

Sistemas de saúde: o Estado e a democratização da saúde

HÉSIO DE ALBUQUERQUE CORDEIRO*

1. Introdução; 2. A racionalização dos sistemas de saúde; 3. Políticas de saúde no Brasil — a opção tecnocrática; 4. A indústria de saúde — o confisco da saúde do povo; 5. A reconquista da saúde: nos rumos de uma política democrática em saúde.

1. Introdução

Prefiro partir do ponto abordado pelo Dr. José Duarte de Araújo — Saúde como direito e direito à saúde — como uma questão política. Isto nos remete a uma outra conceituação, ou a um outro esquema analítico, que consiste em reconhecer não o direito à saúde em abstrato, ou o direito à saúde como alguma coisa inerente ao indivíduo — mas, sim, como alguma coisa que se conquista, que é conquistada ao longo da história, através de lutas travadas entre grupos sociais de interesses variados.

Desta maneira, no meu entender, a questão de sistemas de saúde e do direito à saúde deve ser colocada, em primeiro lugar, a partir de uma conceituação do Estado e de suas relações com a sociedade. Nas sociedades capitalistas significa entender, em primeiro lugar, o direito à saúde não

* Professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro — IMS/UERJ.

como algo dado, mas sim como alguma coisa que nasce e se conquista a partir de uma rede complexa de relações sociais entre as classes e os grupos sociais, da qual o Estado é uma espécie de cristalização, de centro privilegiado de poder, de coagulação das relações entre as classes sociais. É preciso, portanto, em primeiro lugar, que se reconheça de início, e se explicita isto, que não vamos entender o Estado como uma coisa neutra por cima dos interesses das classes e dos grupos, mas sim como um conjunto cristalizado de relações de poder que se estabelecem entre os grupos sociais.

Neste sentido o direito à saúde, a meu ver, coloca-se na dimensão unitária e contraditória de hegemonia e coação, que caracteriza o funcionamento do Estado capitalista. Momentos de hegemonia como, por exemplo, os de aquisição do direito à saúde, como momentos ideológicos em que se procura lograr consenso, inclusive através das políticas sanitárias; e momentos que poderemos chamar de repressão à situação unitária do presente funcionamento do aparelho estatal.

Hegemonia e coerção; consenso e repressão; funcionando de uma forma unitária, estão presentes ambivalentes e ambigualmente em cada conjuntura. O direito à saúde, nesse sentido, deve ser entendido como a extensão da hegemonia de um conjunto de classes, ou frações de classes que, num dado momento, se constituem num bloco, ou num sistema de poder.

Entender o direito à saúde, nesta perspectiva, recoloca o problema em outra dimensão, ou seja, é preciso desvendar o papel que a medicina e as políticas de saúde cumprem nesta função de instauração da hegemonia de um grupo social. Parece, então, que é importante entender, fazendo uma leitura ideológica de uma série de documentos que vêm pautando a política de saúde na América Latina, onde aparecem os elementos de maior relevância. O primeiro deles é o da modernização administrativa. Reconhece-se que, a partir de uma pretensa crise da medicina, os serviços de saúde estão descoordenados, são caros e têm uma eficácia muito limitada. Ora, para resolver o problema da ineficácia, da ineficiência, da falta de coordenação, propõem-se medidas modernizantes que, digamos, consertariam o aparelho estatal e o aparelho privado de prestação de serviços de saúde. Isso apareceu a partir de 1972, talvez substituindo, na América Latina, a ideologia do planejamento da saúde, esboçada em torno de 1965, com a importação, para o setor social, de princípios do planejamento econômico, a partir de uma transposição tecnicista de uma série de conceitos presentes a nível da economia. As prioridades de saúde deveriam, por exemplo, ser estabelecidas a partir do preço da vida, que, por sua vez, seria mensurado através dos ganhos em salários alcançados pelo aumento da expectativa de vida, se fosse feita *x* ou *y* intervenção num determinado número de riscos. A ideologia economicista do planejamento de saúde fracassou em 1972 e, com o reconhecimento deste fracasso, substituiu-se essa ideologia por uma outra talvez mais aceitável — a de modernização administrativa — e junto a ela aparecem a questão da extensão da cobertura e da participação comunitária.

2. A racionalização dos sistemas de saúde

A década de 70 tem sido marcada, no campo da saúde, pela ideologia da racionalização e da modernização administrativa. A crise da medicina e da saúde das populações, emergindo de forma mais aguda em alguns países latino-americanos, ou crônica e latentemente em outros, motivou respostas e proposições no plano das intenções dos governos latino-americanos.

A falência das receitas cepalinas dos anos 50 de acelerar o crescimento econômico através de planejamento a nível da região, dirigido à substituição de importações e ampliação do mercado interno, para que daí surgisse o bem-estar social, levou a *novas* propostas.

Reconheceu-se a necessidade das mudanças estruturais no plano econômico, político e social. Ganhou peso nas ideologias oficiais, entretanto, a necessidade de transpor, ao social, a racionalidade do planejamento econômico. Os resultados tampouco foram estimulantes.

A retomada da questão social dos anos 70 reflete-se na saúde dentro desta racionalidade: coordenação dos recursos dispersos, redução dos custos, alocação tecnicamente planejada de recursos, extensão da cobertura dos serviços de saúde.¹

Na realidade, a preocupação não era de ordem estritamente intra-setorial. Tratava-se, também, da raiz da crise de alimentos que então se anunciava, de retomar o desenvolvimento de áreas atrasadas ou estagnadas para que, internalizando as relações capitalistas no campo, fosse aumentada a produtividade do setor agropecuário. Surgem daí, segundo Garcia,² os programas de extensão de cobertura, dirigidos às chamadas populações marginais.

Aos ministros da saúde latino-americanos preocupava "(...) sobremedida la alta tasa de desempleo y subempleo en las Americas, por la verdadera crisis moral que significa para cada persona en condiciones de ofrecer su trabajo (...) y no encontrar oportunidades para hacerlo".³

As decisões a nível latino-americano, dirigidas à criação de oportunidades de igualdade de acesso aos serviços de saúde, e que tiveram ampla repercussão no Brasil, nem mesmo esqueceram a necessidade da participação da população, ou melhor, da *participação comunitária*: "La organización de la comunidad será el elemento decisivo para aprovechar el inagotable potencial de la población, canalizando sus inquietudes hacia actividades de verdadero servicio social (...). (...) lo fundamental es vir lo que desean y hacerlos participar en las decisiones y en la ejecución de obras, incluido el financiamiento."⁴

¹ OPS/OMS. *Plan Decenal de Salud para las Americas. Informe Final de III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Americas*, realizada em Santiago em 1972. Doc. Oficial n. 118, 1973.

² Garcia, J.C. *La Articulación de la medicina y la educación en la estructura social*. São Paulo, maio 1977. Simpósio sobre medicina comunitária, mimeogr.

³ OPS/OMS. op. cit. p. 24.

⁴ OPS/OMS. Idem, p. 12.

Racionaliza-se, portanto, o sistema de saúde; planifica-se até mesmo a *participação comunitária*, de forma que a *política* seja substituída pela *técnica*, o confronto de interesses pela absorção autoritária e tecnocrática das necessidades mais sensíveis ou mais ameaçadoras à ordem estabelecida.

Na ideologia da racionalização e da modernização obscurecem-se os reais centros de decisão: as articulações entre classes e frações de classes do sistema de poder e os estamentos burocráticos que dirigem os aparelhos de Estado.

Decisões *neutras e técnicas*, sábias e antecipadoras das necessidades populares pacificam as relações de poder e os interesses dos grupos dominantes.⁵

Transformadas as aspirações populares em fluxo de informações de um sistema que funciona ciberneticamente, nada resta ao povo a não ser aguardar que as fontes retroalimentadoras sejam decodificadas pelos centros decisórios, analisadas racionalmente e transformadas em reajustes, que reatualizam, mas não transformam nem democratizam os sistemas de saúde.

O ideal teleológico do bem-estar social, de resto nunca atingido, omite os interesses e articulações econômicos, políticos e ideológicos que perpassam os sistemas de saúde: o lucro do setor privado, a realização da indústria de medicamentos e equipamentos, o controle da produtividade do trabalhador, a ampliação do mercado de consumo de atos médicos.

Poder-se-ia argumentar que o importante é o aspecto pragmático do problema: ampliar o acesso à medicina é algo a que, eticamente, ninguém deveria opor-se. Porém, como afirma Fiori:⁶

“Nem a universalização da atenção médica, nem a intervenção estatal respondem em todos os tempos e lugares a mesmos objetivos, alcançando em cada situação resultados bastante diversos (...) (que) explicam e especificam, para, cada caso, o significado real, de caráter econômico, social e político (...) Isto é, promoção estatal da atenção médica para todos, pode ou não ser democratizante, pode ou não promover a saúde de todos.”

O sentido e o lugar das atuais políticas de saúde no país, com maiores ou menores matizes de inspiração na teoria dos sistemas, devem ser compreendidos por uma análise histórica e conjuntural que dê conta das relações da medicina na totalidade social, vale dizer, que reconheça suas articulações com as práticas econômicas, políticas e ideológicas que conferem uma historicidade particular às formas de organização da atenção à saúde e aos seus objetivos.

⁵ Para uma análise mais detalhada desta questão a nível latino-americano veja Cordeiro Hésio A. Prática médica na América Latina. *Memórias do Instituto de Medicina Social*, Rio de Janeiro, 2(1):111-34, 1978. Apresentado à XIX Reunião da União das Universidades Latino-Americanas (UDUAL), S. Domingos, República Dominicana, nov. 1977.

⁶ Fiori, J. L. C. Introdução, In: Guimarães, R. (org.) *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro, Graal, 1978. p. 18.

Mais ainda, estas reflexões devem alimentar as práticas sociais dirigidas às transformações do sistema de saúde capazes de redefini-lo em termos e objetivos nitidamente democráticos, atendendo as necessidades e aspirações da população em sua totalidade.

3. Políticas de Saúde no Brasil — a opção tecnocrática

As tentativas de implantação de uma racionalidade administrativa no âmbito do setor saúde no Brasil já se anunciara com a constituição do complexo previdenciário.⁷ A absorção, pelo Estado, das caixas de aposentadoria e pensões nos institutos de aposentadorias e pensões, iniciada em 1930, significou a incorporação de diversas categorias sociais anteriormente organizadas por empresas para os benefícios securitários em categorias profissionais.

Segundo Braga,⁸ as transformações do sistema previdenciário, surgidas em 1930, ligam-se à emergência, no plano da nação, de uma política de saúde inserida no “(...) conjunto de reformas e alterações no aparelho de Estado e (na) legislação trabalhista (...) (que) contemplam desde logo a feitura de um enorme aparelho de serviços, centralmente controlado e pretendendo estender ao conjunto dos assalariados urbanos os benefícios da previdência”.

A centralização e absorção estatal das CAPs⁹ vem demarcar uma ideologia de relações entre as classes sociais, onde o Estado aparece acima dos interesses, como mediador e atenuador dos conflitos. Um tripé de relações com as classes trabalhadoras é constituído pela legislação trabalhista, pelo controle sindical e pelos próprios IAPs, cuja direção é constituída por um presidente, indicado pelo Governo, por representantes dos empregados e empregadores e com estatuto de autarquia.¹⁰

Para Braga,¹¹ a política de saúde formulada pelo Estado no período 1930-66 apresenta um caráter *restrito* que representa, em sua especificidade, o próprio “caráter restringido da acumulação capitalista e do Estado nacional”.

Na impossibilidade da constituição de um bloco de poder onde se instaure a hegemonia de uma classe ou fração de classe, “(...) instala-se

⁷ Refere-se aos aparelhos estatais da previdência social, incluídos os que têm atribuições de assistência médica e suas relações com entidades particulares ou estatais com as quais a previdência se relaciona através de convênios e contratos. Veja Pozos, Cristina. *Previdência social no Brasil*. São Paulo, jul. 1978, XXX Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Pesquisa realizada no Programa de Estudos Socioeconômicos para a Saúde (PESES) da Fiocruz, coordenada por Sérgio Arouca. Comunicação verbal.

⁸ Braga, J.C. *A Questão da saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública e a medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista*. Campinas, Unicamp, 1978. Dissertação de mestrado.

⁹ As CAPs eram organizadas como sociedades civis.

¹⁰ Braga, J.C. op. cit.

¹¹ Idem.

um Estado que goza de elevado grau de autonomia e atua além dos limites estabelecidos pelas forças sociais em jogo, não respondendo a nenhum grupo específico de interesses".¹²

As tentativas de centralização mais extensivas e a uniformização da previdência social estão presentes no período 1950-64, destinadas em 1953 a uniformizar os procedimentos no interior dos IAPs. A Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960, pretendia igualar os benefícios dos segurados de todos os institutos e, em 1963, a III Conferência Nacional de Saúde retomava a proposta unificadora.

No âmbito da saúde pública, a tendência é a da institucionalização, burocratização e verticalização das campanhas sanitárias que vão demarcando modificações na estrutura administrativa dos órgãos estatais.¹³

A maior ou menor importância assumida pelas políticas estatais dirigidas à saúde pública e à medicina previdenciária acompanham, no primeiro caso, os projetos de *ocupação do espaço nacional e interiorização* do desenvolvimento capitalista e, no segundo, a incorporação crescente de assalariados urbanos que ocorre com a expansão da industrialização na década de 50.

É relevante assinalar, para nossos propósitos, que, de acordo com Braga,¹⁴ a estrutura de gastos em *saúde pública*, ou seja, do Ministério da Saúde (e de parcelas de gastos estaduais e municipais), tenda a crescer entre 1956-59, estabilizando-se até 1964, com gastos inferiores, porém, aos de 1959. Embora em 1961-64 os gastos de participação do Ministério da Saúde tenham sido os mais altos, entre 1960-74 já apresentavam uma tendência declinante.

No sistema previdenciário a participação das despesas com assistência médica no total de despesas aumentou progressivamente, passando de 19,3%, em 1960, para 29,6%, em 1967.¹⁵

Marcantes para uma análise crítica do atual *sistema de saúde* são as conjunturas sanitárias¹⁶ de 1966-68 e de 1974-78.

O momento político-sanitário de 1966-68 tem como pedra de toque a unificação da previdência social — que, como indica Luz,¹⁷ representa a concretização do projeto de concentração e centralização de poder político e econômico. A unificação, viabilizada pelo regime autoritário,

¹² Idem.

¹³ Não é nosso objetivo uma análise histórica das transformações dos aparelhos de saúde pública. Pretende-se apenas assinalar as tendências centralizadoras que ocorreram nesse âmbito. Para detalhamento, consultar Braga, J. C. op. cit.; Luz M. T. Saúde e instituições médicas no Brasil. In: Guimarães. R., org. *Saúde e medicina no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978, p. 157-74.

¹⁴ Braga, J. C. op. cit.

¹⁵ Idem.

¹⁶ Como um momento de crise político-institucional e de modificações no campo da saúde, participando da cena política e temática ideológica da saúde e os grupos de interesse articulados às instituições de saúde. Veja Picaluga, M. I. et alii. *Campanhas sanitárias no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz, Peses. A ser publicado.

¹⁷ Luz, M.T. A Saúde e as instituições médicas no Brasil. In: R. Guimarães org. *Saúde e medicina no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978. p. 157-74.

exclui a participação dos empregados e empregadores da definição e gestão da política previdenciária. Oculta pela ideologia de racionalização e modernização administrativas, a unificação representou:

“(. . .) o início de uma nova era para a previdência social, até então verdadeiro aglomerado de instituições cheias de problemas e incapazes de resolvê-los, em virtude de se mostrarem inadequadamente estruturadas, geridas sem objetivos definidos e cerceadas por uma burocracia sufocante. Desacreditadas por sua inoperância, sem meios coercitivos eficazes que lhes garantissem uma receita regular e oneradas por entraves oriundos da interferência indevida da política partidária (. . .)”.¹⁸

Assim, a política, os políticos, os partidos e sindicatos são substituídos pela eficiência e eficácia da técnica, da decisão *neutra* e fundada no interesse comum, o que significa o Estado já não mais como mediador, mas acima das classes e dos interesses, onipresente e onisciente, autocrático.

O sentido político da centralização assenta-se, todavia, em uma base material, representada, segundo Braga,¹⁹ pela insuficiência de recursos financeiros decorrente dos regimes de repartição e capitalização empregados pela previdência. As arrecadações das contribuições patronais não eram efetivadas, ampliando-se enormemente a dívida das empresas com a previdência. A participação estatal com outros 8% pouco se efetivava, aumentando o déficit orçamentário. A capitalização através de investimentos, como financiamento de habitações para os segurados, não dava os frutos esperados, em parte como resultado da Lei do Inquilinato e da política habitacional vigente.

Ao mesmo tempo, aumentou o número de beneficiários, sem haver uma expansão de contribuintes que assegurasse o aumento do volume da arrecadação. A assistência médica tornava-se onerosa, o que complicava o quadro das prioridades dos benefícios assegurados por lei.

Com a criação do INPS passou a predominar na política de assistência médica previdenciária, como indica Gentile,²⁰ “a tese da privatização (. . .) seja através da compra de serviços na área privada, seja na celebração de convênios com empresas empregadoras que, por sua vez, contratam a prestação de serviços com grupos médicos”.

A orientação privatizante, já presente no sistema previdenciário desde 1938, no IAPI, tornava-se amplamente hegemônica em 1967, culminando, em 1968, com o Plano Nacional de Saúde do Dr. Leonel Miranda, então ministro da Saúde.

¹⁸ Ministério da Previdência e Assistência Social. Exposição de Motivos n. 53, Brasília, 9.12.76. In: MPAS. *A Reorganização e racionalização da previdência social*. Brasília, 1977. p. 3.

¹⁹ Braga, J. C. op. cit.

²⁰ Gentile de Mello, C. A. Medicina previdenciária. In: Guimarães R., org. op. cit. p. 175-80. Ver também, do mesmo autor, *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde — Editora de Humanismo, Ciência e Tecnologia — Cebes — Hucitec, 1977.

É verdade que o crescimento do setor privado hospitalar já se iniciara na década de 50 e vinha ocorrendo em razoável ritmo, enquanto os investimentos estatais para a construção de serviços públicos não se ampliaram.

A nova racionalidade imposta em 1966-67 encontrou as bases materiais — uma rede hospitalar privada ampliada e um setor público pouco eficiente — que *justificavam* os argumentos privatizantes.

Uma tentativa de redefinição desta política ocorreu em 1972, através da Portaria nº 48 que dava prioridades aos órgãos próprios da previdência para a prestação de assistência médica, vindo a seguir os contratos e convênios, após esgotada a capacidade dos serviços próprios em outros serviços públicos, sindicatos, instituições filantrópicas, organizações e consultórios particulares. Esta medida logrou ampliar a capacidade dos serviços próprios, reabrindo-se hospitais, reformando-se instalações e renovando-se os equipamentos.²¹

Os interesses privados, entretanto, já se haviam articulado com suficiente poder com setores da burocracia estatal para reverter a política médico-assistencial.

No âmbito do Ministério da Saúde, reduzia-se substancialmente sua participação nos gastos da União, passando de 4,57%, em 1961, a 2,21%, em 1968, e 0,90%, em 1974.²²

Manifestava-se nitidamente uma decisão política de redução de gastos em saúde pública e um privilegiamento da assistência médico-hospitalar, curativa e de alta sofisticação, embora o quadro sanitário do país indicasse a grande importância dos problemas *antigos*: esquistossomose, chagas, malária, desnutrição, altos índices de mortalidade infantil, combinados com a emergência de novos padrões de mortalidade urbana (câncer, doenças cardiovasculares, acidentes e violências).

A conjuntura política e sanitária de 1974 é marcada por uma situação de insolvência sanitária. Emergindo, na opinião pública, a epidemia de meningite, logo surgiu nos meios de comunicação de massa uma epidemia de notícias sobre novas ameaças, sobre a recrudescência da malária, o aumento da mortalidade infantil e da desnutrição, a ameaça da cólera, o retorno da febre amarela e... a ineficácia da medicina e os erros e incompetência dos médicos.²³ Estava decretado o fim do *milagre econômico*.

Segundo Luz,²⁴ é este o momento de eclosão da política sanitária como instrumento de tentativa de instauração da hegemonia de classe, que asseguraria, na conjuntura da crise, a manutenção do sistema de poder. A medicina, ampliando seu campo de intervenção, deveria dar conta das consequências sanitárias do processo selvagem e predatório de desenvolvimento

²¹ Gentile de Mello, C. op. cit.

²² Braga, J. C. op. cit.

²³ Luz, M. T. Estratégias de hegemonia e instituições médicas no Brasil. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1978. Tese de doutoramento não publicada.

²⁴ Luz, M. T. op. cit.

capitalista.²⁵ Projeto político de instauração de hegemonia e articulação orgânica da medicina com o desenvolvimento capitalista conjugam-se nesta conjuntura.

No plano das intenções e da ideologia oficial ganha respaldo o que já fora postulado na III Reunião de Ministros de Saúde das Américas.²⁶

A crise da medicina deveria ter como prescrição uma maior dose de racionalidade:

“As temáticas discursivas dominantes na saúde estão centradas (...) em torno das categorias ligadas ao planejamento econômico: *racionalização, produtividade, crescimento, desburocratização* (desrotinização), descentralização (da execução de atividades) e, finalmente, ao término da conjuntura aparece a temática da participação, entendida em geral como adesão, seja dos agentes institucionais, seja da população, aos planos e programas institucionais”.²⁷

A opção tecnocrática é a opção do autoritarismo. É a supressão da participação dos grupos e das classes, em nome de uma técnica aderente aos interesses da coalizão dominante.

A aprovação da Lei nº 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde em 1975, é a expressão clara da ideologia racionalizadora. A definição das áreas de competência dos ministérios e órgãos federais, estaduais e municipais em três subsistemas (de ações sobre o meio ambiente, de ações dirigidas às prestações de serviços, às pessoas e o apoio) apenas consolidada, em um diploma legal, as atribuições e atividades já desempenhadas.

A modernização do setor reflete-se, entretanto, nas propostas de coordenação inter e intra-setorial, regionalização e hierarquização de serviços.²⁸

A ambigüidade da proposta do Sistema Nacional de Saúde é evidenciada no subsistema de prestação de serviços às pessoas, em que a hegemonia da assistência médico-hospitalar privada é, em certo sentido, assegurada ao estabelecer que se devam *coordenar* as atividades dos setores público e privado.

Em termos da implementação do Sistema Nacional de Saúde, três anos após sua aprovação não há exemplo de medidas efetivas, exceto a reforma da previdência social, com a constituição do Inamps, entre 1977-78. Apenas recentemente, em São Paulo e na Bahia, surgem tentativas de organização do sistema, a nível estadual.

Destaque-se que São Paulo, pela disponibilidade de recursos, poderá, em maior prazo, reorganizar o setor público. É nesse estado, porém, que os interesses das empresas médicas são maiores: 3.351 convênios com empresas, correspondendo a 71,3% do total de convênios entre empresas industriais e comerciais e empresas médicas. Em 1977 havia 4.699 convênios,

²⁵ Singer, P. & Campos, O.; Oliveira, E. M. *Pesquisa sobre economia de saúde no Brasil*. São Paulo, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 1977.

²⁶ OPS/OMS, op. cit.

²⁷ Luz, M. T. *Estratégias de hegemonias e instituições médicas no Brasil*, op. cit.

²⁸ Veja Quadra, A. A. F. & Cordeiro, H. A. Sistema nacional de saúde. *Memórias do Instituto de Medicina Social*, 2(1):34-48, 1978.

cobrindo 1.801.082 segurados e 4.337.187 beneficiários (10% do total da população previdenciária).²⁹

4. A indústria de saúde — o confisco da saúde do povo

Modernização e racionalização são, na verdade, os suportes ideológicos das transformações capitalistas da medicina, que não significam apenas a privatização no sentido de ampliar a prestação de serviços por particulares, mas cujo aspecto fundamental é ser um processo de acumulação de capital, articulando empresas médicas, indústrias farmacêutica e de equipamentos e um sistema financeiro, do qual a previdência social é o principal agente.

Estado e particulares, grupos burocráticos estatais e grupos de interesses empresariais associam-se para a constituição e desenvolvimento da indústria de saúde. Sua lógica de funcionamento transparece a olhos incautos como uma organização caótica dos serviços de saúde: duplicidade de ações, desperdício de recursos, falta de coordenação de programas tornam-se as *causas* da pouca eficiência e eficácia do setor.

Terapêutica recomendada: a criação do Conselho de Desenvolvimento Social e do Sistema Nacional de Saúde,³⁰ cujo equilíbrio e harmonia levariam à concretização da teleologia: o bem-estar e a saúde da população.

A satisfação das necessidades da população seria atendida quando o sistema de saúde tivesse "(...) sensores junto à população, não só para identificar precoce e eficazmente necessidades, como também (para) permitir a conscientização do corpo social e político a respeito das necessidades não sentidas, transformando-as em necessidades consentidas e, se possível, em necessidades sentidas".³¹

No funcionamento sistêmico e racionalizado, é garantido ao setor privado "(...) liberdade de operação não só pelas disposições constitucionais, como pelo princípio da descentralização (...)", embora seja reconhecido que se deva contratá-los após "(...) esgotada a capacidade do setor público que, por sua vez, não poderá expandir-se enquanto existir capacidade ociosa no setor privado (...)"³²

Ora, a tautologia é óbvia. *Setor público e setor privado* são subconjuntos complementares, na atualidade, da indústria da saúde.

A baixa eficiência do *setor público* justifica os investimentos na descentralização privatizante.

No Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, onde a mortalidade infantil em 1974 atinge taxas em torno de 90 por mil nascidos vivos, chegando, em municípios da zona serrana e norte fluminense, a 120 por mil, as metas

²⁹ Teixeira, S. M. F. & Oliveira, J. A. Medicina de grupo, a medicina e a fábrica. In: Guimarães, R., org. op. cit. p. 181-206.

³⁰ Veja Quadra, A. A. F. & Cordeiro, H. A. op. cit.

³¹ Veja Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde*. VI Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1977. p. 8.

³² Idem, p. 30.

dé cobertura, mesmo sendo muito pouco ambiciosas, não estão sendo atingidas.³³

A ineficiência governamental é enfatizada pela Federação Brasileira de Hospitais: "A experiência demonstrada por vários exemplos (...) estabelece que os hospitais governamentais, principalmente os de ensino, sejam despesas tão grandes (...) que vários deles são obrigados a permanecer fechados (...)".

É, portanto, da interação de grupos de interesses e estratégias de poder que se confrontam dentro e fora dos aparelhos estatais que resultam as políticas de saúde.

A relativa recuperação financeira e programática do Ministério da Saúde observada a partir de 1974 reflete, de certo modo, a emergência política do fracasso da expansão privada da assistência médica previdenciária, o ressurgimento (político) das chamadas *doenças de massa* e uma estratégia de transformação de zonas estagnadas do interior do país, de acordo com as recomendações da IV Reunião de Ministros da Saúde das Américas.

Em 1975, os recursos financeiros do Ministério da Saúde expandiram-se em 35,7%, em relação ao ano anterior,³⁴ aumentando as transferências às secretarias estaduais de saúde. Os gastos diretos da União aumentam mais, em termos proporcionais, do que os do INPS; importantes são, também, os dispêndios do Funrural, expandindo-se em 1975 a 63% em relação ao ano anterior.

Esta expansão dos gastos governamentais não significaram, porém, reversão da política privatizante na assistência médica.

As internações nos hospitais próprios do INPS caem entre 1970 e 1976 de 4,2% a 2,6%, enquanto a compra de serviços a particulares aumenta de 95,8% para 97,4%.

Entre 1975 e 1976, o incremento de hospitalizações privadas é de 26,2%, enquanto decresce de 2,9% a produção dos hospitais próprios.³⁵

É clara a composição entre setor público e privado, na proposta de Política Nacional de Saúde apresentada na VI Conferência Nacional de Saúde.

O setor público encarregar-se-ia de ampliar a rede de *serviços básicos* de saúde, enquanto a ambos os setores, com predomínio do privado, corresponderia a prestação da *assistência médica hospitalar*.

Na concepção tecnocrática é possível imaginar que os interesses e necessidades sentidos, não sentidos e consentidos da população sejam atendidos pela *rede básica*, enquanto os interesses dos empresários médicos se realizem no subsistema complementar.

Assinale-se, contudo, que o idealismo tecnocrático não tem viabilidade programática:

³³ Chorny, A. H. Avaliação sobre a situação de saúde do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 1978. Não publicado.

³⁴ Braga, J. C. op. cit.

³⁵ Idem.

a) os recursos financeiros mais elevados continuam sendo absorvidos pela rede privada hospitalar; b) o aumento da demanda proporcionada pela expansão da rede básica implicará maior número de hospitalizações, ou seja, a compra de serviços aos particulares; c) a execução programática do setor público, permanecendo com baixa eficiência, funcionará como uma *triagem* de casos para o aumento da produtividade e da lucratividade do setor privado.

A política governamental de saúde não atende aos interesses do povo. É um processo de *reconcentração de renda*, ao invés de significar uma efetiva *política social redistributiva*, pois tem-se caracterizado por:

- aumento de lucro das empresas médicas às custas do salário da população trabalhadora. O sistema previdenciário ampliou a receita das contribuições incluindo novas categorias sociais, para aumentar a receita oriunda do regime de repartição, porém:

a) os empregadores transferem para o preço dos produtos e serviços os 8% de sua participação, ou seja, o ônus recai sobre o consumo dos assalariados; b) os empregadores têm grandes dívidas com a previdência social, estimadas em 1964 em 140 bilhões de cruzeiros, sem incluir sonegações;³⁶ c) a participação da União na receita previdenciária decorrente de transferências correntes, que deveriam cobrir o custeio de despesas de pessoal, administração e reajustamento de benefícios, vem-se reduzindo entre 1967 (9,2%) e 1976 (4,7%). Segundo Braga,³⁷ a participação do Governo na receita total da previdência social em 53 países, é, em média, de 41,8%.

- expansão dos serviços privados com a poupança da população. O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, criado em 1974 com recursos das loterias (e outros) aprovou, em quatro anos, 79,7% de projetos para o setor privado destinados à construção e ampliação de hospitais, a maioria deles na região Sudeste. Este programa vem provocar uma plethora de leitos hospitalares no município do Rio de Janeiro com excedente de 100%, segundo estimativas do Inamps.³⁸ Os recursos destinados a unidades de saúde foram de 4,9%.

O resultado é um agravamento da concentração regional de recursos humanos, financeiros e tecnológicos na região Sudeste.

- agravamento das condições de trabalho dos profissionais de saúde, em parte como reflexo intra-setorial da política de contenção salarial. A divisão técnica e social do trabalho em saúde tem como elemento característico o assalariamento do médico. Com a expansão das empresas médicas, o assalariamento tenderá a crescer, inviabilizando a prática médica autônoma.

³⁶ Idem.

³⁷ Idem.

³⁸ Relatório do Plano de Localização de Unidade de Serviço (PLUS) sobre o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, Rio de Janeiro, Inamps, 1977.

- Agravamento das distorções na formação dos profissionais de saúde, cujo fator desencadeante foi a expansão privatizada das escolas médicas entre 1965-71, aumentando o número de faculdades em 100%.

A política de saúde, ao mesmo tempo que concentra os equipamentos médico-hospitalares, concentra os recursos humanos, favorece a especialização como estratégia de sobrevivência dos profissionais de saúde dentro da crescente divisão do trabalho em saúde e deteriora a qualidade do ensino.

A compreensão das relações entre a prestação de serviços e a produção e circulação de medicamentos e equipamentos médicos é igualmente importante para elucidar o funcionamento da indústria de saúde.

A política governamental na área de medicamentos deslocou-se da intenção inicial, formulada no Plano Diretor de Medicamentos,³⁹ de uma estratégia integral de ação a níveis de produção, pesquisa, tecnologia e distribuição.

Entre 1972 e 1977, o programa de distribuição aumentou de Cr\$ 35 milhões para Cr\$ 600 milhões, enquanto os recursos dirigidos à modernização de laboratórios oficiais mantiveram-se praticamente congelados (Cr\$ 5 milhões). Na área de incentivo à pesquisa, aumentou de Cr\$ 3 milhões para Cr\$ 10 milhões (dados não deflacionados).

A ação dirigida à redução da dependência externa não se concretou. A Ceme, hoje, é um órgão que coordena atividades dirigidas à distribuição de medicamentos.

O controle da qualidade de medicamentos é praticamente inexistente, proliferando as associações medicamentosas e polifarmácias de eficácia questionável ou de total ineficácia.

A ampliação da produtividade da rede de serviços assistenciais, sem modificação do sentido em que estas ações são produzidas, sustentada por ampla distribuição de remédios poderá conduzir ao agravamento das distorções identificadas em 1973, entre a estrutura da demanda e de prescrições, onde, para consulta externa, as causas mais importantes de atendimento foram:⁴⁰

- a) sintomas e estados mórbidos mal definidos (17,1%);
- b) outras helmintíases (8,1%);
- c) enterite e outras doenças diarréicas (7,2%).

Enquanto isto, os medicamentos mais freqüentemente prescritos foram:

- a) antibióticos (17,5%);
- b) medicamentos que atuam no sistema nervoso central (15,6%);
- c) medicamentos que atuam sobre a nutrição (8,6%).

³⁹ Brasil, Central de Medicamentos. *Plano Diretor de Medicamentos. Análise Diagnóstica*. 1971-3.

⁴⁰ Idem.

Como indica a Ceme:⁴¹

“Os resultados comparativos com as estruturas de “morbidade” pela demanda sugerem certa insuficiência qualitativa da assistência à saúde, pela grande participação relativa de medicamentos de utilização terapêutica ampla, bem como de larga aplicação, dos meramente sintomáticos e auxiliares.”

Pelo lado dos equipamentos médicos, a hegemonia da assistência médico-hospitalar se evidencia pelo aumento das importações de aparelhos de raios R e de equipamentos eletrônicos. Houve um aumento de cerca de 12 vezes no valor das importações em 1976, quando comparada com 1961.⁴²

Substitui-se, na divisão de trabalho, a relação com o paciente por uma relação instrumental sem aumento da eficácia dos procedimentos de diagnóstico e com explosão dos gastos *superfluos* em saúde.

5. A reconquista da saúde: nos rumos de uma política democrática em saúde

Trata-se de resgatar o direito à saúde, assegurado em seu aspecto jurídico-formal, porém comprometido por uma política social reconcentradora e complementar à política econômica.

Uma reconquista da saúde deve estar dirigida à criação de um sistema único de saúde com a tarefa de planificar e executar uma política nacional de saúde, cujas atividades estejam permanentemente controladas pela população e pelos profissionais de saúde através de suas organizações representativas.

Através de um amplo movimento de mobilização popular e de suas entidades representativas deve-se promover um debate onde apareçam como pontos fundamentais dirigidos à criação do sistema único de saúde:

- Redefinição da política de assistência médica na previdência social com: a) suspensão dos convênios e contratos de pagamento por unidades de serviço, substituindo-os por subsídios globais, a nível de regiões de saúde; b) eliminação dos contratos diretos entre as indústrias, empresas comerciais e outras como as empresas médicas e medicina de grupo; c) revisão da política de financiamento para construção, remodelação ou reequipamento de hospitais em áreas já saturadas, substituindo-a por investimentos em serviços de saúde dirigidos para a atenção primária à saúde em áreas prioritárias.
- Ampliação dos gastos diretos da União em políticas de controle do meio ambiente e ao controle de endemias.

⁴¹ Idem.

⁴² Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). Dados inéditos de pesquisa realizada na Finep.

- Integração do ensino das profissões de saúde ao sistema único de saúde, com articulação entre ensino e trabalho desde os primeiros anos da carreira.

- Definição de uma política na área de produção e distribuição de medicamentos e equipamentos orientada para a simplificação e eficácia tecnológica com:

a) maior participação estatal na pesquisa, formação de pesquisadores e desenvolvimento de uma tecnologia nacional adequada à realidade do país; b) controle da remessa de lucros para o exterior; c) controle da qualidade dos medicamentos e proibição das associações medicamentosas e polifarmácias ineficazes.

A estas proposições se devem somar aquelas dirigidas às modificações das condições de vida, como salários, habitação, condições de trabalho, etc. que, aliados ao controle e participação populares nas decisões e implementação da política nacional de saúde, se inscrevem entre as reivindicações fundamentais do povo brasileiro na conjuntura atual.

Summary

From the Author's standpoint, the right to health, inherent as it should be to the individual, has in the course of history been conquered, in capitalistic societies, through struggles between social groups of diversified interests.

Thus, the right to health must be examined from a conception that starts with the State and its relationships with society, and also from the analysis of the ideology presiding the formulation of the documents that have oriented the health policy in Latin America, in which appear most relevant traits concerning the matter. This is what the Author tries to do in the development of his article, analyzing the different trends identified and their characteristic events of major importance.

Governmental health policies, in the Author's view, do not satisfy people's interests because, instead of acting as a redistributive social policy, they have been transformed into a process of income re-concentration.

In order to liberate the right to health, guaranteed in its formal and juridical aspect, but jeopardized by a re-concentrative social policy, the Author proposes the establishment of a sole health system, to plan and implement a national health policy, under permanent control of the population and of health specialists, through their representative entities, being such a policy allied to modifications in the conditions of people's life.

DEBATES

Dr. Carlos Gentile de Mello. A transferência para Brasília do Dr. Duarte parece que introduziu modificações conceituais no seu ponto de vista sobre as relações da saúde e de todos os demais fatores da economia. Nas teses defendidas na Bahia pelo Prof. Duarte sempre predominou a idéia de que a saúde, os investimentos, os gastos em saúde significam, ou podem significar, um caminho para o desenvolvimento econômico. Hoje, ao que tudo indica, sua exposição, iniciada e desenvolvida de modo magistral, fez uma diferença básica entre direito à assistência médica e direito à saúde. numa demonstração de humildade, como trabalhador da saúde, consciente de que os programas de saúde têm limitações no seu propósito de elevar o nível de saúde da população.

Ressaltou que a saúde depende de numerosos outros fatores: de saneamento, de moradia, de transporte (não falou, mas deu a entender, do lazer, do amor, do ódio). A saúde depende de tudo isto, e não apenas de médicos e de leitos hospitalares.

Há, no entanto, uma provocação que eu gostaria de fazer. O Prof. Duarte declarou especificamente que a primeira manifestação de que o Estado tem o dever de melhorar, ou de influir no nível de saúde da população — prestando serviços de saúde — ocorreu em 1883, na Alemanha de Bismarck. Os historiadores, os técnicos, inclusive o Prof. Celso Barroso Leite, no seu livro e em vários outros trabalhos, reconhecem que Bismarck teve uma motivação especificamente política e militar, quando conseguiu de Guilherme II a lei que instituiu o sistema de seguro social, marco que 40 anos depois repetiu-se no Brasil. Naquela ocasião, na Europa, falava-se muito sobre o que hoje se chama de socialismo, coisa que não interessava absolutamente, pelo menos a Bismarck. Pode-se dizer, então, que o seguro social é fruto da onda de socialismo que grassava na Europa por volta de 1880.

Tanto o objetivo não era exatamente cuidar da saúde da população que, em lugar nenhum do mundo se conseguiu ainda que esse modelo se estendesse à população como um todo. O que o Ministro Luiz Gonzaga Nascimento e Silva vem postulando desde que se introduziu o sistema de seguro social é a sua universalização; entretanto ainda não o conseguiu. O sistema de prestação de serviços de saúde no Brasil pode ser esquematicamente dividido em duas áreas perfeitamente distintas: uma, que se destina a atenuar as contradições decorrentes do desequilíbrio da distribuição da renda, compreendendo os serviços produzidos pelas secretarias de saúde, centros de saúde, e assim por diante; outras, exatamente a da previdência social, que se destina basicamente à mão-de-obra em condições de produzir bens e serviços para as pessoas que podem adquiri-los em quantidades suficientes. Isto parece explicar de maneira bastante clara por que o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde têm tão poucos recursos financeiros, enquanto a previdência social tem recursos abundantes.

Outro ponto sobre o qual não posso deixar de falar é o da compra de serviços na área privada — a privatização que a previdência adotou como norma programática. Ela tem sido, de vez em quando, elogiada; ainda recentemente o Ministro da Previdência Luiz Gonzaga Nascimento e Silva dizia que “a saúde e o lucro são perfeitamente compatíveis; podem conviver no mesmo barco, beneficiando a gregos e troianos”. Mas, na verdade, o mesmo ministro numa conferência na Escola Superior de Guerra declarou expressamente que “a compra de serviços médico-hospitalares, na área privada, funcionava como um instrumento de agravamento da concentração de renda, porque a previdência social comprava serviços, precisamente onde eles existiam, e o setor privado prefere se instalar, se radicar, e se desenvolver, exatamente nas áreas geográficas de melhor nível de renda, onde, naturalmente, há alguma margem para atrair doentes privados”.

Há, então, aparentemente, uma contradição. Acho que a compra de serviços terá que ser encarada como um instrumento de concentração de renda e, mais do que isso, entendo (não sou pessimista em acreditar nas declarações, antigas e recentes) que vai continuar o mesmo sistema de compra de serviços. Estou perfeitamente tranqüilo; acho que o próprio processo contém dentro do seu bojo o germe de sua autodestruição, a que já se referiu um autor ilustre em 1884, referindo-se, naturalmente, a outro tipo de processo.

Acho que teremos uma exaustão de recursos ante a impossibilidade de controlar a demanda. Em uma conferência, um professor de economia disse claramente que a demanda de serviços tem a característica de infinita elasticidade, e que não há como contê-la diante da sofreguidão do empresariado. A assistência médica, especialmente a da previdência social, será, portanto, reformulada por imposição porque a exaustão de recursos vai levar a isto. Creio firmemente numa reformulação e este é o motivo de minha presença neste seminário.

Dr. Sérgio Arouca. Desejo comentar, em termos de síntese, algumas questões fundamentais que aqui foram levantadas. Começaria chamando a atenção, em primeiro lugar, para a exposição do Prof. Manoel Ferreira quando, ao referir-se à doença de Chagas, disse que dispomos hoje de todos os conhecimentos, não só para equacionar o problema dessa doença, mas para resolvê-lo. A solução da questão doença de Chagas é, enfim, um problema de adequação rural. Ora, diante da existência de técnicas e de conhecimentos, a não solução de um problema só pode ser colocada a nível da formulação das opções nacionais, isto é, um problema só pode permanecer como tal, na presença de sua solução técnica, na medida em que o mesmo não é colocado como desejo nacional, em termos de sua solução.

Em segundo lugar, o Prof. Duarte coloca que a questão da saúde ganha, no plano das afirmações de intenção, tanto a nível internacional, como a nível do Estado, uma proposição de direito. O faz através de uma sistematização histórica de como isto aparece na divisão em duas dimensões, isto é, do direito à assistência médica e do direito à saúde. Diria apenas que existe um outro pólo, um outro lado desta questão, que talvez tenha uma história mais longa e muito mais dramática: que a luta pelo direito à saúde é uma luta que sempre foi feita por aqueles grupos populacionais carentes de recursos, aqueles que constroem as riquezas materiais das sociedades e que, muitas vezes, não participam da apropriação dessas riquezas. Na sociedade industrial a luta pelo direito à saúde começa concretamente com a luta dos trabalhadores. Dos trabalhadores lutando para regulamentar o trabalho da mulher e a participação da criança no processo de trabalho; para reduzir a jornada e melhorar as condições de trabalho; na luta, enfim, pelo salário, que são os determinantes fundamentais das condições de vida e, portanto, das condições de saúde.

As concessões feitas pelo Estado, que fazem parte de todo esse jogo de relações políticas que Hésio Cordeiro equacionou, representam, na realidade, dois lados da questão: por um lado, a luta pelo direito e, por outro, pela manutenção desse direito, porque nem sempre a conquista, expressa na materialidade de uma lei, significa que esse direito esteja sendo cumprido. O direito à saúde, portanto, não é simplesmente um direito expresso numa frase. Para que seja conseguido no cotidiano, exige determinadas coisas fundamentais. Em primeiro lugar, a liberdade de expressão, isto é, que as pessoas possam e encontrem canais para se organizarem livremente, e livremente colocarem sua vontade e seus desejos. Como o desejo, por exemplo, de que o País, hoje, resolva o problema do salário e dos acidentes; que equacione o problema da liberdade de expressão.

Isto significa não só a obtenção do direito, mas a possibilidade de que seja mantido. Isso, em outras palavras, significa algo muito simples que foi, no meu entender, o eixo central das apresentações hoje feitas aqui. A questão saúde passa pela questão democracia consubstanciada na existência da

associação livremente organizada dos grupos para lutarem pelos seus direitos, e pela manutenção de seus direitos.

Dr. Celso Barroso Leite. O Prof. Duarte encerra a sua exposição abrindo um mundo novo diante de nós. Podemos, pois, concluir que o direito à saúde, quando corretamente focado, transforma-se de um problema puramente administrativo, ligado à forma de financiamento e à organização da assistência médica, em um movimento eminentemente político ligado ao desenvolvimento e à justiça social.

Por outro lado, o Dr. Hésio Cordeiro falou-nos do âmbito administrativo e político, trazendo-nos elementos complementares dos problemas de saúde, como são todos aqueles fatores por ele apontados: salários, habitação, condições de trabalho, coisas que repercutem nitidamente sobre a saúde, como foi aqui demonstrado.

Em 1967, com a criação do INPS, iniciamos uma nova era da previdência social e eu, que, por força de meus longos anos, venho estudando-a, devo dizer que já vi várias *novas eras*. Mas o caso é que estamos novamente numa nova era, implantando o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social — Sinpas — e é curioso observar que a parte talvez mais importante da previdência social, que é a assistência médica, não apareça naquela denominação. Portanto, o Sinpas coloca a assistência médica em agudo foco. Estamos vendo aqui como é importante analisar aspectos sobre os quais a gente não se detém. Como diz o Dr. Duarte, uma coisa é o direito à saúde; outra coisa é o direito à assistência médica. É por isso que a legislação da previdência social até ressalva que o direito à assistência médica só é, na realidade, um direito na medida das suas possibilidades.

Diante da importância crescente que assume a previdência social, hoje, na área previdenciária e, em parte, da instituição do Sinpas, que criou uma caixa única, nosso ministério tornou-se um pequeno país. Lá temos até um *ministério da fazenda* e receio que, com a crescente reivindicação por assistência médica, se tenha que lutar, na hora de redistribuição de recursos, por aqueles que se destinam, estes sim, por força de um direito expresso na lei escrita, ao pagamento de benefícios. É uma realidade nova que está surgindo.

Existe, pois, um problema, isto é, como alocar os recursos destinados em termos orçamentários aos benefícios, sob a pressão das necessidades da assistência médica. Como consumidor da assistência médica eu diria que talvez ninguém esteja satisfeito. Na assistência médica, não sei em que situação o consumidor pode estar tranqüilo.

Isto me leva a pensar como é difícil distinguir a hora do raciocínio da hora da necessidade. Como administrador público, defendo a tese de que precisamos cuidar muito mais do varejo, que do atacado. Todos temos muito mais tendência para atacadistas, para soluções importantes, gerais, mas não é aí que o segurado de abastece. As grandes soluções são

boas, mas só na medida em que vão repercutir lá na periferia. Eu sempre fui um angustiado com o varejo da previdência social e com o varejo da administração pública.

O importante é cuidar desta parte mais individual, desta parte que serve a todos, e não saber que existe uma bomba de cobalto no hospital, que funciona seis horas por dia e que custa o orçamento de um Estado.

Considero a artigo de Abel Smith* da maior importância. Ele escreveu recentemente um livro intitulado *Como gastar bem em serviços de saúde*, talvez o que de mais sério já tenha lido nesse campo. O artigo — Assistência médica: lições que a Europa nos dá — é, também, um roteiro bastante objetivo que pode até mesmo servir de ponto de partida para atenuar as dificuldades que temos de enfrentar.

Dr. José Carlos Braga. Gostaria de registrar que estou trabalhando na área de saúde há dois anos. Nestes dois anos observei um crescente avanço qualitativo nas discussões sobre a questão de saúde no Brasil. Acho que a mesa de hoje revela isto. Todos os expositores e debatedores enfatizaram que a questão da saúde está relacionada com um conjunto de condições socioeconômicas e também, portanto, com uma questão política mais geral que, no Brasil de hoje, passa por uma série de pontos fundamentais que talvez pudessem ser sintetizados, como colocou Sérgio Arouca, na questão da democracia.

Gostaria, então, ao participar dos trabalhos desta mesa, de dar apenas meu ponto de vista com relação ao enfoque da economia nesta questão. Retomando a conotação de todos os expositores e debatedores, que enfatizaram o conjunto de condições socioeconômicas e de condicionamento político maior da questão saúde, gostaria de dizer que o que se coloca hoje como condição fundamental é a inclusão, a partir dos problemas nacionais, de todo o conjunto de questões sociais que estiveram relegadas a um plano claramente secundário nos últimos anos de evolução da sociedade brasileira.

O problema da industrialização, do desenvolvimento econômico e da pobreza era colocado, nos anos 50, da mesma forma que se recoloca hoje, evidenciando, portanto, que o processo de crescimento econômico que nós vivemos (e hoje isto já é incorporado ao próprio discurso oficial) não produziu efeitos quanto ao enfrentamento de questões nacionais fundamentais, como a da saúde, da habitação, da educação, etc. Houve, sim, um enfrentamento da política de saúde que constitui, do meu ponto de vista, dentro das políticas sociais, o setor que tem recebido maior ênfase do Governo. E, no entanto, é justamente este o alvo de críticas substanciais. Já sabemos, então, o que pensar sobre as demais políticas sociais.

* N. do E. O debatedor refere-se a notas deixadas pelo Dr. Abel Smith por ocasião de sua visita ao Brasil, em agosto de 1978, a convite do Conselho Federal de Medicina e do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Do ponto de vista econômico, o atual impasse em que vive a sociedade brasileira é o mesmo que caracterizou a atuação do Estado nos últimos anos. Essa atuação, do ponto de vista da política econômica e social compreendeu processos concentradores de renda. O Dr. Duarte, em seu artigo, chama a atenção para o conjunto de investimentos indispensáveis para enfrentar aspectos como o saneamento, a habitação, etc. Ao tratar da questão da cobertura da previdência social e do financiamento de tais serviços, diz que os recursos deveriam ser retirados de fontes já existentes na receita tributária da União. Eu estaria, em parte, de acordo com ele, mas agregaria o argumento da escolha das prioridades, atrelado à idéia de que todos estes problemas sempre estiveram a reboque das demais prioridades do Estado no Brasil. Assim estiveram na década de 50, na década de 70 e estão de novo colocados em discussão no sentido de que as políticas de gastos do Estado, que atenderam às demandas de base econômica *stricto sensu*, sempre relegaram a um segundo plano as questões sociais.

O que se coloca hoje é uma rediscussão ampla do livre jogo destas forças, e que o ponto de vista da política econômica passa, na verdade, por uma alteração da política tributária, por uma reordenação dos fundos fiscais que possibilitem rearticular um esquema de crescimento econômico que prove, no concreto, as inúmeras balelas que ocorreram na sociedade brasileira nos últimos anos, especialmente possibilitadas pelo bloqueio à liberdade de expressão.

Quero frisar com isto que estas questões não enfrentam hoje, inclusive na sociedade brasileira, nenhum limite técnico. Assim como o Dr. Manoel Ferreira se referia à questão da doença de Chagas, eu diria que não é mais possível argumentar tecnicamente com base no nível atrasado de desenvolvimento da sociedade brasileira usando teorias do tipo da que “há que esperar o lucro crescer, para depois dividir”, etc. São balelas do ponto de vista técnico que estão escondendo opções políticas e fatos de poder que se expressam na forma de políticas econômicas e sociais do Estado, respaldados num pseudo argumento técnico. Não é isto: o que coloco é a possibilidade de remontar a política econômica nacional e a política social, e esta possibilidade está dada tecnicamente, inclusive pela evolução da estrutura econômica brasileira nos últimos 10 anos.

Público. O Dr. Hésio Cordeiro fez um comentário que me parece um dilema dos mais importantes: o da delimitação do espaço destinado ao setor privado no sistema de saúde brasileiro. Realmente, qualquer abordagem do Sistema Nacional de Saúde que não considere convenientemente este espaço e sua expansão futura seria, na melhor das hipóteses, utópica. Pareceu-me entender, pelo modelo proposto pelo Dr. Hésio Cordeiro, que a idéia seria a de extinguir abruptamente o setor privado. Então pergunto o seguinte: já que o setor responde, por razões históricas, que aliás foram muito bem apontadas, por 97.4% do sistema da previdência, como extingui-lo? Como dispensá-lo de uma hora para outra? Isto representaria uma turbulência muito grande no sistema de saúde.

Dr. Hésio Cordeiro. O equacionamento seguramente é político. E é político no sentido do enfrentamento do poder de que essas entidades privadas hoje dispõem no País. Realmente, propor uma convivência com o setor privado segundo o ponto de vista jurídico-formal, a nível da lei, ou a nível de um documento, como o documento da política nacional da saúde, simplesmente significa aceitar que essas entidades e suas obras representativas continuem ditando os rumos da privatização. A meu ver este problema só se resolverá não a partir de uma espécie de contradição inerente à privatização, mas sim em torno e a partir das lutas políticas que se realizem tomando como ponto focal de ação os setores que hoje estão sendo comprometidos, em que os clientes do Sistema Nacional de Saúde estão sendo desapropriados de sua saúde pela *indústria da saúde*, e houver condições para propostas alternativas.

Parece-me que a idéia do sistema único de saúde deve contemplar, antes de tudo, uma reinterpretação da proposta de Murilo Villela Bastos feita em 1975, de uma rearticulação do setor público. Só em São Paulo, por exemplo, a Secretaria de Saúde, que poderia produzir anualmente 12 milhões de consultas, produz 4 milhões, significando que funciona com 2/3 de sua capacidade ociosa. Ora, a simples tarefa de colocar em dia e ativar o funcionamento da Secretaria de Saúde de São Paulo — para o que, tenho a certeza, o atual secretário de Saúde vem desenvolvendo intensivos esforços — só isto significaria uma transformação bastante substantiva para o Estado de São Paulo.

Tenho a impressão de que algumas coisas têm sido sugeridas também em detalhe, particularmente na área médica, por várias entidades profissionais de saúde, no sentido de que o Estado não necessitaria oficializar, estatizar ou nacionalizar os serviços privados, bastando deixá-los por sua própria conta e risco, para que eles sobrevivam, não às custas dos financiamentos estatais, gerados a partir das camadas assalariadas. No meu entender, uma medida drástica por certo seria política. Se também seria viável, não sei, pois ser viável depende do confronto em uma dada conjuntura.

Tenho absoluta certeza e segurança, e nisso discordo do Dr. Celso Barroso Leite, de que nenhuma pessoa, hoje, teria a capacidade de decidir a nível do setor público e de suas instituições, pois não há condições políticas para isto. Estas condições só se vão criar, só se vão produzir, não no gabinete da burocracia estatal, mas no livre debate da sociedade civil, na organização dos sindicatos dos profissionais da saúde, nas reivindicações populares, quando colocarem a saúde como uma reivindicação fundamental. A aplicação de fórmulas que afetariam substantivamente o setor privado, como, por exemplo, interromper o sistema de pagamento por atos médicos, modificar a política de financiamento do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), interromper, impedir e não firmar qualquer novo convênio entre empresa médica e empresa industrial, ou comercial, necessita de uma conjuntura política propícia que será conquistada tanto quanto o direito à saúde.

Dr. Carlos Gentile de Mello. Quando digo que as próprias condições de um modelo vão levá-lo à insolvência, a uma reformulação, isto não significa que não se esteja dentro de aspectos essencialmente políticos. Não acredito, por exemplo, que a greve dos residentes do Hospital das Clínicas de São Paulo tenha ocorrido em função da crise do modelo médico, do modelo assistencial. A greve dos residentes do Hospital das Clínicas surgiu, e não foi por mera coincidência, depois da greve dos metalúrgicos do ABC, depois da Carta aos Brasileiros, depois do manifesto da Ordem dos Advogados do Brasil, depois do manifesto dos empresários de São Paulo, depois da eleição do Governo Paulo Maluf, o que quer dizer que tudo está dentro de um todo. A sociedade é um sistema de vasos comunicantes. Ora, é muito comum este tipo de provocação, provocação no bom sentido, evidentemente. E surge muito frequentemente na área dos empresários do setor saúde. Então, qual é a solução? Estamos vendo, na assistência médica, que 95% das internações são produzidas pelo setor privado e não podemos acabar com isto. Acredito que o menos radical dos expositores hoje fui eu, e continuo não sendo radical. Acho que se deve é organizar, estabelecer um programa, mesmo que seja gradual, lento e seguro, em termos de tendência, de tal forma que não haja prioridade para o produtor, para o empresário. Quero muito pouco: que todos os programas de saúde, no Brasil, tenham por objetivo a saúde da população.

E dentro disto, em termos de política gradualista, o Deputado Jairson Barreto, durante a tramitação, no Congresso, da Lei do Sinpas, apresentou emenda propondo que 6% do orçamento do Inamps, cada ano, fosse destinado a ampliar os serviços próprios. Foi rejeitado liminarmente e, inclusive, a imprensa falou muito pouco disso. A rejeição desta emenda significa que a política é comprar serviço na área privada, com o que todos nós, acredito, estamos em desacordo. Não estou propondo que se acabe com o setor privado, apenas que o FAS não se comporte como o tem feito. Por exemplo, até agora, 74% dos financiamentos do FAS foram destinados a hospitais do setor privado lucrativo; o resto foi para hospitais e postos de saúde dos estados e das secretarias de saúde.

Ainda mais, agravando a concentração geográfica da renda, 2/3 do financiamento do FAS foram para as áreas onde existe maior concentração de recursos. Ao invés de financiar centros de saúde e ambulatórios, ou seja, adotar uma política de não hospitalização, a tônica é o leito hospitalar. O que pretendemos é que não aconteça o que já foi denunciado, mais de uma vez, pelo secretário de Saúde de Pernambuco com relação à situação do Hospital Psiquiátrico Tamarineira, que é um hospital bem conhecido no Nordeste, um hospital tradicional, e que está em situação precária porque a previdência social privilegia um grupo da psiquiatria privada.

Público. Gostaria de fazer uma consideração sobre o aspecto em que foi colocado, por Hésio Cordeiro, o problema da unificação da assistência médico-social. Para mim, o conceito desagregativo de saúde e assistência médica é absurdo, porque a saúde envolve também a assistência médica.

O INPS englobou a assistência médica num sistema-fim, a Secretaria de Assistência Médica. Mesmo assim tudo continuou desarticulado, pois continuou a existir o Ipase, foi criado o Funrural e cresceu a LBA, atomizando o sistema. Foi por fim criado o Inamps. É necessário que haja uma conjugação dos objetivos dessas instituições. O acerto real só virá quando cessar a ramificação da assistência médica em curativa e preventiva, hoje dissociadas.

Perguntaria, então: há algum dado da Organização Mundial da Saúde que demonstre que em país desenvolvido, em país rico, como os EUA, é difícil haver compatibilização entre recursos e necessidades, através de prioridades? Como estabelecer prioridades em relação à saúde brasileira com a atual dissociação, ou desorganização dos recursos de saúde? Como será este sistema, depois de unificado, é outra questão. Levantaria aqui, para discussão, o problema de que o próprio sistema reconhece sua insolvência. Mesmo assim o sistema promove contratos bilionários para planejamento, organização, administração e até ações repetitivas na área de saúde.

Dr. Manoel Ferreira. Tivemos ocasião de ver coisas interessantes em uma série de exposições que se caracterizaram, algumas pelo seu aspecto doutrinário, algumas pelo seu aspecto político, outras pelo seus aspectos administrativos e operacionais mas, no conjunto, o que existiu sempre, no fundo, foi a idéia do problema da saúde e o envolvimento do Estado nessa problemática.

Parece-me que o êxito desta reunião está assegurado, no sentido de que, com qualquer sistema político, em qualquer momento, em qualquer circunstância, um poder maior do que o poder político, transitório, oscilante, é a força que reside na necessidade de o homem preservar sua saúde. Até os países sumamente atrasados, qualquer que seja o sistema político, têm os seus sistemas de defesa da saúde, embora possam estar defasados com a evolução tecnocrática e a sofisticação da medicina. Nos lugares mais recônditos do Brasil, da Ásia, da China, da URSS e da África há sistemas de saúde funcionando de acordo com seus níveis culturais.

Todos nós podemos sair daqui satisfeitos por participar do exército da saúde e eu gostaria apenas de lembrar que, se aqui no Brasil fossem relacionados todos aqueles homens e mulheres que estão envolvidos em atividades de saúde, ou assistência médica, ou serviços de qualquer natureza ligados à saúde, o seu número representaria certamente um contingente humano maior do que o das Forças Armadas do Exército, da Marinha e da Aviação Brasileira reunidos.

É por isto que nos constituímos em uma força e esta força vai influir e continuar influenciando, de certa maneira, na correção dos erros políticos. As distorções que foram aqui apresentadas e discutidas continuarão a ser motivo de debates e troca de idéias.