

TENDÊNCIAS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA NA AMÉRICA LATINA

ANTÔNIO SERGIO DA SILVA AROUCA*

Paulo Roberto Motta — A Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas tem a honra e satisfação de receber hoje o Dr. Sérgio Arouca, que nos vai falar sobre Tendências da assistência médica na América Latina. É uma programação que faz parte do nosso I Curso Internacional em Política e Administração de Saúde. Quero assinalar a presença, aqui na mesa, do Dr. Carlos Gentile, o que muito nos honra e prestigia; e, antes de passar a palavra ao conferencista, pediria à Prof.^a Susana Esther Badino que fizesse uma breve apresentação do conferencista.

Susana Esther Badino — Para muitos de nós, sem dúvida, é desnecessária uma apresentação de Sérgio Arouca. Quem conheça ou tenha trabalhado, vivendo, na área de saúde no Brasil, nos últimos anos, sabe das suas contribuições no plano teórico, seja na área de seu papel como professor da Escola Nacional de Saúde Pública, seja através das suas peregrinações ao longo de todo o Brasil. Ultimamente, Sérgio Arouca foi consultor da Organização Pan-Americana de Saúde na área de planejamento, na Nicarágua, e esta, eu acho, é a primeira oportunidade de poder transmitir, ao país, suas experiências neste campo de trabalho. Eu passo a palavra ao Prof. Sérgio.

Antônio Sérgio Arouca — Muito obrigado pela apresentação e também pela oportunidade de estar aqui de novo no Brasil, com companheiros como Carlos Gentile, Erik, Mário, Susana e Sônia, e todo esse pessoal com quem trabalhei tanto tempo. Tenho também o prazer de fazer esta apresentação num curso internacional, já que cada vez mais a questão da América Latina representa um ponto fundamental das nossas preocupações. A possibilidade de que os países da América Latina se percebam como países que enfrentam uma problemática semelhante e possam, cada vez mais, trocar experiências é um ponto que considero da maior importância, não só no campo da saúde, mas também no do nosso próprio desenvolvimento social. Na realidade, o tema preocupa-me bastante, porque falar na tendência da atenção médica na América Latina seria quase que aceitar que os países da América Latina estejam passando por momentos semelhantes, e que se pudesse falar que o problema que enfrenta hoje um país como o Uruguai ou o Paraguai pudesse ser semelhante a uma discussão das questões de saúde que estão sendo enfrentadas por Costa Rica. Isso leva a um ponto de análise sobre a questão de estudos comparativos.

Os organismos internacionais, durante muitos anos, dedicaram-se a estudos comparativos — e se conhecem muito bem os estudos sobre mortalidade infantil, ou mortalidade urbana, ou uma série de investigações epidemiológicas, ou mesmo os anuários estatísticos internacionais, que permitem a comparação de dados

* Professor na Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz). (Endereço do autor: Rua Jardim Botânico, 305/202 — 22.470 Rio de Janeiro, RJ.)

indicadores entre diferentes países. Considero que esses estudos apresentam problemas sérios do ponto de vista técnico e metodológico. Acho, por exemplo, que não faz qualquer sentido pensar em um anuário estatístico da Organização Pan-Americana da Saúde que estabelecesse, há 10 anos atrás, comparações entre Nicarágua, Costa Rica, Honduras, El Salvador e Guatemala, e compará-lo com estudo idêntico feito no ano de 1982, já que os países passam por momentos distintos, tanto em termos de seus regimes políticos como de seu desenvolvimento econômico e social.

Discutir tendências envolve questões extremamente sérias, pois poderíamos incorrer no erro de passar — a partir de dados de produção de serviços, dados de organização do sistema de saúde — a estabelecer comparações entre coisas tão diferentes, como seriam o Chile e a Bolívia, ou como seriam o México e Belize, e esquecer comparações que talvez tivessem algum sentido comum — como, por exemplo, Granada e Nicarágua. Assim, antes de se pensar no processo de desenvolvimento histórico pelo qual está passando determinado país, e na possibilidade de comparação com outro país que esteja passando por um processo histórico semelhante, as análises comparativas e as análises de tendências envolvem a possibilidade de generalizações extremamente errôneas e que levam a problemas extremamente sérios.

Eu me lembraria agora, por exemplo, de um estudo que foi apresentado por um epidemiólogo da Faculdade Autônoma do México, na tentativa de estabelecer uma comparação entre indicadores de mortalidade de diferentes países, por ele classificados como países socialistas e países capitalistas. Trabalhando com dois indicadores básicos — mortalidade infantil e esperança de vida — sem se dar conta de uma série de problemas que tal comparação envolveria porque, primeiro, o capitalismo não é homogêneo — já que nós vamos encontrar desde um capitalismo avançado de um regime como o dos EUA, até capitalismos dependentes, como vários países da América Latina, ou países capitalistas que passaram por um desenvolvimento dentro de uma perspectiva social-democrata, como alguns países europeus, ou países que estão passando por movimentos de intensa luta social, como El Salvador e Guatemala; ou países capitalistas que estão passando por uma profunda crise; e, segundo porque os países socialistas também não são homogêneos. Veja-se o caso de Iugoslávia e Cuba, ou Cuba e URSS, ou China e Polônia. Na realidade, são comparações comprometidas se o investigador não se preocupar em caracterizar os elementos da comparação, seja do ponto de vista epidemiológico ou metodológico, mas fazendo afirmações ideológicas extremamente sérias.

Toda essa introdução tem, até certo ponto, o objetivo de estabelecer os limites de minha própria apresentação. Acho que é muito difícil que alguém possa dar conta de toda a diversidade das tendências que estão ocorrendo na América Latina. Talvez o que possa ser discutido seja que existe um pano de fundo comum, que é a crise do capitalismo, e que nós temos que pensar sobre o que ela representa. Uma crise em que a taxa de lucro diminui, mas uma crise que está associada, ao mesmo tempo, às altas taxas de inflação, com altas taxas de desemprego e falência de uma série de setores industriais, com grande endividamento externo dos países latino-americanos, o que os leva a recorrer ao Fundo Monetário Internacional e, portanto, submeter-se às políticas do FMI: restrições dos gastos públicos, diminuição das inversões sociais, restrições na política salarial. Esse problema geral que os países da América Latina estão enfrentando ainda se associa a uma administração situada nos EUA, do Governo Reagan, uma administração extremamente belicista, que está fazendo grandes,

investimentos em toda a indústria bélica; e nós temos que nos dar conta de que quem produz armas não produz para estocar, produz para usar; que essa política belicista dos EUA vem criando uma série de imposições e tensões na América Latina e que a isso se associa toda uma crise, vamos dizer assim, no Sistema Bancário Internacional, representada pela impossibilidade concreta de pagamento das dívidas de uma série de países da América Latina. Chega um momento em que não é possível mais contrair dívidas, como também não é possível pagá-las. Este é o pano de fundo dos países da América Latina, com os problemas que todos estão enfrentando — e estão enfrentando de diferentes formas.

Vamos imaginar que a situação atual de um país da América Latina e também do seu serviço de saúde represente a síntese de um processo histórico que se vem desenvolvendo há muito tempo, e não vamos nos preocupar com a compreensão desse processo — se bem que seja muito importante — apenas para fins de discussão. Temos países que estão vivendo regimes autoritários, repressivos, aplicando políticas de restrição econômica que levaram outras nações praticamente à falência. Mas estamos vendo, ao mesmo tempo, países que estão passando por um processo de redemocratização, que também viveram regimes autoritários durante um longo tempo, com contenção salarial, com a tentativa de adoção de um modelo de desenvolvimento econômico acelerado baseado na restrição do salário e na acumulação acelerada de capital e que, neste momento, estão vivendo também processos, vamos dizer assim, de reabertura, de redemocratização, ou de transição para a democracia. Ao mesmo tempo, nós temos países que já possuíam um sistema democrático representativo parlamentar e que estão vivendo hoje uma grande crise econômica — como é o caso da Costa Rica. Na situação anterior, poderíamos citar o Brasil, o caso recente da Bolívia. E, ao mesmo tempo, temos países que estão vivendo o mal de lutas sociais — como El Salvador, Guatemala etc. — ao mesmo tempo que outros países estão vivendo processos de transição para uma nova forma de organização social — como é o caso de Nicarágua, Belize e Granada.

As tendências de cada um desses países em relação a como vão ser elaboradas as políticas sociais, como se está dando o enfrentamento das forças sociais nesses países e nessas conjunturas, e qual o papel que vai desempenhar o setor saúde nessa conjuntura, nesses regimes, nessa dinâmica de forças sociais, são completamente distintas. Não podemos fazer generalizações sobre quais as tendências do setor saúde na América Latina, sem levar em conta que são países vivendo conjunturas de desenvolvimento econômico heterogêneo, com uma situação de luta política, de movimentos sociais heterogêneos, mas que estão tendo um pano de fundo que é comum, que é a crise do capitalismo mundial, que atravessa todos esses países. Acho, então, que algumas hipóteses podem ser levantadas. Eu não faria afirmações sobre a tendência do sistema de saúde, mas jogaria com hipóteses de desenvolvimento do sistema de saúde.

Um outro problema também tem que ser pensado em relação a isso. Fazendo de novo uma síntese: a conjuntura em que cada país vive hoje, neste momento, não é homogênea, é distinta, dependendo do seu regime de governo, de como está sendo enfrentada a crise econômica e de como está o equilíbrio das forças sociais que se estão enfrentando. Mas, além disso, ainda temos uma outra variável, que consiste em saber como está a organização dos serviços de saúde. Os países que têm a organização do serviço de saúde baseada no mutualismo, ou seja, onde a organização desses serviços possui uma administração e uma certa autonomia, baseada ainda na organização de trabalhadores — que é o

caso da Argentina, Uruguai, e que foi o caso de Cuba — vão enfrentar esta crise no setor saúde, de uma forma diferente da dos países que têm sua organização do serviço de saúde baseada no famoso modelo tripartido: previdência social de um lado, Ministério da Saúde de outro, medicina privada do outro; o sistema mutualista associado à medicina privada, seguro social, saúde pública e, por outro lado, os países que organizaram sistemas nacionais de saúde que convivem ou não com a iniciativa privada. Cada um desses sistemas também vai passar, de forma diferente, por esse momento de crise de desenvolvimento.

Em hipótese, mesmo que o sistema de saúde esteja determinado por todo o resto a que nos havíamos referido anteriormente, a forma como ele está organizado, que é uma forma de síntese de lutas sociais anteriores, também é um determinante de como esse sistema de saúde vai-se desenvolver. Vamos, então, levantar algumas hipóteses e jogar com alguns exemplos que não podem ser definitivos: no meu entender, eles só podem ser mais bem aprofundados quase que por um processo de acompanhamento por estudo de caso de cada país, que analise a maneira pela qual o país vai transformar suas políticas sociais durante esse período de crise. Mais que um estudo de tendências, seria um caminho muito mais rico do que os que vou apresentar agora, ou seja, é mais importante que a Costa Rica estude quais são as mudanças pelas quais a Costa Rica vai passar durante esse período de recessão econômica e de crise que está vivendo; que a Bolívia estude como vão-se comportar seus problemas de saúde durante este processo de redemocratização, que pode durar muito pouco, por sua própria experiência anterior; que nós brasileiros tentemos entender o que se está passando em saúde durante este processo, o mesmo acontecendo com o chileno, na manutenção de um esquema autoritário; ou seja, que cada país, diante de sua circunstância, aprofunde o estudo de suas tendências de desenvolvimento. Por isso é que eu vou jogar muito com hipóteses — hipóteses que estão submetidas à contestação, à discussão e, inclusive, à própria refutação da história.

A primeira hipótese que eu levantaria seria a de que, diante dessa crise do capitalismo, diante da crise concreta pela qual os países da América Latina estão passando com uma força muito maior que outros, uma tendência poderia ser o corte nos gastos sociais. A redução nos gastos sociais não significa necessariamente a redução do orçamento, significa a adoção da chamada política do preço zero. Política de crescimento zero, que pode ser aplicada a organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde — e a Organização Mundial de Saúde, durante os próximos quatro anos, vai adotar uma política de crescimento zero. Essa política de crescimento zero significa, na realidade, uma redução concreta extremamente significativa diante das taxas de inflação. Quando se fala em redução dos gastos em saúde, ou redução dos gastos sociais, pode acontecer, de um lado, que se aplique a política de crescimento zero, e que a redução signifique a não-ampliação de programas, não-incorporação de novos programas, não-ampliação de extensão de programas de cobertura, não-ampliação de investimentos na área de saúde, não-ampliação da absorção de recursos humanos na área de saúde, não-implementação de novos programas, e a tentativa de manutenção do *status quo* dos problemas existentes. Diante de uma política de crescimento zero, as diversas formas de organização dos serviços de saúde também vão-se comportar de um modo diferente.

Se tenho um crescimento zero, e o sistema de saúde compra serviços da iniciativa privada — como acontece no Brasil — na realidade, o que significa é uma diminuição concreta da possibilidade de compra de serviço. Isso vai le-

var a uma diminuição do setor privado, porque o próprio empresário, situado nesse setor privado, como hipótese, deixaria de ter a possibilidade de se apropriar dessa quantidade crescente de recursos que estão à disposição, e passaria a aplicar seus recursos em outro setor. Por outro lado, na política de crescimento zero, no setor em que a hegemonia é do setor público, as reduções vão ser muito mais de implantação de programas do que, necessariamente, reduções de oferta, porque os setores públicos ainda estão trabalhando com uma capacidade ociosa extremamente alta. Assim, mesmo que ocorra uma redução do orçamento, pode-se trabalhar com a capacidade ociosa existente e, na realidade, o que se vai diminuir é a concentração do custo sobre cada paciente. Pode-se reduzir o número de exames, a quantidade de estudos diagnósticos, a quantidade de medicamentos dados a cada paciente, a ampliação de programas, mas o sistema pode ainda manter, durante um certo período de tempo, uma certa estabilidade baseada na ampliação, dentro do mesmo orçamento e dentro do mesmo salário pago pela capacidade ociosa existente no sistema. Qual é a hipótese que fundamenta isso? É que o sistema de saúde, em termos da sua distribuição de custos, tem um peso de salários extremamente alto em relação ao peso dos insumos. Portanto, na medida em que têm o crescimento zero, esses governos mantêm o contrato do pessoal de saúde existente, que pode ser ampliado em termos de um aumento de produtividade, com a simples utilização de uma capacidade ociosa, sem a necessidade de incorporação de novos recursos monetários.

Esse seria um tipo de política. O outro tipo de política seria a tentativa de privatização dos recursos. Seria, simplesmente, a tentativa de que a responsabilidade — que durante estes anos, na América Latina, foi assumida pelo Estado como prestador de serviços, ou gestor da administração dos serviços de saúde — fosse reinvertida. O Estado passaria novamente a desenvolver uma política de repassar esses custos aos usuários. Isso seria, simplesmente, o restabelecimento de uma forma de política em que de novo empresários e trabalhadores, ou o próprio usuário, procurassem formas de pré-pagamento, formas de convênios com empresas médicas, formas de seguro de saúde, de modo a assumir os gastos da saúde pública, sem que isso representasse um incremento do orçamento estatal. É como se, em hipótese, representasse uma contrapolítica ao estado corporativo, ou seja, em vez de trazer o conflito de classe para dentro do Estado, na crise do capitalismo, devolvesse o conflito aos empresários e aos trabalhadores.

Depois de certo período de institucionalização vários países da América Latina estão começando a implementar uma política de estatização do serviço de saúde, de tentar reverter essa tendência a partir de uma política de privatização e devolver — quase entre aspas — à sociedade civil o conflito das questões do setor de saúde, ou seja, o Estado não é mais responsável, como dizem os nicaraguenses pelo *descatimbe*, pelo *despelote* da atenção médica. Que se entendam os usuários com os diretores de hospitais, com os empresários, com os donos de clínicas, e o Estado volta a ser aquele Estado neutro em relação aos conflitos, simplesmente administrando o conflito, e não a oferta dos serviços.

Uma outra hipótese que está sendo aventada em países que já têm uma representação, um tipo de democracia representativa, parlamentar, é que a luta social tem influência sobre as políticas sociais, através de formas democráticas e que essa tendência de privatização não pode ocorrer sem um grande conflito social, da mesma maneira que o corte dos gastos sociais também não pode ser feito sem um grande enfrentamento social. É a tentativa de estabelecer

uma política de modernização, partindo da hipótese de que o crescimento do sistema de saúde do serviço de saúde, dentro desse tipo de modelo de superposição de sistemas — a previdência de um lado, os ministérios da saúde de outro — criou burocracias independentes, superposição de sistemas, provocou a inexistência da racionalidade na oferta de serviços e no ordenamento da demanda. Tudo isso que a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde vêm repetindo há muito tempo — regionalização, hierarquização e tudo mais. Então, partem da idéia de que existe um peso burocrático-administrativo que supera o peso executivo da reorganização do sistema, e que é possível modernizar isso através de uma série de mecanismos. Um deles, por exemplo, é a recuperação da idéia dos sistemas nacionais de saúde.

Vários países da América Latina estão elaborando, hoje, projetos de unificação dos sistemas nacionais de saúde, não dentro de uma tendência muitas vezes discutida — que é a proposta dos sistemas nacionais de saúde, de encaminhar uma democratização desses sistemas, por meio da participação das forças sociais dentro de sua própria administração. Não! É uma proposta de modernização do sistema, e o instrumento dessa modernização passa a ser o sistema único de saúde que pode, inclusive, manter todas as características dos sistemas anteriores: elitismo, concentração em centros urbanos, baseado numa medicina especializada, concentrada, tecnificada, dependente, tudo isso que há muito se vem discutindo. Na realidade, porém, a administração e a gestão desse sistema Poderiam ser mais eficientes a partir da concentração de um mando único. Trata-se, então, de uma modernização, de uma reforma burocrático-administrativa da prestação de serviços, que tem como objetivo fundamental a redução dos custos. Além do instrumento ser essa forma jurídico-administrativa de criação do sistema, um subinstrumento fundamental é a montagem de um sistema de informações e estatísticas extremamente desenvolvido, que permitisse estabelecer o controle dos gastos, de todas as distorções que porventura o sistema estivesse praticando, levando ao aumento de gastos. Então, a lógica desse tipo de política é a unificação de todos os subsistemas de atenção médica sob um mando único: a racionalização, ou administração, a utilização de um sistema de estatística como forma de controle e supervisão, e a utilização do controle de gastos como forma de ordenamento desse sistema — que levasse a uma redução de custos e, portanto, a uma redução dos gastos sociais do sistema.

Uma outra hipótese seria exatamente o contrário de tudo que venho falando até agora. Seria pensar o seguinte: diante dos conflitos sociais que estão vindo determinados países — conflitos esses que colocam em questão a própria sobrevivência do regime, do governo, do sistema — e que, durante essa crise do capitalismo resultam em desemprego e fechamento de fábricas, em diminuição do poder aquisitivo, em agravamento das condições de vida, que o Estado, em vez de diminuir a política social, tome exatamente a medida oposta — aumente a política social, já que seu custo não é tão elevado como parece, já que existe uma certa capacidade técnica desenvolvida que pode, fundamentalmente, dar soluções a determinados problemas. A imunização, o controle da diarreia, o controle de crescimento-desenvolvimento, o controle de natalidade, medidas básicas de saneamento ambiental, são medidas que têm uma eficiência técnica bastante grande, e que, realmente, podem dar soluções sociais. Então, a tendência, a hipótese, seria o contrário: não diminuir e sim ampliar os serviços de saúde, que pudessem funcionar como uma forma de dar respostas aos problemas que o Estado não tem condições de resolver diante da crise econô-

mica, como é o desemprego, dar resposta sob a forma de aumento do atendimento social a esses grupos. Um exemplo concreto disso é que o Brasil, no auge da crise econômica, está controlando a poliomielite. Essas alternativas também não são excludentes. Temos de pensar que existe a possibilidade dos países, simultaneamente, optarem pela solução de crescimento nulo, com implementação de programas especiais e, ao mesmo tempo, utilizarem o crescimento nulo somado à ampliação de programas especiais e transferência do conflito para a sociedade civil.

Uma outra alternativa é que o campo social passe a ser um campo privilegiado na luta de classe, nos movimentos sociais. Na medida em que essa crise do capitalismo se amplia, na medida em que se amplia o número de desemprego e que a própria luta por melhores condições salariais e de trabalho comece a entrar em uma fase de diminuição, a luta social aparece como uma área também alternativa e complementar da luta no campo econômico. As lutas pela casa, pela água, pela assistência médica, pelo salário social, pelo direito da assistência médica passam a ser reivindicações que cruzam todo esse sistema de conflitos. Essa ampliação do campo de luta do movimento social vai levar à necessidade de se formular políticas que dêem respostas específicas a esse incremento das lutas sociais.

Há, por outro lado, países que estão passando por este processo de uma forma bastante diferente dos países da América Latina. A forma, por exemplo, pela qual Cuba está enfrentando esta crise é bastante diferente da adotada por países com endividamento externo bastante grande, sem uma política de plano de expansão centralizada, baseada numa política de mercado. Ao contrário da tendência que se vem verificando nos países da América Latina — ainda numa fase de redefinição de suas políticas sociais — Cuba continua expandindo os programas de saúde. Cuba, hoje, no auge da crise do capitalismo, no auge da crise pela qual a América Latina vem passando, começa a implantação de um programa de banco de órgãos. E começa a desenvolver programas de elevado nível de complexidade, de ampliação da formação de recursos humanos, que seriam completamente incompatíveis com momentos de crise econômica.

A Nicarágua está vivendo um momento de expansão e ampliação dos serviços de saúde. Passando de um momento anterior, que foi todo o período de insurreição contra o regime somozista, de um sistema de saúde completamente decadente, e sem possibilidade de dar a menor atenção aos serviços de saúde, a Nicarágua, hoje, no auge de uma crise econômica, com uma alta taxa de inflação e ainda com altas taxas de desemprego, assume uma política social de aplicar 16% de seu orçamento em saúde, quando os países da América Latina têm cerca de 2 a 7%, a 9%, no máximo, de seu orçamento, aplicados em regimes de saúde, em sistemas de saúde.

Por outro lado, nós também temos de pensar — diante dessas diferentes tendências que estou alinhando, e essas não são necessariamente as únicas possibilidades dentro desse conflito — na proposta da criação de sistemas nacionais únicos de saúde. A discussão que está ocorrendo no Brasil, na Venezuela, está acontecendo no México, na Costa Rica e numa série de países da América Latina — a criação de um sistema nacional único de saúde, que conviva com a iniciativa privada, mas que reorganize e modernize este sistema. Uma outra coisa deve ser considerada: não são necessariamente propostas que vão ser efetivadas. São propostas que fazem parte do leque de alternativas da discussão de políticas sociais, tal como se passou aqui, no Brasil, com a discussão do Prevsauúde e muitos outros modelos de reorganização de sistemas de saúde.

Parece que o Dr. Gentile, tinha, inclusive, um museu de propostas elaboradas e não implementadas, e durante essa fase de crise do capitalismo esse museu deve estar num crescimento fantástico. Então, as propostas da criação de sistemas de saúde não vão, necessariamente, ser aplicadas na realidade, porque uma outra característica desse momento de crise é que é muito difícil de se implementar propostas políticas de transformações radicais; é muito mais viável fazer propostas de modernização, de reforma administrativa, do que de recomposição completa de sistemas de saúde. É muito mais viável hoje, por exemplo, que o Brasil modernize, tente um projeto de modernização do Ministério da Saúde, da previdência social, através de uma série de mecanismos; e que a Costa Rica aprofunde a modernização que vem realizando no campo do seguro social; ou que a Venezuela, em vez de criar o sistema nacional único de saúde — que está sendo estudado — racionalize sua prestação de serviços; que o México racionalize o seu seguro social. É mais provável isto do que, na realidade, no auge da crise, a implementação de um sistema que transforme todos esses subsistemas e os interesses que, de uma certa forma, estão aí materializados.

Para terminar, é preciso pensar também como hipótese, não só em como está organizado o serviço de saúde e quais são as suas tendências de movimento, de corte, de gastos, de implementação de sistemas, privatização, criatividade de projetos alternativos que não têm viabilidade na prática, mas também na transferência, para a sociedade civil, dos conflitos, ou convivência de modelos alternativos de sistemas, dentro de uma sociedade em que existe a possibilidade de ocupação alternativa por partidos políticos. Além disso, devemos considerar como isto se configura em sociedades que estão vivendo uma luta muito mais intensa, como El Salvador, em que já existem, na realidade, dois sistemas de saúde — um sistema de saúde oficial, e um sistema de saúde das chamadas áreas liberadas — e, o que não pode ser esquecido, lógicas e formas completamente diferentes. Nós temos que pensar, também, na hipótese, sobre o que acontece com as condições de saúde da população. É de se imaginar que numa crise como essa que vem ocorrendo, que vai reduzindo o poder aquisitivo, que aumenta o desemprego, com todas essas conseqüências que se espera — uma crise inclusive demorada no tempo — que as condições de saúde piorem. Os dados que são passíveis de análise durante este período também demonstram que as alterações nas condições de saúde não se dão nas formas mecânicas, como muitas vezes se discute.

Os anuários estatísticos — os últimos publicados pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde — mostram, por exemplo, que países do Cone Sul, que já passaram por um período de desenvolvimento e já tinham alcançado indicadores de saúde — de mortalidade infantil, de expectativa de vida — bastante baixos desde a década de 40 ou 50, apresentam, a partir do modelo econômico-social que foi desenvolvido durante estes últimos anos, como o da Argentina, do Chile e do Uruguai, uma piora sensível das condições de saúde. Um país como, por exemplo, o Brasil, que está vivendo também essa crise, vem demonstrando uma queda de coeficientes. Países que estão vivendo uma crise bastante intensa, como por exemplo Costa Rica, até o momento não apresentaram qualquer alteração perceptível nos sistemas indicadores de piora das condições de saúde, ou seja, a mortalidade infantil de Costa Rica continua em níveis bastante baixos. Costa Rica possui um sistema de detecção de desnutrição tanto através do sistema laboratorial, quanto do sistema hospitalar, bastante preciso. Até o momento, as informações dispo-

níveis demonstram que, mesmo vivendo essa crise, ainda não apareceram significativas alterações negativas nas condições de saúde da população, o que nos leva a levantar uma hipótese: com os ganhos obtidos anteriormente, com a possibilidade de acesso aos bens, ao consumo, às melhorias das condições de vida, as condições de saúde têm uma certa resistência à piora; ou seja, a deterioração não tem um impacto mecânico e imediato sobre as condições de vida, mas sim a longo prazo. Em países cujos serviços de saúde são muito expandidos, esse impacto, provavelmente, vai-se revelar muito mais em termos de uma alteração de morbidade do que em uma alteração de mortalidade. É possível que em países cujos programas de extensão de cobertura são desenvolvidos, e cujos programas de prevenção são bastante ampliados, o impacto dessa crise seja revelado em termos de alteração da morbidade.

Por outro lado, nos países que estão vivendo este mesmo problema, que sofreram redução nos programas de expansão de cobertura, que adotaram programas de privatização ou de redução de sistemas preventivos, numa crise de desenvolvimento mais prolongada, já se está fazendo sentir o impacto dessa crise prolongada, sobre os indicadores de mortalidade e expectativa de vida. Por outro lado, países como, por exemplo, Belize, Cuba e Nicarágua, que estão passando por um processo ampliado de extensão de cobertura, de manutenção, de serviços, de desenvolvimento econômico-social, estão enfrentando uma queda extremamente rápida e violenta dos indicadores sociais. Ainda por outro lado, países que estão vivendo um movimento de conflito social, de enfrentamento e de agressão estão enfrentando hoje o que poderíamos chamar de uma combinação epidemiológica extremamente interessante, que é o que poderia ser caracterizado como epidemiologia da pobreza; quer dizer, todas as enfermidades da desnutrição, as enfermidades transmissíveis, as enfermidades que podem ser evitadas por vacinas, associadas à epidemiologia da violência. O número de pessoas assassinadas na América Central, a cada dia, é enorme. As notícias sobre mortes que a cada dia aparecem nos jornais criam quase que um processo de dessensibilização alérgica: de tanto se ouvir falar em morte, já não se preocupa mais com ela e se passa a não dar mais importância a esse extermínio que vem ocorrendo. Este fato levanta um problema extremamente concreto do ponto de vista de saúde pública: o que as mortes por violência, as mortes por agressão representam, do ponto de vista da saúde pública, e do ponto de vista epidemiológico? Na Nicarágua, por exemplo, a violência bélica mata mais do que a grande maioria das enfermidades transmissíveis, aleija mais do que a poliomielite; custam mais do que todas as endemias juntas, associadas as agressões que vêm sendo sofridas pela população nicaraguense, provocadas pela guarda nacional. Assim, à miséria e à crise do capitalismo se associa uma epidemiologia da violência, da agressão — em alguns países não tão explícita quanto em outros — como é o caso do Brasil, em que a miséria se transforma em violência; mas esses elementos devem ser considerados, necessariamente, como do campo da saúde pública, e temos de enfrentá-los.

Acho que, para encerrar esta exposição, eu voltaria, agora, ao ponto de partida da minha análise e que, mais que um ponto de partida, é quase uma proposta. Já estamos vivendo esta crise, e não sabemos muito bem como vão ser as respostas de cada país ao seu desenvolvimento, mas acho que nós, como sanitaristas e trabalhadores do campo de saúde, podemos quase desenvolver um esquema de vigilância epidemiológica em função das políticas sociais, porque as políticas sociais se transformam e podem ser políticas que não beneficiem a saúde do povo. Em nossa área, como planejadores, cabe lutar das formas mais

diversas, técnica ou politicamente, para que os poucos avanços que foram feitos possam ser, no mínimo, mantidos. O crescimento zero do orçamento não significa que não possamos assumir este crescimento zero, convencidos do ponto de vista do argumento econômico. Lembro-me de um argumento que uma vez o Mário Hamilton estava apresentando — e que era bastante importante — a respeito de uma redução nos gastos da saúde pública no Rio de Janeiro, e dizia: “mas a estrada da Barra para o Jardim Botânico não sofreu redução de corte”. Ou seja, nós temos de pensar que o crescimento zero e o corte nos gastos sociais não têm correspondência nos cortes econômicos que beneficiam determinados estratos da população. Então, a vigilância consiste em lutar e discutir como estão sendo encaminhadas as políticas sociais, nos momentos de crise.

Em princípio, era isso que eu gostaria de colocar em discussão. Estou à disposição para o debate.

Carlos Gentile — Na véspera da viagem do Arouca para a Nicarágua, nós fizemos uma mesa-redonda e eu declarei em público — e repito agora — que esta felicíssimo porque ele ia embora porque, nos debates, com essa lucidez, ele nunca permitia que eu aparecesse muito. Agora voltou, lúcido. Então, eu me proponho apenas fazer algumas provocações: em primeiro lugar, o Arouca, de passagem, estranhou que durante a crise econômica que o Brasil está vivendo se procedesse a uma campanha nacional de erradicação da poliomielite; ele vai me explicar por que estranhou. Porque, na minha opinião, procedeu-se à campanha contra a pólio exatamente porque é uma enfermidade que não discrimina na escala social, conseqüentemente, os recursos estão beneficiando as camadas de população de melhor nível de renda. O objetivo básico, a interpretação tem que ser esta.

Quanto à questão dos gastos, vejam só: atualmente, no Brasil, as empresas estão, de um modo geral, em crise. Crescimento zero é uma maneira até um pouco elegante de denominação porque, na verdade, está havendo decréscimo, mas vejam só, o mercado de automóvel de luxo no Brasil cresceu, aumentou durante a crise. Diminuiu, naturalmente, o consumo e a venda de carros de menor qualidade, de mais baixo custo. Mas a venda do de alto custo aumentou, portanto, acho que não há a menor contradição. O que eu achei, realmente, altamente positivo na exposição foi partir do pressuposto — sem discutir — de que a saúde não pode ser analisada como uma abstração teórica. Partindo de pressupostos ele nem discutiu isso, disse logo de saída que “a sociedade é um sistema de vasos comunicantes, de maneira que nós não podemos falar em política social sem falar de política econômica, sem falar de política”. Mas eu gostaria de saber sua opinião sobre a validade de minha perspectiva atual em relação ao Brasil. Estou saudando a crise como o fato mais positivo, nesses últimos tempos, para o setor saúde no Brasil; a crise como instrumento de racionalidade do setor saúde, racionalidade dos gastos. Essa é a minha interpretação pessoal, e eu gostaria do seu pronunciamento.

Vamos falar na previdência social, que é praticamente o sinônimo do setor saúde, sobretudo na área de gastos, que foi o seu enfoque principal. Em outubro de 1981, o Ministério da Previdência Social realizou uma auditoria em 400 hospitais do Rio, São Paulo, Minas e Rio Grande do Sul; analisou 60 mil faturas hospitalares que já tinham passado pelo computador, quer dizer, que já estavam liberadas e já tinham sido pagas, e comprovou a existência de fraudes, com a incidência alarmante de 96% dos casos — 96% das faturas estavam fraudadas, havia desde pacientes fantasmas até internações desnecessárias de

toda sorte. Há vários tipos de fraudes porque, realmente, o empresariado do setor saúde é de uma genialidade espetacular. Ele imagina coisas formidáveis — por exemplo, a múltipla cobrança. É um negócio assim: apresentam uma fatura; se o computador aprova, eles aguardam e tiram xerox; guardam e, daí a três meses, mandam essa mesma, com o mesmo nome, com o mesmo número e tal. O computador já esqueceu e a fatura é paga a eles. De maneira que, hoje, a prioridade ostensiva, declarada, do setor saúde no Brasil é reduzir gastos, é diminuir gastos. Por quê? Isso já existia há anos. A minha interpretação pessoal é que agora, precisamente agora, durante essa crise geral do modelo, os empresários e banqueiros começam a sentir-se incomodados, molestados. Enquanto estava onerando a população como um todo — trabalhadores, aposentados, pensionistas — a coisa ia sendo levada dentro desse modelo corruptor e caótico. Agora, porém, que começou a molestar também os empresários e banqueiros — na minha interpretação — começou-se a criar diretrizes de maior racionalidade. É evidente que, sob o ponto de vista de política de saúde, não havia alteração significativa, apesar de introdução de maior racionalidade. Na melhor das hipóteses, essas medidas de racionalidade e cortes irão, provavelmente, incidir exatamente nessa faixa de fraudes podendo, subsidiariamente, até mesmo ampliar os benefícios do setor saúde para a população como um todo. Não sei se é um otimismo exagerado. Fiquei muito preocupado quando criaram o Finsocial. Eu fiquei preocupado porque o Finsocial poderá, canalizando recursos financeiros, fazer desaparecer ou atenuar a crise do setor saúde, e com isso prejudicar as medidas de racionalidade.

Queria ouvir a sua opinião a respeito.

Antonio Sergio Arouca — O Gentile diz que a gente compete, mas na realidade eu acho que nós já estávamos, naquela época, parecendo o Tônico e o Tinoco. Já havia integração completa, não era competição nos debates. Acho que ele já sabia o que eu ia falar, e eu o que ele ia dizer. Então, eu acho que a gente tem que passar por uma fase de atualização da discussão. Por exemplo, em relação à vacinação, eu não concordo com essa hipótese; eu não acho que a vacinação para controle da poliomielite tenha sido feita porque ela é uma doença que incide mais na classe mais protegida, porque, na realidade, se fosse isso, já teriam controlado a poliomielite há muito tempo, no auge do desenvolvimento econômico. Por que foram esperar tanto tempo, com essa classe no poder, para controlar uma doença que incide sobre ela? Sempre incidiu mais e nunca se controlou, e havia recursos, havia vacina, havia capacidade técnica para fazer o controle. Tanto assim que se controlou a meningite quando se quis; e, quanto à meningite, aí sim, eu não tenho a menor dúvida em concordar que o controle da meningite foi feito porque incidia em determinada cidade, em determinado grupo populacional. É como você diz: “na hora em que chegou ao Morumbi, controlou-se a meningite”. Mas no caso da poliomielite é diferente, o controle foi feito num momento de crise. Acho que há outras explicações; devemos pensar que o Estado não atende só a interesses de classe, vamos dizer, da classe dominante. Mas o Estado tem sempre que obter um consenso, e aparecer como um Estado hegemônico, e atender em alguma medida ao interesse de todos. Então, uma campanha de poliomielite representa não só a eficiência do Estado no exercício do controle, mas apresenta um Estado que está atendendo a todas as crianças do Brasil. Isso é muito importante do ponto de vista de uma política de hegemonia, e não porque a doença incide em meninos ricos.

Em relação ao problema da corrupção, eu tenho algumas dúvidas também. A dúvida que eu tenho é a seguinte: o sistema é corruptor — e eu acho que ele é — você tem toda a razão na campanha que vem fazendo de denúncias

das unidades de prestação de serviços como elemento de corrupção. Mas acho que também temos que pensar numa hipótese anterior. A unidade de serviço está sendo utilizada como elemento de corrupção porque o sistema é corrupto. Ao contrário, não é que seja um sistema preocupado com a extensão de serviços e que, equivocadamente, aplica um instrumento que leva à corrupção. Eu acho que a gente talvez tenha que pensar numa hipótese anterior: é que as políticas sociais prestam-se a políticas de lealdade; criam, pela corrupção, lealdades sociais. Quer dizer, hoje se tem toda sorte de mecanismos para receber o salário e não trabalhar, e de múltiplo faturamento. Eu acho que esses mecanismos criam uma certa lealdade institucional, que leva esse sistema a ter um determinado equilíbrio baseado na corrupção — que o indivíduo tenha múltiplos empregos, múltiplos faturamentos, que permita que os responsáveis pelas delegacias regionais, federais, municipais, sejam donos de empresas; que permita a pesca de pacientes dos ambulatórios públicos para o setor privado. Desse modo, podemos dizer que não são os instrumentos que são corruptores; o sistema é corruptor. Então, o que vai fazer a racionalidade, a introdução da racionalidade, num sistema corruptor? Vai fazer simplesmente o que faz o capitalismo quando entra em crise — ele vai expulsar os mais incompetentes. Os corruptos mais incompetentes vão cair fora, e os corruptos menos incompetentes vão criar novas formas de corrupção. Assim, tenho algumas dúvidas sobre a possibilidade da racionalização baseada simplesmente na administração de gastos, visando sua redução. Acho que essa redução de gastos pode significar, não necessariamente, um aumento da racionalização que resultará numa melhoria de atenção de saúde à população. Em alguns setores, sem sombra de dúvida isso vai acontecer.

Na medida em que o setor público começa a utilizar toda a sua capacidade ociosa e consegue desenvolver uma política de racionalização da atenção, não tenho a menor sombra de dúvida de que esse tipo de racionalização vai melhorar a qualidade de algumas áreas de atenção. A dúvida que eu tenho é que na massa de recursos que maneja a previdência social, e que maneja, principalmente, em termos de compra de serviços, esses recursos possam ser reduzidos por medidas restritivas. Então, vou estabelecer cotas por hospitais, em vez de pagar simplesmente aquilo que os hospitais produzem. A redução das cotas não significa, necessariamente, redução de todas as distorções em toda prestação de serviços. O que vai acontecer é que se vai expulsar dessa área de corrupção e distorção um certo número de empresários, mas a atenção à saúde, nesses sistemas, não vai ser racionalizada. É uma hipótese, mas pode ser que a realidade demonstre o contrário. Minha hipótese é de que vai ocorrer, na área de compras de serviços, um fenômeno de expulsão, em que os setores vão perder a possibilidade de competição; quer dizer, os setores que ainda têm a possibilidade de competição e que vão desenvolver toda essa criatividade — de se apropriar de recursos de compras de serviços — vão continuar a desenvolver-se dentro de menores custos.

Sonia Fleury — Está muito na moda, agora, o Brasil falar, em conferências, que crise, em ideograma chinês, ao mesmo tempo que representa uma obscuração, representa uma alternativa de saída. Você arrolou aí uma série de tendências que aparecem na crise. No entanto, você disse que as medidas que se podem tomar, como solução, não tendem a ser tão drásticas. Num momento de crise, muitas não passam de discursos sobre projetos. Eu tenho um pouco de dúvida quanto a essa posição, porque acho que foi na crise da transição

para o capitalismo que a intervenção do Estado se deu concretamente em projetos decisivos, de que até hoje sentimos o efeito. A crise de 29 foi outro momento de redefinição da relação do Estado com o cidadão, a partir de políticas sociais; e, finalmente no pós-guerra, da II Guerra Mundial, através do plano Beveridge, culminou esse movimento ideológico e técnico na área social e de saúde que definiu, de novo, essas relações. Acho, então, que realmente a crise leva a medidas drásticas, embora concorde com você que muitas delas não passem do Papel. Acredito que as grandes definições surgem nas crises. E acho que apesar das medidas pontuais e das diversas tendências que vão depender de situações conjunturais específicas haverá, cada vez mais, um aprofundamento da intervenção estadual. Mesmo que seja através de políticas cooptativas, ou de políticas que privilegiam o setor privado, a relação de cidadania, mesmo de cidadania regulada, não tem retorno.

Um fator crucial, neste momento, pela sua dimensão diferente em relação às outras crises, é o número de trabalhadores na área de saúde. Acho que você, quando falou, no final, sobre essa vigilância epidemiológica que nós temos que exercer em relação às políticas sociais, referia-se ao fator potencializador de todas essas soluções, e que não existia antes: esse conjunto, essa massa de trabalhadores da área social, especialmente da área de saúde. Esse fator tem levado a uma consequência importante, que é a democratização do conhecimento da área social.

Nós assistimos, neste país, nos dois últimos anos, a partir da crise financeira da previdência, a uma discussão aberta sobre a questão de saúde, como não tem ocorrido em quaisquer outras áreas econômicas ou sociais. Acho que não há qualquer conhecimento tão democratizado neste país quanto o que existe a respeito do problema da saúde; esse fator que permite a conscientização em torno da questão da saúde, e aliança de, por exemplo, sindicato e associações de moradores em torno desse problema. Essa é uma possibilidade nova para mim, nessa crise, mas, ao mesmo tempo, coloca-se também a possibilidade que me assusta, hoje, neste momento: de que o profissional da área de saúde sinta o seu papel descolado das lutas sociais, veja a possibilidade de resolver a crise tecnicamente, como um administrador que se coloca fora da luta social que se está travando em torno disso. Tenho um pouco de medo da situação que estamos vivendo hoje, e de como esse discurso racionalizador — que é fundamental na crise, mas é fundamental quando vinculado a um projeto político — às vezes aparece entre nós, como se se descolasse da realidade da luta política. Eu queria ouvir o que você pensa disso.

Antônio Sérgio Arouca — Em relação à primeira parte da discussão, não tenho sombra de dúvida de que são as crises que levam a soluções radicais. Talvez eu tenha cometido o erro, na minha posição, por não ter esclarecido que estou discutindo tendência, mas tendência a curto prazo. Não estou discutindo a tendência no desenvolvimento da crise do capitalismo ampliado, com todas as crises intrínsecas ao capitalismo; talvez pelo próprio fato de ter passado esses dois anos na Nicarágua, a minha visão de análise se tenha transformado numa visão muito operativa, em que um mês é um tempo longo para pensar as coisas. Na realidade, a hipótese de que parto é que existe, ainda, toda uma potencialidade, das instituições atuais, de se reorganizarem internamente; existe toda uma inércia institucional, existe todo um sistema de alianças, existe ainda todo um sistema de jogos de interesses, existe toda uma possibilidade de criação de alternativas internas, sem transformação. Acredito, por exemplo, hoje, que é com medidas supostamente técnicas, normativas, que se pode reduzir o custo do Inamps, ampliar a eficiência do Ministério da Saúde

em algumas áreas de tecnologia simples, barata e efetiva, dando a esse sistema alguns anos de vida. Independente dos conflitos que possam surgir, a não ser que surja uma crise maior, não-previsível. Eu penso que no Brasil essa crise não leva a uma reforma radical do sistema, mas a uma racionalização das partes do sistema, tal como ele está. Tanto assim que todos os projetos alternativos apresentados até agora são a racionalização do existente. Não há qualquer projeto que tenha sido apresentado e sugira o novo, na crise, para solução da situação atual.

Em relação à segunda parte, acho que se bem que possa existir uma tendência de descolar os aspectos de saúde do movimento político geral, a vida impõe a sua regra. Na realidade, é impossível descolar. Acredito que ninguém possa estar discutindo seriamente a questão de saúde, sem estar discutindo a via democrática brasileira, a luta política brasileira. Acho que o descolamento não pode ser uma tendência do movimento — ele pode ser uma tendência de pessoas, mas não é uma tendência do movimento, porque a própria dinâmica social obriga que esse movimento se acople aos movimentos sociais. Com maior ou menor velocidade, mas obriga; como eu acho que obriga que outras áreas que não chegaram a esse nível de desenvolvimento rapidamente o alcancem.

Susana Badino — Tenho a certeza de que expressei a opinião de todos os presentes, quando agradeço ao Dr. Sérgio pela brilhante exposição que fez aqui hoje, e tenho a certeza também de que essas idéias vão provocar um debate contínuo, durante o nosso curso. Espero que esta tenha sido uma oportunidade profícua de adição ao nosso Curso em Política e Administração de Saúde. Muito obrigada, então, por sua presença e pela presença de todos.



**ESTÁ NA HORA
DE LER: O 29º DIA**

A ecologia do ponto de vista econômico, político e social. Uma obra fundamental para quem se interessa pela sobrevivência.

310 p

Procure nas Livrarias da FGV:
Rio: Praia de Botafogo, 188
São Paulo: Av. Nove de Julho, 2029. Brasília: CLS 104, bloco A, loja 37 Ou peça pelo reembolso postal.

À FGV Editora - Divisão de Vendas - Caixa Postal 9052 - CEP 20.000 - Rio de Janeiro - RJ