

NOTAS SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL DE “TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA” - ANOS 80 *

MADÉL THEREZINHA LUZ **

INTRODUÇÃO

Do nosso ponto de vista, e no de outros autores que realizaram estudos similares, as políticas e instituições de saúde desempenharam um papel histórico inegável para a constituição e estabilização da ordem sócio-política brasileira.¹ Ajudaram mesmo a *modelar* certos traços estruturais dessa ordem, entre os quais

* Tradução revista, ampliada e adaptada do texto francês da autora intitulado “Notes sur les politiques recentes de santé dans le Brésil de la transition démocratique (années 80)”. Universidade de Paris VIII, 1988.

** Socióloga, professora do Departamento de Planejamento do IMS/UERJ; professora do Departamento de Ciências Sociais do IFCS/UFRJ.

1. Ver, entre outros trabalhos, LUZ M.T., *As instituições médicas no Brasil*, Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1979; *Medicina e ordem política brasileira*, Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1982; MACHADO *et al*, *Danação da Norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1978; COSTA J. F., *Ordem médica e norma familiar*. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1980; OLIVEIRA J.A. e TEIXEIRA S.M.F., *(Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*, Ed. Vozes Abrasco, Petrópolis, 1986;

a tendência à concentração do poder e à exclusão das classes populares dos circuitos de decisão econômica, política e cultural do país.²

Esse papel continuado das políticas e instituições de saúde pode ser percebido e analisado ao longo dos períodos que marcam as principais conjunturas de nossa história, desde a Proclamação da República, em novembro de 1889, até a restauração dos direitos políticos e civis cassados no pós-64, a partir de 1982, passando pela conjuntura de transição democrática da Nova República, encerrada em março de 1990, um século após a Proclamação.

Nas notas que se seguem, tentaremos esclarecer temas e tendências dominantes nas políticas de saúde no Brasil da década de 1980, bem como analisar o papel que pode desempenhar tal política na constituição, na década de 1990, de uma nova ordem institucional, economicamente mais justa, social e politicamente mais democrática, como os discursos eleitorais e governamentais não cessam de elevar à condição de “prioridade máxima” nos últimos cinco anos. Antes, tentaremos fazer uma breve comparação, referenciada nas políticas de saúde, entre a conjuntura dos anos 80 e as que a precederam, desde a Primeira República (1890-1930), aos dias atuais, passando pelos períodos populista, desenvolvimentista e do Estado militarista. Não temos intenção de fazer uma análise substantiva ou aprofundada desses períodos, pois tratamos deles em trabalhos anteriores.³

A PRIMEIRA REPÚBLICA (1889 - 1930)

Nesse período, foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional (central). À frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur, organizou e implementou, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Em paralelo, adotou o modelo das ‘campanhas sanitárias’, destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. Este modelo, de

TEIXEIRA S.M.F., “Cidadania, Direitos Sociais e Estado”, in *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, pp. 91-112, 1987; ROSARIO N.A., *Lutas urbanas e controle social*, Vozes, Abrasco, Petrópolis, Rio de Janeiro, 1a. ed./85, 2a. ed./86.

2. Ver LUZ M.T., *Notes sur l'histoire des pratiques de santé publique au Brésil (1890-1930)*, artigo escrito para os cursos Médecine Sociale et Politique Sociale et Politique et Institutions du Social au Brésil, lecionados no Departamento de Sociologia da Universidade de Paris VIII, Saint Denis, 2º semestre do ano 87/88.
3. Ver LUZ M.T., *As Instituições Médicas no Brasil, Medicina e Ordem Política Brasileira, e Notes sur l'Histoire des Pratiques de Santé Publique au Brésil (1890-1930)*, citados nas notas 1 e 2.

inspiração americana mas importado de Cuba, tornou-se um dos pilares das políticas de saúde no Brasil e no continente americano em geral.

Em termos de poder, o próprio nome sugere que o modelo campanhista é de inspiração bélica, concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social.

Na Primeira República, em torno desse modelo se estruturou o discurso dominante na política de saúde, simultaneamente às políticas de urbanização e de habitação. Consolidou-se uma estrutura administrativa de saúde centralista, tecnoburocrática e corporativista, isto é, ligada a um corpo médico em geral proveniente da oligarquia de origem agrária que dominou a República Velha. Esses traços configuraram o perfil autoritário que ainda hoje caracteriza, em grande parte, o conjunto das instituições de saúde pública e dos sistemas de decisões em política de saúde no Brasil. Por outro lado, a eficácia social do combate às doenças coletivas decresceu, ao longo do tempo, comparativamente ao período da Primeira República, quando esse modelo atingiu seu auge em termos de autoridade.

O PERÍODO POPULISTA (DOS ANOS 30 AOS ANOS 50)

No período que se segue, compreendendo a conjuntura de ascendência e hegemonia do Estado populista, observamos a criação dos institutos de seguridade social (Institutos de Aposentadorias e Pensões, IAPs), organizados por categorias profissionais. Tais institutos foram criados por Getúlio Vargas ao longo dos anos 30, favorecendo as camadas de trabalhadores *urbanos* mais aguerridas em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante. Ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos foram algumas categorias assalariadas favorecidas pela criação de institutos. Todas constituíam pontes com o mundo urbano-industrial em ascensão na economia e na sociedade brasileiras de então.

Desde o início, a implantação dos programas e serviços de auxílios e de atenção médica foi impregnada de práticas clientelistas, típicas do regime populista que caracterizou a Era Vargas. Tais práticas se ancoraram também nos sindicatos de trabalhadores, nos quais ajudaram a criar normas administrativas e políticas de pessoal adequadas a estratégias de cooptação das elites sindicais ‘simpatizantes’ e de exclusão das discordantes, alçando aquelas à direção das instituições e à gestão dos programas governamentais.

O clientelismo também se baseou no atrelamento dos sindicatos e dos institutos ao Estado, através do controle da seleção, eleição e formação dos seus dirigentes, bem como da participação e gestão nesses dois tipos de organização social. Sobretudo no Estado Novo (1937-1945), Vargas pôde dominar politicamente

os IAPs, cujas direções, que reuniam representantes de patrões e empregados, eram formadas sob controle estatal. Mais tarde, no período pós-45, o atrelamento estatal dos sindicatos e institutos estendeu-se ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB).

Dessa forma, na primeira metade deste século podemos observar: *centralismo*, *verticalismo* e *autoritarismo corporativo*, do lado da saúde pública; *clientelismo*, *populismo* e *paternalismo*, do lado de instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica. Estes traços, modelados durante cerca de cinquenta anos, ainda são característicos das instituições e políticas de saúde brasileiras e integram a própria ordem política que se constituiu nesse período. É o próprio rosto de nossa estrutura social que se desenha sobre essa dupla face, ao menos no que esse rosto tem de mais atroz e recorrente em termos de poder.

O PERÍODO DO DESENVOLVIMENTISMO (ANOS 50 E 60)

Esse período ficou conhecido pela tentativa de implantar-se um projeto nacional de desenvolvimento econômico 'moderno', integrado à ordem capitalista industrial, e pela crise do regime populista e nacionalista dos anos 60. As políticas de saúde da época exprimiam essa dupla realidade, através de uma dicotomia institucional progressivamente acentuada. O modelo campanhista, que chegara a um estágio burocrático rotineiro, ainda predominava largamente nos órgãos de saúde pública do então Ministério da Educação e Saúde. Opunha-se ao modelo curativista dominante nos serviços previdenciários de atenção médica, também burocratizados e ineficazes face aos crescentes problemas de saúde das populações urbana e rural. Uma tecnoburocracia médica formada no exterior em administração de serviços de saúde instalou-se na gestão dos Institutos de Previdência, por oposição à tecnocracia sanitária, também médica, de tendência nacionalista e desenvolvimentista, predominante nos órgãos de saúde pública.

Justaposição, repetição, incompetência e ineficiência, reinantes nos programas e serviços de saúde, foram combatidas com mais programas, serviços e campanhas, que finalmente redundaram no aumento e na reprodução da dicotomia saúde pública *versus* atenção médica individual.

Se as condições de vida da maior parte da população não pioraram, a consciência da dureza dessas condições foi-se tornando cada vez mais clara no período. Mas, em presença da impossibilidade de soluções reais por parte das instituições, essa consciência originou um impasse nas políticas de saúde. Ele foi percebido, aliás, como *impasse estrutural*, envolvendo o conjunto das políticas sociais e a própria ordem institucional e política.

Uma saída histórica para esse impasse foi proposta pelo grande movimento social do início dos anos 60 no país, liderado e conduzido pelas elites progressis-

tas que reivindicavam 'reformas de base' imediatas, entre as quais uma reforma sanitária consistente e conseqüente. Mas a reação política das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964.

O PERÍODO DO ESTADO MILITARISTA E O 'MILAGRE BRASILEIRO' (1964 - 1984)

O período a seguir, que compreende os vinte anos de ditadura militar, foi cortado por algumas conjunturas específicas, sobretudo no que concerne às políticas de saúde.

Nesta breve síntese introdutória, necessariamente superficial, nos interessa pôr em relevo a conjuntura do 'milagre brasileiro', compreendendo de 1968 a 1974 (para alguns, 1967 a 1973), depois da grande *limpeza* que sacudiu os aparelhos de Estado, inclusive os da saúde, entre 1964 e 1967. Nesse último período, se operou uma grande reorientação institucional na administração estatal, inclusive no setor de saúde.

Durante o período do 'milagre' se estabeleceu no Brasil uma política de saúde diferente dos dois modelos anteriores. Realizando uma síntese nova e perversa, ela reorganizou os traços institucionais do sanitarismo campanhista, oriundo da Primeira República, e os do modelo curativo da atenção médica previdenciária do período populista.

A centralização e a concentração do poder institucional deram a tônica dessa síntese, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país.

Um elemento favoreceu essa síntese criada pelo autoritarismo típico da fase do 'milagre'. É que, no nível político, essa conjuntura foi de fato a mais dura vivida pela nação em tempos de República. Ela foi marcada pelos atos institucionais e por outros decretos presidenciais que modificaram a Constituição no tocante aos direitos de cidadania, informação e comunicação social, bem como ao controle do exercício dos poderes Legislativo e Judiciário. Essa conjuntura se caracterizou também por uma vontade política arbitrária, concentrada num Poder Executivo avesso a medidas ou políticas sociais que favorecessem a participação da sociedade civil.

Nesse contexto se produziu a política de saúde do 'milagre', coerente com a política econômica de então, que preconizava um crescimento acelerado com uma elevada taxa de produtividade, conjugada a baixos salários para grande parte da massa trabalhadora. Esta política desfavoreceu a maioria das categorias, mas favoreceu os trabalhadores especializados, os técnicos e os quadros superiores empregados nos setores de ponta da economia. Esses grupos foram beneficiados por altos salários e incentivos, o que possibilitou o aumento do consumo desses

setores privilegiados, assim como a difusão da ideologia do consumo no conjunto da sociedade. A saúde passou então a ser vista como um bem de consumo. Especificamente, um bem de consumo *médico*.

No período de 1968 a 1975, generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; a organização e a complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos - já poucos - tradicionalmente destinados aos serviços públicos. Tais foram as orientações principais da política sanitária da conjuntura do 'milagre brasileiro'.

Esta política teve, evidentemente, uma série de efeitos e conseqüências institucionais e sociais, entre as quais a progressiva predominância de um sistema de atenção médica 'de massa' (no sentido de 'massificado') sobre uma proposta de medicina social e preventiva, que chegou a ser o discurso dominante na conjuntura anterior ao golpe de Estado; o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituído por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na da saúde ou da cura de sua clientela (este setor era, aliás, subsidiado em grande parte pelo Estado, ou seja, indiretamente pelos trabalhadores, na condição de contribuintes do fisco e da previdência social, através do desconto em folha). Assistimos também ao desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Assistimos, finalmente, à consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnificada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população.

Como era de se esperar, todos esses efeitos e conseqüências fizeram emergir uma grande insatisfação popular em relação à 'política de saúde da ditadura', perceptível já no fim do 'milagre' (1974-1975).

Os quebra-quebras de ambulatórios e os conflitos nas filas de espera dos serviços de saúde exprimiram essa insatisfação desde o início dos anos 70. A situação se tornou mais explosiva no fim da conjuntura do 'milagre', constituindo-se em sintoma de sua derrota e em prelúdio da morte das políticas de saúde desse período. Despencaram as verbas de saúde pública, e a atenção médica da Previdência Social caminhou para a falência. A imagem da medicina como solução miraculosa para as más condições de vida começou a ser socialmente percebida como *miragem*, a ser publicamente denunciada e desmascarada.

Nessa época, movimentos sociais de internos e residentes médicos buscaram alianças e articulações com outros movimentos sociais, procurando estabelecer estratégias comuns de questionamento e mudança das políticas sociais do regime. A corporação médica, por sua vez, descontente com o que qualificava como um processo de massificação da consulta nas instituições públicas, começou a denunciar a má qualidade dos serviços médicos prestados à população. Os movimentos de contestação em saúde cresceram em número e intensidade, de tal modo que, entre o final dos anos 70 e o início dos anos 80, sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação, centrada na questão da saúde e da política de saúde.

Nesses anos, os estudantes de medicina, sobretudo residentes, fizeram várias greves de importância nacional, acusando a “política de saúde da ditadura” de tentar repor com uma mão (a da política de atenção médica) o que subtraía dos trabalhadores com outra (a da política econômica).

Cientistas, acadêmicos e tecnocratas progressistas discutiam em congressos e seminários nacionais e internacionais a degradação das condições de vida da população, consequência da política econômica que levava ao ‘milagre brasileiro’, trazendo para essa discussão o testemunho de cifras e taxas dramáticas sobre o acúmulo das doenças endemias e epidemias.

Finalmente, movimentos sociais comunitários - compreendendo associações de moradores de bairros e favelas, movimentos de mulheres, sindicatos, Igreja e partidos políticos progressistas - denunciavam às autoridades e à sociedade civil a situação caótica da política de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, exigindo soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde do regime autoritário.

Novamente assistimos, como no início dos anos 60, a um intenso movimento popular pela reforma das políticas sociais e de saúde. Em 1982, quando ocorreram as primeiras eleições livres para o Congresso e Assembléias Legislativas em vinte anos, muitos deputados estaduais ou federais se elegeram com programas centrados nas questões de saúde, tema obrigatório dos programas dos candidatos aos governados estaduais naquele mesmo ano.

Os serviços de saúde se tornaram o foco da crise do modelo de política social vigente entre 1975 e 1982. Não era para menos: as condições de saúde da população tornaram-se críticas, por causa de uma política concentradora, centralizadora, privatizante e ineficaz, expressão do regime político autoritário. No início dos anos 80 a crise das políticas sociais (saúde, habitação, educação) era identificada com a crise do regime.

A partir de 1983, a sociedade civil organizada desceu às ruas para pedir, junto com um Congresso firme e atuante, novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde, visto

também como dever do Estado. Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania.

O PERÍODO DA NOVA REPÚBLICA E A LUTA PELA REFORMA SANITÁRIA (1985-1989)

A reorganização do país em direção a um Estado de direito desenvolveu-se lentamente e de maneira conflituosa. A partir das eleições de 1982, as negociações entre as forças políticas mais conservadoras e moderadas se sucederam, na busca da ampliação da 'abertura democrática'.

Essas negociações colocaram em plano secundário - na verdade quase excluíram - os sindicatos e partidos de esquerda, recém-saídos da clandestinidade, apesar de seu sucesso eleitoral nos anos de 1982 e 1984. Os resultados das eleições de 1986 favoreceram as forças conservadoras, graças a procedimentos de corrupção eleitoral (clientelismo, *curralismo eleitoral*, financiamento de candidatos favoráveis a *lobbies* etc) empregados desde a Primeira República. Apesar disso, grande massa de votos foi para os setores e partidos políticos progressistas e de esquerda.

No Brasil, as políticas públicas desempenharam um papel muito importante na consolidação da ordem republicana que, desde a origem, manteve traços antidemocráticos cujas raízes penetram profundamente nas estruturas existentes, fundindo-se a interesses sociais objetivos e contraditórios entre si. Tais condições não podem ser modificadas em poucos anos, na passagem de uma conjuntura a outra, o que favoreceu, no período que analisamos, a perpetuação dessa situação de exclusão.

Os interesses contraditórios, enraizados no solo político brasileiro, se manifestam com muita intensidade nas políticas de saúde, na medida mesma da importância histórica destas políticas. As proposições de uma mudança estrutural através de uma reforma sanitária, por exemplo, têm sido impedidas por obstruções, boicotes, desentendimentos e distorções colocadas por tais interesses, internos e externos às instituições de saúde. Isso dificulta que, para além dos discursos e das normas, a prática institucional experimente transformações consistentes.

Ora, a transição de um regime ditatorial para uma situação de estabilidade democrática deveria supor a capacidade de superar problemas sociais e políticos herdados de um passado secular. No caso particular das proposições para uma nova política de saúde, em debate no cenário nacional desde a primeira metade dos anos 80, é necessário sublinhar a divergência, e às vezes o antagonismo, entre os discursos institucionais a propósito de temas fundamentais. Apesar disso, devem ser sublinhadas nesse período a novidade e a originalidade de certas práticas

institucionais e a oportunidade do surgimento de outras, nos domínios da participação popular em serviços de saúde e da descentralização institucional.

Queremos assinalar, além disso, características específicas dessa conjuntura. Entre elas, destaca-se o confronto de interesses econômicos e políticos no interior do campo da saúde e a conseqüente luta pela ocupação dos diferentes espaços institucionais por representantes desses interesses. Esses confronto e luta se desenvolvem seja no campo macroanalítico, seja no microanalítico, do poder, isto é, tanto nos ministérios e no Congresso como nos hospitais, ambulatórios e unidades municipais de saúde. Os discursos e os saberes das diversas corporações profissionais envolvidas na questão da saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos) também têm sido um foco de luta política no cruzamento dos níveis macro e microanalítico de disputa pelo poder de traçar diretrizes, impor posições e conquistar hegemonia.

Deve ser observado, também, o debate havido nos anos 80 entre profissionais da área de saúde e entre estes e a clientela das políticas médicas (principalmente, populações urbanas de baixa renda), representada, por exemplo, por organizações comunitárias.

Nos últimos anos da década, nesse contexto de lutas no nível dos discursos, das práticas e das estratégias políticas pela reforma das instituições de saúde, manifestaram-se os impasses de nossas políticas sociais. Tais políticas - características, em vários aspectos, dos países do Terceiro Mundo - se revestem, no Brasil, de uma importância proporcional ao papel do país ("oitava economia do mundo") na América Latina e no conjunto das nações, apesar dos repetidos reveses políticos de sua história, especialmente no que diz respeito à construção de uma ordem democrática no Estado e nas instituições em geral. A atuação de grandes interesses sociais e econômicos, externos e internos, perpetuou uma ordem social extremamente concentrada, em termos políticos e econômicos, desde o início da República.

No que concerne às oposições sociais que afetam a própria base de organização do setor, deve-se mencionar, primeiramente, os interesses de uma 'burguesia da saúde', opostos aos da clientela de trabalhadores urbanos e rurais.

A 'burguesia da saúde' pode ser caracterizada, quanto à sua composição, por proprietários de empresas, grandes hospitais e clínicas médicas privadas; grupos ligados aos serviços médicos destinados às empresas; grandes indústrias de equipamentos médicos, nacionais e internacionais; empresas multinacionais de produtos farmacêuticos; e, finalmente, grandes médicos liberais, defensores de uma ideologia privatista.

A clientela é formada por trabalhadores (urbanos e rurais) e seus dependentes (sua família) e por uma camada crescente de classe média, impossibilitada de pagar

custos médicos hospitalares e clínicas especializadas. Nos anos 80, com o retorno do processo inflacionário, esses custos tiveram uma alta vertiginosa.

Essa oposição de interesses de base encontra sua expressão mais acabada na alternância de orientação e de proposições para o setor: a uma orientação privatizante e internacionalizante contrapõe-se uma orientação estatizante e nacionalizante. É necessário acentuar, entretanto, as nuances presentes no interior de ambas as orientações, que experimentam conflitos internos entre tendências.

A defesa do que deve ser ou não 'nacionalizado' - isto é, estatizado - levanta discussões e divergências profundas entre os que apóiam esse caminho. Este é apenas um dos pontos de conflito *no interior de uma das tendências* de base. Se se colocarem em jogo as divergências das duas tendências de base, pode-se ter uma idéia da intensidade do debate havido na conjuntura que analisamos.

A gestão, a distribuição, o financiamento e a avaliação dos serviços de saúde; a natureza e a oportunidade dos atos médicos, isto é, a maior ou menor intensidade da medicalização do social; a integração e a hierarquização dos serviços por nível de complexidade, desde as unidades de cuidados primários até os hospitais mais complexos e especializados, são outros pontos em torno dos quais discussões e conflitos são igualmente intensos.

Não discutiremos as divergências que os diversos grupos políticos presentes na cena brasileira mantêm entre si, em relação a pontos específicos da reforma sanitária. Nosso objetivo aqui é explicitar, na medida do possível, a política de saúde *recente* em relação à *história* das políticas de saúde no Brasil. Interessa-nos sublinhar, nesse sentido, o que é *estrutural* (isto é, o que há de comum, ou recorrente, em várias conjunturas) e, ao contrário, o que é conjuntural (o que mudou, o que é inédito) nos discursos e nas práticas institucionais de saúde.

O debate *privado x estatal*, ou *nacional x internacional*, a que nos referimos, é recorrente no discurso da política de saúde desde os anos 50. Nos anos 80, uma característica nova e, talvez, original na discussão desses temas foi a entrada em cena do empresário da saúde como um ator político que defende publicamente seus interesses, com *lobbies* no Congresso e nas assembleias legislativas, nos ministérios da Saúde e da Previdência Social, nas instituições formadoras de recursos humanos (faculdades e hospitais universitários) e nos serviços públicos estaduais e municipais da área.

Outra novidade, expressa nos movimentos sociais dos últimos dez anos, foi a tomada de consciência, por parte da sociedade civil, do papel da saúde e das instituições médicas na vida coletiva. Embora restrita aos movimentos de vanguarda (associações de moradores, diversos movimentos 'civis', sindicatos etc), a compreensão desse papel foi muito importante, pois tornou claro que são os próprios trabalhadores que financiam, através de descontos em folha e impostos,

os serviços médicos da Previdência Social e do Ministério da Saúde, que deveriam, antes de tudo, servi-los.

Essa tomada de consciência evidenciou as oposições ideológicas subentendidas em diversos temas de debate. Por outro lado, os interessados tiveram a oportunidade de perceber que tais oposições não são recentes. Em última instância, fazem parte da história das políticas sociais do país.

Todos os grupos envolvidos no debate das políticas de saúde dos anos 80 estiveram de acordo quanto ao papel do Estado como coordenador e gestor dos planos, programas e serviços de saúde. Os setores progressistas reivindicaram mesmo uma ampliação desse papel, fazendo desse ponto uma 'questão fechada' da reforma sanitária.

Essa reivindicação encontrou, entretanto, um obstáculo na estrutura privada de atenção médica, solidamente construída durante os anos 70. Apesar disso, foram dados alguns passos rumo à contenção da política de convênios com o setor privado. A rede privada chegara a ser financiada em mais de 80% pelo Estado. Durante curtos períodos conjunturais, entretanto, novos programas e serviços públicos foram criados e mantidos, em oposição ao estado de quase abandono em que haviam sido relegadas instituições e serviços públicos no final dos anos 70.

Algumas medidas foram tomadas no sentido de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde. O governo da Nova República favoreceu a descentralização dos serviços em níveis municipal e distrital, por meio de programas pilotos, e procurou institucionalizar a 'participação popular' nos mesmos serviços, ratificando uma tendência que já vinha do início dos anos 80, com as Ações Integradas de Saúde (AIS).

A concepção da saúde como um 'direito civil' - ou seja, um direito do cidadão e um dever do Estado - é a segunda grande oposição de base em relação aos temas específicos de política para o setor. Essa questão suscitou acaloradas discussões até outubro de 1988, quando a nova Constituição reconheceu formalmente este direito social de cidadania, tanto tempo postergado pela República.

Entretanto, para certos setores da sociedade - principalmente empresários, mas também alguns setores sindicalistas - a saúde é um direito que se adquire pelo trabalho. Trata-se da visão tradicional nas políticas sociais brasileiras, que relaciona a aquisição de direitos sociais ao exercício do trabalho, sobretudo o trabalho urbano. Trata-se, portanto, em última instância, do exercício do *emprego*. Essa proposta pode tornar os serviços médicos inacessíveis à maior parte da população brasileira: crianças, donas de casa, jovens não empregados, velhos sem aposentadoria, subempregados da economia informal, desempregados.

A percepção social da saúde como direito de cidadania é um dado novo na história das políticas sociais brasileiras. Cremos que essa percepção é fruto dos

movimentos sociais de participação em saúde da segunda metade dos anos 70 e do início dos anos 80.⁴ Nesse sentido, a própria reforma sanitária pode ser vista como um elemento novo no cenário político do país, um elemento instaurador de uma política de saúde institucionalmente inédita. Em outro sentido, o lema “Saúde, direito de cidadania, dever do Estado”, implica uma visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentende uma definição *afirmativa* (positiva), diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identifica saúde com ausência relativa de doença.

No contexto dessa nova definição, a noção de saúde tende a ser socialmente percebida como *efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência*, como expressão ativa - e participativa - do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestões de políticas institucionais etc. Assim, a sociedade tem a possibilidade de superar politicamente a compreensão, até então vigente ou socialmente dominante, da saúde como um estado biológico abstrato de *normalidade* (ou de ausência de patologia).

Datada dos anos 80, a nova noção de saúde é muito recente na sociedade brasileira e ainda se restringe a grupos partidários e movimentos sociais de vanguarda. Mas a nova Constituição já incorporou uma definição próxima dessa noção. Além desse avanço, as lutas pelo acesso aos cuidados médicos, pela participação na gestão e na coordenação dos serviços pela não-privatização das instituições de saúde são, entre outras, importantes pontos que ultrapassam os marcos institucionais da política de saúde, atingindo os da política social como um todo.

Resta-nos examinar agora alguns desses pontos, no contexto do regime político dos últimos cinco anos, ditos de ‘transição democrática’. Entre esses pontos, convém ressaltar aqueles que, apesar de serem temas recorrentes na história das políticas de saúde do Brasil, foram *redefinidos* na conjuntura atual, num sentido que poderíamos qualificar de original e ou mesmo de inédito. Dentre eles, comentemos os mais importantes:

1 - A reforma sanitária

A questão da reforma sanitária e de seu papel no estabelecimento de uma ordem social democrática contribuiu para transformar a política de saúde em

4. Ver MATTOS A.M., “Participação popular ou cidadania regulada - movimentos populares pela saúde no Rio de Janeiro, (1980-1988)”. Dissertação de mestrado em Ciências Sociais, UFRJ, 1990.

elemento fundamental na conjuntura de estabilização da ordem política. Possível elemento inaugural de um novo contexto institucional, a reforma sanitária se tornou um tema original face à história das políticas sociais no Brasil. Neste sentido, ela representou uma exigência de mudança estrutural, determinada pelo conjunto da sociedade civil, mais do que uma simples reivindicação de vanguardas políticas. O próprio movimento social a apoiou, e vários atores políticos a consideraram como tema prioritário de discussão das políticas públicas.

Opor-se à reforma ou negar a necessidade de implantá-la era opor-se à realização da transição política, pois um regime democrático estável não poderia institucionalizar-se, ou *durar*, sem implantar políticas sociais capazes de liquidar a famosa 'dívida social histórica', freqüentemente mencionada nos discursos dos políticos brasileiros. No entanto, tanto no âmbito do Executivo, quanto no Legislativo, as oposições e os bloqueios a essas políticas sociais, inclusive as de saúde, permaneceram reais e atuantes, com tentativas de diluição e mesmo de rejeição de suas propostas.

Alguns pretenderam identificar líderes políticos e quadros intelectuais ligados à defesa das novas políticas a anarquistas, comunistas ou populistas, sinônimos, na tradicional linguagem conservadora brasileira, de elementos perniciosos, interessados na destruição da ordem estabelecida. Essa tendência exprimia uma *estratégia de negação* das mudanças reais, propostas nas transformações das políticas sociais em geral e de saúde em particular.

Apesar dessas estratégias de resistência às transformações, podemos assinalar, nos últimos cinco anos, dois eventos institucionais muito importantes durante o período da chamada Nova República: a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília em 1986, reunindo cerca de quatro mil pessoas para discutir a reforma sanitária a ser implantada pelo governo, e a instalação da Assembléia Nacional Constituinte, um ano após, que deveria incluir os princípios fundamentais da reforma sanitária na nova Constituição brasileira, finalmente sancionada em 1988. Durante esses eventos, foram praticamente unânimes os posicionamentos a favor de uma reforma sanitária em caráter de urgência.

A discussão dos caminhos e diretrizes da reforma continuou ao longo dos anos 1987 e 1988, envolvendo diversos grupos de esquerda, contra conservadores neoliberais. As divergências eram nítidas, não apenas entre esses grandes setores de base, mas também entre os grupos de esquerda, que competiram muitas vezes por posições e situações de controle dentro do aparelho de Estado, numa aparente 'guerra de posições' autofágica, sempre em nome de *projetos* ou *princípios* discordantes. Repetindo a história das políticas sociais, nessa conjuntura os setores da esquerda brasileira raramente conduziram estratégias ou políticas de aliança que sistematicamente preservassem um projeto comum, ou que superassem rivalidades

e competições que, às vezes, não expressavam nada além de interesses de grupos ou ambições pessoais.

As discussões se acirraram sobretudo em torno de questões fundamentais, como finalidades, diretrizes e métodos da reforma sanitária, e estratégias e táticas necessárias para assegurar a irreversibilidade de suas conquistas. Grande parte das divergências aparecem no tratamento desses pontos mais gerais, mas também houve casos mais específicos, concernentes a conteúdos dos programas, diretrizes e prioridades a atingir com a reforma.

Daqui por diante, trabalharemos com esses pontos mais específicos.

2 - A unificação institucional dos serviços de saúde

Este é um dos pontos específicos que sempre esteve no centro das discussões dos últimos anos, desde o início da década de 1980. Trata da unificação das instituições e serviços de cuidados médicos em um só Ministério da Saúde, que deveria ser o responsável, o condutor, o gestor e o principal executor da reforma sanitária e de toda política de saúde.

Aqui, também encontramos um tema recorrente no debate das políticas de saúde, em diversas conjunturas institucionais. Trata-se do delicado problema da distribuição - ou da concentração - do poder institucional, pois é nesse nível que se discutem as competências, as responsabilidades, as direções e os encargos - conseqüentemente, os *cargos* - políticos no setor. Essa repartição do poder institucional levanta questões já tradicionais no Brasil, relativas ao *poder* e sua natureza - grau de personalização, concentração, centralização etc - na ordem política brasileira.

O tema da unificação institucional de serviços de saúde reapareceu, mas trouxe dados novos que podem situá-lo como um elemento interessante para a compreensão da conjuntura de 'transição democrática'. Entre eles é necessário sublinhar a possibilidade de superação da dicotomia, presente no modelo atual, entre saúde pública e atenção médica curativa, e a construção de um modelo integrado de medicina preventiva e cuidados médicos individuais previdenciários. Essa superação, inédita e possível, dependeria de uma *real integração* das instituições ligadas aos ministérios ligados à questão da saúde (basicamente os ministérios da Saúde e da Previdência Social). Evidentemente, um simples decreto não supera mais de cinquenta anos de dicotomia de modelos e instituições médicas.

Deve-se sublinhar também que a unificação institucional do setor abriria a possibilidade de superar a justaposição, repetição, ineficácia e competição de programas e serviços de saúde, bem como de controlar financeiramente serviços e programas de saúde, ainda que no simples nível da contabilidade. Tudo isso depende da existência de comando real e vontade política.

Finalmente, deve-se assinalar a possibilidade da retomada, pelo Estado, da direção da política de atenção médica previdenciária. É verdade que somente uma gestão democrática das instituições e dos programas - o que não se confunde com uma gestão simplesmente estatal - pode resistir às pressões dos *lobbies*, das 'clientelas' e dos grupos populistas, ainda muito fortes em nossa estrutura institucional, na saúde como em outros setores das políticas sociais.

Todas as possibilidades de mudança institucional se chocam, portanto, contra velhas resistências instaladas nos aparelhos estatais. Não se deve esquecer, tampouco, os grandes interesses econômicos e sociais já mencionados neste trabalho, tanto internos quanto externos à área.

Apesar de todos os obstáculos, em 1987 venceu a tendência para a unificação dos serviços institucionais de saúde, com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) na Previdência Social. Com a nova Constituição, isso foi confirmado, através da proposição do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas, ainda assim, permanece problemática, até hoje, a efetiva distribuição do poder institucional, seja do Estado em relação à sociedade civil, seja dos grupos políticos historicamente divergentes, presentes nas instituições, que reivindicam sua parcela de poder nas decisões e orientações fundamentais da política de saúde no novo regime democrático.

3 - A descentralização dos serviços de saúde

Apesar da recorrência histórica do tema da descentralização, que desde o final do último governo Vargas, nos anos 50, aparece freqüentemente nos discursos reformistas da política de saúde, pode-se destacar fatos novos que contribuem para uma redefinição desse tema na atual conjuntura. Entre eles, citemos em primeiro lugar o de uma nova visão da descentralização institucional como *desconcentração efetiva de poder*, ao menos entre setores mais avançados politicamente nas instituições de saúde e na sociedade civil organizada (associações comunitárias e profissionais, sindicatos e movimentos sociais referentes à saúde). Como consequência dessa visão, cresceu a percepção social da necessidade de transparência nas decisões do setor público.

Deve ser citado ainda que profissionais da área de saúde reivindicam uma transferência efetiva de responsabilidade, com poder de decisão, para estados, municípios e distritos, contrariando a tendência centralizadora, historicamente dominante desde o início do século.

Com essas novas visão e percepção sociais da descentralização institucional em saúde, tem-se a possibilidade de superar a concepção puramente geopolítica do processo e a tendência a limitar a descentralização aos aspectos meramente executivos da política institucional. Tratava-se, no entanto, de um grande desafio

político. Para evitar esses limites, o projeto de reforma sanitária propunha, em 1986, baseado na experiência das Ações Integradas de Saúde, de 1983, a criação de “conselhos municipais” e “interinstitucionais” de gestão dos serviços de atenção médica. Esses conselhos supunham participação popular, através de representantes da “comunidade organizada”, no planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde. Em termos de discurso institucional, pode-se dizer que se trata de um fato novo, original na história das políticas de saúde. Esses fatos, aliados à orientação prevista de tomar como base experiências-piloto locais (em vez de partir de uma norma central niveladora e imperativa, como é habitual nas políticas sociais brasileiras) recolocaram, a nosso ver, o tema da descentralização no contexto da atual conjuntura de transformações políticas no Brasil. Eles supõem, de fato, um lugar realmente importante para a política de saúde no projeto de democratização de nossas políticas sociais e, indiretamente, no processo de democratização da ordem política brasileira como um todo.

4 - A hierarquização dos atos e serviços de cuidados médicos

A hierarquização dos atos médicos segundo sua complexidade e especialização e a prioridade a ser dada a cada um, desde os mais simples e gerais aos mais complexos e especializados, também constitui um tema recorrente na história das políticas brasileiras de saúde. De fato, a priorização dos cuidados médicos ditos primários, mais necessários à maioria da população-alvo das instituições públicas de saúde, por oposição aos cuidados mais sofisticados, ditos terciários, mobilizou o debate institucional a partir dos anos 60. Conduzido sobretudo pelos médicos ligados à saúde pública e à medicina social, esse debate tocou também os clínicos dos hospitais gerais públicos e alguns liberais ligados à Previdência Social. Todos eles reivindicavam prioridade para os cuidados primários, integrados aos secundários e mesmo, no caso de certas patologias crônicas e das emergências, aos cuidados hospitalares terciários.

A hierarquização dos cuidados médicos dispensados pelos grandes hospitais, altamente especializados, tem duas significações institucionais que convém distinguir. A primeira é relativa ao estabelecimento da prioridade aos atos médicos generalistas, levando-se em consideração as necessidades mais imediatas de atenção médica da maioria absoluta da população.

Essa orientação se opõe à tendência historicamente dominante na medicina científica moderna, que privilegia a sofisticação técnica desde o início da intervenção médica, que se torna altamente especializada e voltada para a novidade (ou a raridade) das patologias, em detrimento das doenças banais da população, dos doentes como seres humanos que sofrem e dos tipos de patologia mais comuns.

A segunda significação é relativa à reestruturação dos serviços médicos e à organização de um sistema unificado e integrado de cuidados institucionais, coerentes com a nosologia da população, sobretudo desse setor majoritário da população atingido por condições de vida muito desfavoráveis.

Na conjuntura que prevalece nos últimos cinco anos, o tema da hierarquização levanta também a discussão do problema da qualidade dos cuidados médicos institucionais voltados para a população designada como 'de baixa renda'.

Compreendendo as diferentes corporações profissionais envolvidas (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas), associações de moradores, sindicatos e setores de partidos políticos progressistas, o movimento social centrado na questão de saúde colocou em questão, desde o advento da Nova República, em 1985, qualquer projeto de organização de uma rede de cuidados baseada em 'atenção primária', supondo uma *medicina primária* que se limitasse a ser uma medicina pobre destinada aos pobres.

Além disso, o tema da hierarquização dos cuidados médicos coloca o delicado problema da relação médico/paciente e, por extensão, o problema - atualmente crítico - da relação instituição médica/clientela, debatido desde o final dos anos 70.

Na segunda metade dos anos 80, na conjuntura de transição do regime político, sindicatos, associações e profissionais ligados à questão da saúde, bem como partidos políticos, discutiram seriamente as relações entre instituições e profissionais de saúde, de um lado, e profissionais de saúde e população-alvo de outro. A consciência da necessidade de democratizar essas relações cresceu em vários fóruns de discussão (seminários, encontros, congressos e na própria VIII Conferência Nacional de Saúde). *Se avançar*, esta consciência pode tornar-se uma das alavancas da democratização das políticas de saúde.

5 - A participação popular nos serviços de saúde

Um quinto tema historicamente recorrente nas políticas de saúde do Brasil é o da participação popular (ou comunitária) nos serviços públicos. Esse tema está presente em todas as discussões referentes à reforma institucional da saúde a partir da década de 1960, embora já se falasse em 'participação comunitária' nos anos 50.

A discussão atual, entretanto, apresenta um aspecto inédito, quando busca superar a categoria 'participação comunitária', herdada dos discursos desenvolvimentista e populista, que tinham como objetivo conseguir a adesão da população-alvo aos programas a ela destinados. Esses programas eram geralmente elaborados por uma tecnoburocracia que, às vezes, pretendia ser de 'esquerda', mas que tinha uma prática institucional tão autoritária quanto a burocracia de 'direita'.

A participação popular reivindicada pelo movimento social ligado à saúde nos últimos cinco anos propõe medidas a serem tomadas pelo Estado, no sentido

de garantir a democratização das decisões nos níveis do planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços e programas de saúde. Os conselhos integrados de saúde, compostos por representantes das instituições públicas e privadas, assim como por delegados de sindicatos e das associações comunitárias, deveriam ser, em princípio, a base da pirâmide institucional, a partir da qual se organizaria a política de saúde, e à qual deveria se submeter o alto da pirâmide. Apesar de questionado pelos setores de vanguarda do movimento popular em saúde⁵, esse projeto de participação defrontou-se com obstáculos praticamente insuperáveis. Além dos inevitáveis interesses e orientações políticas divergentes - alguns antagônicos - há a secular tendência à centralização e à concentração do poder institucional. Além disso, permanece sempre o poderoso obstáculo dos núcleos de clientelismo e populismo incrustados nas instituições de saúde há mais de meio século.

Apesar de tudo, algumas experiências localizadas desenvolveram-se e se mantiveram, a partir da 'abertura democrática', nos anos 80, quando governadores eleitos por partidos progressistas encorajaram a discussão e a inovação institucional por parte dos atores políticos em presença. Nessas experiências reside, talvez, um dos pontos de esperança para a transformação das políticas de saúde no Brasil, que pode originar resultados positivos para a transformação da ordem brasileira numa verdadeira ordem institucional democrática, na qual os direitos sociais de cidadania sejam finalmente respeitados.

Esse ponto suscita, como aliás todos os outros examinados, muitas controvérsias e resistências institucionais, ainda que seja pela inércia secular da máquina burocrática republicana. Esta continua a seguir uma lógica social bastante conservadora, avessa a mudanças, que pouco se preocupa com a necessidade de transformação das políticas de saúde exigidas por um 'regime' de democratização social e de afirmação dos direitos de cidadania.

Entretanto, para não cair no logro da escolha de um bode expiatório, é preciso lembrar que a 'máquina burocrática' é apenas um dos entraves à transformação da ordem política brasileira. A complexidade e a diversidade desses entraves, bem como a continuidade e a recorrência de seus traços, constituíram o núcleo central das preocupações dessas "Notas sobre as políticas de saúde dos anos 80". No momento atual, em que um novo governo, eleito pela primeira vez em trinta anos, parece querer apagar os traços e temas da política de saúde, passando por cima da história, essas Notas tornam-se mais que um rescaldo da década passada. Elas podem ser um lembrete: pretende apagar as pegadas da história está condenado a repeti-la, como farsa ou como tragédia.

5. Ver MATOS M. A., *op. cit.*

RESUMO

Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática”- anos 80

As políticas de saúde dos anos 80 constituem o núcleo temático do artigo, analisando-se nelas os traços emergentes, *conjunturais*, e os traços repetidos, continuados, *estruturais*. Para apreender as continuidades nos discursos e nas práticas de saúde, analisam-se diversas conjunturas que precedem a dos anos 80, desde a Primeira República até a conjuntura da ‘abertura democrática’, no final dos anos 70 e início de 80. Entre esses temas devem ser salientados a reforma sanitária, a unificação de serviços de saúde, a descentralização e desconcentração institucional, a hierarquização de atos e serviços médicos e a participação popular em serviços de saúde.

ABSTRACT

Notes on Health Policies in Brazil under Democratic Transition - The 1980s

Brazilian health policies in the 1980s form the central theme of this article, which analyzes the policies emergent traits (*conjunctural*) and repeated, constant traits (*structural*). With the purpose of discerning continuities in health discourses and practices, a number of historical moments leading up to the 1980s are analyzed, from the First Republic through the democratic *abertura* (opening) that occurred at the end of the seventies and beginning of the eighties. The topics of sanitary reform, the unification of health services, institutional decentralization, the organizational ranking of medical acts and services, and popular participation in health services are highlighted.

RESUME

Notes sur les Politiques Sanitaires Bresiliennes de la “Transition Democratique” des Années 80.

Les politiques de la santé des années 80 constituent le noyau thématique de cet article. L’auteur en analyse les traits passagers, *conjuncturels* et les traits itératifs, habituels, *structurels*. Dans le but d’appréhender les constantes des discours et des pratiques liés à la santé, elle analyse plusieurs conjonctures antérieures aux années 80, depuis la Première République jusqu’à “l’Ouverture Démocratique” à la fin des années 70 et au début des années 80. Parmi les thèmes soulevés, il faut souligner ceux de la réforme sanitaire, de l’unification des services de santé, de la décentrali-

sation, de la déconcentration des institutions, de la distribution hiérarchisée des actes et des services médicaux, et de la participation populaire à la gestion des services de santé.