1989

. E "Programação-Orçamentação Integrada": Brasília, CIPLAN, 1986, 1987 e 1988.

15- CECYLIO, LUIZ CARLOS DE O. - "A Constituição de uma Cultura Institucional de Planejamento: A Contribuição do Município". Campinas, DMPS/UNICAMP, mimeo, 1990, pag. 3.

16- LEI FEDERAL n. 8080 de 19 de setembro de 1990, Art. 35, Par. 1.

17- MINISTÉRIO DA SAÚDE - DOCUMENTO OFICIAL: "Norma Operacional Básica - SUS". Brasília, janeiro de 1991.

18- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - DECRETO n. 94 657 de 20 de junho de 1987. "SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados".

19- ALMEIDA, MARCIO; GUTIERREZ, PAULO e SANTOS, NELSON RODRIGES - "Algumas Propostas de Saúde nas Leis Orgânicas Municipais".

país". In: SAÚDE EM DEBATE, n.25, CEBES, dez de 1989, pag. 29.

20- LEI FEDERAL n. 8 142 de 28 de dezembro de 1990, Art. 1, Par. II.

21- LEI FEDERAL N. 8 142 DE 28 de dezembro de 1990, Art. 1, PAR. IV.

22- LEI FEDERAL n. 6 229 de 17 de junho de 1975 ; "Sistema Nacional de Saúde", Brasília, 1975.

Exemplo: Em 1990, em Cosmópolis/SP, uma cidade com aproximadamente 30.000 habitantes, foram transportados 8.500 pacientes/ano pelo sistema local de saúde.

23- TANAKA, OSWALDO Y. - "Análise da Utilização dos Serviços do Posto de Assistência Médica e do Pronto-atendimento do Jardim São Jorge, no município de São Paulo, por Meio da Clientela Usuária". São Paulo, Tese de Doutorado apresenta-

da a FSP/USP, mimeo, 1988, pag.15.

24- Ramos, Reinaldo - "A Integração Sanitária: Doutrina e Prática". São Paulo, FSP/USP, Tese de Livre-Docência, 1972.

25- TANAKA, OSWALDO Y. - op. cit. no item 23, pag. 17.

26- DONNANGELO, MARIA CECÍLIA F. - "Saúde e Sociedade". São Paulo, Edt. Livraria Duas Cidades, 1976.

27- TANAKA, OSWALDO Y. - op. cit. no item 23.

28- ROSEN, GEORGE- "O Primeiro Movimento de Centro Comunitário de Saúde". In: DA POLÍCIA MÉDICA À MEDICINA SOCIAL. Rio de Janeiro, Ed. GRAAL, 1979, pag. 372.

29- ROSEN, GEORGE - op. cit. no item 28, pag. 386.

30- ROSEN, GEORGE - op. cit. no item 28, pag. 392.

31- ROSEN, GEORGE - op. cit. no item 28, pag. 398.

32- ROSEN, GEORGE - op. cit. no item 28, pag. 390.

33- MERHY, EMERSON ELIAS - "Saúde Pública e Capitalismo".

Campinas/SP, Ed. Papirus, 1986.

34- ROSEN, GEORGE - op. cit. no item 28, pag. 395.

35- ROSEN, GEORGE - op. cit. no item 28, pag. 395.

36- MENDES, EUGÊNIO VILÇA - "A Evolução Histórica da Prática

Médica". Belo Horizonte, PUC/FINEP, 1984.

37- LENIN, VLADIMIR I. - "Tareas del Proletariado en Nuestra
revolución". In: ACERCA DE LA INCORPORACIÓN DE LAS MASSES A

LA ADMINSTRACIÓN DEL ESTADO. Moscu, Ed. Progreso, IV edi-
ción, 1968.

38- MOTA, FERNANDO C. PRESTES - "Teoria Geral da Administração". São Paulo, Ed. Livraria Pioneira, XIV edição, 1987, pag. 156 (apud).

39- FLEURY, SÔNIA MARIA T. - "A Análise Necessária da Reforma Sanitária". In: SAÚDE EM DEBATE, N. 22, CEBES, outubro de 1988, pag. 25.

40- FLEURY, SÔNIA MARIA T. - op. cit. no item 39, pags. 25 e 26.

41- CAMPOS, GASTÃO WAGNER DE S. - "Tréplica: o Debate Necessário à Reforma Sanitária". In: SAÚDE EM DEBATE, n.23, CEBES, dezembro de 1988, pags 11 e 12.

42- GIRARDI, SABADO NICOLAU - "A Força de Trabalho no Setor Saúde: Elementos Teóricos e Evidências Empíricas". Salvador, I Encontro Italo-brasileiro de Saúde, mimeo, junho de

1989.

43- QUEIROZ, MARCOS S.; MERHY, EMERSON E. e CAMPOS, GASTÃO W.

- "Unidades Básicas de Saúde em Campinas: Disponibilidade Tecnológica, Processo de Trabalho e Recursos Humanos". Campinas, NEPP/UNICAMP/MS, 1990, pag. 106.

44- COSTA, JURANDIR FREIRE - "Psiquiatria Burocrática: Duas ou Três Coisas que Sei Dela". In: CLÍNICA DO SOCIAL - ENSAIOS, São Paulo, ESCUTA, 1991, pag. 72.

45- JATENE, ADIB DOMINGOS - "Hospital Público Competitivo". São Paulo, Jornal ESP, 2 de setembro de 1990.

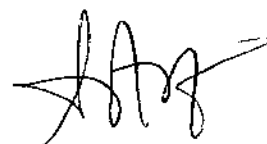
- JATENE, ADIB DOMINGOS - "Hospital de Verba e Hospital de Receita". São Paulo, Jornal FSP, 31 de janeiro de 1989.

- NETO, ELEUTÉRIO; BELACIANO, MURAD; TEMPORÃO JOSÉ G. - "Saúde em Risco". In: SAÚDE EM DEBATE, n. 22, CEBES, outubro de 1988.

46-NEME, MARIA INÊS BAPTISTELLA - "Ação Programática em Saúde: Recuperação Histórica de uma Política de Programação".
In: PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE HOJE, São Paulo, Ed. HUCITEC, 1990,
pags. 76 e 77.

47- OLIVEIRA, JAIME A. - "Por uma Teoria da Reforma Sanitária: Democracia Progressiva e Políticas Sociais". In: SAÚDE EM DEBATE, n. 20, abril de 1988.

- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - INAMPS -
"Racionalização da Assistência Médica da Previdência Social".
Brasília, 1983.



- CAPÍTULO IV -

SOBRE A REFORMA DA REFORMA: REPENSANDO O SUS

a-ANÁLISE DE CORRELAÇÃO DE FORÇAS: QUE REFORMA É POSSÍVEL?

A principal conclusão dos dois Capítulos anteriores é que há, no Brasil, um evidente predomínio político e ideológico do projeto neoliberal para a saúde.

Uma das expressões mais exuberantes desta hegemonia é a presença do selo neoliberal mesmo no funcionamento do setor público. Até o discurso reformista vem apresentando um caráter restrito. Subordinado, em grande medida, aos limites definidos pela lógica hegemônica do bloco conservador. Como consequência, o funcionamento dos serviços públicos e a própria implantação do SUS estão longe de se constituírem em instrumentos capazes de defender a vida da maioria da popula-

C157r
v.2
15617/BC

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

A subordinação do projeto reformista ao modelo dominante, contraditoriamente, tem mais reforçado o modo privado de produzir serviços do que consolidado uma perspectiva transformadora da área pública. Ao mesmo tempo, o pequeno impacto das mudanças não tem conseguido comover e envolver forças políticas fundamentais para a composição de um novo bloco pró-reforma sanitária.

Ou seja, o realismo e o pragmatismo das lideranças reformistas, ainda que aparentemente justificados por análises da correlação de forças, não têm conseguido representar as necessidades e expectativas dos grupos excluídos do modelo privado. Frequentemente, o balanço sobre o que poderia ou não ser realizado leva em conta tão-somente o equilíbrio de forças concretamente existente nas instituições - do aparelho de estado e parlamento -, desconhecendo as possibilidades de alterá-lo pela via da luta política e ideológica na sociedade civil.

Enfim, parece-me que nós, integrantes do Movimento Sanitário, não temos sabido combinar a construção de uma con-

tra-hegemonia - segundo a estratégia de uma guerra de posições, teorizada em primeira mão por Gramsci -, com a consequente implementação de pequenas alterações legais ou institucionais possíveis em várias circunstâncias.

E, inegavelmente, nos últimos anos, apesar da crise econômica e social da América-latina, abriram-se alguns espaços favoráveis ao avanço da luta pela saúde, os quais não foram ainda explorados até seus limites máximos. No Brasil, por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde e do período constituinte e, agora, quando vitórias eleitorais conduziram agrupamentos progressistas e socialistas a vários governos locais, pode-se considerar que foram criadas condições excepcionalmente favoráveis à reforma sanitária.

Com algumas excessões, os Planos e Projetos do bloco reformista, e mesmo a prática dos governos democráticos e populares, têm respeitado tanto os cânones neoliberais que fica difícil para a sociedade distinguir onde há conservação e onde haveria intenção de mudança. Às vezes, costuma-se compensar esta impotência de mudar, com um discurso criticista,

de fundo maximalista e utópico, impraticável e sem consequências positivas na disputa cultural e ideológica. Alguns setores da "inteligência" sanitária têm também levantado bandeiras aparentemente de grande radicalidade crítica, mas de fundo conservadoras, anti-iluministas e em desacordo com a própria história da população brasileira, como são as consignas da estatização de todo o sistema de saúde e a estratégia que imagina liquidar com a clínica e atenção individual. Do ponto de vista prático, este discurso funciona como uma espécie de fuga à realidade diante da impotência concreta destes atores frente a capacidade de resistência do status-quo.

Carlos Matus é um dos teóricos que mais vem se preocupando com a construção de alternativas para os países onde, mesmo não havendo condições para transformações radicais, poderiam desenvolver-se reformas de cunho democrático. O enunciado do velho enigma - Reforma ou revolução? - é por ele recolado da seguinte forma: como se alcançar objetivos intermediários de reforma social e política, sem a perda da perspectiva estratégica?

Discutindo o assunto, dentro de sua teorização sobre o Planejamento situacional, este autor tece algumas considerações preciosas para aqueles agrupamentos políticos que atuam em processos de reforma:

"Por isto, inevitavelmente, o Planejamento deve sistematizar o cálculo político e centrar sua ação na conjuntura. O contexto do plano é uma passagem contínua entre conflito, negociação e consenso." (01)

É um dado histórico incotestável o fato de que raramente os conflitos políticos têm resultado no esmagamento completo dos opositores - exceto e exclusivamente em situações revolucionárias ou contra-revolucionárias. Na maior parte dos episódios os embates obrigam as partes a entabularem negociações sob uma nova correlação de forças, buscando novos e provisórios consensos entre as partes em pugna. O grau de transformações resultantes destes processos sempre depende da acumulação de forças no período anterior. Dai a importância, para os projetos reformistas, da análise atenta

e cuidadosa da conjuntura, objetivando estender ao máximo as possibilidades de mudança e de concentração progressiva de poder no lado progressista.

Vários intelectuais, organicamente vinculados a movimentos socialistas, têm procurado, a partir dos estudos de Antonio Gramsci, desenvolver novas modalidades de movimentos revolucionários, que não aqueles exclusivamente presos ao pressuposto do colapso abrupto de um bloco historicamente dominante.

Carlos Nelson Coutinho, conseguiu resumir as diretrizes desta estratégia, denominada de reformismo revolucionário:

"Diria apenas que essa nova concepção de hegemonia implica a criação de blocos majoritários que se articulem em torno de questões de abrangência nacional (como a da saúde, por exemplo), elaborando propostas globais de reformas que transcendam (mas sem ignorar) os interesses meramente corporativos dos múltiplos segmentos envolvidos. Estas reformas globais - cuja efetivação pode ser progressiva e não

simultânea, e cujos atores não precisam ser rigorosamente os mesmos em todos os casos - deveriam apontar em conjunto, no sentido de um reordenamento da sociedade, de uma superação da lógica capitalista." (02)

Para este raciocínio, portanto, a possibilidade da reforma-revolucionária dependeria da capacidade das forças reformistas cristalizarem, institucionalizarem, objetivos programáticos táticos, que não favoreçam a consolidação do status-quo. Ao contrário, imagina-se que estas lutas por objetivos intermediários devam abrir caminhos para o amadurecimento produtivo de conflitos, e favorecer novas conquistas democráticas e a aquisição de novas cotas de poder para os trabalhadores.

No caso da saúde, a concretização deste novo tipo de movimento exigiria Planos e Projetos abrangentes, os quais deveriam apontar para a "destruição-reconstrução" do modo neoliberal de produzir serviços, ainda que enquanto imagens-objetivos a serem concretizadas no médio ou longo prazo.

Ao mesmo tempo, contudo, os projetos teriam que responder a questões conjunturais e corporativas de interesse imediato dos vários segmentos que compõem o bloco da reforma sanitária.

Entendo que na saúde conseguimos elaborar um projeto alternativo ao hegemônico, conquistando vários pontos no campo da institucionalidade jurídico-constitucional: afinal, o Sistema Único é lei! No entanto, há ainda uma série de lacunas, de aspectos indefinidos. Caberia completá-los, não tendo em vista os ditames de um suposto modelo ideal de sistema público, mas de acordo com as demandas e necessidades sociais concretas de atores que, teoricamente, poderiam compor a luta pela reforma, mas ainda se mantêm em uma atitude expectante, assistindo a peleja de técnicos e de alguns governos democráticos com a dureza dos fatos e das coisas estabelecidas.

A formulação de políticas sanitárias transformadoras deveria considerar não só os grandes dilemas nacionais, ou as modernas recomendações tecno-administrativas, mas também interesses imediatos das várias parcelas potencialmente inter-

ressadas em mudanças. Sem o que continuaremos presos aos limites impostos pela dominação cultural e política do modelo neoliberal.

Assim, não é possível fazer avançar o SUS sem a integração e este esforço da maioria dos trabalhadores de saúde. Não haverá reforma sanitária contra os médicos. É necessário, partindo das próprias contradições e conflitos gerados pelo modelo neoliberal, incluir na proposta reformista elementos que atendam às demandas e necessidades destes profissionais, sem ao mesmo tempo anular as características essenciais do SUS. Exatamente o que acontece quando o poder executivo é permissivo com a privatização dos serviços públicos.

A estratégia de viabilização do SUS não pode se basear centralmente na subordinação dos trabalhadores de saúde por meio de métodos administrativos. Há que se criar uma dinâmica de funcionamento do sistema de tal maneira que os denominados "recursos humanos" sejam um dos principais sujeitos do processo de mudança.

Além deste campo de disputas interno às instituições, mas de forma alguma imune às influências do contexto social, há que se travar um combate pelo apoio da opinião pública. Ganhá-la para as novas consciência e ética, paulatinamente construídas pelo movimento de reforma sanitária. E aqui não é suficiente a preocupação com as suas parcelas organizadas em sindicatos e associações, mais suscetíveis de convencimento por meio do discurso ideológico e da coerência do projeto de saúde com o programa mais geral de transformação da sociedade. É necessário um esforço para envolver a maioria das massas desorganizadas, presas ao imediatismo imposto por suas duras condições de sobrevivência e presas fáceis dos mais variados tipos de demagogia.

Gramsci costumava criticar uma versão economicista e vulgar de marxismo que pretendia concluir sobre a correlação de forças em uma dada conjuntura, avaliando quase que exclusivamente as contradições consideradas determinantes por estarem inscritas diretamente na estrutura produtiva, sem considerar devidamente os elementos da vida política e social.

Ele afirmava que este tipo de raciocínio conduzia seus praticantes "... a formas infantis de otimismo e estupidez". (03) Considerava, inclusive, que o pensamento liberal, frequentemente, conseguia realizar avaliações mais precisas da correlação de forças por não estar preso a este economismo mecânico.

"La concepción liberal vulgar, en efecto, al dar importancia a la correlación de las fuerzas políticas organizadas en las varias formas de partidos (lectores de periódicos, elecciones parlamentarias y locales, organizaciones de masa de los partidos y de los sindicatos en sentido estricto), estaban más adelante de que el sindicalismo, el cual concedía importancia primordial a la relación fundamental económico-social y solo a ella.

La concepción liberal vulgar toma en cuenta implícitamente también esa relación (como se manifiesta en tantos indicios), pero insistía más en la correlación de las fuerzas políticas, que era expresión de la otra, y, en realidad, la contenía." (04)

Parece-me que a maioria dos dirigentes da luta pela reforma sanitária, em vários episódios, terminaram enredados em um novelo metodológico semelhante ao descrito pelo filósofo italiano. Este estilo de análise, transportado ao campo da saúde, vem produzindo dois equívocos básicos. Um primeiro, de superestimar as possibilidades de reprodução do modelo neoliberal, por desconsiderarem sistematicamente as consequências negativas advindas de suas próprias contradições e de sua incapacidade de atender a boa parcela das demandas técnicas, sociais e políticas, já presentes na sociedade e, portanto, já cobrando seu tributo às autoridades e sistemas constituídos.

O segundo erro estaria na subestimação da capacidade dos diversos sujeitos sociais influenciarem a estrutura de produção e as instituições existentes. As conclusões destas análises, a primeira vista, induziriam-nos a supor a imutabilidade do modelo dominante, como se ele tivesse vindo para ficar para sempre. Restaria-nos o consolo de conserta-lhe

alguns defeitos e disfunções, mas nunca estariam dadas as condições para transformá-lo radicalmente.

As duas vertentes analíticas induzem, aqueles que as adotam, a emprobecer e a reduzir as dimensões do projeto do SUS, subordinando-o ao modelo dominante ao invés de apresentá-lo como um sucedâneo democrático do estabelecido.

Em certa medida, intelectuais influentes no movimento de reforma vêm, por distintas razões, praticando recortes nos objetivos maiores do SUS.

Em 1989, André Cesar Medici, um dos mais conspícuos e produtivos teóricos do movimento sanitário, elaborou algumas conclusões que ilustram o sentido do que está aqui sendo criticado. Depois de constatar a importância da estrutura e do funcionamento do setor privado de saúde na constituição do modelo realmente existente, e de concluir que ele detém "...a maior parte dos meios de atendimento para os níveis de complexidade secundário e terciário", ele chegou a algumas conclusões curiosas sobre os limites possíveis do projeto de implantação do SUS:

"Assim, um caminho NATURAL (destaque inexistente no texto original) para o reordenamento do modelo médico assistencial brasileiro poderia consistir em deixar ao setor público a responsabilidade pela prestação dos cuidados básicos com a saúde, de forma que a rede de triagem de pacientes, o estabelecimento de rotinas e fluxos de encaminhamento fossem tarefas básicas deste setor. Nos níveis de maior complexidade prevaleceria um modelo calcado na combinação público-privado, onde o setor público teria um papel normativo e fiscal, tendo em vista estabelecer padrões de funcionamento deste nível de atendimento.

Logicamente que os níveis de complexidade quaternária (hospitais de referência para determinadas especialidades), bem como Centros de pesquisa médica e geração de conhecimento deveriam continuar a ser atribuições primordiais do Estado, dado o alto custo envolvido (pouco atrativo para o mercado privado) e a necessidade estratégica de direcionar a produção e difusão de conhecimento para auxiliar as populações mais necessitadas." (05)

A citação, um pouco extensa, justifica-se porque ela sintetiza o que denominei de "subordinação da saúde pública à lógica do capitalismo". Observando, com detalhe, os vários componentes da proposta de Medici, constataremos que é muito próxima do enunciado no projeto neoliberal elaborado pelas entidades médicas e já comentado no Capítulo II.

A adesão do movimento sanitário a este projeto político implicaria em uma derrota antecipada da perspectiva reformista contida no SUS. Significaria, na prática, uma renúncia à busca da contra-hegemonia.

Talvez, até mesmo inconscientemente, o próprio autor já nos indica algumas pistas elucidativas do seu padrão metodológico de renúncia, digo metodológico de análise.

Logo na primeira frase ele considera sua alternativa como sendo o "caminho NATURAL para o reordenamento do modelo". Seria o caso de se perguntar: por que natural?

Na verdade, a partir do método utilizado no estudo dele - exame da "dimensão, estrutura e funcionamento" do se-

tor privado - tal tipo de conclusão política seria quase que obrigatória. Em realidade, estudos com este recorte estrutural particular não têm abrangência explicativa suficiente para deduzir conclusões sobre a dinâmica do político, a não ser como indicações vagas. Entendo que a sua metodologia como que operou uma naturalização do fenômeno político, uma vez que o autor utilizou-se de instrumentos econométricos para realizar um diagnóstico estrutural - e até aí nada a opor, ao contrário -, o seu equívoco consistiria em daí deduzir novos caminhos para a reordenação do modelo, no que extrapola os limites de seu método, passando a produzir ideologia, falsa consciência, ainda que inconscientemente.

Há nestas considerações o mesmo erro do sindicalismo economicista, criticado por Gramsci. Também para Médici aquilo considerado natural é o simples desdobramento das tendências e potencialidades já inscritas no modo de produção hegemônico. Como se não restasse outra alternativa aos vários atores sociais - Estado, movimentos e partidos - que não atuar indicativamente aos mecanismos estabelecidos de repro-

dução do modelo. Como se a alternativa sugerida, supondo a sua vitória, não mantivesse as contradições da lógica neoliberal, e como se estas contradições não exacerbassem conflitos importantes o suficiente para estimular e criar novas condições mais propícias à entabulação de outros padrões de negociação e de consenso.

De fato, o autor apenas descreve o modelo existente. Havendo em sua proposta alguns elementos de "reordenação": como a idéia de transformar a rede básica pública em instrumento de controle da demanda por atenção individual. Tarefa impossível caso não haja alterações profundas nas relações do setor privado como o SUS e com a clientela, conforme discutiu-se no Capítulo II. Na realidade, há uma oposição básica entre a captação livre de pacientes pelos hospitais contratados e a idéia de transformar a rede pública em reguladora da demanda, transformando-a em centro triador, responsável pelo encaminhamento de casos aos hospitais e pela criação de "rotinas e fluxos".

Vimos que 50% do atendimento de urgência do SUS é

ainda realizado por serviços privados - pronto-atendimentos, consultórios e clínicas -, e que não tem sido possível a articulação de sistemas de referência entre rede básicas e hospitais. Ou seja, a estratégia baseada na idéia do cerco aos hospitais a partir das unidades básicas não tem apresentado resultados práticos significativos, a não ser enquanto produção de mandais e planos que vão apenas engrossando o acervo bibliográfico das instituições públicas.

Outra ilusão comum aos planejadores é a pretensão dos órgãos públicos desempenharem "um papel normativo e fiscal, tendo em vista estabelecer padrões de funcionamento" para os hospitais contratados. Também já foi analisado que sem alteração do processo de trabalho destas unidades não haveria como submetê-las às normas de um planejamento sistemático e nem como integrá-las ao SUS.

Enfim, concluiria dizendo que não há na síntese de Medici nenhuma proposta real de reforma do modelo dominante, as correções sugeridas só reafirmariam tendências já em desenvolvimento.

Por tudo o que foi até aqui discutido, concluiria afirmando que há condições objetivas e subjetivas para o sucesso de um movimento progressivo de reforma sanitária no Brasil. Contudo, não veio como realizar o objetivo de efetivamente implantar-se o SUS sem o enfrentamento direto de problemas considerados nucleares ao processo de mudanças. Reforço-me a indispensável alteração do modelo assistencial predominante, dos padrões de gestão e planejamento, da política de recursos humanos e mesmo do conteúdo das práticas médico-sanitárias.

b- SOBRE ALGUMAS REFORMAS NO MODELO ASSISTENCIAL DO
SUS

Recentemente, as organizações internacionais de saúde - OPAS e OMS - têm produzido uma vasta literatura sobre a importância estratégica dos sistemas locais (SILOS) para o sucesso de reformas sanitárias que façam jux ao próprio nome.

Em geral, enfatizam a necessidade de criação de Distritos de Saúde, como resultado de um conseqüente processo de descentralização do poder técnico e administrativo nos sistemas nacionais. A maior parte dos textos destas agências discute modernas técnicas de gerência e de organização dos sistemas locais. Valorizam os métodos de Planejamento e Programação, reafirmam as diretrizes da territorialidade e da hierarquização como condutoras do desenho organizacional dos SILOS. (6)

Partindo destes referenciais mais genéricos, penso ser conveniente a elaboração de análises mais detalhadas destas diretrizes já consagradas na prática em inúmeros países, discutindo-se também os processos de trabalho e as relações das unidades com o sistema, com a clientela e com a sociedade como um todo. Seria ainda necessário realizar-se um exame crítico destas recomendações, tendo em vista a situação concreta do Brasil, onde há um predomínio do modo privado de atenção e o Estado não tem conseguido desempenhar a contento suas funções de propiciar o bem-estar público.

Isto porque, sem estes acréscimos, anda me ficando a sensação de que o modelo dos SILOS padeceria do mesmo mal que qualquer outra prescrição suposta de representar um tipo ideal. Explicando melhor: a instituição de Distritos Sanitários no Brasil, por exemplo, não teria, por si só, o poder de alterar o modelo vigente e nem de unificar as várias organizações de saúde ou viabilizar a integração das práticas sanitárias. Já que a implantação de Distritos costumam ser concebidas como ações restritas a mera divisão do território, da

população e de pedaços do sistema, segundo tal ou qual lógica; e sem maiores alterações do modo concreto como são produzidos serviços e gerenciado o cotidiano dos serviços públicos.

Ou seja, a separação, artificialmente idealizada, entre reformas da estrutura administrativa e do desenho organizacional por um lado, e as do modo concreto de produzir assistência médico-sanitária por outro, tem conduzido inúmeros esforços mudancistas a impasses, a alcançarem pequeno impacto sobre os problemas de saúde e mesmo sobre a eficácia dos serviços.

Ando imaginando que, em muitas ocasiões, o trabalho dos técnicos e planejadores de saúde tem se assemelhado ao daquele índio da lenda, encarregado de esvaziar uma poça de água utilizando-se de uma cesta trançada de cipós. Tarefa ingrata, porque a água sempre tornava ao seu leito escoando por entre os vãos do tosco instrumento.

Reformas da estrutura administrativa, ainda que tecnicamente justificadas, mas que não logram alterar o modo de

produção e a lógica diretora do modelo, costumam redundar em empreitadas esvaziadas de conteúdo. A municipalização, a divisão de sistemas locais em distritos e outras medidas até de fundo descentralizadoras, só têm resultado, na experiência brasileira, em movimentos de readequação dos padrões vigentes de atenção ao novo quadro.

Na lenda silvícola, Yara, compadecida com o penar do jovem guerreiro, ensinou-lhe o segredo do látex, impermeabilizando, assim, sua vasilha, seu instrumento de trabalho.

Precisamos encontrar o látex da reforma sanitária. Vejo as recomendações da OPAS, sobre os SILOS, como o nosso cesto de cipó, por onde flui a reprodução e permanência da lógica neoliberal.

Sem uma melhor definição estratégica, sem uma nova disposição e vontade política voltadas para o real enfrentamento da contradições contemporâneas da prática médico-sanitária e do aparelho estatal, não haverá eficácia social nas atividades oferecidas pelo SUS, mesmo quando em experiências isoladas e em locais com correlação de forças mais

favorável às reformas.

Certamente que este predomínio de vertentes administrativas nos movimentos reformistas não seria decorrente de uma suposta perversidade intrínseca da camada tecnoburocrática ou da permanente conspiração das classes dominantes contra a extensão de direitos sociais.

É consequência, sim, do fato de que reformas modernizadoras da estrutura, visando aumentar sua produtividade e a racionalidade organizacional, despertam menos resistências do que mudanças que impliquem na redistribuição de verbas públicas e do poder político. Os processos de descentralização, embora alterem o poder de camadas da burocracia e de funcionários, necessariamente não são incompatíveis com a privatização da empresa pública, por exemplo.

Entretanto, alterações das modalidades de atenção - como da relação entre o poder da Saúde Pública e a dinâmica de acumulação de capital, ou dos hospitais com sua clientela, ou da área pública e privada - . podem implicar na redefinição da distribuição de riquezas ou do acesso aos serviços pú-

blicos em uma dada sociedade. Assim se explicam as limitações dos métodos tecno-administrativos e do Planejamento normativo, na resolução de problemas políticos como o é o da reforma sanitária.

Discutirei, a seguir, uma série de propostas que considero indispensáveis à constituição de novos patamares políticos, culturais e ideológicos, todos necessários à superação dos impasses da saúde no Brasil. Não serão apresentados em ordem de prioridade e, evidentemente, há forte dependência entre as várias táticas sugeridas. Uma condicionando e potencializando a força transformadora das demais. Não é excessivo enfatizar que devido a complexidade do tema e a grande quantidade de variáveis em jogo, só seria possível operacionalizá-las dentro de um movimento progressivo de acumulação de forças.

A ordem escolhida para apresentá-las é, portanto, arbitrária. Mais correto seria a utilização de um método holográfico que evidenciasse a totalidade do modelo sugerido. Infelizmente, à escrita e nem à fala foram concedidos o dom

da multidimensionalidade. Assim, caminharemos por partes, que ao fim deveriam ao menos projetar a silhueta do todo.

Começemos pela porta de entrada do sistema. Como substituir a modalidade dos consultórios particulares - atenção básica oferecida apenas a alguns setores privilegiados - e do Pronto-atendimento - contrafação e simulacro da clínica, ofertado às grandes massas -, sem perder o que há de positivo em cada uma das alternativas e assegurando a integralidade da assistência?

Os projetos da AMB e do CREMESP propunham o credenciamento universal de consultórios particulares, imaginando-os habilitados e suficientes para assegurar a atenção básica à maioria da população. Para as entidades médicas, as unidades públicas atenderiam àqueles segmentos social e economicamente impedidos do acesso ao setor privado: "moradores da zona rural, desempregados, favelados", etc.

Esta alternativa, além da viabilidade financeira questionável devido ao mecanismo de pagamento superado - por produção de atos individuais -, mereceria ainda um questiona-

mento sobre sua adequação tecnológica.

O consultório clínico é uma instituição antiga: contemporânea ao surgimento da moderna prática médica. No entanto, por sua estreita vinculação à dinâmica do mercado, não acompanhou o desenvolvimento técnico-científico da saúde pública e mesmo do saber clínico. Não apenas no sentido da incorporação de equipamentos ou de instalações mais sofisticados - foi o hospital que monopolizou o desenvolvimento técnico e científico da atenção no modo neoliberal -, mas, particularmente em referência a combinação de saberes e de práticas impossíveis de serem realizadas por um único profissional. Visto que são procedimentos dimensionadas para uma equipe de profissionais, e que ampliariam em muito a capacidade da porta de entrada de resolver problemas de saúde.

A prática de consultório baseia-se fundamentalmente no saber clínico, não conseguindo, ao longo de sua história, integrar os aportes oriundos de outros campos, como da educação em saúde, epidemiologia e psicanálise.

Por outro lado, hoje constata-se que a preservação

do modelo de consultório e da modalidade de pronto-atendimento como alternativas assistenciais básicas, tem reforçado o papel cada vez mais abrangente do hospital nos modernos sistemas de saúde. Já que os consultórios e o pronto-atendimento têm limites claros e bem definidos para a incorporação de recursos, restando, dentro desta lógica localizá-los em hospitais.

É também importante ressaltar que seria inconcebível para o projeto neoliberal a aquisição de equipamentos de ultra-sonografia, ou a composição de equipes de saúde mental e de saúde pública, para os centros de saúde da rede básica. Já para o pensamento de alguns setores do movimento sanitário, entre os quais me incluo, seria plausível dotar a porta de entrada do sistema com estes recursos, desde que concentrados em grandes Centros de Saúde, com capacidade para atender a milhares de pessoas.

Penso que o desenho da rede brasileira de primeiro atendimento deveria inspirar-se mais nas noções dos defensores da integração sanitária, do que em experiências como a da

Inglaterra ou de Cuba. Nestes dois países, a atenção básica é assegurada por médicos generalistas ou de família, segundo uma modalidade que conserva muito da tradição liberal.

Indiscutivelmente, estas alternativas apresentam algumas vantagens, que não poderiam deixar de ser incorporadas aos projetos que tentam superar as limitações dos modelos centrados na atenção médica individual. Sem dúvida, o consultório clínico garante uma vinculação estreita entre o profissional e o paciente, facilitando o envolvimento do primeiro com as famílias, meio de vida e outras peculiaridades de cada caso. Possibilita, também, um maior controle do usuário sobre o trabalho do médico, o que talvez seja o principal fator responsável pela longevidade desta forma de atenção.

Modernamente, teríamos que desenvolver uma alternativa assistencial ao consultório que incorporasse todas as suas características positivas - como a da possibilidade de um relacionamento estreito entre trabalhadores de saúde e os pacientes -, e que, ao mesmo tempo, possibilitasse a prática de outros saberes, impossíveis de serem utilizados pelo médi-

co atuando isoladamente.

Hoje, a rede de Centros de Saúde deveria ser concebida objetivando a reversão de algumas tendências essenciais ao modelo neoliberal, entre elas a centralidade do hospital e da atenção individual.

A composição de tecnologias e de recursos da rede básica deveria possibilitar um processo gradativo de desospitalização. Propiciar o esvaziamento de algumas das funções do hospital, não com o intuito de extingui-los, objetivo em geral irrealizável a não ser em algumas áreas específicas como da psiquiatria. Mas reservando-o apenas para o atendimento de casos graves, quando os pacientes necessitassem de cuidados contínuos por redução de sua capacidade de vida social autônoma ou em situações de risco imediato e grave.

Quando falo em desospitalização, penso também na diminuição do peso assistencial de seus anexos, como o é o Pronto-socorro. Ainda uma das principais forma de acesso à atenção individual-curativa no Brasil e, portanto, uma prioridade a ser considerada na reformulação do sistema.

A reestruturação dos Centros de Saúde teria que capacitá-los a prestar pronta atenção às intercorrências clínicas, considerando todo seu polimorfismo e variedade de apresentação: alívio do sofrimento físico ou psíquico agudos, imprevistos resultantes do súbito agravamento de pacientes seguidos em programas de controle de doenças crônicas, atenção às urgências de média ou pequena gravidade, etc.

Por outro lado, a organização do processo de trabalho nestas unidades teria ainda que assegurar o acompanhamento posterior de parte desta demanda de eventuais, segundo o julgamento das equipes vinculadas a cada família, ou paciente, ou locais de convivência social, como escolas, fábricas, etc..

No desempenho destas duas funções, haveria que se pensar alternativas práticas para a superação do atual papel da clínica, que é o de, na melhor das hipóteses, funcionar como um instrumento de reprodução da força de trabalho e, quando são mais graves as distorções, simplesmente medicalizar ou iatrogenizar problemas de ordem afetiva ou social.

Aqui, na nova proposta, a equipe trabalharia com a utopia da eterna busca de condições facilitadoras para a reprodução da vida das pessoas, a partir de ponderações sobre o conflito entre as expectativas socialmente definidas pela clientela e aquelas originárias dos saberes e práticas dos profissionais de saúde.

Resumindo, poderíamos afirmar que o desafio central da reforma sanitária é o salto qualitativo que transformaria a atenção médico-sanitária de instrumento de reprodução da força de trabalho em meio de defesa da vida. Elemento a partir do qual seriam deduzidos as necessidades de ruptura com a forma neoliberal de produzir atenção e os limites dentro dos quais a negociação não anularia o espírito transformador do movimento.

O objetivo de colocar as práticas de saúde à serviço da vida sensu-latu não poderá ocorrer sem uma ligação muito sólida com a realidade, sem uma referência muito estreita com a estrutura e a prática de saúde já existente. O caminho da reforma do SUS dependeria da possibilidade do novo modelo de

atenção realizar um processo de negação/incorporação/superação do passado, fugindo ao impasse da crítica que paralisa. Ao invés da negação, in limine, da clínica, por exemplo, em virtude do seu papel preponderante de controle social, conseguir libertá-la de suas peias históricas e colocá-la à serviço da emancipação individual dos homens. Pensar livremente sobre as práticas coletivas de forma a considerar o direito à saúde e não exclusivamente os interditos econômicos e sociais interposto ao longo da história da saúde pública.

É evidente que estes conceitos não poderão nunca ser definidos exclusivamente de forma abstrata, segundo tal ou qual cânone científico. Emancipação individual ou coletiva, necessidades sociais para reprodução da vida, são noções sempre dimensionadas por sujeitos sociais concretamente envolvidos no processo terapêutico e, mais amplamente, na vida em sociedade. Os serviços de saúde teriam que se organizar de maneira a conservar uma certa desestruturação que os capacitasse a realizar uma ampliação contínua do conteúdo destas necessidades e demandas, contribuindo ainda para o enriqueci-

mento destas perspectivas.

Para que a rede básica atinja estes ambiciosos propósitos seria necessário a adoção de perfis organizacionais bastantes flexíveis.

Contudo, o modelo fundamental poderia ser o de um Centro de Saúde com capacidade para atender de vinte a trinta mil pessoas. Viável apenas nos aglomerados urbanos, onde vivem quase 80% da população brasileira. Para comunidades isoladas, quer na zona rural ou em pequenos bairros afastados e com pequena densidade populacional, a solução estaria nos Postos de saúde satélites e vinculados a unidades mais complexas.

As características de cada uma destas unidades menores dependeria da circunstâncias e disponibilidade de recursos da localidade em questão. Podendo justificar-se desde a montagem de serviços voltados para a promoção e prevenção de doenças, com técnicos em saúde, apoiados eventualmente por médicos e enfermeiros, até inúmeras outras situações intermediárias.

Entretanto, vale ressaltar que a produtividade, a capacidade de resolver problemas de saúde e de atrair clientela, destas pequenas unidades são sempre inferiores do que as de um Centro de Saúde que assegure atenção integral e, até mesmo, do que as de um consultório médico. Não se justificando, portanto, a adoção destas soluções intermediárias em regiões densamente povoadas, a não ser em situações provisórias e muito específicas como foi anteriormente discutido.

O Centro de Saúde deveria estruturar-se em três áreas básicas e várias outras de apoio, conforme o perfil epidemiológico, as imposições da demanda e a disponibilidade de recursos de cada região.

As três áreas básicas seriam as de saúde da criança, da mulher e do adulto, segundo tradição já estabelecida no setor público. Cada uma destes setores poderia ser subdividido em várias equipes de saúde, compostas por um conjunto de profissionais competentes para prover atenção integral aos usuários: médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos, assistentes sociais, odontólogos, e outros.

A estruturação de equipes como base principal da organização dos serviços de saúde teria duas justificativas principais. Uma, de quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais: corpo clínico, serviços de enfermagem, de odonto, etc.

Outra, prende-se a idéia de responsabilizar cada uma destas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los. Buscando deixar claramente marcada a vinculação de cada equipe a um certo número de pacientes previamente inscritos, ao atendimento de uma certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como sua parte de responsabilidade em relação aos problemas coletivos, como o trabalho com creches, com meio ambiente e ambientes de trabalho, com grupos expostos a maiores riscos de adoecer ou com menor grau de autonomia, como idosos, doentes mentais, etc.

Um dos objetivos estratégicos da reestruturação proposta seria o de quebrar a impessoalidade reinante nos servi-

cos públicos, trazo cinza a reforçar a burocratização da atenção médico-sanitária, na medida que dificulta e impede a expressão individual e cotidiana da subjetividade da clientela - fator, quando presente, fundamental para o controle crítico do funcionamento de qualquer serviço público.

Estou, neste sentido, advogando a adoção de um sistema flexível de adscrição progressiva da clientela, não diretamente e exclusivamente ao médico, mas as a cada uma das inúmeras equipes porventura existentes nas unidades.

Uma vez inscrito, cada paciente seria integralmente assistido por uma das equipes, tanto em suas intercorrências e acontecimentos imprevistos, quanto de maneira mais abrangente em grupos, seguimento de rotina, conforme a especificidade de cada situação.

A viabilidade da instituição deste tipo de atendimento depende de unidades que funcionem de 12 a 16 horas por dia, bem como aos sábados e domingos. Pressupondo, ainda, que cada equipe tenha uma composição minimamente adequada de profissionais, com seus componentes divididos nos vários tur-

nos de trabalho.

A implantação do sistema de adscrição teria que ser gradativo e sempre parcial, reservando-se parte da capacidade de atenção aos casos eventuais não inscritos - migrantes e novos clientes. Enfim, haveria que se estar sempre aberto à variabilidade da vida nas cidades, nunca perfeitamente enquadrável em esquemas administrativos teóricos.

A burocratização do serviço é um risco sempre presente na área pública, e teria que ser evitada mediante a instituição de mecanismos que obrigassem as equipes a dar também conta de eventos inusitados ou de casos novos, ainda não incorporados à rotina dos serviços. A solução poderia estar tanto no compromisso de cada equipe atender certo número de casos eventuais e manter um espaço não-estruturado no seu processo de trabalho, de forma a absorver novos problemas da região; ou na montagem de pequenos pronto-atendimentos e de núcleos responsáveis por receber e avaliar novas demandas da coletividade, de onde os pacientes ou os problemas seriam ou não encaminhados a algumas das equipes.

Caso haja opção por esta última forma de funcionamento, seria conveniente estabelecer-se um rodízio entre os profissionais que executem este tipo de tarefa, uma vez que o trabalho em pronto-atendimento é desgastante e pouco estimulante para a realização e crescimento técnico-profissional. O mesmo sistema seria adotado quando da composição de núcleos responsáveis pela constatare avaliação dos esquemas de funcionamento das unidades e de sua adequação às características dos distritos e regiões de saúde.

Em princípio e na medida do possível, não haveria porque deixar de se conceder à clientela o direito, ainda que limitado, de opção entre as várias equipes de uma distrito. Admitindo-se até mesmo a possibilidade de troca depois de algum tempo de experiência.

A idéia da organização do processo de trabalho em equipes objetivaria também facilitar a superação da inércia e da indiferença burocrática, marca registrada do serviço público de saúde. O resgate de um certo profissionalismo, da capacidade de iniciativa e a superação da tradicional aliena-

ção do profissional de saúde de seu objeto e dos instrumentos de trabalho, poderiam ser alcançados por meio da instituição de um radical processo de descentralização, que delegasse a cada um destes grupos ampla autonomia para organizar seu processo de trabalho e estabelecer seus próprios objetivos e metas.

Desta maneira, a elaboração de Planos de Saúde obedeceria a um movimento de duas mãos. Um descendente, quando o poder central, as instâncias de gestão colegiada e assessorias de planejamento, proporiais diretrizes gerais de políticas de saúde, apontariam os problemas considerados prioritários, e os métodos indicados para resolvê-los, definindo uma certa distribuição de recursos.

O outro de sentido ascendente - influenciado e influenciando o primeiro -, partiria da elaboração autônoma das equipes, que quase que autogeririam seu próprio processo de trabalho. Obviamente, a autonomia teria sempre os limites das diretrizes gerais de política e dos saberes estabelecidos na área clínica, sanitária ou administrativa.

A instituição deste processo praticamente liquidaria com o execrando mandamento do planejamento autoritário: "centralização normativa e descentralização executiva". Não havendo, dentro do estilo de gestão aqui sugerida, lugar para a definição estrita de normas sobre procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, ou sobre a organização do processo de trabalho, delegação e divisão de responsabilidades entre os membros de um serviço e ainda sobre a atribuição de papéis, a partir das instâncias superiores do sistema de saúde.

Cada equipe comprometer-se-ia com o cumprimento de um conjunto de metas e objetivos, definidos a partir de um sistema de negociações orientadas pelo Plano estratégico global e pelas propostas oriundas do pessoal da base do sistema. O coordenador de cada serviço, os conselhos locais ou de distrito, aprovariam ou adendariam o Plano de cada equipe, depois de compatibilizá-lo com o sugerido por outros grupos e serviços.

Uma vez aprovado, este Plano local constituir-se-ia no principal instrumento orientador da gerência dos serviços, além de servir como uma planilha por meio da qual seriam periodicamente avaliadas e supervisionadas as equipes e serviços de saúde. Os indicadores e parâmetros utilizados deveriam abranger um conjunto de variáveis que representassem o modelo e as prioridades definidas, incluindo, portanto, vários aspectos da atenção: produtividade, cobertura populacional, indicadores que apontassem para o sentido de integralidade e da qualidade da atenção, das possibilidades de acesso e da humanização dos serviços.

Refletir em números, indicadores e em descrições de objetivos, a múltipla variedade da vida, eis a tarefa impossível dos planejadores. Não obstante, é conveniente realizá-la com a consciência de que estar-se-á produzindo apenas pálidos reflexos, sombras, espectros, do que vai pelo real da vida. Mas que a cada ciclo de experiências vivenciadas sob um distanciamento crítico, poderemos diminuir a pobreza reflexiva da planilhas, aproximando-as, passo a passo, da ri-

queza do concreto, ainda que nunca o planejamento consiga representá-lo em sua totalidade.

Contudo, por paradoxal que possa parecer, estas planilhas elaboradas segundo a lógica do vai-vem, seriam uma das principais ferramentas para a gerência cotidiana das unidades e também base para reordenamento do Plano diretor da região ou do município.

O produto deste trabalho será necessariamente heterogêneo, surgindo com o tempo diferenças entre os vários serviços, uma vez que variados são os problemas, as disponibilidades de meios para enfrentá-los e a própria composição profissional de cada equipe ou mesmo de cada serviço. As direções locais e regionais terão que coordenar este complicadíssimo jogo. No entanto, julgo que este seria um dos caminhos para retirar o Planejamento dos núcleos e assessorias de nível central e incorporá-lo, de fato, na vida cotidiana dos serviços de saúde.

Para reduzir ainda mais a inércia burocrática advoco que os Planos de Cargos e Salários e as Carreiras dos servi-

dores públicos deveriam incluir Avaliações de Desempenho, baseadas exatamente na capacidade das equipes executarem as metas e objetivos por elas anteriormente definidos. O enfoque principal destas avaliações incidiria no desempenho global de toda a equipe e, em menor grau, da unidade como um todo, como um estímulo à constituição de vínculos profissionais mais sólidos entre as diversas categorias de trabalhadores de saúde.

Desta forma estariam sendo criadas condições objetivas de trabalho estimuladoras da solidariedade profissional, do comprometimento do conjunto da equipe de saúde com os objetivos sanitários previamente estabelecidos. Este estilo de avaliação representaria um obstáculo concreto ao padrão alienante de relações típicas do serviço público, e à tendência à divisão do trabalho em compartimentos estanques que isolam as diferentes categorias entre si e estas dos problemas de saúde.

Os resultados destas avaliações também serviriam como indicadores para a reordenação do funcionamento dos servi-

cos e regiões, compondo critérios para julgamento dos méritos de cada equipe, dos procedimentos adotados e até mesmo da política vigente. Estas análises poderiam orientar futuros Planos, prioridades para cursos ou treinamentos de aperfeiçoamento profissional e, até mesmo, ser um dos elementos balizadores da velocidade de promoções e ascensão em carreiras.

A comparação das diversas Avaliações de Desempenho definiria, ainda, critérios para distribuição de recursos financeiros, materiais e humanos entre os vários serviços, bem como orientaria a distribuição de estímulos monetários e de gratificações salariais por condições especiais de exercício profissional: unidades distantes e com dificuldades para preenchimento do quadro de pessoal, trabalhos intensivos e desgastantes, etc.

O trabalho em equipe não pressupõe qualquer idéia de apagamento das diferenças de papéis ou de funções entre os trabalhadores, numa espécie de reedição delirante da utopia maoísta de todos fazerem um pouco de tudo, como se por esta

via fossem apagadas a separação e o conflito entre trabalho manual e intelectual. Não compartilha sequer da ilusão de liquidar com o poder médico, pretende, tão-somente, reduzi-lo e aproximá-lo daquele de outros segmentos sociais, por intermédio de sua integração a um contexto de participação democrática, inclusive para os médicos.

Esta proposta, ao contrário, mantém a divisão de trabalho entre médicos, enfermeiros, auxiliares, técnicos de apoio; a diferença é que atribui a todos a responsabilidade pelos resultados do trabalho coletivo. Ao mesmo tempo, contudo, socializa o direito de opinião sobre a organização do serviço e de participação na gerência, inclusive no momento da elaboração de planos. Assim, por exemplo, os resultados dos programas de vacinação, ou a eficácia da atenção aos hipertensos, seriam agora de responsabilidade coletiva. Os médicos teriam que conhecer e opinar sobre as tarefas da enfermagem e esta sobre o envolvimento e desempenho deles.

Durante muito tempo, os sanitaristas e outros analistas dos serviços de saúde, imaginaram que a integração sa-

nitária só seria efetivada quando houvesse uma reforma das concepções que presidem o trabalho dos vários profissionais de saúde, particularmente as dos médicos. No que tinham razão, já que a prática dominante não pressupõe a integralidade da atenção.

Entretanto, esperavam que cada profissional tivesse capacidade de realizar tanto procedimentos curativos e individuais, como ações de promoção e prevenção da saúde, em seu sentido mais genérico. Ora, as recomendações dessa teoria nunca chegaram a passar inteiramente para a prática. Esbarravam na incontornável tendência moderna à divisão do trabalho, inevitável frente a complexidade dos problemas contemporâneos de saúde e das tecnologias para enfrentá-los.

Defenderam a formação de alguns profissionais "generalistas", supostamente capacitados para o exercício integral da atenção médico-sanitária. Desta idéia derivam as propostas de formação de médicos generalistas e agentes de saúde "pau pra toda obra", supostamente capazes de atenderem a maioria dos problemas de saúde da população. Chegaram a

defender com uma ênfase excessiva que a formação destes profissionais seria a principal saída para o impasse da crise de eficácia dos sistemas de saúde. Ambos, foram apresentados como panacéia para os males da administração sanitária. (7)

A experiência concreta demonstrou que o auxiliar de saúde polivalente terminava operando de maneira muito semelhante às atendedoras de enfermagem - trabalho técnico de baixa qualificação -, ou, quando eram utilizados para substituir o médico, segundo o mesmo padrão medicalizante das tradicionais consultas individuais. (8)

Quanto ao médico generalista, a excessão de postos de trabalho em localidades isoladas, sua função não se demonstrou adequada nem aos reclamos da demanda e das necessidades de saúde prevalentes num país industrializado - sendo, portanto, rejeitados pelos próprios usuários -, e nem agradou aos médicos, que teimaram em não optar por uma carreira onde o seu horizonte era a especialização em generalidades.

No esquema aqui sugerido, haveria divisão de trabalho entre as diferentes categorias profissionais, entre as

diversas especialidades e a somatória de suas práticas é que garantiria a integralidade das ações. Assim, alguns trabalhariam com a atenção individual, outros atuariam com maior ênfase nos campos da promoção e prevenção. Vários, operariam com a demanda, os mesmos e outros recortariam-na segundo critérios técnicos para o desenvolvimento de ações programáticas. Mas quase que ninguém, em seu trabalho concreto, seria o tal do profissional integral. A integralidade das ações seria garantida pela atuação conjunta da equipe, do serviço ou do sistema.

Um outro objetivo desta proposta de reestruturação do modo de produzir atenção básica é o de superar - negar e incorporar - a tendência verificável na maioria das unidades que compõem a porta de entrada do SUS de valorizar a "produção pela produção". Lógica típica da modalidade do Fronto-atendimento.

Isto teria que ser alcançado sem o rompimento do compromisso com a demanda. Não caíndo, assim, na burocratização típica dos Programas tradicionais que negam legitimida-

de aos problemas apresentados pela demanda.

A saída não estaria, portanto, na organização de serviços ou de programas verticais para cada problema considerado prioritário, e, sim, em dotar as unidades de capacidade de iniciativa e de criatividade para articularem um conjunto de ações para cada problema, de maneira que os recursos disponíveis servissem também para responder de pronto aos imperativos impostos pela dinâmica epidemiológica e social de cada região.

Neste modelo a oferta de atenção não poderia obedecer a uma padronização rígida, porque haveria que se considerar as diferenças individuais, coletivas e de cada situação específica. Imagino, mesmo, que as equipes deveriam ser estimuladas e treinadas a considerar as diversas subjetividades da clientela, adquirindo competência para trabalhar segundo o princípio de que as diferenças clínicas, sociais, econômicas e psicológicas entre as gestantes, por exemplo, exigem que os serviços de pré-natal ofereçam cuidados diferentes a cada caso: educação em saúde para algumas, grupos terapêuticos para

outras, atendimento médico individual com periodicidade variável conforme características de cada história de vida e assim por diante.

É óbvio, que a gama de procedimentos ofertados teria que coincidir com a faixa de saberes e de tecnologias consideradas adequadas à intervenção sobre o problema de saúde em questão.

Para que o Centro de Saúde desempenhe o papel que lhe esta sendo atribuído, ele necessitaria de outras equipes de apoio, além das três básicas já comentadas. Estas estruturas de apoio poderiam localizar-se na própria unidade ou em outros espaços dos Distritos de Saúde, atendendo a mais de um Centro de Saúde.

Uma das equipes de apoio que considero indispensável seria a que denominamos de Saúde Pública. A composição deste grupo variaria conforme a disponibilidade de recursos, o grau de descentralização de responsabilidades para o município e as prioridades em saúde coletiva de cada região. Mas, basicamente deveria ser composta por sanitaristas, técnicos e au-

xiliares treinados especificamente para atuação em saúde pública. Aqueles profissionais e equipamentos mais especializados, como engenheiros sanitários, educadores, físicos, planejadores, epidemiologistas, etc., continuariam atuando em nível municipal ou regional.

A obrigatoriedade da existência da equipe de saúde pública justifica-se pelo fato de que o sistema local deve assumir, progressivamente, a responsabilidade pela implementação de grande parte das ações de impacto coletivo, senão nunca atingir-se-ia a integração sanitária. Por outro lado, fundamenta-se também no reconhecimento de que a saúde pública é um campo especializado e que, portanto, médicos generalistas ou especializados, enfermeiros e outros profissionais de saúde, dentro do espírito da divisão de trabalho, não teriam nem tempo disponível e nem a competência técnica para o desenvolvimento completo deste campo de atenção à saúde.

As atribuições específicas desta área seriam a de realizar de forma sistemática e planejada as Vigilâncias Epidemiológica e a Sanitária, contribuir para o processo de Pla-

nejamento procedendo a elaboração de diagnósticos de morbidade e mortalidade, avaliações da eficácia dos serviços e dos graus de riscos dos vários agrupamentos populacionais, dirigir e coordenar ações específicas voltadas para o controle ou erradicação de doenças de massa e dar apoio a todos que trabalhem o tema da formação de uma nova consciência sanitária entre os trabalhadores de saúde e a população.

Necessariamente, o sanitarista não teria automaticamente o privilégio de exercício das funções de direção local ou regional do sistema. Os critérios para preenchimento destes cargos deveriam obedecer a variáveis mais amplas.

As unidades da rede básica poderiam também contar com outras equipes de apoio, no caso opcionais, na dependência sempre do diagnóstico situacional. Refiro as equipes de Saúde Mental, Reabilitação, Cirurgia Ambulatorial, bem como de outras especialidades consideradas em destaque por sua importância na elevação da capacidade do nível local resolver autonomamente problemas de saúde.

Sem a criação dessas áreas de apoio especializado

não se viabilizará a estratégia da desospitalização. A somatória dos problemas impostos pela demanda - cada vez mais complexos - e das tecnologias não-hospitalares adequadas para enfrentá-los, impõe a organização de uma rede básica com um perfil tecnológico - dos recursos humanos, espaço físico, equipamentos - bem mais elaborado do que imaginávamos conveniente até alguns anos atrás.

Tomemos o exemplo da Saúde Mental. Inúmeros levantamentos têm demonstrado que este é o problema de maior prevalência entre os adultos que frequentam a rede básica nos centros urbanos brasileiros.

Em 1987, Jair Mari realizou um estudo da morbidade psiquiátrica em clínicas de atenção primária na cidade de São Paulo. Ele encontrou resultados impressionantes. A prevalência do que foi classificado como distúrbio psiquiátrico leve ("minor") variou de 56% a 47% da demanda geral de três unidades de saúde, localizadas em regiões onde habitavam populações com diferentes situações sócio-econômicas.

A prevalência de distúrbios psiquiátricos considera-

dos severos variou de 25% a 27%. Pesquisas semelhantes, realizadas em outras ocasiões e cidades, chegaram a resultados muito próximos do verificado por este autor. (9)

Mesmo considerando que os denominados distúrbios menores não se constituiriam em objeto de trabalho dos especialistas em saúde mental, uma vez que, ao menos hipoteticamente, poderiam e deveriam ser incorporados ao dia-a-dia das equipes básicas, não há como deixar de reconhecer que a doença mental hoje já é um problema coletivo de saúde.

Em geral, os distúrbios leves encontram-se em associação com outros problemas orgânicos, que costumam ser apresentados como motivo principal da busca por atenção. Entretanto não faz parte da formação e da prática de médicos, enfermeiros e de outros profissionais, a habilidade de lidar com o subjetivo, com o afetivo e o psíquico dos pacientes ou comunidades. E isso acontece mesmo quando o componente mental é obstáculo para a cura ou para o estabelecimento de uma relação produtiva entre equipe e pacientes. Ainda nestas situações, os profissionais não costumam valorizar esta dimen-

são do quadro mórbido. Habitualmente, a conduta mais frequente quando estas desordens chegam a ser identificadas, é o encaminhamento para atendimento especializado em psiquiatria ou a prescrição de tranquilizantes.

Dentro deste contexto, uma primeira medida para ampliar a capacidade da rede em relação ao perfil de problemas de quase metade dos adultos que a utilizam, seria a reforma do conteúdo das práticas médico-sanitárias, no sentido de incorporarem - como procedimentos de caráter genérico, não especializado - técnicas de diagnóstico e de terapêutica adaptadas da psicanálise e de outras fontes do saber em saúde mental.

No entanto, observamos que um quarto da demanda de adultos padece de distúrbios psiquiátricos severos: psicoses, alcoolismo, depressão grave, etc. O modelo neoliberal "resolve" este tipo de demanda por meio de tratamento medicamentoso e, em situações de dificuldade de convívio social, de hospitalização. Quase 40% dos leitos contratados pelo SUS, no estado de São Paulo, estão destinados ao recolhimento destes

pacientes. A reversão do ciclo vicioso crise-internação-cronificação-novas crises exigiria que a rede básica fosse habilitada a interromper esta ciranda infernal, garantindo a continuidade da vida em sociedade para esta parcela da população.

Por estas razões, parece-me cristalino que a constituição de equipes de saúde mental seria uma diretriz quase que obrigatória para os sistemas locais.

Entretanto, a experiência de vários municípios que organizaram ambulatórios ou equipes descentralizadas de saúde mental, vem nos demonstrando que estas alternativas por si só não são suficientes para reverter a dinâmica da hospitalização. Isto porque, em geral, as equipes e ambulatórios trabalham com o ritmo e a racionalidade semelhantes a dos consultórios liberais, e os casos graves terminam caindo nas malhas da rota do inferno: crise, pronto-socorro, medicalização e internação prolongada.

Ou seja, os Centros de Saúde e Ambulatórios ainda operam principalmente por meio de consultas previamente agenda-

das, alguns atendimentos eventuais, sem a criação de esquemas alternativos de proteção ao paciente. Realidade comum ao campo da saúde mental e a outras áreas. Pois, em certo sentido, o mesmo ciclo repete-se com o diabético, com o hipertenso crônico ou com uma criança debilitada e sujeita a agravos inesperados.

Alguns reformadores da atenção psiquiátrica italiana - Franco Rotelli, Ota de Leonardis e Diana Mauri - criaram serviços locais híbridos, que podem oferecer-nos algumas idéias valiosas para a reforma da atenção médico-sanitária em geral. Eles buscavam modelos alternativos que assegurassem proteção e tratamento às pessoas sem a utilização do confinamento hospitalar e reconhecendo a impossibilidade de fazê-lo exclusivamente por meio de consultas ou atendimentos de grupos eventuais.

Denominaram-nos de Centros de Saúde Mental, vinculando-os à Unidade Sanitária local. Julgo oportuno reproduzir um longo trecho de um trabalho onde estes inventores do fazer saúde resumem a sua proposta:

"Os Centros de Saúde Mental são o eixo de todo o sistema de saúde mental e coordenam uma série de outras possibilidades e estruturas colaterais... . São sete Centros, correspondentes às sete zonas de descentralização administrativa de Trieste, cobrindo uma média de 40 000 habitantes. Estão abertos 24 horas por dia e em condições de acolher as pessoas a qualquer momento do dia e da noite... . Os Centros têm alguns leitos para dormir (uma média de oito em cada)... .

A organização do trabalho nos Centros é pouco hierarquizada e com pequena divisão do trabalho, no sentido de que as responsabilidades de decisão e as competências executivas não são separadas e são assumidas ao mesmo tempo por mais de um operador... o trabalho é organizado e distribuído conforme as exigências que se apresentam. A esta elevada flexibilidade da organização corresponde a mesma elevada elasticidade e permeabilidade no uso do Centro e na relação com os pacientes." (10)

A proposta de reformulação da rede básica desenvol-

vida nesta Tese, tem pelo menos dois pontos de identificação com o modelo dos italianos. Um, referente à organização do processo de trabalho de forma mais fluida, flexível, segundo parâmetros autonomamente definidos pelos serviços locais.

Outro, diz respeito a transformação das Unidades Básicas em serviços com capacidade para esvaziar a função do hospital nos sistemas de saúde. Lá, eles imaginam terminar com os manicômios; aqui, proponho transformar o Centro de Saúde na principal instância do sistema, pivô da relação com os hospitais e com outros serviços da comunidade.

Ou seja, imagino um Centro de Saúde com funções ampliadas, tanto em relação ao acesso mais facilitado das pessoas com problemas, como de sua capacidade de resolvê-los. O que implicaria na superação da imagem do Centro de Saúde como uma repartição pública, que fecha aos domingos e feriados conforme fosse uma coletoria de impostos.

Dentro desta perspectiva, haveria que se ampliar o significado da expressão "resolver problemas". Penso que estes serviços deveriam funcionar como uma espécie de centros

de apoio às pessoas com dificuldade de levar a vida em sociedade, por razão de desordens direta ou indiretamente vinculadas ao campo da saúde. Criando, portanto, alternativas assistenciais para além da atenção médica do tipo ambulatorial, individual e sem recursos para um cuidado mais intensivo do que o retorno esporádico para atendimento. Assim, por exemplo, a idéia de incluir áreas de repouso e acompanhamento - espaço com leitos -, serviria não só para distúrbios psiquiátricos, mas para a realização de procedimentos que transcendam os limites de uma consulta ou de um atendimento individual. Esta estrutura híbrida permitiria que as equipes articulassem ações específicas de reabilitação física, educação em saúde, diagnóstico e seguimento de casos, para idosos, acidentados, drogados, crianças, etc.

Enfim, esta concepção alteraria o papel hoje atribuído a um Centro de Saúde. Devendo, em consequência, ocorrer a progressiva reorientação da programação espacial, da composição de equipamentos, tecnologias e de pessoal, de toda a rede básica.

Este nível de atenção seria estruturado de maneira a esgotar o diagnóstico e terapêutica da maior parte dos problemas de saúde, oferecendo um leque muito amplo de atividades, como consultas médicas e odontológicas de urgência ou programadas, avaliações periódicas da evolução de casos, atenção domiciliar, internações breves, trabalho de grupos, palestras, debates, pequenas cirurgias, orientações pontuais, etc.

A implementação deste estilo de reforma na rede pública permitiria o estabelecimento de uma nova relação com a demanda: incorporando-a para progressivamente reorientá-la. Superando tanto a imposição de recortes e de restrições ao acesso sempre que há um predomínio muito marcado da racionalidade administrativa, como a postura passiva do Pronto-atendimento que a tudo absorve sem meios adequados, ensinando o fenômeno da eterna repetição de uma demanda que sufoca a iniciativa das equipes de saúde.

Convém ressaltar, contudo, que o desenho desta proposta parte do reconhecimento da legitimidade social e técnica

ca do conteúdo expresso na demanda por serviços. Não a partir de uma visão ingênua, que ignore as distorções da consciência sanitária dominante, plasmada, em larga medida, pelo mecanismos, nem sempre legítimos do ponto de vista da clínica e da epidemiologia, da mercantilização da prática médica e da medicalização dos saberes sobre saúde.

Entretanto, a validação social do serviço público certamente passará pela admissão de que mesmo estes elementos distorcidos, uma vez incorporados ao mundo dos desejos e expectativas dos pacientes e da comunidade, não poderão ser simplesmente descartados. Frequentemente, a procura por atenção e a pressão da demanda, são as únicas maneiras da maioria da população expressar a sua vontade, de votar, escolhendo algum tipo de atenção. Mesmo quando há participação na gerência do sistema, não se esgota totalmente, por meio deste canal, a expressão da vontade, dos desejos e das necessidades das pessoas.

Há que se considerar ainda que a subjetividade e a individualidade de cada pessoa em sua relação com a doença, com o sofrimento, com a dor, em alguma medida, também se expressam no movimento de busca por atenção, na demanda. Neste sentido, desqualificá-la, negá-la, substituindo-a completamente por critérios de acesso de ordem técnica ou administrativa, é retirar dos serviços públicos de saúde a possibilidade de trabalhar diferentemente problemas semelhantes, mas que se expressam de forma diferente conforme a história de cada cidadão. Seria condenar, de antemão, o SUS a triste sina dos serviços burocratizados, com seu peculiar autoritarismo, impessoalidade, incapacidade de lidar com as diferenças e de criar soluções novas para problemas diversos.

O salto qualitativo que a reforma sanitária se propõe a imprimir na prática médico-sanitária depende muito de uma nova e dialética relação entre serviços e demanda/necessidades de saúde.

A operacionalização e mesmo o dimensionamento dos meios necessários para colocar o SUS a serviço da reprodução

da vida, não são tarefas simples. De saída, é difícil a caracterização deste objetivo estratégico: sua dependência de variáveis sociais e históricas impossibilitam sua redução a uma série de valores numéricos, metas e parâmetros de avaliação. E mais, sua tradução em programas operacionais é complicada, porque contem uma multiplicidade de expectativas de diversos conteúdos, a depender dos vários grupos e classes sociais, não sendo, portanto, possível resumí-lo em um único modelo padrão, aplicável à maioria dos distritos ou regiões de saúde.

A adoção do conceito de emancipação social como uma diretriz balizadora da função do SUS teria um papel determinante na ampliação do objeto de trabalho dos serviços de saúde. Ou seja, admitir que cada cidadão deveria dispor de meios subjetivos e materiais - boa parcela dos quais não diretamente dependentes do sistema de saúde -, suficientes para sua reprodução e para construir autonomamente sua felicidade, realização pessoal e social.

Na verdade, estes dois conceitos - reprodução da vi-

da e emancipação social - pertencem ao campo das abstrações valorativas. Julgo, no entanto, que a sua definição como o objetivo maior do SUS seria benéfica, principalmente quando os comparamos aos padrões tradicionais de construção de imagens objetivos e de critérios valorativos para julgar a adequação de serviços de saúde. As programações e as metas que costumeiramente orientam a gestão das redes sanitárias, apesar da aparente neutralidade técnica, quase sempre são baseadas em concepções restritas do papel dos serviços de saúde na reprodução social das pessoas.

Toda essa digressão visa justificar a idéia de que a eterna busca de meios para ampliar a capacidade de resolução dos serviços de saúde funcionaria como um poderoso antídoto contra a tendência à burocratização do SUS. Este movimento teria dois objetivos. Um primeiro, menos polêmico, de desenvolver técnicas e novas combinações tecnológicas, indicadas para a resolução da maioria dos problemas de saúde sem a utilização do hospital ou de outros recursos mais sofisticados e agressivos.

Por outro lado, o reconhecimento das diferenças econômicas, culturais e da subjetividade dos vários usuários do sistema, e da repercussão desta variabilidade na evolução dos problemas individuais ou coletivos de saúde, exigiriam modificações nas formas de atenção médico-sanitária.

Como resultado, os serviços de saúde deveriam ser organizados de forma a discriminar positivamente e a oferecer atenção diferenciada para a um hipertenso desempregado e para um outro socialmente mais integrado, por exemplo. A relação do serviço com uma gestante jovem, mãe solteira, com uma gravidez indesejada, teria que ser qualitativamente diferente daquela estabelecida com outras mulheres em situação existencial menos conflitiva. O acompanhamento clínico de um menor abandonado, os vínculos necessários para garantir-lhe conforto e proteção profissional, obedeceria a uma dinâmica bem mais flexível e criativa do que o de uma outra criança vinculada a uma família razoavelmente equilibrada.

Estas e outras situações sociais, com repercussão sobre a existência e a consciência das pessoas, não podem ser

desconsideradas pelos serviços públicos de saúde. Não só por razões éticas ou morais, mas também porque seu desconhecimento diminui a eficácia técnica das ações de saúde, transformando boa parte da atenção em um ritual com pequena repercussão sobre o processo de cura e sobre a manutenção de ambientes saudáveis.

Fazer tábula rasa destes fenômenos seria condenar o SUS a uma função restrita. Não se trataria de substituir ou, menos ainda, de incorporar aos serviços de saúde a maior parte das funções da assistência social ou de ações políticas de reforma. Mas, sim, de admitir que uma série de procedimentos, até agora classificados como estranhos à prática sanitária, têm uma função terapêutica essencial.

Senão, como trabalhar com educação em saúde sem operar com a dimensão libertadora da utopia da cidadania plena?

Como realizar pré-natal de qualidade sem abrir a rotina das unidades para os conflitos, dificuldades e angústias das reais futuras mães?

Como recuperar para a vida em sociedade pacientes i-

dosos ou com distúrbios psiquiátricos, sem considerar suas condições concretas de existência? Condições de locomoção, habitação, relações familiares, e possibilidades de integração social.

Não que o médico ou a enfermeira, enquanto profissionais com uma dada especialização, fossem obrigados a operar sempre em todas estas múltiplas dimensões. Dai a defesa intransigente da Equipe de saúde. No entanto, mesmo estes técnicos, em sua atuação específica e para que a mesma tenha eficácia, teriam que incorporar à sua prática procedimentos mais amplos do que a costumeira concentração de atividades sobre o corpo físico dos pacientes, passando a valorizar mais a relação dinâmica entre doença-doente do que a entidade supostamente concreta nomeada de "doença".

Tomando, mais uma vez, a experiência do grupo coordenado por Frando Rotelli, gostaria de citar algumas conclusões sobre o modelo de unidades capazes de esgotar a nível básico a atenção ao doente:

"... este serviço não pode fixar-se em um

modelo estável, mas deveria permanecer dinâmico e em transformação. Em suma, o serviço territorial se configuraria como ator de mudança social, como propulsor de transformações concretas em nível local, nas instituições e na comunidade...

... exatamente este ponto de fundo que caracteriza a reforma italiana... Faz com que ela não fixe uma solução institucional positivamente concluída e não estabeleça um quadro normativo, mas, ao contrário, suscite dinâmicas, conflitos e transformações e mantenha desta forma um campo aberto de incerteza, no qual continuam a ser relevantes as ações operativas concretas, as experiências, aprendizagens, etc."

(11)

Ou seja, o serviço público teria que adquirir uma certa plasticidade que o capacitasse a absorver e a trabalhar as aspirações de saúde dos grupos e das pessoas, por mais que, de imediato, não correspondam às expectativas clínicas e epidemiológicas dos técnicos. De uma certa forma, isso ocor-

re no setor privado, que estrutura-se de maneira a captar o dinamismo do mercado comandado, no caso, por uma racionalidade econômica. No SUS, copiaríamos apenas a flexibilidade e abertura dos serviços privados aos reclamos da demanda, alterando a racionalidade orientadora das intervenções, que agora visariam apoiar as pessoas e comunidades por meio de ações pertinentes ao campo da saúde.

Enfim, as instituições públicas necessitariam desenvolver mecanismos para colocar-se de acordo com a complexidade e diversidade da vida, quebrando a rigidez da relação profissional/clientela, dos horários e das padronizações das condutas e procedimentos. Um pré-requisito para o pleno funcionamento deste modelo organizacional é a instituição de um novo estilo de gestão dos serviços: descentralizado, democrático e que valorize a autonomia e liberdade de iniciativa das equipes de saúde.

É óbvio que a atenção médico-sanitária não se esgota no nível dos Centros de Saúde, de suas equipes e unidades satélites, mesmo considerando as dimensões ampliadas da porta

de entrada proposta. Cada município, distrito ou região, necessitaria de serviços mais complexos que funcionassem com apoio e referência para a rede básica: hospitais, pronto-socorros, laboratórios, ambulatorios de especialidade e outros.

A diretriz da desospitalização não pressupõe a idéia simplória de eliminá-lo do sistema. Ao contrário, a redifinição do papel do hospital visa, por um lado, liquidar a subordinação à sua dinâmica de todos os serviços do sistema e de quase toda a produção de conhecimentos sobre a saúde, como acontece no modo neoliberal de produção. No entanto, objetiva também ampliar a sua eficácia, integrando-o organicamente aos Centros de Saúde.

A reformulação do papel dos hospitais implica na adoção de diretrizes, aparentemente, opostas e contraditórias entre si. Certamente, o princípio da hierarquização assistencial só se efetivará quando os hospitais deixarem de funcionar como analisamos anteriormente: desconectados do sistema e realizando apenas as atividades, que por diversas ra-

zões, lhe são convenientes. Entretanto, o princípio da descentralização do poder técnico e administrativo teria que se estender também aos hospitais e unidades mais complexas, de maneira a assegurar-lhes autonomia gerencial.

Ou seja, obedecidas as determinações gerais do Plano diretor regional, que especificaria as atribuições genéricas dos vários serviços, cada hospital poderia ser administrado de forma autônoma, de maneira semelhante aos Centros de saúde. Neste sentido, a descentralização é um requerimento ainda mais imprescindível para a gestão dos hospitais, porque estas unidades processam um maior volume de atendimento, lidam com composição tecnológica bem mais complexa e enfrentam problemas de manutenção, abastecimento, transporte, muito mais complicados do que o nível local. Sem autonomia gerencial não haverá agilidade, produtividade e qualidade da atenção ofertada. Concluindo, poderíamos colocar que haveria que se recriar um desenho de Sistema de Saúde que combinasse integração assistencial com autonomia de gestão.

A condição sine qua non para sua integração ao sis-

tema seria a realização de um profundo processo de reforma dos modos de organização do processo de trabalho no seu interior, a tal ponto que quebrasse a dominância da lógica neoliberal que entranha o fazer cotidiano do hospital.

Uma pré-condição para o desencadear destas transformações, no quadro real de distribuição de poder no Brasil, estaria na modificação das relações entre estado e setor privado, particularmente e prioritariamente nas instituições ditas filantrópicas.

Atualmente, os convênios do SUS com o setor privado somente regulamentam as condições de compra e venda de serviços, o que permite a permanência de situações como as descritas no Capítulo II. Defendo que o SUS só deveria contratar hospitais, laboratórios e serviços especializados, mediante a prévia realização de um acordo global, onde constasse as atribuições assistenciais e a instituição de diferentes modalidades de coestão, reservando-se ao SUS a execução e direção daquela parcela de serviços contratados.

Este sistema abriria possibilidades de reorganização

dos hospitais, até agora estruturados segundo uma lógica adequada ao mercado e não a área pública.

Naquelas situações em que houvesse interesse público na celebração do acordo, e os proprietários ou médicos não aceitassem os termos da coestão, estariam justificadas a decretação de utilidade pública e a consequente intervenção do estado naquela unidade de saúde.

Por meio de um destes caminhos - ou do entendimento, viabilizando um modelo de coestão público-privada; ou da utilização da força legal da autoridade como meio de fazer prevalecer o interesse coletivo -, caminhar-se-ia para a incorporação ao SUS da maior parte da capacidade instalada na área hospitalar.

Há, no Brasil hoje, viabilidade técnica, política e legal, para a concretização deste objetivo; havendo, inclusive, vários municípios que já vem adotando tais medidas.

Uma das vantagens políticas da solução apresentada é que ela não reabre toda uma polêmica sobre a estatização ou não dos serviços de saúde. Tratar-se-ia, tão-somente, de

garantir o caráter e o interesse público em todos os serviços integrados ao SUS, quer fossem, do ponto de vista da propriedade, estatais, filantrópicos, comunitários, etc. No caso, seria deixado ao setor privado a alternativa de funcionamento segundo as leis do mercado, desde que não mantivessem nenhum vínculo com o SUS. Nestes acordos de co-gestão nem sempre haveria que ser incluído todo o hospital, mas apenas aquelas áreas consideradas no Plano Diretor de Saúde. O restante do hospital poderia continuar, em tese, prestando serviços para outra clientela que não a do SUS.

De imediato, este tipo de negociação poderia ser entabulado com toda a rede filantrópica, detentora de quase 40% da capacidade instalada no setor.

Uma vez concretizada esta transferência de parte do poder político de controle sobre a rede hospitalar, estariam criadas as condições para o processo de reordenamento das estruturas da rede hospitalar do SUS, reformando-se também os hospitais públicos que, como vimos, reproduzem a lógica liberal.

Uma estratégia decisiva para o sucesso da integração sanitária seria a retirada progressiva dos hospitais da condição de principal porta de entrada do sistema. Sem dúvida, a velocidade desta transformação dependerá do ritmo de implantação de uma rede básica com o perfil acima descrito. De qualquer forma, a mera explicitação desta diretriz já é de uma importância capital, porque implicaria na interrupção de qualquer tipo de investimento destinado à ampliação ou à abertura de novos Pronto-atendimentos e ambulatórios gerais nos próprios hospitais e o seu redirecionamento para propiciar o crescimento da rede básica.

Como orientação geral, deveriam ser abolidos quase todos os mecanismos de livre relacionamento dos hospitais do SUS com a clientela. Como unidade de apoio, o hospital atenderia exclusivamente à demanda gerada nos centros de saúde, pronto-socorros e outros serviços especializados. No limite, admitir-se-ia o seguimento de pacientes já vinculados ao hospital. A mesma regra aplicar-se-ia aos ambulatórios de especialidades.

A segunda linha da reforma deste nível de atendimento passaria pela reorganização do seu processo de trabalho, objetivando quebrar as estruturas verticais e encerradas em si mesmas das várias categorias profissionais.

Em princípio, e na medida que as condições objetivas o permitam, recomenda-se a criação de carreiras profissionais que possibilitem, como livre opção, a mobilidade do pessoal entre os vários níveis assistenciais. Esta vinculação de técnicos a vários postos de trabalho facilitaria a desarticulação do corpo clínico e criaria alternativas de trabalho atrativas para médicos e outros trabalhadores.

Em outras palavras: os servidores dos Centros de saúde seriam estimulados a dividir sua jornada de trabalho com o hospital da região. De maneira que o profissional que atendesse um pré-natal na rede pudesse ele mesmo realizar o parto, que o enfermeiro, o fisioterapeuta, o pediatra ou o cirurgião que tabalhasse no hospital também atendesse em um dos Centros de Saúde. Gradativamente, os postos de trabalho em unidades mais especializadas só seriam ocupados após um certo

período de peregrinação e a realização de exames classificatórios, compondo uma situação em que o trabalho exclusivo em Centros de Referência ou em Hospitais, só fosse possível após uma série de etapas da carreira do servidor.

Esse artifício ajudaria os sistemas locais a fixar médicos aos centros de Saúde, uma vez que não ficariam impedidos de complementar a sua prática na atenção básica com outras atividades incorporadas ao imaginário médico como mais prazerosas, nobres e rentáveis.

Para o paciente as vantagens seriam evidentes. Poder-se reproduzir na rede pública boa parcela dos aspectos positivos do vínculo médico-paciente propiciado pelo modo liberal.

Esta dupla vinculação de alguns profissionais a diferentes níveis de atenção facilitaria a subordinação do hospital às demandas originárias da base, além de quebrar parte do corporativismo típico do corpo-clínico fechado intra-muros.

Mais do que a instituição deste padrão de mobilidade

e de fluxo de pessoal, haveria que se implementar uma reforma administrativo-gerencial, que redistribuísse o poder atualmente concentrado no corpo clínico e na burocracia destas instituições. Aqui, conviria também adotar-se a organização do processo de trabalho por meio de Equipes de saúde, recortadas segundo os diferentes objetos e produtos do trabalho claramente identificáveis. Desaparecendo, portanto, o corpo clínico e outras estruturas verticais, e entrando no seu lugar equipes responsáveis pelo trabalho de internação, de atenção intensiva, de urgência, de manutenção, apoio administrativo, e outras, conforme a característica de cada unidade.

Estas equipes teriam em sua composição profissionais de várias categorias, necessários a adequada execução de sua tarefa específica. E, como no Centro de Saúde, gozariam de liberdade e de autonomia para planejarem e organizarem seu próprio processo de trabalho. O corpo de dirigentes compatibilizaria as várias propostas entre si e com as requisições do restante do sistema. Procederia, ainda, avaliações periódicas do desempenho dos vários grupos e da unidade como um to-

do, provendo equipamentos e insumos necessários ao desenvolvimento de cada imagem objetivo e do projeto geral.

Da mesma maneira que nos Centros de Saúde, a preservação de caráter público desta instituições e a correção das tendências à privatização - quer por pressões corporativas, ou clientelistas ou empresariais -, viabilizar-se-iam por meio da introdução do sistema de gestão colegiada. Garantindo-se a participação dos trabalhadores de saúde, dos representantes dos usuários e das autoridades sanitárias de cada região. Estes colegiados encarnariam o poder máximo em cada serviço, deliberando e compondo o projeto de saúde construído a partir da elaboração da várias equipes e de demandas oriundas de outras instâncias do sistema.

Os Hospitais Universitários, conforme a tradição e o que foi estipulado na Lei Orgânica da Saúde, mantiveram um grau quase que absoluto de autonomia, havendo, inclusive, o risco de que venham a se separar completamente do SUS. Um dispositivo provavelmente suficiente para assegurar a integração deles ao Sistema seria o de obrigá-los, por força do

convênio que lhes garanta a subsistência, a instituir gestão colegiada, de maneira a se criar uma espécie de cogestão entre as autoridades universitárias e as do SUS, acompanhada, evidentemente, por representações da sociedade civil e dos profissionais que aí exerçam suas funções.

As recomendações de integração dos hospitais ao SUS e a de subordiná-los do ponto de vista assistencial, não devem se contrapor à criação de estruturas e de normas que assegurem a sua autonomia financeira e administrativa. A desconcentração do maior número de atividades das áreas de apoio administrativo, de recursos humanos, de execução financeira, e outras, para as Secretarias Municipais de Saúde e destas para Regiões ou Distritos, deve ser estendida até as maiores e mais complexas unidades de saúde e entre elas, certamente, sempre estarão os hospitais.

Cada Distrito de Saúde, ou cada grande unidade, disporia de um dado orçamento anual e de liberdade para executá-lo segundo as determinações do seu Plano de Saúde. As direções centrais do sistema ou de outras áreas do aparelho es-

tatal, não só acompanhariam a elaboração dos projetos descentralizados, como participariam de sua aprovação, sugerindo modificações de curso sempre que a sistemática de Avaliação de Desempenho assim o indicar.

A prevalecer o padrão radical de descentralização e de autonomia técnica e administrativa sugeridos, iria se construindo um sistema de saúde bem diferente daquele resultante de uma concepção mais rígida sobre hierarquização. Abrindo-se, até mesmo, a possibilidade do estabelecimento de relações horizontais entre os vários serviços, conforme as necessidades e problemas de cada região, dispensando-se boa parte do fluxo de solicitações e de papéis entre a base e os níveis intermediários ou centrais de poder.

Julgo até mesmo conveniente a adoção de uma política de incentivo à entabulação de entendimentos e negociações bilaterais entre os vários serviços: centros de saúde com hospitais e outras unidades de referência, e destes com áreas de apoio, como a de provimento de medicamentos, insumos, manutenção, formação de pessoal, educação em saúde, etc. Entre

outros benefícios. este tipo de relacionamento diminuiria o poder das instâncias burocráticas do sistema e obrigaria cada serviço a operar com espírito de iniciativa e a assumir uma visão que abrangesse a dinâmica e os problemas de todo o sistema.

c- ALGUNS TÓPICOS SOBRE A REFORMA DA PRÁTICA PROFISSIONAL EM SAÚDE:

No sub-título anterior foram propostas algumas reformulações da organização dos serviços de saúde, do processo de trabalho e mesmo da lógica de administrá-los. Estas modificações visam instituir nos serviços públicos condições objetivas que estimulem a prática profissional segundo o princípio da integração sanitária, e que alterem os padrões burocratizados e a relativa ineficácia da atenção à saúde.

Por mais amplas que sejam as reformas anteriormente sugeridas, é óbvio que elas não serão suficientes para conseguir um reordenamento global das práticas clínicas e de saúde pública. O aprofundamento da reforma sanitária exigiria ainda uma reestruturação dos elementos do saber médico-sanitário e das concepções que orientam a formação de recursos humanos para o setor. Foge ao objetivo deste trabalho a análise das

instituições formadoras de pessoal, mas não poderia me abster de comentar pelo menos três tópicos relativos à prática e aos saberes sobre a saúde e a doença.

Há uma vasta literatura demonstrando o enfoque mecanicista e o biologismo predominante na medicina institucionalizada. As demais profissões de saúde têm trilhado o mesmo caminho, por compartilharem da mesma fonte básica de explicação do processo saúde-doença: a História Natural das Doenças. As consequências negativas desta visão unilateral sobre a produção de serviços também já foram exaustivamente discutidas. Cito como referência desta linha analítica o instigante trabalho de Antônio Augusto Quadra: "Viver é Resistir: A História Natural da Doença", julgando-me incompetente para acrescentar algo de novo às suas conclusões.(12)

Contudo, gostaria de comentar um aspecto particular da atenção individual à saúde, que considero pouco criticado e que tem grandes repercussões sobre a eficácia dos serviços produzidos. Refiro-me ao fato de que na assistência individual, o sujeito que sofre algum tipo de intervenção é quase

que sempre tomado como se fosse um objeto inerte, passivo. Como um ser incapacitado de esboçar qualquer reação, positiva ou negativa, às ações do agente que trata da cura.

Ou seja, a relação profissional/cliente é concebida como um intercâmbio entre um sujeito potente - geralmente o médico -, e um objeto suposto de ser dócil; ativo apenas quando presta informações necessárias ao diagnóstico e de quem se espera "servidão voluntária". A própria denominação de "paciente", que é usualmente atribuída ao doente, já é um dado revelador do sentido principal desta relação: paciente significa "aquele que possui a virtude de suportar os sofrimentos sem queixa". (13)

Portanto, ao doente, durante o processo de cura, é retirado até o direito à fala, a não ser como informante, mas nunca lhe é garantido o direito do uso da palavra para a "censura" ou para "manifestar a sua vontade" (qualidades intrínsecas daquele que é capaz de se queixar).

Em realidade, este estilo de relação do agente com seu objeto de trabalho não é sequer considerado pela clínica

como sendo um problema a ser resolvido.

Mesmo conhecendo-se, hoje, que, a não ser em raras circunstâncias (coma e perda de consciência), os pacientes não se comportam como uma coisa dócil à intervenção dos técnicos, este fenômeno continua não sendo valorizado. São frequentes as descrições de resistência às orientações terapêuticas e às prescrições mais abrangentes de cuidado à saúde, bem como de mitificação e endeusamento da potência de alguns profissionais ou procedimentos, incapazes de produzir o que deles estaria sendo esperado.

Talvez não seja equivocado afirmar que a formação dos profissionais de saúde reforça exatamente a postura aqui criticada. Sob o pretexto da busca da maior objetividade possível, são recomendadas uma série de técnicas para a abordagem dos casos, visando, todas, a neutralização das interferências do social e da subjetividade individual de cada paciente no curso do tratamento e, até mesmo, na organização dos serviços de saúde.

Os manuais de semiologia e de clínica reforçam e

sistemizam esta conduta. Recomendam o máximo de objetividade na coleta da história clínica, propõem que sejam desconsideradas todas as declarações "vaças" do paciente e todas as percepções subjetivas do profissional. (14)

Um compêndio didático, moderno e básico para a orientação da anamnese e do diagnóstico clínico, faz a seguinte observação sobre o tema:

"...identificamos a necessidade de obter a máxima objetividade e precisão na nossa comunicação com os pacientes.

Os dados subjetivos dos sintomas e do sofrimento estão no âmago da prática médica e podem ser tornados mais objetivos através da atenção hábil e sistemática." (15)

Por que, segundo a ótica da medicina moderna, haveria que se realizar esta objetivação do subjetivo? No fundo, o saber clínico parte da hipótese de que todas as manifestações da subjetividade das pessoas não seriam passíveis de abordagem científica. Madel Luz demonstrou que "... a medicina instaurar-se-á como um discurso sobre a OBJETIVIDADE...e

a DOENÇA e o CORPO [serão considerados] como temas de enunciados positivos, científicos. Por outro lado, excluirá como questões positivamente tematizáveis a VIDA, a SAÚDE, a CURA." (16)

Ou seja, ao assumir uma perspectiva estritamente positiva, biologicista e mecanicista, o saber clínico impõe uma camisa de força à abordagem do seu objeto de trabalho, excluindo as dimensões do social e do subjetivo e desconhecendo a influência decisiva deles na História da Doença. Ignora que a vontade de cura, ou de adoecer e até de morrer, variam de paciente para paciente e que são elementos essenciais para a instituição de processos de diagnóstico e de terapêutica eficazes. (17)

Assim, hoje, um ortopedista, por exemplo, é treinado para realizar um conjunto de procedimentos mecânicos conforme a doença de cada paciente, mas não lhe é transmitido uma série de noções úteis para motivar o doente, para envolvê-lo com a cura e recuperação da função comprometida. O mesmo

tipo de paradoxo se estabelece entre o clínico e o hipertenso ou o diabético. Entre o pediatra e enfermeiros e a mãe em dificuldade para cuidar do filho, e que não consegue colocar em prática as orientações de puericultura da equipe de saúde.

Por outro lado, os profissionais não são também formados para perceber que o seu envolvimento técnico com os diferentes casos é variável, a depender de sua própria subjetividade e da dinâmica relacional com a situação de atenção a doentes diversos. Alguns não suportam trabalhar com alcoolistas, outros têm dificuldades de relacionamento com os "poliqueixosos" e extrovertidos, já outros não valorizam as informações dos tímidos.

Enfim, quero concluir que o saber e a prática clínica - não só dos médicos, mas sensu-latu - não tomam como um problema a ser investigado profissionalmente, ou até mesmo cientificamente, o fato de que o processo de diagnóstico e de cura é sempre uma relação entre dois sujeitos. Nunca redutível a uma objetividade positiva, e sempre influenciado pela

história social e características psíquicas dos dois elementos envolvidos neste jogo. É que mecanismos conscientes e inconscientes, peculiares a estes dois sujeitos, estarão sempre interferindo na história da doença e no processo de atenção à saúde. A resistência do paciente à intervenção do profissional sobre o seu corpo, sua mente e sua vontade, e o envolvimento parcial deste último, em virtude de aspectos do caso ou do doente que lhe são desagradáveis ou lhe agridem a sensibilidade, podem levar grande parcela dos serviços produzidos ao fracasso.

Na realidade, estas distorções como que foram institucionalizadas pelo saber clínico, uma vez que tende a admiti-las como naturais e inevitáveis, impossíveis de serem abordadas dentro da lógica científica. Neste sentido, não deveria causar surpresa a "tolerância" da maioria dos profissionais frente a estes desencontros, já que eles pertenceriam a um campo estranho à medicina e às ciências da saúde.

A expressão cabal da renúncia a tratar sistematicamente a presença do social e do subjetivo, da disposição de

convivência com estas contradições, é a clássica definição da Medicina como a "ciência e a ARTE de curar".

Quando encontramos em quase todos os manuais médicos a constatação de que a prática clínica possuiria também uma dimensão artística, o que se está admitindo implicitamente é que, por mais que se avance na objetivação dos meios e dos procedimentos necessários à atenção ao indivíduo, sempre restaria algo imponderável.

As evidências empíricas obrigaram os defensores das ciências positivas da saúde a admitir a interferência de elementos estranhos ao mundo material da fisiopatologia no processo de cura. Mas quando eles consideram existir uma incontornável dimensão artística advinda destes estranhos elementos, estão de fato renunciando a tratá-los cientificamente. Recusando-se, portanto, a analisar uma série de fenômenos não explicáveis pela lógica do materialismo positivista.

Este enfoque tem um efeito paralizante sobre o progresso dos saberes e das práticas de saúde. A medicina, hoje, não pode mais ser operada como uma arte. Principalmente

depois das contribuições de Freud e daqueles que continuaram o seu trabalho, e ainda da epidemiologia e da medicina social.

Ricardo Bruno e colaboradores consideraram que esta definição da Medicina é uma contradição em termos. Afirmaram que ela é "Científica, enquanto normalizada e tendencialmente padronizada; artística, enquanto depende de uma iniciativa não transmissível e que só se aprende no exercício efetivo do ofício", e que "a Medicina procurou conciliar essa contradição às custas de um jogo de palavras: ciência e arte de curar, fazendo abstração de quanto a sua específica ciência nega a arte, de quanto sua específica arte nega a ciência." (18)

O que eu gostaria de propor, ainda como indicações vagas sujeitas a um tratamento mais aprofundado no futuro, é que um dos sentidos por onde deveria caminhar a reforma das práticas de saúde fosse o de superar esta dimensão de arte que ainda subsiste no trabalho médico-sanitário. Não por meio do apagamento das dimensões sociais e subjetivas, con-

forme preconiza a ciência tradicional, mas sim através de sua incorporação ao fazer saúde.

Tomemos a dimensão da subjetividade da relação técnico-paciente. Já existem uma série de conhecimentos que possibilitariam uma abordagem mais universal e menos dependente da habilidade artística de cada profissional. Gregorio Barenblit estudando o fenômeno da "transferência" segundo as concepções de Freud, da escola anglo-saxônica, de Lacan e das correntes de análise institucional, encontrou que "Onde há um sujeito psíquico, em todas as atividades humanas, há transferência." (19)

Este autor lembra-nos que a "transferência" é o conceito central da obra de Freud. "tanto na teoria como no método e na técnica psicanalítica". (20)

Ele explica-nos que Freud foi gradativamente construindo este conceito, motivado e procurando explicar as dificuldades e impasses de seus pacientes durante o processo terapêutico.

"...Freud foi compreendendo que o que a-

contecia nesse instante é que havia aparecido na consciência do paciente alguma associação, idéia, afeto ou impulso [já anteriormente experimentado] que tinha a ver com a figura do médico ou do operador... Ao retorno desta situação anterior, passível de reconstituição, que se reitera, que se renova na situação terapêutica. Freud chamou de "TRANSFERÊNCIA" (21).

Baremlit chama atenção também para a existência de um processo de "transferência recíproca" do médico frente a presença ativa do doente, e que este mecanismo não produziria apenas "resistências" negativas ao processo de cura. Haveria processos de transferências que poderiam desempenhar um papel positivo na cura.

Entretanto, não apresento estes rudimentos conceituais de um campo que ainda é estranho a maioria dos profissionais de saúde e, inclusive, o é também para mim, senão para assinalar que esta dinâmica, tão ricamente estudada pela teoria e método psicanalíticos, não acontece somente no instante do tratamento analítico. Provavelmente, em todos os processos de relação de técnicos com seus pacientes este seja

o mecanismo central a determinar as interações, os conflitos ou os acertos, entre os dois sujeitos envolvidos na atenção à saúde.

Certamente, que em encontros socialmente mais complexos - como nas instituições de saúde, ou em trabalhos de grupo - os mecanismos que presidem nossos relacionamentos não são diferentes. Se tudo isto é verdadeiro, por que continuar a tratar estes aspectos da prática profissional como um arte inefável? Por que a insistência em abordar este campo como sendo não sistematizável, como um espaço onde o acúmulo de conhecimentos seria impossível, ou só possível para a arte do artesão, aprendiz solitário?

Enfim, reafirmo que não haveria cabimento para a idéia de transformar cada profissional de saúde num psicanalista. Nem poderíamos esperar que os técnicos em saúde, além de desempenharem seus papéis específicos, também interpretassem a história psíquica de cada caso e ainda instituissem a terapia da escuta.

O que estou aqui ponderando é que a eficácia da a-

ção de todos os profissionais de saúde, no seu campo específico, sempre depende, em diferentes medidas, da incorporação e da utilização destas noções e que para o processo de cura é fundamental o envolvimento absoluto do paciente. Consequentemente, deveria fazer parte do arsenal básico de habilidades e de saberes dos técnicos em saúde o manejo destes conceitos. Como, de resto, a anatomia, fisiopatologia, semiologia, farmacologia, etc.

A socialização destes saberes entre os profissionais de saúde não é tarefa simples. Primeiro pela própria ideologia dominante nas ciências da saúde, que nos induz a um fechamento a todos os fenômenos que não tenham uma estruturação objetiva, e que sejam, portanto, manejáveis, à luz do conhecimento positivo. Neste sentido a pretensão da Medicina, tornou-se o ideário da maioria dos seus operadores, como bem a descreveu Madel Luz:

"Nada mais será invisível no corpo humano, todas as doenças serão explicáveis por sua causa próxima..." (22)

Em segundo lugar, a universalização destas velhas/- novas concepções não tem sido possível em decorrência da própria "Instituição Psi" (23). Em sua couraça corporativista, em sua arrogância de "sujeitos do saber", os detentores deste conhecimento só têm dificultado a sua tradução em um corpo de métodos e técnicas passíveis de apropriação pelos que não são especializados em saúde mental. Apresentam a psicanálise, a dinâmica de funcionamento do psíquico, como uma nova cabala. A que só os iniciados seria concedido o privilégio do conhecimento, depois de um longuíssimo rito de passagem que custa os olhos da cara e metade da vida útil do técnico.

Urge um movimento que desmitifique o mito da inacessibilidade deste campo à maioria dos técnicos, que desvende a sua apresentação hermética, pesada, pejada de um jargão ininteligível mesmo para os iniciados.

Infelizmente, julgo que a reforma sanitária precisa também destas coisas. Senão restaria-nos ceder o espaço do subjetivo ao mundo mágico e místico das superstições. Recurso cada vez mais utilizado por aqueles que não se conformam com

os limites práticos da ciência hegemônica no campo da saúde.

Em relação à dimensão da determinação social do processo de saúde-doença, há uma situação muito semelhante à acima descrita. A atenção individual ainda persiste centrada no corpo e na doença de um indivíduo, como se ele não tivesse história, trabalho, família, concepções culturais e ideológicas.

O discurso progressista cunhou um slogan que pretende resolver este problema. Hoje, são frequentes, entre aqueles que defendem a modificação do modelo assistencial neoliberal, declarações a favor da "subordinação da clínica à epidemiologia". (24)

Já discuti em outros trechos, a impossibilidade concreta do cumprimento desta diretriz em seu sentido mais geral. O saber epidemiológico - diagnósticos coletivos de saúde, avaliação de riscos - não é suficientemente abrangente para arvorar-se no único - e talvez nem no principal - instrumento orientador do planejamento em saúde. Definindo, ex-

clusivamente a partir de sua lógica, prioridades de investimento, critérios para organização dos serviços de saúde, recortes na demanda, etc.

Ponderei que a epidemiologia não tem sensibilidade e nem especificidade para apontar todas as necessidades de saúde, devendo se constituir num método complementar aos requisitos da demanda por atenção, e . até mesmo, estabelecer com a mesma uma polêmica produtiva, já que a procura por serviços é também condicionada por determinações distorcidas pelo mercado da saúde.

Esta apreciação não invalida, contudo, a necessidade de se incluir o saber epidemiológico e as práticas da saúde pública no dia-a-dia da atenção médico-sanitária.

De saída, é evidente que a própria clínica, as práticas de atenção individual, têm sua eficácia comprometida se não são considerados uma série de aportes da epidemiologia ao saber sobre a saúde. Quer no estabelecimento dos diagnósticos, quer na instituição de terapêuticas, é fundamental que o técnico conheça sobre as determinações do processo de saúde e

doença. Saiba do peso que as condições de trabalho, de vida, concepções culturais, têm na história de cada caso individual; e, ao mesmo tempo, utilize estas noções objetivando maior eficácia na atenção individual. Prescrevendo, inclusive, medidas de proteção ao paciente e a outras pessoas que compartilhem dos mesmos riscos.

Este tipo de responsabilidade não é assumido, via de regra, pelos trabalhadores de saúde, nem que fosse apenas para informar as instâncias competentes dos fatores morbidos identificados, como quando se encaminha um caso complicado a outras instâncias do sistema.

Mas não é só no planejamento e no momento clínico que a epidemiologia pode fecundar com sua lógica o mecanicismo prevalente na atenção médico-sanitária. Afinal, no limite, o principal método validador dos procedimentos clínicos e sanitários é o epidemiológico. Penso que o Sistema Público deveria compor Equipes de Sanitaristas, encarregadas de avaliar sistematicamente a eficácia das mais diversas ações de saúde. Pensar criticamente sobre a pertinência dos vários

procedimentos de cura, sobre a eficácia dos métodos terapêuticos, dos programas de saúde, funcionando como um "ombudsman" coletivo da saúde. Não só enquanto epidemiologia clínica, mas mais genericamente indicando propostas de reorientação do modelo assistencial, questionando prioridades e, mesmo, formando e informando o conjunto dos trabalhadores de saúde.

A responsabilidade pelo funcionamento destes organismos seria dos níveis mais centrais do sistema, atuando em estreita conexão com as Universidades. A qualidade do trabalho destas equipes dependeria da autonomia e da liberdade com que pudessem operar, para escaparem das pressões das indústrias de equipamentos, medicamentos, empresários (sempre resistentes à intervenção pública sobre o meio ambiente e saúde dos trabalhadores), clientelismo político, etc.

Por último, gostaria de apontar o terceiro sentido em que deveria ser instaurado um movimento de reforma das práticas em saúde. Refiro-me à necessidade de ser incorporado à rotina da atenção individual e coletiva procedimentos

voltados para o enriquecimento da consciência sanitária dos pacientes, dos profissionais e da coletividade.

Como nos dois tópicos acima considerados, também aqui apenas apontarei traços gerais do problema, já que são temas amplos, merecedores, cada um dos três, de uma monografia que os estudasse de forma mais pertinente.

Em primeiro lugar, haveria que se constatar que a perspectiva dominante de educação em saúde na atenção médico-sanitária é profundamente autoritária e prescritiva, quer na clínica, quer nos programas de saúde pública.

Madel Luz chama-nos atenção para que na atuação do Estado, sempre que se trate de programas educativos, tem predominado a "perspectiva higienista" e não a da "medicina social", progressista e voltada para transformações das condições de vida das sociedades. Ela assim resume as principais características destes programas:

"...os projetos higienistas [contêm] profundas implicações moralizadoras, com propostas políticas implicando adaptação cultural de sujeitos, grupos e classes às

regras médicas, num processo racionalizador civilizatório." (25)

Na prática clínica o sentido da "educação" em saúde não é muito distinto. Vicente Navarro aponta-nos que na maioria dos países capitalistas o sentido da intervenção das instituições de saúde "...é o de estimular programas de saúde (tais como a educação sanitária) que se proponham a produzir mudanças nos indivíduos". Ele também critica o vizo dos médicos de apontarem que a principal causa dos problemas de saúde estaria na conduta individual, nos hábitos de vida, e que a prioridade estaria, portanto, em se trabalhar mudanças de comportamento das pessoas. (26)

No meu entender, é inadiável superarmos estas perspectivas. Primeiro, incorporando aos procedimentos terapêuticos habituais o intercâmbio de saberes sobre a história da doença e da saúde. Não só porque, eticamente, é um direito do paciente o acesso a qualquer informação sobre seu corpo, mente, doença, alternativas terapêuticas, etc; mas, também,

porque este autoconhecimento amplia a eficácia da cura. Assim, tanto na atenção individual ou de grupo, como nos programas comunitários, seria fundamental considerar como tarefa indispensável dos profissionais a transmissão de conhecimentos.

Esta diretriz objetivaria ampliar a autonomia dos pacientes, dos grupos, da coletividade, reforçando a sua condição de sujeitos sociais, capazes de se autocuidar e de cobrar das instituições o atendimento às suas necessidades. Não acredito em geração espontânea de consciência sanitária, e vejo seu crescimento qualitativo vinculado a este intercâmbio conflituoso de distintas lógicas: a popular, técnica-clínica, epidemiológica, de saúde mental, etc.

Em segundo lugar, haveria que se transformar o conteúdo destas atividades. Utilizar muito menos a produção de prescrições (a não ser as especificamente necessárias ao caso), de orientações, e divulgar muito mais noções, conceitos, processos, história social das doenças, determinantes de saúde, organização de serviços, direitos, etc.

Como ressalttei no início, não pretendi mais do que indicar alguns sentidos por onde deveriam caminhar as reformas das práticas clínicas e de saúde pública. Considerei apenas alguns tópicos, e sempre de forma superficial. cada uma destas lacunas mereceriam novos estudos e apreciações, espero que outros consigam desenvolvê-los com maior cuidado.

d- SOBRE OS MÉTODOS DE GESTÃO E DE PLANEJAMENTO NECESSÁRIOS
PARA ASSEGURAR O CARÁTER PÚBLICO DO SUS:

O tema da Gestão de Empresas Públicas vem adquirindo uma importância crescente entre aqueles interessados em implantar um Sistema Único de Saúde no Brasil. Tentarei discutir alguns pontos que reputo estratégicos à constituição de uma nova cultura do bem governar segundo o interesse da maioria de um povo.

Um primeiro ponto a ser enfrentado é a questão prática da privatização do funcionamento do aparelho de estado, mesmo naquelas áreas supostamente voltadas para o bem-estar coletivo. Lembrando que este processo de utilização privada do estado assume três faces distintas e complementares, ele pode ocorrer segundo o interesse econômico de empresários, ou da acumulação de poder político, ou ainda de corporações profissionais.

Há que se responder, também, aos analistas que atri-

buen ao Estado uma incapacidade presumivelmente inata de conciliar serviços próprios com alta produtividade, com qualidade e com humanização do atendimento público em geral e da atenção médico-sanitária em particular.

Teria que ser também refutada a noção, já transformada em senso-comum pela ideologia dominante, que aponta uma suposta contradição entre democratização do aparelho estatal e agilidade na tomada de decisões ou na execução de tarefas.

Toda teoria quando é elaborada, de forma explícita ou velada, dirige-se a algum interlocutor específico. Procura dotar algum sujeito social de um instrumento útil à sua intervenção sobre uma dada realidade; ou seja, todo saber produzido tem uma referência, responde a determinados problemas que a sociedade identificou e arma certos atores historicamente constituídos para enfrentá-los. Portanto, a implementação de um saber depende da sua prévia apropriação por um Bloco histórico. É óbvio, que este processo não se dá de forma tão esquemática, havendo sempre uma relação dialética entre elaboração intelectual e incorporação do saber por ato-

res sociais, os quais não só influenciam a produção do conhecimento como frequentemente são os principais elaboradores destas teorias, modificando-as quando as colocam em prática.

Faço estas digressões para preparar o campo para uma análise crítica da "Teoria da Administração dos Serviços Públicos". Alguns autores consideram que não haveria uma teoria acabada sobre a Gestão da Empresa Pública. Tendo até a admitir a validade geral desta conclusão, contudo vale lembrar que há décadas administra-se instituições públicas, fundam-se Escolas que formam milhares de gerentes, e que todo este movimento assenta-se em um conjunto muito bem delineado de conhecimentos, de conceitos, que pesam decisivamente nos modos de governar os sistemas públicos de saúde.

Desta forma, considero que há um corpo clássico de teorias sobre a administração de empresas, sobre a gestão e direcção de serviços públicos de saúde. E mais, que este conjunto de noções tem uma direcção muito bem estabelecida: a viabilização de determinada estrutura de poder económico e político; bem como uma função também muito clara: servir como

instrumento para a implementação de diretrizes emanadas deste mesmo poder que a própria gestão ajuda a consolidar. Enfim, a gerência é concebida apenas como uma correia de transmissão das determinações gerais de quem detém o poder (governante, proprietário, conselhos de direção, etc.). E ao gerente, ou ao administrador, restaria o consolo da "servidão voluntária". Neste caso, o sujeito coletivo para quem esta teoria seria construída é ou a Burquesia ou o Estado.

Os profissionais de saúde são pensados como meros insumos, a serem condicionados a executar determinados objetivos previamente determinados por instâncias superiores de poder. A subordinação dos trabalhadores é considerada uma condição indispensável para o "adequado" funcionamento da máquina, devendo ser operacionalizada segundo esquemas mais ou menos suaves, conforme a escola a que se filiem os especialistas de cada momento: na escola clássica (administração científica ?) os mecanismos de controle e de direção são mais explícitos, duros e autoritários; na denominada de Recursos Humanos, mais brandos, camuflados e difusos.

Em todas estas vertentes, contudo, a existência de um controle rígido e de um comando centralizado são considerados características indispensáveis à manutenção da unidade de ação e da busca dos objetivos institucionais. (27)

A justificativa, aparentemente de fundamento operacional, para a centralização de comando e da tomada de decisões procura, na realidade, encobrir a razão suficiente deste estilo de administração: a idéia da indivisibilidade do poder. A perspectiva socialista de governo democrático exigiria uma nova teoria sobre a gerência dos serviços públicos, que tivesse como seu pressuposto central a descentralização das ações de governo, sem a perda de unidade de ação e da busca dos objetivos estratégicos previamente definidos.

Neste sentido, fica evidente que pretendo desenvolver um tipo de reflexão sobre o processo de gestão que tenderia a se afastar daquela tradicional. A começar pelos interlocutores a quem seriam dirigidas estas análises. Frequentemente, quando se fala em gerência está se pensando no conjunto de profissionais com função de direção na área pública ou

privada. Na saúde, temos escrito manuais de gestão para dirigentes das instituições existentes ou para aquelas imaginadas em nosso projeto político: as várias instâncias do Sistema Único de Saúde. Aqui, estarei me dirigindo aos segmentos da sociedade civil, aos trabalhadores de saúde e àqueles setores ou personalidades que compõem o movimento sanitário brasileiro.

Estarei pensando a gestão enquanto uma tarefa também da sociedade civil, de trabalhadores e intelectuais que podem ou não estar representados no governo do aparelho estatal. Melhor dizendo, gostaria de repensar o tema de administrar serviços como um dos componentes de um movimento social que pretenda constituir-se em uma alternativa política centrada na construção da democracia para além dos limites da concepção liberal. Na verdade, considero que o desenvolvimento de uma nova cultura neste campo é estratégico para a superação da crise de legitimidade do projeto de organização social da esquerda.

A esquerda não logrou superar, até hoje, nem o culto

reverencial ao Estado e nem abandonou a defesa de mecanismos rígidos de controle centralizado. As experiências do denominada socialismo real, até o fim dos anos oitenta, só conseguiram reforçar o poder e a presença do aparelho burocrático estatal. Até mesmo os partidos de esquerda, alguns de inspiração marxista, quase sempre se organizam segundo as diretrizes de uma rígida centralização de comando. Também os setores que divergiram desta tradição tendem a temer qualquer diminuição da capacidade de controle do Estado sobre a sociedade. Costumam associar esta possibilidade ao caos social, à instalação de uma "nova idade média".

Jorge Semprum, escritor franco-espanhol e durante longos anos militante do Partido Comunista, é considerado um dos precursores da renovação do pensamento socialista europeu, graças à sua crítica à prática do movimento de inspiração estalinista. Mais do que um militante, ele é também um grande escritor. Talvez de uma grandeza maior na literatura do que na política, embora sua produção literária venha decaindo ultimamente, não sei se por algum esgotamento de suas fontes de

inspiração ou por sua convivência muito estreita com o poder. Atualmente, ele é Ministro da Cultura do governo social-democrata da Espanha.

Em 1981, escreveu um livro denominado "A ALGARAVIA" (28). Algaravia é um termo pouco utilizado em português e significa confusão, bagunça, tumulto. A história tem um ritmo delirante. O autor imagina o que teria acontecido se o movimento contestatório francês, de maio de 1968, tivesse derrubado o governo de D'Gaulle, substituindo-o por uma série de comunas independentes e rivais entre si. O tom é bastante pessimista, pretende ser irônico, enracado, mas termina sendo um romance amargo. A situação descrita é semelhante àquelas relatadas em livros de ficção científica, que descrevem uma situação de caos social após um eventual conflito nuclear. A produção de bens não se mantém, a pilhagem é a regra de convivência e a população se organiza em bandos de salteadores. Enfim, ele pressupõe que se a esquerda francesa tivesse chegado ao poder haveria um retorno a um novo tipo de idade média, em consequência da desagregação do estado capi-

talista europeu moderno. A imagem que vai sendo construída estabelece uma analogia entre Paris e a situação atual de Beirute, no Líbano.

O curioso é que este autor vinha de uma tradição de pensar o socialismo como sendo necessário à instituição de um padrão radical de democracia, isto antes da Perestroika. Sem deixar de criticar a tradição autoritária do movimento comunista, entendo que é importante superarmos este pessimismo, derrotar a concepção, de ainda boa parte da esquerda, de que o enfraquecimento do Estado moderno e dos mecanismos centralizadores de poder levariam a humanidade ao caos. É uma posição conservadora, que se adotada levaria os socialistas a um imobilismo no campo da renovação teórica e da prática política.

A saída para esse impasse dependeria do enfrentamento de algumas questões. Como assegurar a plena cidadania a todas as pessoas em um país moderno? Como apagar as diferenças entre os que trabalham e os que pensam, entre governantes e governados. Estaria correto, do ponto de vista da luta dos

trabalhadores, a admissão pura e simples do fato de que a Burquesia comandaria a produção e distribuição de bens e o Estado a vida política de uma nação? De que a democratização se completaria com a instalação de eleições periódicas para os cargos de governo? Em realidade, uma concordância com estas questões significaria uma adesão à ideologia liberal, que historicamente já demonstrou suas potencialidades, mas também seus limites.

Neste contexto, seria oportuno repensar o conceito de Gestão, situando-a como um movimento de descentralização, de divisão de poder. A administração pública tem sido considerada como um instrumento de operacionalização de políticas, embora apresentada sob forma de uma técnica aparentemente despolitizada. Não há um costume de se questionar, mesmo no ambiente das academias, esta suposta neutralidade do exercício da gerência. A saída deste círculo vicioso passaria pela análise da Gestão a partir de um outro olhar, de uma outra ótica. Haveria que se reconhecer que a administração de cada sistema de saúde, de cada empresa pública, é uma instância de

disputa política, de conflito de classes, de várias concepções culturais, sociais e históricas.

Mário Testa é um dos autores que mais têm contribuído para a consolidação de uma cultura mais crítica sobre a gestão dos serviços de saúde, particularmente quando ele chama a atenção para a interferência de múltiplos atores sociais no exercício cotidiano do poder nos sistemas públicos de saúde, ressaltando as também variadas formas de interferência destes sujeitos na gestão: segundo uma dimensão técnica, administrativa ou diretamente política, mas sempre disputando e exercendo, em alguma medida, o poder de gerir as coisas e pessoas. (29)

O primeiro passo indispensável ao desenvolvimento deste movimento de reformas dos mecanismos de gestão seria o do próprio exercício desta crítica e, conseqüentemente, o abandono do medo pânico do enfraquecimento do Estado, expresso por Jorge Semprum de maneira tão dramática. O projeto do SUS deveria propor alternativas de gestão em que o declínio da força do poder executivo não levasse à desagregação do te-

cido social. Temos que pensar modelos descentralizados de administração que criem um novo estilo de sociedade, sem um retorno ao feudalismo ou a situações de anomia social como o faz a ação do narco-tráfico na Colômbia.

Engels, discutindo a questão do Estado e do governo em uma sociedade socialista, afirmou:

"A intervenção da autoridade do Estado nas relações sociais se fará supérflua em um campo seguido de outro da vida social e extinguir-se-á por si mesma. O governo sobre as pessoas será substituído pela administração das coisas e pela direção dos processos de produção." (30)

Lênin, apesar da concordância com este trecho de Engels, ao referir-se ao papel da administração pública, imaginava como uma correia de transmissão da política do Estado Proletário e que, portanto, até seria possível o reaproveitamento do mesmo aparelho administrativo anteriormente existente, impondo-se apenas a mudança de seus comandantes :

"...reduzamos os funcionários públicos ao papel de simples executores de nossos encargos"

"Porém o mecanismo da administração social já está preparado..."(31).

Penso que a gestão da coisa pública, no Brasil de hoje, está muito mais próxima dos dizeres de Lênin, do que do vislumbre de Engels. É verdade, que Lênin referia-se a um Estado que cuidava basicamente da arrecadação de impostos e da segurança policial, e provavelmente ele não considerava como parte da administração pública os meios de produção e os serviços estatizados.

Teríamos que conceber um estilo de Gestão que abrisse a possibilidade dos trabalhadores assumirem a direção da produção de bens e serviços, não só quando governo, mas também criando um processo descentralizado de comando da produção. O que implicaria na superação da noção que toma os homens como apenas mais um insumo, administrados por quem detém o poder de estado ou é proprietário dos meios de produção.

Por esta razão é que coloco como sujeito deste processo o movimento sanitário, sindical e dos trabalhadores, potencialmente interessados em implantar reformas democráti-

cas.

Entendo que a saída para a crise administrativa e de legitimidade da empresa pública passa pela adoção deste tipo de proposta. O que implicaria no questionamento da noção de que os homens só se movem instigados pelo interesse econômico imediato, de que o homem é só o "homo economicus". E de que, em consequência, todo movimento sindical e popular estaria condenado ao corporativismo e a defesa estreita de seus interesses imediatos; incapazes, portanto, de construir um projeto mais generoso e abrangente que pudesse conter interesses de outros segmentos sociais. Sendo verdadeira esta suposição estaria justificado o recurso ao Estado, teoricamente suposto capaz de compatibilizar antagonismos e conflitos de interesses mesmo entre as classes populares.

Há referenciais históricos suficientes para comprovar que os homens em sociedade, ou em pequenos grupos, mesmo com todos os seus conflitos, são capazes de dirigir a sua própria vida, de administrar a sociedade sem a necessidade de um super-pai, ou sem o poder coercitivo do Estado moderno,

que para exercer o controle sobre a sociedade a seduz com promessas de proteção e de harmonia social. Os socialistas, a esquerda, teriam que, a partir destas diretrizes gerais, desenvolver novas concepções sobre o bem governar, ou ficarmos na defensiva frente a ofensiva ideológica do neoliberalismo, presos a um ponto de vista conservador sobre a gestão das instituições de interesse público.

O campo da saúde é um campo privilegiado para a realização destas experiências, um setor onde se pode avançar na implantação de modelos dentro da linha descrita, repensando a questão da administração do Sistema Único sob uma ótica que privilegie a democracia, a autogestão, contribuindo para a superação da alienação e da mediocridade.

Como já foi anteriormente discutido, há na saúde uma tradição do exercício profissional com um certo grau de autonomia, conseguindo-se, inclusive, preservar esta característica mesmo em situações onde os trabalhadores de outras áreas a perderam: grandes empresas públicas ou privadas. A proposta de autogestão do sistema de saúde por meio de equi-

pes de trabalho pressupõe o reaproveitamento desta tradição. Transformando a autonomia típica do trabalhador isolado no modelo liberal, em uma autonomia voltada para a cogestão dos serviços, e combinando a participação das equipes de saúde com a interferência de outros sujeitos sociais, a saber: o poder executivo e setores organizados da sociedade civil.

A nova proposta teria, portanto, que combinar a autogestão do serviço pelos profissionais de saúde com a cogestão do sistema, na medida que outras forças também exerceriam o poder de planejar e de comandar, conforme já vem acontecendo no Brasil.

Nas sociedades, onde ocorreu um desenvolvimento importante das forças produtivas, vem acentuando-se um mal estar que impede a maioria de se sentir responsável pelos problemas coletivos. Este sentimento é decorrente de uma contradição entre o fato de que produzimos cada vez mais riquezas e informações, mas excluimos multidões de qualquer participação no governo da sociedade. Não há socialização do poder, da política, sem a adoção de mecanismos de democracia

direta.

Antonio Gramsci demonstrou que o "mal estar da civilização" é também decorrente do fato de que, com a industrialização, retirou-se qualquer possibilidade de realização pessoal no mundo do trabalho. A mecanização, burocratização, divisão do trabalho e o autoritarismo no mundo da produção, retiraram do trabalho quase toda dimensão criativa, mais embruteando o trabalhador do que ressaltando sua humanidade e espiritualidade. O capitalismo derivou para o momento do consumo, ou até mesmo para a antevisão do gozo de consumir, as expectativas de realização pessoal.

A proposta de autogestão objetiva recuperar o caráter lúdico e prazeroso que o trabalho pode adquirir, superando a alienação dos profissionais do seu objeto e meios de trabalho.

Estes conflitos fazem dos cidadãos modernos seres que tendem a perder a perspectiva pública, a isolar-se em seu pequeno mundo familiar, a acentuar o individualismo e mesquinhhez do homem comum. A construção de uma nova consciência

social passaria, portanto, necessariamente, não apenas pela democratização do acesso às riquezas, mas também pela participação no poder. Nem os países do socialismo real, onde as necessidades básicas de quase todos os cidadãos foram asseguradas, nem os da Europa Ocidental, onde o desfrute de bens e serviços seja talvez até mais extenso, experimentaram envolver a maioria no dia-a-dia do governar. Ambos os modelos padecem, hoje, de crises de legitimidade política e social.

Em sociedades, como a brasileira, penso que deveríamos combinar estes dois movimentos: lutar pela distribuição justa da riqueza produzida e, ao mesmo tempo, realizar um esforço para envolver os trabalhadores com o exercício do poder político, ainda que a nível de cada unidade de produção, região ou município.

Parece evidente que os condicionantes para constituição de um Sistema Único de Saúde, no Brasil, são de ordem mais política do que técnico-administrativa. Depende das ações levadas a cabo por um bloco político interessado em tornar efetiva a denominada reforma sanitária. Na verdade, este blo-

co já existe. Não conseguiu ainda a aplicação de todos os direitos previstos na Constituição, não subordinou as práticas de mercado, o clientelismo e o corporativismo, o que tende a gerar uma boa dose de pessimismo.

Há, entretanto, um espaço social para formação de um poderoso bloco progressista, socialista e humanista, que tome como tarefa a implantação de uma reforma sanitária, em oposição ao individualismo e ao predomínio do interesse privado sobre o público. Um dos instrumentos de luta deste movimento, sem dúvida, poderia ser o institucional, através da criação de padrões democráticos de gestão, revertendo uma tendência histórica de utilizar a administração como meio de conservação do status quo.

Para a consecução deste objetivo não bastam os esforços, até agora predominantes entre os técnicos, voltados para a modernização ou racionalização dos padrões de planejamento e de gerência. A adoção, por exemplo, da metodologia própria ao Planejamento estratégico tem sido apontado como um sinal inequívoco do caráter progressista de um dado projeto.

Contudo, este planejamento estratégico pode estar dirigido para a consolidação de objetivos conservadores, ou de um poder centralizador e autocrático. Não é só pelo qualificativo estratégico que o plano estaria sendo pensado na perspectiva da transformação democrática.

A reforma dos métodos de gestão e planejamento deveriam resolver duas ordens de problemas determinantes da crise dos sistemas públicos de saúde. Em primeiro lugar, inovar as formas de gerir homens e a produção de serviços. Ao mesmo tempo, desenvolver estratégias de gestão que contribuíssem para a superação da crise de eficácia da atenção médico-sanitária.

É possível identificar-se, dentro do que poderíamos denominar de pensamento de esquerda, duas vertentes principais e com diferentes propostas de saída para este impasse.

Uma, insiste na aplicação imediata ao Brasil de algumas experiências acumuladas nos países de socialismo real

ou que possuem serviços públicos estatizados. Ou seja, pretendem substituir a medicina de mercado por sistemas semelhantes àqueles já existentes, reproduzindo a estrutura administrativa centrada na idéia do planejamento normativo, hierarquização e regionalização de serviços.

Defendem a expansão da rede pública, e imaginam administrá-la por meio de um modelo de planejamento que superasse a tradicional subordinação dos serviços de atenção individual aos imperativos da demanda espontânea. O que seria possível mediante a realização de diagnósticos de necessidades - o imperativo da epidemiologia -, e identificação de problemas em torno dos quais se organizaria uma oferta racionalizada e não medicalizante de serviços de saúde.

A experiência, no entanto, vem demonstrando que esta alternativa não tem legitimidade para deslocar o predomínio da ideologia neoliberal, e nem é viável. Não o é, porque assenta-se na pressuposição de que o saber técnico seria capaz, a partir do aparelho estatal, de selecionar os problemas mais significativos e ainda de planejar a vida segundo o interesse

coletivo. Este delírio tecnocrático, embora absorvido por correntes marxistas, tem origem no positivismo, e desconhece a complexidade da questão democrática, padecendo de um certo caso de iluminismo despótico.

Em sociedades como a brasileira, que atingiram um grau razoável de desenvolvimento econômico e político, tende a haver uma rejeição, mesmo entre as camadas populares, a este tipo de solução.

Esta corrente costuma negar, de princípio, qualquer legitimidade às necessidades expressas através da demanda individual, organizando sistemas públicos fechados às pressões fragmentadas e insensíveis aos sinais de descontentamento expressos de forma não organizada ou que não utilizem a linguagem técnica considerada adequada, em geral a da epidemiologia.

Na realidade, a demanda espontânea por atenção contém uma dupla significação, ainda que de características profundamente contraditórias entre si. Contém expressões de necessidades que podem ser consideradas degradadas a partir da

ótica da saúde pública, refletindo as distorções do mercado que induzem ao consumo desnecessário e até mesmo iatroecôno. Mas, ao mesmo tempo, também expressam elementos democráticos, necessidades que os indivíduos julgam importantes para construir suas próprias vidas, aprendidas empiricamente e fruto da experiência existencial e subjetiva das pessoas.

Este segundo aspecto, quando tomado em conta pelo planejamento, revela a heterogeneidade dos meios adequados para aliviar o sofrimento, prevenir agravamento de problemas e curar, conforme a história de vida e a situação social de cada comunidade ou pessoa.

Carlos Matus é, na atualidade, um dos únicos teóricos do planejamento que tem demonstrado sensibilidade para considerar as diferentes e contraditórias facetas da expressão individual de necessidades através do mercado; sem, contudo, render-se aos encantos desta velha dama e principal estrela do espetáculo liberal.

"O mercado, como relação mercantil, é um computador social inigualável que está em linha permanente

com as necessidades das pessoas. É o aspecto flexível, ágil, democrático e eficiente do mercado.

O mercado não expressa, em forma pura, a relação mercantil porque ela é inseparável do conjunto de relações sociais que se expressam no mercado, em uma situação concreta...que filtra as necessidades e só deixa que se expressem as demandas." (32)

Matus, estabelece aqui uma importante distinção entre necessidades e a demanda em situações de mercado. Demonstrando que a última é apenas um recorte imposto ao conjunto das necessidades sociais de cada cidadão, tendo como critério determinante a sua posição na estrutura econômica e sua capacidade de compra.

Há uma antiga polêmica no mundo acadêmico e político sobre as relações de determinação entre consumo e produção. Teóricos liberais, particularmente os adeptos da corrente "marginalista", advoçam o primado da subjetividade do consumidor; enquanto que os marxistas defendem a dominância da es-

trutura de produção e de distribuição sobre as formas de consumo. (33) Marx, por sua vez, preferiu pensar estas relações de forma mais dialética:

"Uma forma determinada de produção determina pois formas determinadas de consumo, de distribuição, de troca, assim como relações determinadas destes diferentes fatores entre si. A produção, sem dúvida, em sua forma unilateral, é determinada por outros elementos; por exemplo, quando o mercado, isto é, a esfera de troca, se estende, a produção ganha em extensão e divide-se mais profundamente. Se a distribuição sofre uma modificação, modifica-se também a produção, com a concentração de capital, ocorre uma distribuição diferente da população na cidade e no campo, etc.

Enfim, AS NECESIDADES DE CONSUMO DETERMINAM A PRODUÇÃO. Uma RECIPROCIDADE DE AÇÃO OCORRE ENTRE OS DIFERENTES MOMENTOS. Este é o caso de qualquer todo orgânico." (34)

Em geral, as análises marxistas sobre o consumo e sobre a demanda por serviços costumam deixar de lado a reci-

proximidade de ação prevista por Marx, a qual até o levou a afirmar que "as necessidades de consumo determinam a produção". Valorizam apenas uma das vias possíveis de determinação: a do modo de produção condicionando um certo padrão de consumo. Assim, por exemplo, quando Geraldo Giovanni estudou o fenômeno do consumo de medicamentos no Brasil, ele citou André Granon, defensor de um um ponto de vista estruturalista, em voga nos anos sessenta:

"Fica claro, conforme as próprias colocações de Granon, que esta 'produção de um processo de consumo... não deriva absolutamente das necessidades surgidas a partir de 'desejos ' e 'aspirações' individuais ou mesmo de grupos sociais. Este processo tem a finalidade de atender às exigências econômicas internas à ordem de produção capitalista'...". (35).

Ora, o que não é também concluído por este autor, é que, uma vez criado "um certo processo de consumo", uma dada demanda por bens e serviços, eles se tornam necessidades co-

letivas, historicamente definidas. Uma força social concreta, que passa também a determinar o processo de produção e que as mudanças do perfil ou das expectativas de consumo acabam impondo reformas nas formas de produzir e de distribuir riquezas.

A ignorância desta relação de reciprocidade tem cobrado um preço alto a todas as forças políticas que a descon sideram no processo de gestão da coisa pública ou do mercado. O socialismo burocrático, por exemplo, que durante anos orientou o planejamento econômico e social principalmente segundo as necessidades dos meios de produção e não também das aspirações sociais dos cidadãos, perdeu legitimidade política de maneira irreversível. O marxismo oficial do leste europeu nunca admitiu a existência de contradições entre a estrutura produtiva e o consumo dos indivíduos e grupos sociais, ignorando que o próprio desenvolvimento das forças produtivas estava criando novas demandas coletivas, por alteração do universo de necessidades de consumo das pessoas.

Na realidade, os dirigentes destes países subesti-

maram o impacto do desenvolvimento econômico nas necessidades coletivas de consumo, e o que foi mais grave, na formação de nova consciência política e social entre os trabalhadores. Na área da saúde, é frequente um equívoco semelhante. Concluindo-se que os modernos meios de diagnóstico e terapêutica responderiam principalmente a necessidades e demandas do complexo médico-industrial. Desconsiderando, em inúmeras situações, os reais desfrutes de benefícios daquelas parcelas da sociedade que conseguem acesso aos mesmos e, em decorrência, a influência que estes fatos empíricos têm na conformação da consciência sanitária dos indivíduos e movimentos sociais.

Além disto, no caso da saúde, sempre que é adotado o princípio do direito universal ao uso do sistema, estaria se eliminando boa parte dos empecilhos que impõem um distanciamento entre as duas situações. Ou seja, tenderia a ocorrer uma aproximação entre as expectativas da demanda e as necessidades sociais. As distorções destas expectativas certamente continuarão existindo pelas razões já consideradas, mas a final democracia na saúde, certamente, pressupõe a instaurar-

ção de meios para que a população possa tanto expressar quanto criar recursos que materializem sua consciência sanitária, ainda que "contaminada" por elementos característicos da ideologia mercantilista dominante.

A tarefa colocada para uma perspectiva democrática de gestão não seria a da pura e simples repressão desta demanda, ainda quando fundamentada em noções de validade técnica ou científica. Mas, sim, estabelecer um diálogo entre o projeto dos técnicos e das forças políticas organizadas e o dessa consciência "simplória" - denominação em tanto simplista, já que o conjunto de expectativas populares traduzem também uma série de conteúdos bem mais complexos, humanos e democráticos do que sonha nossa mera visão tecnocrática.

O planejamento e a organização dos serviços de saúde deveriam, portanto, estar mais abertos às contingências da vida das pessoas, adaptando-se de forma a facilitar o acesso, a estabelecer esquemas de acompanhamento de acordo com as possibilidades de locomoção e grau de incomodo provocado pela doença em cada indivíduo, e não fechando-se em esquemas rígi-

dos segundo recomendações administrativas ou clínicas. A plasticidade organizacional do SUS deveria ser de tal monta que se possibilitasse oferecer a cada cidadão uma atenção diferenciada, conforme seu perfil de morbidade, seu padrão de subjetividade, sua situação socio-econômica e cultural.

Resumindo, poderíamos concluir o tema afirmando que os serviços de saúde teriam que sempre orientar suas intervenções não só a partir de necessidades tecnicamente identificadas, mas também da consciência sanitária de cada grupo social ou mesmo de cada usuário potencial do sistema.

Ou a gestão socialista, democrática e estatal, passa a considerar esta modalidade de expressão de necessidades, ou continuaremos a reproduzir modelos de gestão pouco ágeis, autoritários e que responderão a apenas parte das expectativas da população.

Temos que criar um estilo de gestão que consiga atender não só aos imperativos da lógica do custo-benefício, mas também à busca de realização pessoal dos trabalhadores de saúde e às demandas consideradas necessárias à reprodução da

vida da coletividade.

A esquerda tem também uma dificuldade de lidar com o tema do envolvimento dos trabalhadores com a gestão do dia a dia dos serviços, o fundamento teórico deste embaraço é semelhante àquele analisado em relação à demanda. Quando muito, propomos a participação em Conselhos deliberativos, mas pouco temos a dizer sobre os mecanismos para envolver e motivar os profissionais para além do cumprimento burocrático de tarefas ou de normas. Nossos sistemas administrativos repousam ainda nas diretrizes de Taylor e Fayol. No fundo, imaginamos a utopia do controle absoluto, ou através de mecanismos mais tecnocráticos ou mais democráticos. Mas, sempre pensamos a idéia do controle, da normalização de procedimentos e da transformação dos profissionais em autômatos, a serem avaliados pelos resultados de sua produção.

A segunda vertente, na qual este trabalho tem a pretensão de se incluir, caracteriza-se por tentar pensar esta tradição da gestão pública de forma crítica, sem render-se aos encantos pós-modernos do projeto neoliberal. Em realidade

de, trata-se de uma proposta não acabada, em construção. Entendo que a análise dos limites tanto do modelo de mercado como da administração estatal tradicional, já apontam possibilidades a serem exploradas, visando a construção de um estilo reformado de gestão.

Uma idéia, central a este movimento de reconstrução, seria a da descentralização, não só delegando poder ao nível municipal, mas também garantindo autonomia às equipes locais, a cada unidade ou serviço de saúde. A coesão operacional do sistema deveria ser mantida através da definição pelos governos eleitos e pelos Conselhos de Saúde de políticas sociais, de diretrizes gerais e mesmo do que se convencionou denominar de imagens objetivo. O resto, a operacionalização destas metas, a organização do processo de trabalho, a elaboração de normas, deveriam ficar a cargo dos trabalhadores de cada serviço. O controle deveria ser indireto, avaliação de resultados, quer do ponto de vista político, quer técnico.

Uma das consequências inevitáveis deste tipo de gestão seria o fim da uniformidade entre as unidades. Ou seja,

um hospital geral não seria igual a outro, um serviço de vigilância diferente do vizinho. Esta antevisão tem incomodado os dirigentes formados dentro de uma idéia de sistemas, onde uma parte teria que ser muito semelhante a outra. Nada pressupõe que esta desigualdade implicaria em perda de produtividade e muito menos de eficácia. Assim, não haveria porque temê-la.

Dentro desta linha, o gerente seria muito mais uma figura que coordena, que administra o autogoverno, compatibilizando-o às diretrizes do planejamento superior, que negocia com as outras instâncias do Estado e da sociedade, e que procura legitimar o trabalho da equipe local, do que um administrador à la Fayol.

Enfim, mais do que uma alternativa acabada de modelo vejo estas análises como indicativas de tendências a serem trabalhadas, objetivando a reforma dos modos como vêm sendo comandados os Sistemas Públicos de Saúde.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS DO CAPITULO IV

1- MATUS, CARLOS - "Adeus, Senhor Presidente: Planejamento, Antiplanejamento e Governo". Recife, LITTERIS Ed. , 1989, pag. 55.

2- COUTINHO, CARLOS NELSON - Representação de Interesses, Formulação de Políticas e Hegemonia". In: REFORMA SANITARIA EM BUSCA DE UMA TEORIA, org. Sônia Maria Fleury Teixeira. São Paulo, Edt. CORTEZ, 1989, pag. 59.

3- GRAMSCI, ANTONIO - " Analises de las Situacione y Correlaciones de Fuerzas". In: ANTOLOGIA, México, SIGLO VEINTIUNO Ed. , 1977, pag. 412.

4- GRAMSCI, ANTONIO - op. cit. no item 03, pag. 412.

5- MEDICI, ANDRÉ CESAR - "O Setor Privado Prestador de Serviços de Saúde no Brasil: Dimensão, Estrutura e Funcionamento". Relatório Técnico n. 02/90 - ENGE/IBGE, maio de 1990, pags. 2 e 3.

6- OPAS - "Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos y Experiencias", Orgs. José Maria Paganini y Roberto Capote Mir, Washington, Publicación Científica n. 519, 1990.

7- PESSOAL DAS UNIDADES DE MEDICINA DE FAMÍLIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO - "Sobre a Necessidade de Formar e Utilizar Médicos Gerais no Brasil". Porto Alegre/RS, Grupo Hospitalar Conceição, junho de 1985, mimeo.

8-SILVA, JOANA DE AZEVEDO - "Assistência Primária de Saúde - O Agente de Saúde do Vale do Ribeira". São Paulo, Dissertação de Mestrado à Fac. Saúde Pública da USP, 1983.

9- MARI, JAIR DE JESUS - "Psychiatric Morbidity in Three Pri-

mary Medical Care Clinics in the City of São Paulo". In:
SOC. PSYCHIATRY, 1987, n. 22, pags. 129 a 138.

10- ROTELLI, FRANCO; LEONARDIS, OTA DE MAURI; RISIO, C. -
"Desistitucionalização", São Paulo, Ed. HUCITEC, 1990, pag.
38.

11- ROTELLI, FRANCO - op. cit. item 10, pag. 51.

12- QUADRA, ANTÔNIO AUGUSTO F. - " Viver é Resistir: A História Natural da Doença". Rio de Janeiro. Ed. Achiamé, 1983.

13- CUNHA, ANTÔNIO GERALDO - "Dicionário Etimológico". Rio
de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1982.

14- COULEHAN, JOHN L. - "A Entrevista Médica: Um Guia para
Estudantes da Arte". Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1989.

15- COULEHAN, JOHN L. - op. cit. item 14, pags 41 e 225.

16- LUZ, MADEL T. - " Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna". Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1988, pag. 92.

17- CAMPOS, FLORIANITA COELHO BRAGA - "Saúde Mental e o Processo Saúde-Doença: A Subjetividade na Afirmação/Negação da Cura". Campinas/SP, FUCAMP, 1990, M(MEO).

18- GONÇALVES, RICARDO BRUNO MENDES; SCHRAIBER, LILIA BLIMA; NEMES, MARIA INÊS B. - "Seis Teses sobre a Ação Programática em Saúde". In: PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE HOJE. São Paulo, Ed. Hucitec, 1990, pag. 47.

19- BAREMBLIT, GREGÓRIO - "Cinco Lições sobre a Transferência". São Paulo, Ed. Hucitec, 1991, pag. 30.

20- BAREMBLIT, GREGÓRIO - op. cit. item 19, pag. 18.

21- BAREMBLIT, GREGÓRIO - op. cit. item 19, pag. 15.

22- LUZ, MADEL T. - op. cit. item 16, pag. 131.

23- CAMPOS, FLORIANITA COELHO BRAGA - "O Psicólogo, o Usuário e a Saúde Mental na Instituição Pública". São Paulo, Dissertação de Mestrado apresentada à PUC/SP, 1988.

24- MENDES, EUGÊNIO VILAÇA - "O Consenso do Discurso e o Dis-senso da Prática Social: Notas sobre a Municipalização d Saúde no Brasil". São Paulo, mimeo, 1991.

25- LUZ, MADEL T. - op. cit. item 16, pag. 94.

26- NAVARRO, VICENTE - "Classe Social, Poder Político e o Estado e suas Implicações na Medicina". In: TEXTOS DE APOIO I - CIÊNCIAS SOCIAIS. Rio de Janeiro, ABRASCO/ENSP, junho de 1983.

27 -MOTTA, FERNANDO PRESTES - " Teorias da Administração: Al-

cance. Limites e Perspectivas". Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ/FUNDAP, mimeo, 1990.

28- SEMPRUM, JORGE - "A ALGARAVIA". Rio de Janeiro, Ed. NOVA FRONTEIRA, 1983.

29- TESTA, MÁRIO - "Planejamento em Saúde e as Determinações Sociais". In: AS CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS, org. Everardo Duarte Nunes, Brasília, OPAS, 1985, pag. 335 a 364.

30- ENGELS, FREDERIC - "Anti-Dihring". Lisboa, Ed. PRESENÇA, 1971.

31- LENIN, V.I. - "O Estado e a Revolução". Moscou, Ed. PROGRESSO- Obras Escogidas, Tomo VII, 1977, pag. 47.

32- MATUS, CARLOS - Op. cit. no item 01, pag. 161.

33- CORDEIRO, HESIO - "a Indústria da Saúde no Brasil" - Rio de Janeiro, Ed. GRAAL, 1980.

134- MARX, KARL - "Elementos Fundamentales para la Crítica de la Economía Política - Buenos Aires, Ed. Siglo XXI, Vol I , 1971.

35- Giovanni, GERALDO - "A Questão dos Remédios no Brasil: Produção e Consumo". São Paulo, Livraria e Ed. POLIS, 1980, pag 29 e 30.

Campinas, agosto de 1991.

BIBLIOGRAFIA

- ABRANGE - "Medicina de Grupo uma Alternativa Assistencial".
São Paulo, mimeo, 1987.
- ALBUQUERQUE, J. A. GUILHON - "Instituição e Poder". Ed.
Graal, 1980.
- ALBUQUERQUE, J. A. GUILHON - "Metáforas da Desordem". Rio
de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1978.
- ALMEIDA, MARCIO; GUTIERREZ, PAULO e SANTOS, NELSON RODRI-
GUES - "Algumas Propostas de Saúde nas Leis Orgâncias Munici-
pais". In: SAÚDE EM DEBATE, n. 25, CEBES, dezembro de 1989.
- ARENDT, HANNAH - "Origens do Totalitarismo". São Paulo,
Ed. Companhia de Letras, 1989.

- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA (APM) - "Plano de Saúde: Projeto APM". São Paulo, mimeo, 1991.

- BAREMBLIT, GREGORIO - " Cinco Lições sobre a Transferência". São Paulo, Ed. Hucitec, 1991.

- BASSO, CARITAS RELVA; COSTA, YEDA MARIA C. e ROCHA, OLINTO M. - "O Planejamento no SUDS/SP: Campinas, DMPS/UNICAMP, mimeo, 1990.

- BELMARTINO, SUSANA - "Políticas Neoliberales en Salud". In: DIVULGAÇÃO EM SAÚDE EM DEBATE, N. 02. Ilhas Canárias, CEBES, março de 1990.

- BERLINGUER, GIOVANNI - "Reforma Sanitária: Itália e Brasil". São Paulo, Ed. Hucitec, 1989.

- BOGATVREV, I.D. e ROJTMAN, M.F. - "La Planificación Sanita-

ria en la URSS". In: MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN SANITARIA NACIONAL, Cuadernos de Salud Pública, n.46, Ginebra, OMS, 1973.

- BREILH, JAINE - "El Contexto Histórico en el Desarrollo del Método Epidemiológico", Campinas, UNICAMP, mimeo, 18 de fevereiro de 1991 (Palestra).

- CAMPOS, FLORIANITA COELHO BRAGA - "O Psicólogo, o Usuário e a Saúde Mental". São Paulo, Dissertação de Mestrado à PUC/SP, 1988.

- CAMPOS, FLORIANITA COELHO BRAGA - "Saúde Mental e o Processo Saúde-Doença: A Subjetividade na Afirmação/Negação da Cura". Campinas, PUCCAMP, 1990, mimeo.

- CAMPOS, GASTÃO WAGNER DE SOUSA - "Os Médicos e a Política de Saúde". São Paulo, Ed. Hucitec, 1988.

- CAMPOS, GASTÃO WAGNER DE SOUSA - "A Saúde Pública e a Defesa da Vida". São Paulo, Ed. Hucitec, 1991.

- CAMPOS, PEDRO MARSET - "Políticas Neoliberales en Salud". In: DIVULGAÇÃO SAÚDE EM DEBATE, n. 02. Ilhas Canárias, CEBES, março de 1990.

- CATAÑEDA, TARCISIO - "El Sistema de Salud Chileno: Organización, Funcionamiento y Financiamiento". In: BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, vol. 103, n. 06, diciembre de 1987.

- CECÍLIO, LUIS CARLOS DE O. - "A Construção de uma Cultura Institucional de Planejamento: A Contribuição do Município". In: SAÚDE EM DEBATE, N. 31, CEBES, março de 1991

- CHAVES, MARIO M. - "Saúde e Sistemas". Rio de Janeiro, Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1980.

- CLAVREUL, JEAN - "A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico". São Paulo, Ed. Brasiliense, 1983.

- COE, RODNEY M. - "Sociologia de la Medicina". Madri, Ed. Al-
lianza, 1973.

- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - "Atribuições do Diretor Clí-
nico e Técnico". Resolução n. 1342, de 08 de março de 1991;
publicada no Diário Oficial da União, seção I, de 16 de abril
de 1991.

- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO - "Condições do
Exercício Profissional da Medicina na Área Metropolitana de
São Paulo". São Paulo, Relatório de Pesquisa, 1983.

- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO -
"Plano de Assistência Médica Viável". São Paulo, ofício cir-
cular n. 122/89, setembro de 1989.

- CORDEIRO, HESIO - "A Indústria da Saúde no Brasil". Rio de Janeiro, Ed. Graal. 1980.

- COSTA, JURANDIR FREIRE - "Psiquiatria Burocrática: Ou as três Coisas que Sei Dela". In: CLÍNICA DO SOCIAL- ENSAIOS, São Paulo, ed. Escuta, 1991.

- COULEHAN, JOHN L. - "A Entrevista Médica:Um Guia para Estudantes da Arte". Porto Alegre, Ed Artes Médicas, 1989.

- COUTINHO, CARLOS NELSON - " Representação de Interesses, Formulação de Políticas e Hegemonia". In: REFORMA SANITÁRIA EM BUSCA DE UMA TEORIA, org. Sônia Maria Fleury Teixeira. São Paulo, Ed. Cortez, 1989.

- DONNANGELO, MARIA CEFÍLIA FERRO - "Medicina e Sociedade: O Médico e seu Mercado de Trabalho". São Paulo, Ed. e Livraria Pioneira, 1975.

- DONNANGELO, MARIA CECÍLIA FERRO - "Saúde e Sociedade". São Paulo, Ed. e Livraria Duas Cidades, 1976.

- ESCOREL, SARA - "Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário". Rio de Janeiro, Tese de Mestrado à ENSP/FIOCRUZ, 1988.

- FELIPE, JOSÉ SARAIVA - "Uma Avaliação da Produção Teórico-científica da Medicina Social no Brasil". In: SAÚDE EM DEBATE, n.27, CEBES, dezembro de 1989.

- FLEURY, SÔNIA MARIA TEIXEIRA - "A Análise Necessária da Reforma Sanitária". In: SAÚDE EM DEBATE, n. 22, CEBES, outubro de 1988.

- FOUCAULT, MICHEL - "Microfísica do Poder". Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1985.

- FREUD, SIGMUND - "Recomendações aos Médicos que Exercem a

Psicanálise (1912)". In: EDIÇÃO STANDART BRASILEIRA DAS OBRAS DE SIGMUND FREUD, Vol.XII. Rio de Janeiro, Imago Ed., 1969.

- GARCIA, JUAN CESAR - "As Ciências Sociais na Medicina". In: PENSAMENTO SOCIAL EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA, org. everardo Duarte Nunes, São Paulo, Ed. Cortez, 1989.

- GIOVANNI, GERALDO - "A Questão dos Remédios no Brasil: Produção e Consumo". São Paulo, Livraria e ed. Polis, 1980.

- GIRARDI, SABADO NICOLAU - "A Força de Trabalho no Setor Saúde". In: DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE, n. 4, CEBES, junho de 1991.

- GRAMSCI, ANTONIO - "Analises de las Situaciones y Correlación de Fuerzas". In: ANTOLOGIA, México, Ed. Siglo Veintiuno, 1977.

- KING, DESMOND - "O Estado e as Estruturas do Welfare State em Democracias Sociais Avançadas". In: NOVOS ESTUDOS/CEBRAP, N.22, outubro de 1988.

- LAPASSADE, G. - "Grupos, Organizações e Instituições". Rio de Janeiro, Ed. Francisco Alves, 1977.

- LECHENER, NORBERT - "A Modernidade e a Modernização são Compatíveis? O Desafio da Democracia Latino-Americana". In: LUA NOVA: REVISTA DE CULTURA E POLÍTICA, n.21, setembro de 1990.

- LÊNIN, VLADIMIR I. - "O Estado e a Revolução". Moscou, Ed. Progresso, 1977.

- LÊNIN, VLADIMIR I. - "Tareas del Proletariado en Nuestra Revolución". In: ACERCA DE LA INCORPORACIÓN DE LAS MASAS A LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO", Moscovo, Ed. Progresso, IV edición, 1968.

- LISSITINE, I.V. e BATIGUINE, K. - "A Proteção da Saúde e a Previdência Social na URSS - Moscovo, Edições Progresso, 1980

- LOURAU, R. - " A Análise Institucional". Petrópolis/RJ, Ed Vozes, 1975.

- LUZ, MADEL T. - "Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna". Rio de Janeiro, ed. Campus, 1988.

- MACHADO, ROBERTO - " Por uma Genealogia do Poder". In: MICROFÍSICA DO PODER, RIO DE JANEIRO, ED. GRAAL, 1985.

- MARI, JAIR DE JESUS - "Psychiatric Morbidity in Three primary Care Clinics in the City of São Paulo". In: SOC. PSYCHIATRY, n.22, 1987.

- MARRAMAO, GIACOMO - "Política e Complexidade: o Estado Tar-
do-capitalista como Categoria e como Problema Teórico". In-
:HISTÓRIA DO MARXISMO, org. Eric J. Hobsbawn, Vol. XII, Rio
de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1983.

- MATUS, CARLOS - "Adeus, Senhor Presidente: Planejamento,
Antiplanejamento e Governo". Recife, Ed. Litteris, 1989.

- MARX, KARL - "Elementos Fundamentales para la Critica de la
Economia Política". Buenos Aires, Ed. Siglo XXI, Vol. I,
1971.

- MCLAHLAN, G. - "The Planning of Health Services: Studies in
Eight European Countries". Ginebra, WHO, 1980.

- MCKEOWN, THOMAS - "The Role of Medicine". Oxford/England,
Basil Blackwell Publisher, 1979.

- MEDICI, ANDRÉ CESAR - "O Setor Privado Prestador de Servi-

cos de Saúde no Brasil: Dimensão, Estrutura e Funcionamento".

Rio de Janeiro, ENCE/IBGE, mimeo, 1990.

- MEDICI, ANDRÉ CESAR - "A Medicina de Grupo no Brasil". Rio de Janeiro, ENCE/IBGE, mimeo, 1990.

- MEDICI, ANDRÉ CESAR - "O Emprego de Enfermagem no Brasil dos anos 80: Luz no Fim do Túnel". In: SAÚDE EM DEBATE, n. 24, CEBES, março de 1989.

- MELLO, CARLOS GENTILE - "Saúde e Assistência Médica no Brasil". São Paulo, CEBES/Hucitec, 1977.

- MENDES, EUGÊNIO VILAÇA - "Importancia de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud". In: LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD: CONCEPTOS, MÉTODOS Y EXPERIENCIAS, Publicación Científica n. 519, Washington, OPAS/OMS, 1990.

- MENDES, EUGÊNIO VILAÇA - "A Evolução Histórica da Prática Médica". Belo Horizonte, PUC/MG, 1984.

- MENDES, EUGÊNIO VILAÇA - "O Consenso do Discurso e o Dis-senso da Prática Social: Notas sobre a Municipalização da Saúde no Brasil". São Paulo, mimeo, 1991.

- MOTTA, FERNANDO C. PRESTES - "Teoria Geral da Administração". São Paulo, Ed. e Livraria Pioneira, XIV edição, 1987.

- MOTTA, FERNANDO C. PRESTES - "O que é a Burocracia". São Paulo, Ed. Brasiliense, 1981.

- MOTTA, FERNANDO C. PRESTES - "Teorias da Administração: Alcances, Limites e Perspectivas". Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ/FUNCAP, mimeo, 1990.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE - "Coletânea de Legislação Básica: Nova Política de Financiamento do SUS". Brasília, MS, 1991.

- NAVARRO, VICENTE - "Classe Social, Poder Político e o Estado e suas Implicações na Medicina". In: TEXTOS DE APOIO: CIÊNCIAS SOCIAIS I, Rio de Janeiro, ABRASCO/ENSP, JULHO DE 1983.

- NOGUEIRA, ROBERTO PASSOS - "La Medicina Liberal y el Mercado de Trabajo en Salud - Que es la Medicina Liberal?". In: EDUC. MED. SALUD, vol. 22, 1988.

- NOGUEIRA, ROBERTO PASSOS - "A Força de Trabalho em Saúde". In: TEXTOS DE APOIO: PLANEJAMENTO I, RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, Rio de Janeiro, ENSP/ABRASCO, 1987.

- NOTRE DAME SEGURADORA/INTERMEDICA SÃO CAMILO - "Sistema Privado de Saúde: Proposta de Participação da Iniciativa Privada no Sistema Único de Saúde". São Paulo, mimeo, 1991.

- NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA (NESCO) - "A História da VII Conferência Nacional de Saúde". In: ESPAÇO PARA A SAÚDE

DE, Curitiba, NESCO, março de 1987.

- OFFE, CLAUS - "Problemas Estruturais do Estado Capitalista". Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro, 1984.

- OLIVEIRA, JAIME DE ARAUJO - "Para uma Teoria da Reforma Sanitária: Democracia Progressiva e Políticas Sociais". In: SAUDE EM DEBATE, n.20, CEBES, abril de 1988.

- Oliveira, Jaime A. e Teixeira, Sônia Maria F. - "(Im) Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil". Petrópolis, Ed. Vozes/ABRASCO, 1985.

- OPAS - "Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos y Experiencias". Orgs. José Maria Paganini y Roberto Capote Mir, Washington, OPAS, 1990.

- POLANCO, JORGE DIAZ - "A Organização dos Serviços de Saúde". In: AS CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA,

org. Everardo Duarte Nunes. Brasília, OPAS, 1989.

- QUADRA, ANTÔNIO AUGUSTO F. - " Viver é Resistir: A História Natural da Doença". Rio de Janeiro, Ed. Achiamé, 1983.

- RAMOS, REINALDO - "A integração Sanitária: Doutrina e Prática". São Paulo, Tese de Livre-docência à FSP/USP, 1972.

- REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - "Constituição" - Brasília, 05 de outubro de 1988.

- REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - "Lei n. 8080". Brasília, Presidência da República, em 19 de setembro de 1990.

- "Lei n. 8142. Brasília, Presidência da República, em 28 de dezembro de 1990.

- "Lei n. 6229. Brasília, "Sistema Nacional de Saúde", em 17 de junho de 1975.

- ROSEN, GEORGE - "Da Polícia Médica à Medicina Social". Rio

de Janeiro, Ed. Graal, 1979.

- ROTELLI, FRANCO; LEONARDIS, OTA DE MAURI e RISIO, C. -

"Desinstitucionalização". São Paulo, Ed. Hucitec, 1990.

- SCHRAIBER, LILIA BLIMA - "Programação em Saúde Hoje". São

Paulo, Ed. Hucitec, 1990

- SEMFRUM, JORGE - " A Algaravia". Rio de Janeiro. Ed. Nova

Fronteira, 1983.

- SILVA, JOANA DE AZEVEDO - "Assistência Primária de Saúde: O

Agente de Saúde do Vale do Ribeira". São Paulo, Dissertação

de Mestrado à FSP/USP, 1983.

- SINANGE - Os Fatos e os Números da Medicina de Grupo".

Goiânia, mimeo, abril de 1988.

- TANAKA, OSWALDO Y. - "Análise da Utilização dos Serviços do

Posto de Assistência Médica e do Pronto-atendimento do Jardim São Jorge, no Município de São Paulo, por meio da Clintela Usuária". São Paulo, Tese de Doutorado à FSP/USP, 1988.

- TESTA, MARIO - "Planejamento em Saúde: As Determinações Sociais". In: AS CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA, org. Everardo Duarte Nunes. Brasília, OPAS, 1985.

- TORLONI F., HUMBERTO - "Assistência Médica Hospitalar um Benefício de US\$ 1800000". São Paulo, TFF/C, mimeo, agosto de 1987.

- UNIMED DO BRASIL - "Edição Especial de 20 Anos: Cooperativismo de Trabalho Médico". Revista da UNIMED, 1989.

- WEFFORT, FRANCISCO C. - "A América Errada". In: LUA NOVA: REVISTA DE CULTURA E POLÍTICA, N. 21, setembro de 1990.