

A REFORMA SANITARIA NECESSARIA

GASTÃO WAGNER DE SOUZA CAMPOS

A revista Saúde em Debate, nº 20, publicou um instigante artigo de Jaime A. Oliveira, onde ele clama "por uma teoria da Reforma Sanitária"¹ Concordamos com esse apelo do autor, o qual, de resto, tem influenciado e estimulado as investigações e indagações que vários pesquisadores vêm realizando ultimamente no campo das políticas de saúde. Contudo, discordamos da seqüência de seu raciocínio.

Para Jaime, poderíamos dividir a história recente da política de saúde em três períodos: o primeiro, de meados dos anos sessenta até meados da década de setenta, ter-se-ia caracterizado pela "constituição (...) de um dado modelo de organização do sistema de atenção à saúde. O qual (...) caminhou na direção da lógica do privilegiamento de interesses econômicos corporativos do empresariado privado que atua nesta área"² O segundo teria sido marcado pela "crise político-financeira" do modelo assistencial e, conseqüentemente, pela elaboração de "proposições voltadas, todas, grosso modo, para a idéia de controle, reforma e racionalização do modelo assistencial anteriormente estabelecido"³; e, finalmente, o terceiro, teria tido início depois de 1986, "tendo, como marco de referência, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a partir da qual poderia star se constituindo um 'novo corte na história recente da questão'...", mediante a elaboração de um projeto de Reforma Sanitária "potencialmente inovador". Esse novo projeto se diferenciaria do anterior, de "tendências racionalizadoras do modelo assistencial", porque suas proposições apontariam "para além dos esforços de auto-reprodução deste Estado e das condições econômico-sociais que ele ajuda a sustentar"⁽⁴⁾. Ou seja, estaria sendo elaborado um projeto de Reforma Sanitária que faria parte e estaria articulado à lógica da construção de uma "hegemonia alternativa" na sociedade brasileira.

Onde Jaime vê "cortes" tendemos a identificar continuidade, sobre novas bases, de um mesmo modelo de produção de serviços de saúde, servindo cada uma das alterações político-administrativas antes para radicalizar e consolidar o modelo assistencial do que para encerrá-lo. Assim, consideramos que os acontecimentos de meados dos anos sessenta (reforma administrativa e unificação dos institutos previdenciários, entre outros) contribuíram para tornar vitoriosa uma tendência que já vinha dos anos cinquenta, marcadamente no IAPI, de estender a assistência médico-hospitalar por meio do financiamento estatal, segundo lógicas do mercado. É óbvio que essa continuidade não é um movimento linear. O golpe militar reordenou a composição do poder estatal e imprimiu sua marca nas políticas sociais, alterando desde as questões de gestão (afastamento dos sindicatos da direção da Previdência) até os mecanismos de financiamento (ampliação das possibilidades de expansão da cobertura assistencial com a criação de inúmeros fundos financeiros extra-orçamentários). Nesse sentido, a periodização proposta pode ser útil ao estudo mais detalhado de cada época, desde que não se perca a noção da continuidade do modo de produção de serviços de saúde no Brasil, ao longo dos anos em pauta.

1 Oliveira, Jaime de Araujo: "Para uma teoria da reforma sanitária : democracia progressiva e políticas sociais". In. Revista Saúde em Debate, nº 20, abril de 1988-CEBES.

2 Ver Oliveira, Jaime (1988) op. cit.

3 Ver Oliveira, Jaime (1988) op. Cit.

(4) Ver Oliveira, Jaime (1998) op. Cit.

O mesmo raciocínio, até com maior pertinência, pode ser aplicado ao segundo período. Em 1975 e nos anos seguintes, não ocorreu qualquer ruptura com o modelo assistencial - e nem Jaime afirma isso explicitamente. No entanto, essa idéia de período sugere uma convicção de que, desde essa época, já estaria principiando a Reforma Sanitária brasileira. Ou, o que é mais grave do ponto de vista da construção de um projeto contra-hegemônico, ela traz embutida a noção de que o elenco de medidas racionalizadoras constituiria parte essencial de uma reforma sanitária viável, plausível e eficaz, e não o estabelecimento de correções internas ao modelo privatista, necessárias à sua própria reprodução e expansão. Numa reflexão sobre a Reforma Sanitária e a transição, aparece a seguinte colocação, no texto em discussão: "Há, portanto, muito o que fazer, ainda, nesta direção. Isto é, na direção dos esforços racionalizadores, na linha de resolução da crise fiscal e de legitimidade". Ora, seriam as medidas racionalizadoras capazes de resolver a crise fiscal? Em certa medida até que sim, desde que se entenda por problema fiscal apenas o equilíbrio entre receita e despesa, excluindo desse cálculo o tema da justiça social. O mesmo, contudo, não pode ser dito com relação à crise de legitimidade. Seriam esses projetos capazes de tornar palatável aos cidadãos um modelo que privilegia o lucro e não a satisfação de suas necessidades? Ou, pensando candidamente e com otimismo, seria possível, aproveitando a crise de legitimidade do regime político e do modelo assistencial, introduzir subrepticiamente, por original via prussiana, modificações reformistas no modelo, no sentido de adequá-lo, lenta e inexoravelmente, ao projeto de Reforma Sanitária? Essa alternativa de prática política, na qual é difícil separar a ingenuidade -o wishfulthinking -do projeto deliberadamente articulado de dominação social, ignora o papel do Estado na manutenção e na reprodução do modo hegemônico de produção de serviços de saúde.

Essa polêmica é, também, central para a análise do terceiro "corte", que parece estar delineando. "proposições que apontam numa direção que se situa... para além destas preocupações e de suas limitações". No caso, Jaime se refere aos limites dos projetos racionalizadores; portanto, o novo discurso da Reforma Sanitária conteria elementos inovadores, talvez próprios a uma nova Sociedade. Diversamente, entendemos que, além das dificuldades políticas interpostas à implementação das medidas propostas pelos "racionalizadores" ("setores progressistas da burocracia governamental"), dificuldades decorrentes da resistência da iniciativa privada e de segmentos burocráticos do aparelho de Estado, existe uma série de dificuldades relacionadas aos próprios limites teóricos e da prática política do chamado "partido sanitário". Limites que aparecem desde o momento em que são identificados os problemas a serem resolvidos -realiza-se, freqüentemente, um diagnóstico restrito -até a elaboração de propostas -via de regra, dentro da mesma lógica do pensamento racionalizador. Esses limites se tornam evidentes quando da escolha dos instrumentos para viabilizar as transformações.

Opta-se, quase sempre, pela tentativa de impor reformas "por cima", por intermédio do aparelho estatal, o que requer a participação no governo, seja lá qual for a composição de forças que ele represente. Esse terceiro período poderia ser melhor caracterizado não pela elaboração de novas propostas, pela luta aberta em tomo de modificações do modo de produção de serviços de saúde ou pela alteração da correlação de forças no seio da sociedade: poderíamos dizer que esse tempo vem marcado por uma definição mais precisa das consignas do período anterior, por sua transformação em discurso e, às vezes, em diretrizes da política oficial e, ainda, pela transformação de parte significativa dos intelectuais que elaboraram o novo pensamento sanitário em dirigentes da máquina -governamental.

Valeria a pena a realização de estudos mais elaborados sobre o espaço social no qual foi construída essa proposta de reorganização racionalizadora do sistema de saúde brasileiro e por que ela teve que assumir a roupagem e a aparência de uma Reforma Sanitária. Na verdade, foram os técnicos envolvidos com o estudo, a administração e o planejamento da atenção médico-sanitária dos principais artífices e divulgadores dessa política, a maioria deles pertencente à burocracia governamental ou às universidades, os quais elegeram como principais interlocutores os ocupantes de cargos no poder executivo ou nos esquemas político-partidários dominantes. Utilizaram como principal critério, para avaliar uma diretriz política, a sua aplicabilidade imediata dentro de uma correlação de forças tida como um dado estrutural; portanto não sujeita a alteração em decorrência de opções feitas, em parte, por esse mesmo conjunto de profissionais. Resumindo: ao contrário de outros países capitalistas, que realizaram reformas na saúde, e nos quais os intelectuais progressistas tiveram que compor-se com o movimento sindical de trabalhadores ou com os partidos apoiados nessa classe, aqui, o principal agente das transformações teria sido o "partido sanitário" encastelado no aparelho estatal e apoiado, evidentemente, por autoridades constituídas. Ou seja, a própria eleição dos instrumentos para implementação das políticas, em larga medida, já diz de seus limites "transformistas" (no sentido gramsciano, de reforço do bloco politicamente dominante) e da renúncia, a priori, de qualquer veleidade de trabalhar, junto à sociedade, pela construção de uma nova hegemonia, de um novo bloco político, capaz de dar concretude, apesar dos constrangimentos impostos pela realidade brasileira, a um projeto de socialismo.

E aqui o debate já não é mais com Jaime de Oliveira, que nem imagina que a Reforma Sanitária esteja em curso e nem vê no poder executivo da Nova República a principal base de sustentação para essas mudanças. A discussão, agora, tem que ser travada com uma parcela do "partido sanitário", instituição imaginada para reforçar a aparência que essa linha de pensamento ou até mesmo esse movimento sanitário teriam um afastamento e uma independência das classes dominantes. Na verdade, esse movimento é composto por um conjunto de intelectuais que pensa e elaboram políticas de saúde segundo diferentes perspectivas, que poderão corresponder, pelo menos potencialmente, aos interesses de diversos blocos sociais. Esses planos e programas, elaborados pelos intelectuais de saúde, poderão ser apropriados por diferentes forças, conforme seu conteúdo realmente se identifique com certos interesses, segundo a capacidade de iniciativa e amadurecimento político desses agentes coletivos. Não existe, portanto, um "partido de saúde" colocado acima das classes, supostamente capaz de elaborar políticas em nome de e para "a sociedade". De qualquer forma, é com uma parcela desse movimento que, agora, travamos a discussão.

A metodologia de investigação adotada neste trabalho fundou-se no estudo daquilo que poderíamos denominar de "teoria oficial da Reforma Sanitária" e no estudo da execução dessas políticas teorizadas limites do estudo realizado não impeçam a identificação das tendências gerais de desenvolvimento da política de saúde no Brasil contemporâneo, permitem apenas o levantamento de algumas observações, mais importantes na medida em que apontam limitações no pensamento oficial do que quando propõem análises definitivas. Assim, além do exame das recentes medidas adotadas pelas instituições públicas, fizemos uma leitura crítica do discurso dos "intelectuais com chancela oficial", daqueles participantes do movimento sanitário que, circunstancialmente, estavam secretários de Saúde, assessores de várias autoridades do Poder executivo, superintendentes ou presidentes de órgãos públicos.

Esse conjunto de técnicos organizou, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, uma das raras ocasiões em que buscou apoios para seus projetos junto a setores da sociedade civil potencialmente interessados na transformação do *status quo* na área da saúde. Como recomendação dessa Conferência, e através de uma portaria dos Ministérios da Educação, Saúde e Previdência', (5) foi criada uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que viria a se constituir em um dos principais instrumentos de atuação política do que poderia ser denominado o "partido sanitário da ordem". A composição dessa Comissão era heterogênea, embora predominassem os "setores progressistas da burocracia governamental". Faziam parte da CNRS nove representantes de ministérios do governo federal, dois representantes das secretarias estaduais e um por todas as secretarias municipais de saúde -somando, portanto, doze técnicos governamentais. O poder legislativo tinha dois representantes, os trabalhadores três, da CUT, CGT e CONTAG. O patronato também tinha três assentos, havendo mais duas vagas para os prestadores privados de serviços de saúde (uma' para a Federação Brasileira de Hospitais e outra para a Confederação das Misericórdias) .Os profissionais de saúde estavam representados pelos médicos, através da Federação Nacional dos Médicos.Finalmente, talvez pensando no usuário, foi assegurada uma vaga para o Conselho Nacional das Associações de Moradores. Seja pelo predomínio numérico dos representantes governamentais, seja pelo despreparo e omissão do movimento sindical, o pensamento oficial predominou largamente na produção dessa Comissão. Constituiu-se, por isso, em uma das principais fontes para a análise das propostas de Reforma Sanitária, Particularmente o extenso material produzido por sua secretaria Técnica.

É interessante observar que a idéia de Jaime de Oliveira, de que estaria ocorrendo um "corte" entre as propostas denominadas de "racionalizadoras" e o que seria agora um projeto inovador de reformas, não é admitida pelos próprios ideólogos da Reforma Sanitária oficial. Assim, por exemplo, em um documento de síntese elaborado pela secretaria Técnica da CNRS, ao ser discutido um projeto de lei da Reforma Sanitária aparece a seguinte análise: "Com esta nova lei não se deverá pretender, numa perspectiva simplista, 'fazer' a Reforma Sanitária, mas sim criaras condições para desencadear e aprofundar um proçasso que, na verdade, teye início com a unificação do INPS em 1967 e vem se ampliando em resposta às crescentes pressões pela universalização do acesso aos serviços de saúde" (6) (grifos nossos). Ou seja, admite-se que a reforma atual seria uma continUidade e um desenvolvimento do mesmo processo que criou bases ampliadas para o desenvolvimento da capitalização dos serviços de saúde. Processo que, se por um lado assegurou a extensão, da cobertura assistencial, por outro reforçou e modernizou as determinações privatizantes do modelo assistencial brasileiro.

A mesma idéia de continuidade entre as medidas racionalizadoras e a pretensa reforma aparece também quando, em várias ocasiões e através de diferentes interlocutores, o desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde é apresentado como estratégia para a

(5) Documento Oficial -Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS, n° 02, publicado no DO de 22/08/86.

(6) Documento oficial -"Síntese da Coordenação dos Grupos Técnicos como contribuição ao documento final a ser elaborado pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária" -Secretaria Técnica da CNRS. In. Documentos m da CNRS, março de 1988.

Reforma Sanitária. (7) Até mesmo o ex-ministro da Previdência, Rafael de Almeida Magalhães, em discurso pronunciado em agosto de 1986, reconheceu as contradições intrínsecas a esta estratégia: "Eu os convido a repensarmos as Ações Integradas de Saúde, a recriá-las -elas são, enquanto proposta formal, uma herança do regime autoritário que abolimos". Apesar dessa constatação, seguida do reconhecimento de que a política das AIS ter-se-ia desenvolvido "com a função racionalizadora de contenção de gastos", o ministro terminou dizendo que, mediante algumas redefinições "as AIS representam uma estratégia importante para a Reforma Sanitária". (8)

Essas colocações pretendem mais chamar a atenção para a auto-imagem que os ideólogos têm do seu papel e do movimento que estariam criando, do que afirmar o caráter retrógrado ou conservador da política proposta nas Ações Integradas de Saúde. O que, de resto, não corresponderia ao nosso pensamento, uma vez que criticamos as AIS por suas insuficiências e omissões, não propriamente por seus objetivos. Queremos frisar, chamar a atenção para a noção de continuidade, de transformação dentro da ordem pré-estabelecida, que, de resto, os próprios dirigentes do movimento defendem e adotam como diretriz política.

Essa noção de reordenamento de um determinado modo de produção de serviços de saúde, sem rupturas importantes de sua lógica, se articula com outra, que também faz parte do universo teórico desses técnicos: a de tomar o Estado, e dentro dele especificamente o governo, como principal base de sustentação para o desenvolvimento da reorganização da assistência médico-sanitária. Em geral, faz-se referência a pressões difusas e indiretas da população, tomadas como estímulo para a ação governamental. Essas pressões são referidas como simplesmente resultantes de uma maior demanda por serviços médicos ou como fruto da expansão, entre os brasileiros, dos direitos considerados inerentes à cidadania. No Documento Síntese da Secretaria Técnica da CNRS, por exemplo, no que se refere às bases concretas para o desenvolvimento da Reforma, é enfatizado o papel de "parcelas expressivas da população brasileira"~ no desenvolvimento da reforma, mediante a exigência de "medidas concretas e imediatas em relação à conquista da saúde e a melhoria da qualidade dos serviços a que.t2m direito". Por outro lado, é também dito que "A vitória recente, nas últimas eleições, de representantes de setores progressistas da sociedade brasileira para os governos da maioria dos Estados,\ bem como para o Congresso Constituinte, confere ao debate de. Alternativas para o sistema de saúde uma base política que não pode ser ignorada e que abre uma nova perspectiva ao projeto de uma Reforma Sanitária".(9) (grifos nossos.)

Ora, só aqueles que trabalham com um conceito muito restrito de reforma sanitária poderiam imaginar que a atual composição de forças políticas, a nível federal e na maioria dos estados, abriria Uma nova perspectiva. Esses intelectuais preferem ocultar, ou pelo menos não problematizar, a pequena inclinação que o poder executivo, nos últimos vinte e quatro anos, e a atual Assembléia Constituinte, têm demonstrado para realizar reformas que impliquem em limitação dos interesses econômicos ou políticos das elites:

7 a) "Bases para O aperfeiçoamento das ações integradas de Saúde como estratégia para a Reforma Sanitária" -Grupo de Técnicos do MS e do INAMPS. In Documentos I da CNRS, julho/agosto de 1986.

b) Santos, Roberto Figueira, Min. da Saúde -" A Regionalização Assistencial no Aperfeiçoamento das AIS". In. Documentos I da CNRS, agosto de 1988.

c) Quase há consenso, entre estes técnicos, quanto ao entendimento de que as AIS seriam a principal estratégia para implantação da RS, aparecendo esse raciocínio em inúmeros outros textos.

(8) Magalhães, Rafael de Almeida -Ministro da Previdência e Assistência Social. Pronunciamento em agosto de 1986. In. Documento I da CNRS.

(9). Artigo citado na nota 6.

Ao fazer essa escolha, esses técnicos poderiam estar cometendo um equívoco político, se sua opção era por uma alteração radical do sistema de saúde, no sentido apontado por Jaime de Oliveira. Nesse caso, deveriam apostar no acirramento do debate, na possibilidade de uma mudança na correlação de forças através de lutas sociais e políticas, por exemplo, organizando uma campanha ancorada em propostas tecnicamente plausíveis e em forças politicamente comprometidas com as reformas, objetivando o isolamento e o enfraquecimento político da iniciativa privada na área da assistência médico-hospitalar. Ocorreu, contudo, o contrário. Não só não foram organizadas tais campanhas, como surgiu todo um discurso empolado para justificar a continuidade da prestação privada de serviços, teorizando-se, até, sobre a possibilidade de vir a organizar-se um sistema onde houvesse uma compatibilidade entre o funcionamento regulado de "leis de mercado" e o bem-estar comum.

Poderia ser o caso, também, de que nenhum equívoco político estivesse sendo cometido. O que seria verdade, caso o conteúdo dessas reformas fosse tão restrito que nem mesmo o Estado brasileiro, historicamente tão renitente às reformas de cunho democrático, fosse politicamente capaz de realizá-las. Tais hipóteses merecem uma investigação mais cuidadosa.

Por enquanto, somos tentados a ficar com a hipótese de que, na verdade, esses técnicos estão adotando uma concepção restrita de reforma sanitária. Se não, vejamos.

" A Reforma Sanitária já é um processo em curso". (10) Hésio Cordeiro, destacado dirigente do movimento sanitário, já em julho de 1987 entendia que a série de medidas racionalizadoras que vinham sendo adotadas representavam, de fato, mudanças profundas na política de saúde. A esperada reforma já estaria ocorrendo enquanto processo institucional, caracterizado principalmente por "um vasto elenco de medidas no sentido da implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)". Em março de 1988, quando de sua saída da presidência do Inamps, após dois anos e dez meses à frente desta instituição, ele não só voltou a afirmar que a implementação do SUDS era o início da Reforma Sanitária, como considerou este sistema "a maior revolução no setor saúde já ocorrida no Brasil".(11) Essa sentença causa estranheza, não tanto pela afirmação de que o SUDS seria a maior reviravolta acontecida na saúde em terras brasileiras -raríssimas têm sido as reformas implementadas no Brasil, tal "egoísmo" e conservadorismo das nossas elites dirigentes. .. mas pela referência ao conceito de revolução para um conjunto de medidas voltadas centralmente para uma reestruturação administrativa do aparelho público prestador de serviços de saúde. Causa estranheza a utilização desse conceito, dessa noção de revolução para caracterizar a Reforma Sanitária oficial, imaginada por seus próprios idealizadores como um processo restrito de mudanças.

No discurso de Hésio Cordeiro podemos encontrar evidências da concepção restrita do movimento de reformas. Na mesma ocasião, este professor afirmava que "a Reforma Sanitária é irreversível". Ora, tal conclusão só é possível para aqueles que, vendo a reforma como um conjunto de procedimentos funcionais para modernização - reprodução ampliada do atual modelo assistencial, a :- imaginam estruturalmente determinada. Nenhum analista, considerando a história brasileira recente, poderia afirmar a irreversibilidade de um processo de mudanças que a maioria da sociedade civil sequer percebeu, baseado apenas no apoio político-institucional.

Essa segurança, portanto, só pode decorrer da visão que, entendendo a reforma como uma continuidade dos "esforços racionalizadores", a vê estruturalmente condicionada, quase transformada em "razão de Estado". Daí a conclusão de que o Estado seria o primeiro e o maior interessado na "resolução da crise, fiscal e de legitimidade" do setor saúde, de que tudo seria condicionado pela própria dinâmica do desenvolvimento capitalista: necessidade de estender a cobertura assistencial, de racionalizar os gastos etc.

Mais do que polemizar com o mecanismo inerente a essa linha analítica interessa-nos apontar o caráter restrito do que está sendo denominado de reforma sanitária, que nada tem a ver com a idéia de tomar a reforma na saúde como parte da "construção de uma contra-hegemonia fundada nos trabalhadores. Neste" artigo, estaremos denominando esta concepção restrita de Reforma Sanitária oficial.

Na mesma entrevista, Hésio Cordeiro também colocou os princípios que ele esperava ver aprovados no texto final da nova Constituição brasileira: o da descentralização, "da unificação e o da manutenção das relações entre os setores público e privado dentro dos princípios do direito público". É interessante observar que esses preceitos; de política de saúde são comuns a todos os documentos onde predominou o pensamento dessa corrente. (12). Outro tema freqüente, e que talvez tenha sido a maior contribuição desse movimento ao amadurecimento da consciência sanitária dos brasileiros, é o da universalização - a assistência médico-sanitária como decorrência de um direito à saúde inerente à noção de cidadania plena, ou ampliada. Aqui, a citada corrente conseguiu ampliar e superar uma tendência já presente em períodos anteriores, a da progressiva extensão de cobertura assistencial, apresentando-a, particularmente durante o processo constituinte, transformada no reconhecimento universal do direito à saúde e ao acesso aos meios necessários para conservá-la ou recuperá-la; Hoje, mesmo o discurso liberal-conservador tem que partir dessa premissa, tal é o enraizamento dessa idéia na sociedade.

A discussão dos modelos assistenciais alternativos ou das correções necessárias ao adequado funcionamento do modelo atual, é também freqüente. Contudo, quanto a isso, ocorre um fenômeno interessante: à medida que aumenta a densidade de "oficialismo" de cada documento, diminuem as referências ao tema e a complexidade com que é tratado... chegando a desaparecer quase completamente nos documentos aprovados, por exemplo, pela Comissão de Sistematização da Assembleia Nacional Constituinte. (13). Este "apagamento" do tema não é casual, uma vez que, ao não se discutir o modelo assistencial, está se dando por decidido a manutenção do modo de produção de serviços de saúde existente, e possibilitando, quando muito, correções técnicas ou administrativas.

(10) Cordeiro, Hésio - "A Reforma Sanitária -Propostas do Presidente do INAMPS". Publicação do INAMPS, julho de 1987.

(11) Entrevista com Hésio Cordeiro. In. Proposta -Jornal da Reforma Sanitária, ano 2, n.o 7. p. 8.

(12) A este respeito, ver os seguintes documentos aprovados pela CNRS : -"Proposta para o componente saúde da nova Constituição brasileira". -"Proposta de conteúdo para uma nova Lei do Sistema Nacional de Saúde". In Documentos II da CNRS, 1987.

(13) Referências ao "modelo assistencial" são evidentes em vários textos. -, Chega-se mesmo a conceber o "distrito sanitário" como unidade de planejamento, organização e prestação de serviços de saúde. Ver, entre outros: -"Síntese da Coordenação de Grupos Técnicos como contribuição ao t>{ Documento ~inal a, ~er elaborado .p~la C~RS". I~. Documento III, 1.9~~ .;r i -Cordeiro, Hesio -" A administração da Saúde e o Distrito Sanitário".~ In. Folheto sobre a Reforma Sanitária 111, INAMPS, 1987.

De fato, é evidente a ênfase dada a dois princípios, o da descentralização e o da unificação, ambos voltados mais para a reorganização da estrutura do sistema do que para o seu conteúdo. A prioridade dessas diretrizes sobre as demais aparece até mesmo na denominação do novo sistema, tido como a encarnação da reforma, ou pelo menos, com seu marco inicial: nos referimos ao SUDS, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.(14) Podemos ainda considerar que todos os projetos de lei ou leis aprovadas no período subsequente ao decreto presidencial que criou o SUDS, obedecem em linhas gerais, ao mesmo espírito.

Cabem aqui algumas considerações que pretendem contribuir para a desobstrução de alguns canais deliberadamente bloqueados por alguns membros do "partido sanitário oficial". Provavelmente irão atribuir esta análise, como tem ocorrido em outros episódios semelhantes, a alguns "inimigos do SUDS". Ou irão identificar, nas críticas à política oficial, a intenção de simplesmente lançar acusações e anátemas contra a "burocracia progressista". Essa postura é nociva ao próprio desenvolvimento do projeto de reforma, na medida em que tende a congelar a discussão, supondo que o conteúdo e a forma de se implantar esse projeto já estariam dados e que a proposta oficial é a única plausível. Escudados em um pensamento de fundo conservador, o dia: tica do possível, imaginam que o máximo de inovações já estaria ocorrendo. Não consideram, no entanto, que essa "dialética" pouco tem a ver com a idéia de mudança, estando mais para uttla lógica do tipo "pragmatismo responsável" (idealizada pelos burocratas do Itamaraty, mas que cai como uma luva em todos os técnicos que pretendem dar aos seus projetos uma ~'neutralidade" e um grau tal de racionalidade, que qualquer governo poderia, em tese, adotá-los). Essa razão é essencialmente conservadora, uma vez que, não trabalha com a possibilidade dê:construção de uma nova correlação de forças capaz de estender os limites do possível para além daqueles convenientes às forças dominantes.

Talvez seja ainda mais grave a separação. que essa postura defensiva (e às vezes ofensiva (...)) vem estabelecendo entre esses intelectuais e o conjunto de forças potencialmente capaz de impulsionar verdadeiras reformas. Referimo-nos aos sindicatos de trabalhadores, a significativas parcelas dos profissionais de saúde, aos partidos políticos que advogam reformas ou o socialismo, a "outras forças organizadas da sociedade brasileira. Todos esses setores têm inúmeras razões para: criticar o que até agora foi definido como Reforma Sanitária oficial, e muito mais razões têm para não se submeterem aos limites dados pelas tais "razões de Estado". Na medida em que parcela do movimento sanitário assume como suas essas razões de Estado, está estabelecendo um conflito entre esses técnicos, nesse momento falando enquanto governo e até mesmo enquanto poder, e o movimento social As formas de expressão desse conflito variam, desde aquelas de natureza mas ideológica até aquelas de ordem coercitiva, como a repressão, de não reconhecimento do movimento sindical dos trabalhadores de saúde a negação de legitimidade ~ do poder de interlocução -às parcelas organizadas de trabalhadores e usuários do sistema etc. Quando isso ocorre, obviamente estamos diante de intelectuais da ordem e não de intelectuais ligados à construção de um projeto de democracia socialista.

(14) Decreto presidencial n.O 94 657, de 20 de julho de 1987. SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados. DOU de 21/julho/87.

Essa constatação não contém, necessariamente, nenhuma reprimenda moral ou anátema. Pretende apenas contribuir, a nível da luta cultural e ideológica, para a construção de políticas sociais que contribuam para a libertação e a felicidade dos brasileiros e não para ampliar e reforçar os mecanismos que os subordinam ao bloco dominante.

Retomemos à discussão sobre os dois princípios centrais da reforma, agora materializando-se na nova estrutura do SUDS: o da descentralização e o da integração/unificação interinstitucional. O caráter marcadamente administrativo, da Reforma Sanitária oficial, é considerado uma qualidade, fruto do amadurecimento político dos técnicos interessados em realizá-la e encarregados de concebê-la. Explicitamente, diz-se que "Não se trata mais, na presente conjuntura, da mera formulação, em gabinetes, de modelos de organização institucional como imagem objetiva a ser perseguida em uma perspectiva gradual e de longo prazo, como o foram anteriormente o PIASS e o PREV-SAÚDE".(15)

A impotência política para reformular a fundo o modo de produção de serviços de saúde -dirigido, em todo o Brasil, segundo os interesses da iniciativa privada - é apresentada como uma superação do recorte tecnocrático dos projetos anteriores, que (segundo essa análise) teriam a pretensão de mudar o modelo assistencial hegemônico. Contudo, esses projetos eram tecnocráticos, não por seu conteúdo reformista, e sim por sua origem, pela maneira concebida para viabilizá-los: nasceram em gabinetes e, exatamente como os contemporâneos, imaginou-se implantá-los mediante o peso dos ministérios, das secretarias de Saúde e de outras autoridades governamentais - isto é, de cima para baixo. Como uma reedição do despotismo ilustrado do século XVIII.

"As dimensões continentais do Brasil e a grande heterogeneidade entre os Estados. ..." 16 são apresentadas como razões impeditivas à proposição de mudanças no modelo assistencial ou nas diretrizes gerais para a organização dos serviços de saúde. Essas diretrizes seriam consideradas, caso adotado, "um pacote de medidas a serem implementadas segundo uma estrita racionalidade de planejamento". Um discurso aparentemente antitecnocracia e democrático, mas que procura racionalizar (palavra aqui empregada no seu sentido psicanalítico -como idealização construída para justificar a impotência frente à realidade) o interdito estabelecido à verdadeira Reforma Sanitária pelas, forças dominantes. Não compartilhamos da análise segundo a qual já estariam dadas as condições para a implantação de amplas reformas no setor saúde. Longe disso, o que estamos sublinhando é que esta linha de análise antes dificulta e confunde do que ajuda a mudança da correlação de forças. E confunde porque atribui, implicitamente, à descentralização, uma função de guardião do *status-quo*: nenhuma mudança de fundo pode ser proposta porque seria antidemocrática.

Freqüentemente, a descentralização é referida como sinônimo de democratização. A dedução automática de que, uma vez instaurado o processo de descentralização, estaria garantida a gestão democrática do sistema, baseia-se na grande eficácia atribuída à gestão colegiada e à administração municipal. Em relação a esse poder local, difundem-se falácias, como, por exemplo: "É inquestionável que o poder expressa por a) representatividade e legitimidade das lideranças locais; b) - maior acessibilidade da população

(15) Idem ao Documento citado na nota 6.

(16) Idem.

aos seus líderes". (17) A singeleza desse raciocínio oculta as graves contradições sociais que também se expressam na parcela municipal do aparelho de Estado. Não é sempre verdadeiro o pressuposto da maior representatividade das lideranças locais ou do poder executivo municipal. Também não é necessariamente verdade que o controle social é mais viável a nível local. O arbítrio, a prepotência e o clientelismo municipal nada ficam a dever ao estadual ou federal. Frequentemente, a capacidade de coação econômica dos poderosos locais é direta, muitas vezes cruel.

Essas simplificações tendem a "ocultar" o peso decisivo que a lógica de mercado e os interesses privados têm no modo como se articulam a distribuição e alocação de recursos, a produção e o consumo de serviços, e, até mesmo, no perfil de intervenção do Estado no mercado de saúde. Assim, são supervalorizados problemas secundários, decorrentes dessa lógica da mercantilização, sendo propostas soluções que não alteram, em absoluto, essa dinâmica. Sem dúvida, esse é o caso da falta de integração institucional, transformada em palavra-chave da reforma oficial. Segundo essa visão, um dos principais problemas do sistema de saúde brasileiro seria que "Os emaranhados institucionais, públicos e privado, em saúde no Brasil expressa sua irracionalidade -embora responda a lógica bem determinada - na absurda pulverização dos recursos, fragmentação e sobreposição de ações, para o que contribui a ausência de comunicação entre os vários níveis do sistema".(18) Diagnostico funcionalista que, seguindo a logica da teoria de sistemas, termina por eleger a integração interinstitucional como principal estratégia para a superação dos problemas da saúde.

Mas a simplificação não termina aí: atribuem ao "autoritarismo -que promoveu o sucateamento das instituições públicas no país" a responsabilidade pela situação. De fato, esse quadro é resultado da dinâmica do desenvolvimento capitalista brasileiro, que atribuiu às diferentes instituições públicas papéis diversos. Ao Inamps coube, através da assistência médico-hospitalar, atender às demandas da força de trabalho, segundo o interesse mais geral do desenvolvimento econômico e o mais restrito dos produtores privados de serviços de saúde. O Inamps e mais alguns outros fundos financeiros públicos bancaram o processo de mercantilização da assistência médica. Já o Ministério e as secretarias de Saúde se ocuparam da saúde pública, entendida como um conjunto de programas voltado para as doenças endêmicas ou epidêmicas e para as populações colocadas à margem do mercado formal de trabalho. B evidente que o autoritarismo e os governos militares reforçaram e ampliaram essas tendências, mas é igualmente verdade! que apenas a integração ou a unificação de comandos estaduais e municipais da Nova República dificilmente conseguirão reverter, por si mesmas, essas políticas. Não há nenhum antagonismo entre a nova estrutura do SUDS e a manutenção dessas orientações. Ao contrário, infelizmente, parece cada vez mais óbvio que a dinâmica do mercado, do não-funcionamento das instituições públicas tende a se reproduzir na maioria dos estados aonde vêm se implantando os SUDS.

(17) Santos, Nelson Rodrigues - "A Saúde vista do município". Impresso, s/d.

(18) Idem Documento citado na nota 6.

Finalmente, examinemos a preocupação da Reforma Sanitária oficial de exercer um maior controle do setor público sobre o privado. Convém lembrar que essa é uma velha utopia dos "burocratas progressistas" comprometidos com a política de racionalização do modelo. No entanto, parece que o mercado é resistente ao controle ainda que racional. Parece que o mercado tende a seguir a sua lógica de reprodução e de desenvolvimento, apesar das prédicas dos planejadores preocupados com a saúde da população. Nesse campo, o fracasso dos reformadores oficiais é patente. Pretenderam e pretendem subordinar os hospitais privados a um contrato de direito público, nada conseguindo até agora -a não ser a inclusão desta possibilidade no texto constitucional. Mesmo que essa possibilidade venha a ocorrer, conseguirão, com este instrumento, reverter a lógica de funcionamento das instituições?

Não conseguiram transformar as santas casas e hospitais filantrópicos em instituições públicas, unificadas ao sistema de saúde. O convênio atual favorece a mercantilização e obedece à mesma lógica do contrato privado, representando uma capitulação do SUDS frente aos interesses liberais e privatistas de grupos de médicos e de empresários.

Ao contrário do que pretendiam esses técnicos, acumulam-se indícios de que vem ocorrendo uma penetração progressiva do interesse privado no aparelho estatal de saúde, que cada vez mais deixaria de ser público. Vários hospitais municipais, por exemplo, vinculados ao SUDS, funcionam com o mesmo modelo assistencial e de custeio que os contratados, perpetrando uma verdadeira privatização da coisa pública. Esta é uma tendência em expansão, e tem, no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas de São Paulo (INCOR), o mais ilustre espécime. Outra evidência desse processo é a imutabilidade do modelo organizacional dos postos de assistência médica do Inamps, que continuam a trabalhar com baixíssima capacidade para resolver problemas de saúde, funcionando como porta de entrada para os serviços privados. Finalmente, em 1988, com a estadualização do Inamps, verifica-se que intelectuais diretamente ligados aos produtores privados voltam a ocupar, em vários estados, os postos de comando do SUDS.

Essa hegemonia do padrão medicalizante de serviços, centrado na assistência médica individual, na valorização excessiva da "produtividade" e no atendimento curativo da demanda, terminou por transferir para as redes básicas municipais o modelo assistencial do "pronto-atendimento". Nem de longe esse modelo se aproxima do conceito de integralidade das ações de saúde, t10 presente no discurso oficial. Pelo contrário, mantém as ações de promoção e de prevenção restritas às campanhas e à vigilância epidemiológica -quando existem -exatamente como nos velhos tempos.

Não cogitamos que a resolução dos problemas listados seja simples e nem que todas as respostas estejam prontas. Discordamos, contudo, do tratamento que lhes tem sido dado pelo pensamento oficial -que não os considera essenciais ao desenvolvimento do processo de reforma, ou até os apresenta como vantagens do sistema vigente. Assim, é negada a necessidade da construção de um movimento de contra-hegemonia capaz de viabilizar saídas para essas contradições.