

Como quase toda crítica, este trabalho não deu conta de compor um projeto sanitário alternativo ao criticado. Aparecem indicações, caminhos a serem explorados. De qualquer forma, pretendi apenas estimular o debate entre a Esquerda, numa tentativa de acelerar o angustiante tempo histórico necessário à superação dos nossos impasses teóricos.

Pasta Nº 80
Nº de Fls 10 Nº Artigo 3
Páula 7

In. Campos, G. W. de S. A saúde Pública
e a defesa de vida.
São Paulo: Ed. Hucitec, 1997.

4

OS SANITARISTAS ENQUANTO INTELECTUAIS DA DEMOCRATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

SANITARISTAS: TÉCNICOS MODERNOS E FUNCIONAIS À estrutura que presta atenção médico-sanitária, ou intelectuais tradicionais e, portanto, um estorvo à Reforma Sanitária?

Sanitaristas: conservadores tecnócratas integrados ao autoritário aparelho de Estado brasileiro ou intelectuais a serviço da transformação democrática e social do Brasil?

Nos últimos anos, diferentes respostas têm sido dadas a estas questões; via de regra, fundadas em conveniências de momento, sem que sejam buscadas as determinações estruturais e históricas que expliquem a inserção social e a adesão desta categoria profissional a eventuais projetos políticos.

Neste capítulo, procurarei situar os sanitaristas como parte da tecnoburocracia do Estado, como intelectuais encarregados de operar uma determinada política social. Política esta, por sua vez, produto de conflituosas relações sociais e, em decorrência, construída a partir da intervenção de diversos sujeitos ou atores políticos, todos com distintos projetos e objetivos. Entre estes atores, incluem-se os próprios sanitaristas, aqui entendidos como agentes e, ao mesmo tempo, como instrumentos utilizados por outras forças ou classes sociais no processo de construção de sua hegemonia, no caso através da elaboração de políticas de saúde (1).

A partir destas referências tentarei realizar uma análise do papel dos sanitaristas na história brasileira recente, sem se tomar, *a priori*, qualquer modelo de atuação profissional como sendo um manual de regras e condutas consideradas adequadas, e a partir do qual eu realizaria meus juízos de valor. Não será este o caminho metodológico utilizado para o esta-

belecimento de comparações: tentarei identificar, sim, em que medida a prática desta categoria serve aos interesses de manutenção e reprodução dos atuais padrões de dominação capitalista, ou se, ao contrário, contribui para a consolidação de uma nova política, de outra ideologia, que procure um outro reordenamento social e econômico.

OS ANOS SETENTA

Identifica-se, na década de setenta, uma tendência do Estado brasileiro de buscar mecanismos que viabilizassem uma reforma dos serviços de saúde. O novo surto de desenvolvimento econômico, ocorrido após a recessão que se seguiu ao golpe de 1964, colocara novos desafios ao poder público. A necessidade de estender a assistência médica individual, a custos baixos, à maioria da população brasileira, passaria a ser uma das linhas mestras da política de saúde oficial.

Ao mesmo tempo, tornara-se inadiável a superação da proverbial incapacidade da Saúde Pública de controlar os principais problemas coletivos de saúde. Mesmo porque com a epidemia de meningite do início dos anos setenta, com o "descontrole" dos indicadores de mortalidade infantil — que teimavam em crescer apesar do "milagre econômico" —, e com a persistência e até mesmo a expansão das grandes endemias, tornava-se evidente a debilidade da teoria que imaginava o desaparecimento destes problemas como uma decorrência direta do crescimento econômico, segundo, inclusive, previa a teoria do ciclo vicioso da pobreza e da doença, largamente adotada pelos sanitaristas do período anterior (2).

Estes foram também os anos da "abertura lenta e gradual", política de sobrevivência articulada pelas classes dominantes visando assegurar uma transição controlada e limitada do autoritarismo militar a um regime civil de maiores liberdades, sem alterar, contudo, os privilégios econômicos das classes que compõem o bloco dominante.

A esta análise interessa, particularmente, a rearticulação, na segunda metade daquela década, da luta dos trabalhadores, do movimento popular e da oposição liberal-democrática. Dentre outros temas, o da saúde teve certo destaque, chegando-se mesmo à elaboração de uma crítica à política oficial e de um programa alternativo para uma reforma sanitária democrática. O Estado autoritário viu-se obrigado a responder politicamente a estas iniciativas, uma vez que era cada vez menos eficaz a utilização pura e simples dos mecanismos de repressão (3).

Neste contexto, implementou-se uma série de medidas objetivando tornar as ações de saúde mais abrangentes, racionais e modernas, sem que com isso se alterasse o padrão privatista, curativo e mercantilizado em que eram produzidos os serviços de saúde. Imaginavam democratizar o acesso ao sistema, resolver os problemas de saúde mais urgentes e, ao mesmo tempo, resguardar os interesses do complexo médico-industrial. Não que estes diferentes objetivos — obviamente antagônicos — fossem simultaneamente atingíveis, mas o que se está apontando aqui é que a política oficial desse período, pelo menos enquanto discurso, pretendia conciliar estes diversos propósitos.

Assim, voltou-se a considerar como relevante, pelo menos ao nível dos projetos e das declarações públicas de autoridades do setor, a atuação no campo da Saúde Pública, ainda que, apesar das declarações de apreço às ações coletivas, não tenha ocorrido nenhuma reestruturação significativa de gastos orçamentários, visto que era adotada uma concepção bem restrita de quais seriam estes problemas coletivos e dos meios para controlá-los. A saber: preocupava-se com a extensão dos programas materno-infantis, da cobertura vacinal, com a produção e distribuição de imunobiológicos e fármacos. Nova ênfase foi dada à vigilância epidemiológica, aos subprogramas de controle da tuberculose, hanseníase, esquistossomose etc., medidas estas que objetivavam atenuar o peso que as doenças transmissíveis ainda tinham na morbimortalidade brasileira.

No desenvolvimento de recursos humanos ressaltou-se a renovação/criação de Cursos de Saúde Pública e de formação de pessoal técnico de enfermagem, considerados estratégicos à modificação da eficácia dos desmoralizados e desacreditados serviços de Saúde Pública (4).

No Estado de São Paulo, esta política implantou-se de forma marcante, chegando mesmo a acontecer alterações na máquina administrativa da Secretaria de Estado da Saúde que podem ser consideradas inusitadas para os padrões brasileiros. A principal novidade, entre os paulistas, foi que se delegou aos médicos sanitaristas poder administrativo e gerencial para além de suas tradicionais funções técnicas. Ou seja, com intuito de superar o emperramento e a inoperância dos Centros de Saúde e da estrutura responsável pela Saúde Pública, o governo estadual consentiu em abdicar da indicação dos chefes e dos coordenadores dessas unidades, passando o provimento destes cargos a depender de critérios técnicos, de concurso e de escolha pública.

Mais tarde, estes mecanismos foram estendidos até os níveis de gestão regional — o dos então denominados Distritos Sanitários. Estas normas, de fato, dificultavam o jogo clientelístico que usualmente se desenvolve quando da escolha e do exercício das funções desses agentes públicos, freqüentemente vistos pelas autoridades como "servidores" da vontade "soberana" do Poder Executivo. Contribuiu para acentuar mais ainda a autonomia técnica desses profissionais o grau de estabilidade assegurado ao sanitarista no exercício de suas funções, comparável, talvez, apenas ao dos magistrados. Em caso de conflito, entre estes técnicos e o Poder Executivo, entre a sua atuação profissional e interesses imediatos de forças dominantes, fazia-se agora necessária a institucionalização de outros mecanismos para a resolução dessas pendências que não a simples substituição desses funcionários, como ainda é rotina no Brasil (5).

No Nordeste, no norte do Estado de Minas Gerais, neste mesmo período, desenvolveram-se programas de extensão da

medicina comunitária a contingentes populacionais com problemas de saúde gravíssimos e não atingidos pela expansão da assistência médico-hospitalar sustentada pela Previdência Social (6). O planejamento, a execução e o comando destes programas foram também delegados aos sanitaristas, que, dentro dos limites impostos pelo desenho inicial de cada projeto, desfrutaram também de um razoável grau de autonomia.

Caberia, no entanto, indagar em que medida este poder "sanitário", delegado a esses grupos técnicos é a uma certa fração da categoria médica, foi exercido. E, ainda, para o desenvolvimento de que tipo de ações foi esta parcela do poder outorgada?

Esperava-se, centralmente, que estes novos dirigentes levassem a cabo, com um novo grau de eficiência, os Programas de Saúde das instituições, voltados, em sua essência, para agravos médico-sanitários prevalentes entre estratos marginalizados da população. Priorizava-se a diminuição da mortalidade infantil, através de projetos de suplementação alimentar, vacinação em massa e da extensão de outros procedimentos próprios da puericultura. Implementavam-se, também, ações supostamente capazes de controlar as principais endemias e de melhorar a atenção à gestante. Em síntese: atribuíam-se às unidades sanitárias e aos seus dirigentes papéis tradicionalmente desempenhados pela Saúde Pública.

Dentro desta discussão, vale a pena ressaltar que estes serviços, então dirigidos segundo normas consideradas "modernas" e "racionalistas" do ponto de vista técnico e não mais de acordo com o jogo menor do fisiologismo, constituíam uma parte muito pequena do chamado "Sistema de Saúde", não produzindo mais do que 4% dos serviços executados pelas instituições de saúde e nunca recebendo parcelas maiores do que 4% dos orçamentos públicos. Ou seja, a reorganização desses Centros de Saúde, naquela época, não representou uma alteração do padrão hegemônico de produção de serviços de saúde.

Estas considerações são importantes porque esclarecem parte das razões que levaram alguns governos a aceitar o

avanço da autonomia política de técnicos que operavam em seu interior. Aceitava-se uma atuação profissional autônoma, porém destinada exclusivamente a "resolver" problemas sanitários decorrentes da miséria, através de procedimentos e de técnicas médicas ou epidemiológicas, porquanto era reconhecida também a "convivência inevitável", por longo tempo, com as causas estruturais e, portanto, com os efeitos morbigênicos da miséria.

Em certa medida, este foi, de fato, o padrão predominante de intervenção dos sanitaristas; de resto, era este o campo de atuação desta rede de serviços. Embora, formalmente, os sanitaristas fossem autorizados a atuar sobre o meio ambiente e sobre as condições de trabalho, e tivessem competência para fiscalizar o exercício médico-profissional e até o funcionamento dos serviços privados de saúde, em poucas ocasiões este poder foi integralmente exercido. E não o foi por inúmeras razões: quer por falta de recursos humanos e técnicos, quer por falta de incentivo ou até mesmo de respaldo político dos níveis centrais de poder, mas, principalmente, porque não eram estas as prioridades definidas nos programas oficiais das instituições públicas de saúde.

Desta forma assistimos, em alguns estados, ao florescimento de experiências avançadas de direção técnico-administrativa de unidades ou até de redes regionais ou estaduais de saúde (7), calcadas na competência profissional, na descentralização de decisões e no planejamento de ações médico-sanitárias. Tudo isto ocorrendo no seio de um Estado autoritário que tinha no clientelismo um de seus modos importantes de prática política.

Contudo, em várias dessas experiências, a atuação dos sanitaristas, em alguns campos, transcendeu os limites projetados pela política oficial. Um desses novos espaços construídos foi o da atuação em secretarias municipais de Saúde que, em várias localidades, permitiu a experimentação de modelos alternativos para a organização dos serviços de saúde, em geral influenciados pelos preceitos da medicina co-

munitária e pelas recomendações da OMS, relativas ao desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.

Outro destes campos, onde a atuação dos sanitaristas não se ateu aos ditames oficiais, foi o da sua participação destacada na organização de movimentos de funcionários públicos. Aqui, conseguiram, direta ou indiretamente, pesar significativamente na criação de movimentos associativos e sindicais de várias categorias de trabalhadores de saúde (8), para o que contribuiu um somatório de características especiais destes técnicos: o seu recorte político-ideológico diferenciado (9), a maior estabilidade e segurança no emprego, e, finalmente, a posição hierárquica de mando ocupada por estes mesmos profissionais, via de regra dirigentes e líderes do campo técnico que assumiram as lutas corporativas de seus comandados ou de seus companheiros de trabalho. Recentemente, com a consolidação das associações de funcionários e dos sindicatos médicos, esta influência é declinante.

Uma terceira linha de atuação político-profissional que frequentemente extrapolou os limites do oficialmente programado foi a articulação de parcela desses técnicos com movimentos populares, sindicatos de trabalhadores e até mesmo com partidos políticos. Exemplos significativos são o "Movimento Popular de Saúde da Zona Leste de São Paulo, Capital", e os vários Programas de Saúde do Trabalhador implementados em conjunto com o movimento sindical em várias localidades do Brasil.

E, finalmente, cabe destacar que o movimento sanitarista conseguiu, aproveitando-se de contradições existentes em nível do próprio aparelho estatal e de sua grande capacidade de iniciativa para criar foros autônomos de discussão e de elaboração de políticas, articular projetos de reorganização dos serviços e das práticas sanitárias. Propostas estas que transcendiam o tradicional campo da Saúde Pública e diziam respeito aos mecanismos de financiamento, compra e de produção de serviços de saúde de todo o sistema, até mesmo do setor privado; enfim elaboravam, paulatinamente, novas

orientações de política de saúde. Foram os casos das propostas do PIASS, do PREV-SAÚDE e, posteriormente, do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, transformados, em diferentes circunstâncias, em políticas oficiais que nem sempre conseguiram implementar-se completamente — é bom que se frise —, mas que deram o tom do debate a esta época.

OS ANOS OITENTA: GOVERNOS PEMEDEBISTAS E A NOVA REPÚBLICA

No início dos anos oitenta, estando o PMDB à frente da maioria dos governos estaduais, verificaram-se avanços localizados do movimento de trabalhadores da saúde. Interessa-nos, aqui, fazer referência especial ao componente deste movimento, que buscou a democratização dos mecanismos de gestão e de escolha de dirigentes de serviços de saúde, particularmente dos grandes hospitais públicos. Em São Paulo e no Rio de Janeiro, por exemplo, realizaram-se inúmeros processos eleitorais, quando médicos e outros profissionais escolheram, a partir de determinados pré-requisitos técnicos, os dirigentes de vários hospitais, até mesmo daqueles de maior renome, como o Hospital das Clínicas e dos Servidores do Estado. Durante o governo de Franco Montoro em São Paulo (1982 a 1986), todas estas indicações foram confirmadas pelo Poder Executivo.

Ao mesmo tempo, parecia que tendencialmente ampliavam-se os instrumentos de controle social sobre os serviços de saúde. Não só eram criados, em geral de forma ofíciosa, Conselhos Administrativos e Técnicos, compostos pelos próprios trabalhadores de saúde em cada local de trabalho, como também crescia, em quase todo o Brasil, o Movimento Popular por Saúde e, em consequência, o número de Conselhos de Usuários, formados a partir de iniciativas da sociedade civil e estimulados por direções de nível local das unidades de saúde. Nessa época, tanto no Ministério da Previdência

e Assistência Social como em alguns governos de estados, chegou-se a regulamentar, através de decretos, a criação desses Conselhos (10).

Nestes casos, a dinâmica do movimento social colocava novas formas para a escolha de dirigentes e para a gerência de serviços de saúde, que nem eram fundadas no tradicional esquema político-partidário nem prendiam-se, exclusivamente, a pré-requisitos técnicos. Estas experiências, de certa forma, poderiam contribuir para ampliar e processo de democratização dos mecanismos de direção das unidades de saúde, uma vez que eram movimentos de trabalhadores de saúde pública e de setores das forças populares, ao contrário das experiências institucionais, voltadas quase que exclusivamente para os aspectos de cunho mais técnico e administrativo, e com forte conteúdo corporativo, permitindo a cristalização de uma categoria permanente, e portanto tendente ao conservadorismo, de burocratas dirigentes — como era, em alguns aspectos, a Carreira dos Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo (11).

O Movimento Sanitário, ao longo da década de oitenta, não soube, ou não quis tentar uma síntese entre essas duas linhas de democratização da gestão dos serviços de saúde. Em quase que nenhum momento, a não ser enquanto experiências isoladas e minoritárias, buscou-se institucionalizar os Conselhos de Gestão — oficiosamente constituídos por funcionários e populares em vários locais do país —, como também não apostou na oficialização dos processos eleitorais de escolha, que, a partir de 1982, passaram a acontecer em vários hospitais ou em serviços com grande número de servidores (12).

Seria ingenuidade imaginar que tais processos fossem facilmente incorporados pelas autoridades dos governos dos estados ou de municípios, como de fato não o foram. Contudo, é criticável a postura do Movimento Sanitário, que sequer tentou instituir legalmente esse tipo democrático de gestão, continuando a falar de democratização a partir de sua

ótica particular, ou seja, a da preservação de carreiras e de defesa de interesses imediatos, sem conseguir incorporar as experiências democráticas que o movimento médico, dos profissionais de saúde e mesmo o popular, vinha criando.

Além desses aspectos, a incorporação da assistência individual e curativa às redes de Saúde Pública, principalmente a partir de quando esta orientação se tornou política oficial, primeiro com as Ações Integradas de Saúde e depois através do decreto que criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (13), trouxe maiores complicações para o trabalho, para as carreiras e prerrogativas dos sanitaristas. Com a assinatura destes convênios e a criação de Comissões Interinstitucionais de Gestão, pelo menos mais dois atores governamentais passaram a intervir na política de gerência dos sistemas locais de saúde: as prefeituras e o Inamps.

A cultura dessas duas instituições não incluía o acatamento de critérios técnicos, de concursos internos ou de escolhas diretas para preenchimento de cargos de direção. Ao contrário, via de regra estes cargos eram distribuídos como resultado de negociações entre forças partidárias e grupos influentes em cada região, passando ao largo da questão da legitimidade técnico-sanitária destes dirigentes.

Estas políticas previam, também, a modificação do perfil das unidades sanitárias, que além das tradicionais atividades dos Programas de Saúde Pública deveriam, então, prestar atendimento médico individual, supostamente substituindo os Prontos-Atendimentos privados contratados pelo Inamps, na ocasião em crise de insolvência financeira e necessitando encontrar novas alternativas assistenciais, mais baratas e que não interrompessem a prestação de serviços aos previdenciários.

Esta transferência do atendimento básico, de nível ambulatorial, dos serviços particulares para os centros e postos de saúde, deveria implicar economia de divisas para a Seguridade Social, mas exigia uma recomposição dos métodos organizativos dessas unidades e o repasse para as prefeituras

e estados de parte dos recursos que o Inamps anteriormente gastava com este tipo de atenção. Previa-se, ainda, a descentralização das responsabilidades pela gestão de hospitais e serviços do Inamps, que passariam aos estados e municípios, bem como atribuíam-se às secretarias estaduais a coordenação de todo o sistema de saúde do estado e regiões, até mesmo da parcela dos serviços médico-hospitalares e dos recursos envolvidos nesta área.

Estas medidas ampliaram o campo de atuação e o volume de recursos financeiros à disposição de instituições habitadas a trabalhar com verbas pequenas e, exclusivamente, no campo das ações tradicionais de Saúde Pública.

Todas essas alterações, decorrentes da reorganização da política nacional de saúde, embora não tendo um impacto importante na qualidade dos serviços oferecidos à população, transformam a função e o papel das secretarias estaduais, das regiões ou distritos de saúde e dos municípios. Houve uma ampliação de parcela do poder destas instâncias, aumento da quantidade de recursos financeiros e maior possibilidade de influência na definição das políticas regional e local de saúde. Esta extensão de poder incluía até a decisão sobre credenciamento e compra de serviços ao setor privado.

Como decorrência, o controle dos postos de mando nas secretarias estaduais e nos municípios, como já vinha acontecendo no Inamps, passou a interessar a todas aquelas forças sociais que tinham objetivos imediatos a defender. Ou seja, na medida em que as secretarias de Saúde deixaram de fazer principalmente Saúde Pública e começaram a participar da elaboração de normas e regulamentação do complexo médico-hospitalar, passou a se refletir diretamente dentro do aparelho administrativo a luta entre várias alternativas de distribuição de recursos e entre inúmeras modalidades assistenciais possíveis. Assim, por exemplo, a disputa por um cargo de direção de nível regional ou municipal tem se tornado, ao mesmo tempo, um confronto entre diferentes propostas de relação entre o público e o privado.

Neste contexto, tornam-se mais inteligíveis as modificações e Reformas Administrativas levadas a cabo em várias secretarias de Saúde. Em São Paulo, no fim da gestão João Yunes (1986), e durante todo o governo de O. Quercia (1986/1991), em Minas Gerais e no Paraná, em diversas localidades, o Poder Executivo, ainda que usando pretextos administrativos, teve de quebrar ou diminuir a autonomia dos sanitaristas e das instâncias técnicas de poder, antes envolvidas com ações de Saúde Pública. Em geral, foram desorganizadas algumas carreiras porventura existentes, como em São Paulo (14), e passou-se a ter um maior cuidado com o provimento destes cargos de direção, predominando as designações políticas em detrimento de parâmetros técnicos, quase que instituindo a regra segundo a qual todos os cargos, desde os de direção de regiões aos do menor serviço, doravante, seriam considerados de provimento direto dos governantes, ou seja, de confiança.

Na verdade, essas medidas abriram caminho para um maior grau de controle privado sobre os serviços públicos, anteriormente com uma "autonomia relativa" mais ampla, mesmo porque não interferiam em áreas de interesse imediato dos grupos dominantes. Cabe assinalar que este tipo de privatização ocorreu, mesmo considerando que a política oficial de saúde dos anos oitenta tenha resultado em uma maior descentralização administrativa, concomitante a maiores transferências de recursos aos municípios e estados e até mesmo uma maior racionalidade operativa do sistema público. E isso aconteceu porque estas reformas não quebraram a hegemonia do projeto privado nem a predominância do enfoque curativo e medicalizante que ainda preside, em todas estas instâncias, a produção de serviços de saúde.

Tal situação decorre do fato de que não se alterou, na década de oitenta, a correlação de forças que determina a vigência de políticas de saúde. Os produtores privados, as correntes médicas neoliberais, detêm maior capacidade de influência nas instâncias do poder de Estado do que as forças

populares, fenômeno que, inclusive, tem limitado as possibilidades de implantação efetiva mesmo de objetivos previstos nos projetos oficiais de Reforma Sanitária (15).

Assim, quando o Poder Executivo, com o apoio explícito ou velado de setores do Movimento Sanitário, dificulta a participação popular, promove o afastamento de trabalhadores e dos profissionais de saúde da gestão do sistema, está, de fato, inviabilizando qualquer projeto de Reforma Sanitária, uma vez que este "vazio" político tenderia a ser imediatamente preenchido por forças que defendem a manutenção do atual *status quo* sanitário, advogando a privatização dos serviços de saúde e propondo um papel bastante restrito para a Saúde Pública e para o Sistema Único. Ao adotar este tipo de procedimento os governantes estariam, portanto, negando seu próprio discurso reformista, já que quase todos os governos desse período prometeram implantar um novo modelo de assistência médico-sanitária: o feitiço estaria se voltando contra os próprios feitiçeiros... Se é que, em relação a estes episódios, pretendeu-se mesmo realizar algum feitiço... seria o caso de se perguntar!

Os profissionais de saúde, os sanitaristas que pretenderem contribuir para o sucesso de uma Reforma Sanitária, terão de recolocar esta questão em outros termos. Como realizar uma reorganização do modelo de prestação de serviços de maneira que o acesso seja universal e a atenção equânime, sem ferir privilégios de forças interessadas na preservação do caráter mercantil da prática médico-hospitalar?

Como realizar uma Reforma Sanitária democrática sem se opor à ação patogênica do capital, quando este submete a força de trabalho a um grau extremado de exploração e deteriora as condições ambientais, em função de uma determinada dinâmica para assegurar maiores lucros, e também dificulta quase toda ação estatal de proteção ao consumidor e transforma a assistência médica em mercadoria submetida às leis de mercado e não às necessidades de saúde dos cidadãos?

Como realizar reformas desta qualidade sem se apoiar politicamente em forças interessadas em seu pleno desenvolvimento?

A atuação dos governantes e dos dirigentes da área da saúde tem objetivado sentido contrário a este acima descrito. As principais estratégias de governo têm se voltado mais para afastar do cenário político tanto os profissionais da saúde como as parcelas organizadas da sociedade civil, buscando apenas uma aprovação difusa e passiva às "benesses" porventura concedidas pelo poder público. Na verdade, tem ocorrido, de fato, um movimento que busca ampliar o poder do Executivo e instituir mecanismos autoritários de gestão, justificando tais medidas com base em argumentos técnico-administrativos e em nome de uma maior eficiência. Assim, esta ofensiva governamental e de setores vinculados ao projeto neoliberal para a saúde, contra a atuação autônoma dos sanitaristas, não é um fato isolado, e insere-se dentro de uma estratégia de impedimento do controle social sobre a coisa pública.

Recentemente, várias autoridades constituídas e alguns de seus assessores têm repetido, com frequência, lugares-comuns de fundo tecnocrático, com algum aparente embasamento em noções liberais, mas na realidade objetivando justificar a liberação do Executivo de qualquer forma direta de controle social. Toda pressão organizada posta entre diretrizes de governo e sua execução é considerada antidemocrática, um desrespeito aos milhares ou milhões de votos que eventualmente qualquer governante tenha recebido. Repetem um velho argumento do liberalismo tradicional, que imagina o exercício da democracia terminando com as eleições, a partir de quando o vencedor estaria autorizado a exercer imperialmente sua vontade, livre de qualquer deliberação coletiva e limitado apenas pelo espírito das leis.

Estes pretextos procuram negar validades aos mecanismos de democracia direta e de controle social sobre o Estado, instrumentos essenciais à democratização econômica, social

e política de qualquer país contemporâneo. Alegam que esta política conduziria ao predomínio de tendências corporativas dos funcionários sobre os interesses gerais das comunidades, e que o Poder Executivo, este sim, seria em princípio capaz de representar esses interesses gerais. Novamente, uma falácia liberal, que não se concretizou com esta singeleza em nenhum canto do mundo, é apresentada como justificativa para atos antidemocráticos de vários governos no Brasil. Este discurso, por surpreendente que pareça, é utilizado por intelectuais e governantes que se imaginam vinculados ao pólo progressista, social-democrata e até socialista de nossa sociedade.

OS SANITARISTAS ENQUANTO PARTE ESSENCIAL DE UM PROJETO DEMOCRÁTICO DE REFORMA SANITÁRIA

Neste contexto, pode-se considerar que a estratégia oficial do Estado brasileiro em relação aos sanitaristas é a que se convencionou denominar de "morde-e-assopra". Mordem, porque tentam quebrar a autonomia profissional dos especialistas em Saúde Pública, limitando as possibilidades de adoção de medidas técnicas que beneficiem o pólo dominado, o que tende a provocar uma separação entre estes intelectuais e os segmentos sociais interessados em reformas. Assopram, porque sempre estarão abertas as perspectivas para a cooptação daqueles que se subordinarem aos limites do projeto neoliberal para a saúde e às conveniências da lógica da máxima acumulação do capitalismo brasileiro.

Este projeto tenta reconduzir a Saúde Pública e, portanto, os sanitaristas ao seu papel tradicional, ou seja, o de desenvolver programas voltados para o controle de doenças de grande prevalência ou importância socioeconômica, deixando as questões da organização e financiamento do Sistema de Saúde, da avaliação e reforma da prática clínica, do remodelamento e humanização dos hospitais, para aqueles que "realmente entenderiam" destes assuntos — a saber, aos ideó-

logos da medicina privada. Não que as ações coletivas de saúde, de promoção e prevenção não constituam por si só um campo suficientemente importante e vasto a ser resgatado e reformulado no sentido de dar maior eficácia às práticas sanitárias. O que se está criticando é a reclusão do pensamento da Medicina Social, da Epidemiologia ou da Saúde Pública a este gueto, o que interessa muito aos defensores do atual *status quo* sanitário, ainda que à primeira vista este tipo de opção possa parecer uma forma radical de negação da medicalização e mercantilização dos serviços de saúde.

Concluindo, distinguem-se pelo menos dois caminhos que os sanitaristas podem trilhar, enquanto intelectuais que criam opções, realizam sínteses e operam sistemas de saúde. Um primeiro passa pelo reconhecimento da burguesia como uma força transformadora e iluminista, e, por isso, capaz de democratizar e humanizar o capitalismo brasileiro. Neste caso, os sanitaristas teriam o papel de articular um projeto específico para a saúde que se compatibilizasse com aquele mais geral de desenvolvimento socioeconômico, conforme ele é entendido pelas classes dominantes. A principal via de intervenção seria utilizar o próprio aparelho de Estado para realizar essas metas, tendo no "carreirismo" e no "entrismo" os modos privilegiados de atuação.

Outra alternativa, bem mais penosa, seria a de tentarem articular um projeto de saúde que subordine os interesses do capital, das corporações e de outras instituições privadas, aos interesses da maioria do povo e, particularmente, ao dos trabalhadores. Neste caso, teriam necessariamente de assumir o conflito, o confronto entre estes dois projetos, tanto no nível da sociedade como das instituições onde trabalhem. Teriam de recusar o confinamento, a reclusão, ao campo restrito da Saúde Pública tradicional, lutando pela criação de um sistema único que também incorporasse a assistência clínica individual, de maneira a reformulá-la para que de instrumento de controle social se transforme em estímulo para a formação de uma nova consciência sanitária e novos padrões de vida e saúde.

Significaria, ainda, lutar pela criação de mecanismos mais eficientes e democráticos de gestão, dando condições para a instituição do controle social sobre os serviços públicos, contribuindo para que a população venha a incorporar conhecimentos médicos e epidemiológicos. Implicaria participar da empreitada que procura vencer a alienação do trabalhador de saúde em relação ao seu objeto de trabalho, aos instrumentos e resultados de seu próprio trabalho, e que, entre outras soluções possíveis, procura envolvê-los com o planejamento e gerência dos serviços de saúde.

Por fim, não fugir ao conflito, social e historicamente necessário, significaria defender o trabalhador da ação predatória do capital, bem como o meio ambiente e a qualidade dos produtos consumidos pela população, questionando a postura conciliadora da Saúde Pública brasileira frente a estes problemas, em certa medida como reflexo à exagerada tolerância da legislação brasileira e do Estado sempre que o interesse privado choca-se com o coletivo, e, ao mesmo tempo, utilizando todos os mecanismos institucionais e políticos disponíveis para promover a defesa da vida.

Resumindo: a defesa de um espaço profissional para o sanitarista e a simples preservação de conquistas da área da saúde passam pela *ampliação do espectro de consignas e dos esquemas de aliança* do Movimento Sanitário, sendo que, afora isso, provavelmente, será a recomposição do modelo privatista e elitista de práticas médico-sanitárias, ainda que em moldes mais modernos e racionais.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Gramsci, A. *Antologia*. México, Siglo Veintiuno, 1970.
- (2) Luz, Madel T. *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1979; Braga, J. C. e Góes de Paula, S. *Saúde e previdência, estudos de política social*. São Paulo, CEBES-Hucitec, 1981.
- (3) Fernandes, Florestan. *Nova República?* Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1985.
- (4) Abramo, Zilah W. *Médicos-sanitaristas: 1976-1982, uma trajetória de con-*

- flitos. São Paulo, mimeo, 1984.
- (5) Eduardo, M. B. P. e Abramo, Z. W. *A prática dos sanitaristas e a configuração de um conflito*. São Paulo, mimeo, 1985.
 - (6) Cordoni Jr., L. *Medicina comunitária: emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira*. São Paulo, Tese Mestrado Med. Prev. USP, 1979.
 - (7) OMS. "Los métodos modernos de gestión y la organización de los servicios de salud". Genebra, *Cuadernos de Salud Pública*, número 55, 1974.
 - (8) Jacobi, P. e Nunes, E. *Movimentos populares urbanos, poder local e conquista da democracia*. Rio de Janeiro, Paz e Terra/CEDEC, 1981.
 - (9) Veja nota (5).
 - (10) Presidência da República. Decreto n. 92.702, de 21 de maio de 1986, Portaria Interministerial MS/MPAS/MEC de 7 de junho de 1984 e Resolução CIPLAN 6/84, de 3 de maio de 1984.
 - (11) Neste período foram elaboradas várias carreiras de sanitaristas, tanto ao nível do Ministério da Saúde, como em alguns estados, com destaque para a carreira instituída em São Paulo, durante a gestão do secretário da Saúde Walter Leser, em 1974.
 - (12) Um levantamento do material produzido entre 1975 e 1985 pela Associação dos Médicos Sanitaristas de São Paulo é bastante elucidativo dos temas predominantes no movimento destes profissionais em São Paulo.
 - (13) Decreto Presidencial n. 94.657, de 20 de julho de 1987. Cria o SUDS, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.
 - (14) A desarticulação de carreiras, privilégios técnicos, e a limitação da autonomia dos serviços tradicionalmente voltados para a saúde pública — particularmente as secretarias de estado da Saúde — são concomitantes e estão relacionadas à implantação do programa de Ações Integradas de Saúde e depois do SUDS.
 - (15) As limitações do projeto oficial de Reforma Sanitária foram posteriormente por mim analisadas no artigo: "A Reforma Sanitária necessária", in: Berlinguer, G. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo, Hucitec, 1988.

5

A GESTÃO ENQUANTO COMPONENTE ESTRATÉGICO PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

COMENTÁRIOS SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE POLÍTICA E GERÊNCIA INSTITUCIONAL

Não há como fugir ao fato de que o fator determinante para o sucesso da Reforma Sanitária brasileira é de natureza política. O elemento decisivo para esta vitória é a consolidação de um bloco de forças sociais, capaz de construir uma nova proposta de ordenação dos modos de vida e de atenção à saúde e de, ao mesmo tempo, difundi-la, transformando-a em senso comum, até o ponto em que venha a substituir o antigo modo de produção de serviços de saúde e a consciência sanitária dos brasileiros.

Dentro deste contexto, a gestão de serviços de saúde ocupa uma posição subordinada, dependente da política hegemônica em um dado período. No entanto, convém não tomarmos esta lógica em sentido mecânico, sob pena de ignorarmos o papel e a importância que as contradições internas ao sistema de saúde têm na sua própria transformação e mesmo na manutenção e reprodução de um determinado estado de coisas. Ou seja, a adoção de um dado padrão de gerência de sistemas de saúde é um elemento tão essencial à manutenção de um determinado padrão de serviço como à sua reforma radical. Não que as técnicas de administração sejam neutras, podendo ser utilizadas para conservar ou transformar determinada estrutura; e, sim, que existem procedimentos diferentes para cada um destes objetivos. Colocando de outra forma: há que haver uma adequação dos meios aos fins que se persegue. A gestão de unidades é um meio ou para se consolidar um determinado processo de produção