

**Ordem Social,
instituições e políticas
de saúde no Brasil:**
textos reunidos

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Nival Nunes de Almeida

Vice-reitor: Ronaldo Martins Lauria

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Ruben Araujo de Mattos

Vice-diretora: Jane Araujo Russo

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Coordenadora: Roseni Pinheiro

Coordenador adjunto: Ruben Araujo de Mattos

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Jane Dutra Sayd

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: José da Rocha Carvalheiro

Conselho Editorial

Aluisio Gomes da Silva Júnior (UFF)

Isabel Brasil Pereira (Fiocruz)

Kenneth Rochel de Camargo Jr. (IMS-UERJ)

Lilian Koifman (UFF)

Madel Therezinha Luz (IMS-UERJ)

Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)

Mary Jane Spink (PUC-SP)

Roseni Pinheiro (IMS-UERJ)

Ruben Araujo de Mattos (IMS-UERJ)

Yara Maria de Carvalho (USP)

Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde

Editores responsáveis: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos

Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar – bl. E

Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900

Telefones: (xx-21) 2587-7303 ramais 252 e 308 Fax: (xx-21) 2264-1142

URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc

Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

O CEPESC é sócio efetivo do Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL)

Madel Therezinha Luz

Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos

1ª Edição

CEPESC – IMS/UERJ

Rio de Janeiro
2007

Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos
Madel Therezinha Luz (Org)
1ª edição / novembro 2007

Copyright © 2007 de Madel T. Luz

Todos os direitos desta edição reservados à Editora CEPESC

Capa: Mauro Corrêa Filho

Revisão e preparação de originais: Ana Sílvia Gesteira

Editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Supervisão editorial: Ana Sílvia Gesteira

Esta publicação contou com apoio de CEPESC-IMS/UERJ.

Indexação na base de dados LILACS

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / CBC

O65 Ordem social, instituições e política de saúde no Brasil: textos reunidos /
Madel Therezinha Luz, organizadora. – Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/
LAPPIS: ABRASCO, 2007.
228 p. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde)

ISBN: 978-85-89737-42-5

1. Política de saúde – Brasil. 2. Política de saúde mental – Brasil. 3. Saúde pública – Brasil – Congressos. I. Luz, Madel Therezinha. II. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. III. Instituto de Medicina Social. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. IV. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

CDU 614.2(81)

Impresso no Brasil

Direitos exclusivos para esta edição dos organizadores. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa dos organizadores.

SUMÁRIO

Apresentação	7
Roseni Pinheiro	
Prefácio	9
Ruben Araujo de Mattos	
Introdução	13
Madel Therezinha Luz	
Saúde e instituições médicas no Brasil	17
A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental ontem e hoje, alternativas e possibilidades	41
As práticas alternativas na reformulação do Sistema Nacional de Saúde: contribuição para a VIII Conferência Nacional de Saúde	57
As relações entre burocracia, aparato estatal e sociedade civil na sociedade brasileira, a partir de políticas sociais: possibilidades e limites de generalizações para a América Latina, analisando-se o caso das políticas de saúde	67
Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80	83

As Conferências Nacionais de Saúde e as políticas de saúde da década de 80	103
Relações entre o adolescente e a sociedade atual: institucionalização, violência e disciplina	135
O corpo da cidade	151
Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano	167
É a promoção da saúde um novo paradigma?	217

APRESENTAÇÃO

ROSENI PINHEIRO

É com satisfação que apresento *Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos*, de Madel T. Luz, que inaugura a Coleção *Clássicos para Integralidade em Saúde*, criada pelo Grupo de Pesquisa do CNPq-LAPPIS, CEPESC-IMS/ UERJ e ABRASCO.

A idéia de publicar este livro com textos de Madel Luz plasma o próprio fundamento do nome da coleção: “*classicus*”, cujo sentido etimológico nos remete aos eruditos alexandrinos, que nos idos dos séculos XVII-XVIII utilizavam o termo para nomear os escritores gregos e latinos mais lidos e comentados nas escolas. Como verdadeira mestra, Madel orientou discussões e participou da formação de inúmeros estudantes, mestres e doutores nos campos da Sociologia, Comunicação e Filosofia, mas é no campo da Saúde Coletiva que se ancora um expressivo número de suas publicações.

Destaco aqui alguns clássicos de sua autoria que marcam sua trajetória neste campo, tais como as *Instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia, Natural, racional e social: razão médica e a racionalidade científica moderna, Medicina e ordem política brasileira, A arte de curar versus a ciência das doenças: a história social da homeopatia e Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva*. Nessas publicações, Madel nos oferece alternativas teórico-metodológicas e orientação da prática de pesquisador docente para todos os estudiosos que desejam ultrapassar as fronteiras disciplinares rígidas.

PREFÁCIO

RUBEN ARAUJO DE MATTOS

O presente livro busca divulgar textos cujos temas – Estado, sociedade civil, instituições e políticas públicas – Madel sempre tratou com rigorosidade acadêmica e coerência ética, *vis-à-vis* os desafios impostos pelos contextos que se inserem, num único volume, antes espalhados em diferentes tempos e modalidades. Nesses textos, é possível identificar sua visão visceralmente sociológica, orientada para ver as relações sociais, historicamente construídas, que se estabelecem numa dinâmica societária urbana, quase sempre contraditória, mas não desprovida de sentidos. Para entender suas leituras, é necessário reconhecer as diferenças finas que cada texto desvela, afinal, “*ce sont les nuances qui querellent, pas les couleurs*”, como diria Alexis de Tocqueville (1959).¹

Por tudo isso, como aprendiz que sou, apresentar este livro tem para mim uma forte motivação profissional e afetiva. Desde 1991, quando a conheci, os ensinamentos das leituras oferecidas pela mestra Madel, cuidadosamente selecionadas por ela neste livro, representam o próprio sentido da gratidão. Inspiro-me em Georg Simmel,² que define a gratidão como sendo o único sentimento que podemos empregar para designar o sentimento com que constantemente, reagimos diante da simples existência de certas personalidades: estamos agradecidos por existirem e sobretudo por viverem sua existência.

Um modo de olhar, sempre buscando a articulação entre as macro e as microanálises, sempre destacando a dimensão histórica, mas sempre buscando compreender as relações entre várias dimensões do objeto em exame... É assim o modo de olhar de Madel Luz, exemplificado nos textos deste volume. Apesar de limitado a uma pequena parte da densa produção de Madel, os textos aqui reunidos, produzidos em vários momentos de sua trajetória de professora e pesquisadora, configuram um painel da trajetória de suas reflexões no que diz respeito às políticas e às instituições de saúde.

É a própria autora que nos convida a lê-los, a entendê-los, a criticá-los. Para reiterar esse convite, apresento um olhar sobre eles.

Começo com um olhar sobre o lugar de produção: o Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ. Pelo menos duas leituras distintas do termo *medicina social* se apresentavam nos primeiros anos do IMS. De certo modo, esse termo era usado para designar um campo disciplinar específico, a saber, aquele sistematizado por Virchow, e tão bem caracterizado por Rosen no seu *Da polícia médica à medicina social*. Mas, na época, a evocação ao termo trazia uma aspiração de retomar e renovar seus princípios organizadores. Segundo Rosen, a medicina social se organizava em torno de três princípios: o de que a saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social, a de que as condições econômicas e sociais

¹ TOCQUEVILLE, A. *The European revolution and correspondence with Gobineau*. Garden City: Doubleday, 1959.

² Georg Simmel, sociólogo contemporâneo, autor de *Fidelidade e gratidão e outros textos* (Relógio D'Água, 2004), discute o homem eminentemente urbano, os estilos de vida e a personalidade do indivíduo das grandes cidades, estabelecendo o nexo causal entre a cultura, a organização social, as características físicas das metrópoles e as características sociais de seus habitantes.

têm importante efeito sobre a saúde e a doença, e que as ações voltadas para a promoção da saúde e para o combate às doenças devem ser tanto sociais quanto médicas. Destaco aqui o primeiro desses princípios, que foi retomado nos anos 70, no entendimento de que a saúde do povo é objeto de inequívoca responsabilidade do Estado. Tese que continha de modo tácito um certo otimismo frente à ação estatal, e frente às possibilidades de desenvolver intervenções técnicas (quer propriamente médicas, quer propriamente sociais) de modo a modificar as condições de saúde e de vida da população brasileira.

O segundo sentido de medicina social pode ser exemplarmente ilustrado pela conferência de Michel Foucault sobre o nascimento da medicina social, proferida no IMS em 1974. Aqui, medicina social designa mais do que uma vertente disciplinar. Indica todo um reposicionamento de saberes e práticas, e todo um conjunto de mudanças institucionais que instauraram a possibilidade de um amplo processo de medicalização da vida social. Nessa vertente, a análise dos saberes, das instituições e das práticas em saúde trazia desde o início uma matriz crítica. Nessa agenda de pesquisa e reflexão, há uma particular atenção para as consequências negativas da articulação entre instituições e práticas de saúde com os aparatos institucionais do Estado, sobretudo no que diz respeito à marginalização, à exclusão e à perpetuação das desigualdades.

O lugar de produção desses textos, o IMS, nasceu atravessado por essas duas vertentes, por essas duas leituras sobre a medicina social, que, longe de se antagonizarem, geraram uma dinâmica bastante fértil: a defesa de um Estado que assegure o direito de todos à saúde implica a transformação tanto dos aparatos institucionais desse Estado, como as transformações nas instituições e práticas de saúde.

Nesse contexto, Madel tem sido uma pesquisadora e uma militante da Saúde Coletiva. Seus trabalhos contribuíram para colocar lado a lado ao princípio da determinação social do processo saúde-doença (versão atualizada do segundo princípio da medicina social, referido anteriormente) um outro: as práticas e as instituições de saúde são constructos sociais e históricos. Derivam desse princípio desdobramentos teóricos e proposições de política. Madel tem, em sua produção, explorado ambas as linhas de desdobramentos.

Dois temáticas são recorrentes em sua produção: o exame das relações entre Estado e instituições de saúde (sobretudo as instituições médicas), e a análise das consequências das formas concretas dessa articulação no coletivo da vida das pessoas.

É disso que tratam os textos aqui reunidos. Eles podem ser lidos de formas diversas. Eu os li como exercícios do uso de uma certa abordagem teórico-metodológica, quase como exemplos de certo estilo de pensamento. O elenco de aplicação dessa abordagem é bastante amplo, percorre temas que vão da análise das políticas de saúde no Brasil – quer desvendando as questões recorrentes ao longo da história, percorrendo seus diversos períodos, quer analisando facetas particulares (como as conferências de saúde ou as políticas de saúde mental) – e vai até as relações dos aparatos estatais e da sociedade com a burocracia. As ferramentas analíticas também se aplicam a reflexões sobre a adolescência e sobre a cidade. O lado propositivo de Madel aparece, por sua vez, com clareza quando ela se apresenta no debate sobre as práticas alternativas.

Alguns desses textos foram escritos num contexto de luta contra o regime autoritário no Brasil, num momento no qual as políticas de saúde não se pautavam pela perspectiva do direito universal à saúde, no qual as condições de vida da população, apreendidas pelos indicadores tradicionais, se de-

INTRODUÇÃO

MADEL THEREZINHA LUZ

terioravam a olhos vistos. Diante de um contexto diferente, após a democratização, com as condições de vida da população (vistos pelos mesmos indicadores tradicionais) em franca e longa tendência de melhora, com políticas públicas que defendem o direito universal à saúde, pode parecer ao leitor incauto que esses trabalhos já cumpriram seu papel. Diria, contudo, que eles seguem sendo profundamente atuais. Isto porque eles exemplificam o pensamento crítico, capaz de reconhecer nas recorrências do tempo mais longo e nas formas de articulação das instituições médicas com os aparatos institucionais do Estado, os riscos e as mazelas que devemos evitar. Capaz de, por compreender de modo amplo as conseqüências de certas ações e políticas sobre o coletivo da vida social, contribuir para que compreendamos as conseqüências das ações e das políticas que defendemos.

Pensamento crítico que ficou mais difícil de ser exercido, e por duas razões aparentemente opostas. Por um lado, no que se refere especificamente às políticas de saúde, pelo avanço do reconhecimento do direito à saúde, expresso pela criação e desenvolvimento do SUS. Por outro, relativo ao campo das idéias mais amplas sobre o Estado, pela hegemonia de certas idéias que sugerem que, num mundo globalizado, não temos alternativas senão reduzir a atuação do Estado. Diante disso, ficou mais difícil exercer a reflexão crítica que defende a ação do Estado que garanta o direito à saúde, mas que segue criticando os arranjos que, concretamente, produzem a distância entre políticas que discursivamente defendem o direito para na prática cerceá-lo. Daí a atualidade desses textos.

Vamos lê-los, vamos entendê-los, e vamos, inspirados neles, contribuir para um pensamento crítico para que, com ele possamos (como disse Jurandir Freire Costa), juntos com outros, produzir uma vida mais bela e mais feliz.

Os textos reunidos neste livro, escritos ao longo dos últimos trinta anos, não são inéditos. Resultam geralmente de conferências posteriormente retrabalhadas, de palestras em seminários ou congressos, reelaboradas para publicação como capítulos encomendados para coletâneas resultantes dos eventos, ou mesmo, minoritariamente, de artigos publicados em periódicos qualificados no campo da Saúde Coletiva, sobretudo na área das políticas de saúde. Têm em comum alguns temas que nunca abandonei no plano da análise, mesmo tendo mudado (às vezes radicalmente) de linhas de pesquisa durante minha trajetória acadêmica. Estes temas se mantiveram como constante preocupação reflexiva, o que pode ser demonstrado não apenas pela data relativamente recente do último texto, já desta década, como pela persistência dos convites para proferir conferências, integrar bancas de teses e dissertações, participar de eventos e de avaliações de políticas de saúde etc. Também, pela forma como reaparecem frequentemente nos textos, podem provocar no leitor a idéia de repetição de idéias.

Os temas de reflexão a que me refiro aqui são basicamente: o Estado (especificamente analisado como ordem política

ou sociedade política), a sociedade civil (frequentemente abordada da perspectiva da ordem social, isto é, como rede institucional de normas e de atores), e as políticas públicas e instituições sociais atinentes à vida e à saúde, sobretudo em seu desenrolar-se histórico-institucional. A abordagem é, portanto, sócio-histórica.

Na verdade, o que permanece ao longo do tempo no cerne de minhas reflexões são as *relações* entre Estado, sociedade, instituições e políticas concernindo à Saúde Coletiva, suas características sócio-históricas, sobretudo do que *denominamos sociedade urbana brasileira*, a natureza de suas transformações, a persistência de determinados padrões de organização do poder atravessando conjunturas, seja no macronível da organização sociopolítica, com as profundas e tensas repercussões que acarretam no plano microfísico do viver cotidiano, em termos coletivos e individuais, seja no plano das normas, ações e agentes institucionais, e os interesses que supõem, implícita ou explicitamente.

Em seguida, a preocupação persistente dos textos é também com a repercussão de certas políticas de Estado, como as de saúde, no coletivo da vida das pessoas, as aparentes contradições entre o Estado, instituições e certas políticas sociais, que acabam se revelando como real expressão secular de nossa ordem social, no plano da organização e do funcionamento. A burocracia brasileira é exemplar, a este respeito, com sua explosão normativa incapaz de fazer funcionar as políticas de saúde mais inovadoras, como o SUS.

Por isso, algo ressalta como fato interessante deste conjunto de dez “capítulos”, chamemo-los assim: apesar de serem geralmente “conjunturais”, escritos para eventos, abordando fatos ou políticas importantes, portanto claramente datados, os textos permanecem atuais, aplicáveis ao

momento, como se os fatos ou políticas geradores se prolongassem até hoje.

Mas na verdade, e isto é uma característica importante da ordem política e social brasileira, é a nossa realidade que se “prolonga”, isto é, que não muda consideravelmente (não se transforma), apesar de as políticas se modificarem e os fatos “políticos” se sucederem.

A análise das relações entre Estado, políticas e instituições de saúde, presente no primeiro capítulo, por exemplo, escrito há exatos trinta anos (1977) permanece atual, aplicável ao momento presente, em meu modesto entender: a “distância entre intenção e gesto”, citação do poeta compositor do final do texto, se aplica ainda às relações entre Estado, políticas e instituições de saúde, e entre normas e ações institucionais.

O mesmo se pode dizer do resto dos capítulos. Em alguns temas parecem ter sido amenizadas as frequentes contradições entre ordem política (Estado, políticas) e ordenamento social (instituições e normas sociais), através das políticas públicas de saúde inclusivas, reorganizadoras e desconcentradoras de poder institucional dos últimos quinze anos, com efetiva e progressiva descentralização e crescente participação da sociedade civil, como no caso da inclusão nos serviços de atenção à saúde das chamadas “práticas complementares”, ou “terapêuticas alternativas”. Em outros, um aparente anquilosamento normativo de natureza burocrática impede qualquer avanço descentralizador e participativo dos agentes nas políticas concernindo à vida e à saúde coletivas.

Um outro ponto merece destaque nesta apresentação dos textos por sua autora: é a relativa permanência da mesma em seus marcos teóricos e conceituais de início de vida acadêmica. Se a visão macroanalítica dos textos iniciais, tendendo a um certo objetivismo estrutural marxista, típico dos anos

setenta e início dos oitenta, nuançou-se, nos anos noventa e na presente década, devido à influência crescente de Foucault e de Bourdieu (este formulador e triturador, ao mesmo tempo, de macroconceitos), certos operadores “macroconceituais”, como hegemonia, capitalismo mundial, ordem mundial capitalista, formação social capitalista, entre outros, permaneceram ferramentas de análise ao longo dos textos, aliados aos de origem weberiana, como ordem social, ordem política, valores culturais e sociais, complementados pelos de Bourdieu e Foucault, como poder e resistência, dispositivo disciplinar, poder simbólico, práticas, estratégias de poder (simbólico e de hegemonia) campo e *habitus*, entre outros.

Houve, portanto, ao longo do tempo, **ganho teórico** progressivo na análise, e não perda. Do meu ponto de vista, essas ferramentas conceituais se complementam, possibilitando uma mediação teórica entre o macronível analítico e o da dimensão institucional, que conforma por si mesmo um nível intermediário de análise, estratégico para a compreensão do nível microanalítico do cotidiano dos agentes em sua relação com o poder político do Estado. Em outras palavras, do nível onde vivem os sujeitos, com suas dificuldades e impedimentos, mas também com suas ações positivas e reativas ao poder institucional. São instrumentos teoricamente ágeis de se apreender os modos de viver as políticas e as intervenções do Estado pela sociedade civil.

Creio que é também por este estilo de análise que se pode dizer que os textos aqui reunidos permanecem válidos para a compreensão e interpretação da realidade atual no plano das políticas e instituições relativas à saúde e à vida coletivas. São, portanto, perfeitamente publicáveis. Vamos lê-los. E entendê-los. E criticá-los, se for o caso. Certamente o será.

Saúde e instituições médicas no Brasil¹

MADEL THEREZINHA LUZ

O processo de industrialização, e sobretudo de urbanização, que desde as duas primeiras décadas do século se acelera no país, modifica profundamente as condições de existência da população implicada nesse processo.² A tendência à identificação das condições de saúde com presença/ausência relativa de doença na população vem sendo historicamente, no Brasil como nas demais formações sociais capitalistas, a forma concreta de não se questionar o problema das condições globais de vida nessas formações.

Da identificação histórica de saúde com a contenção da doença resulta uma crescente atribuição da resolução do “problema” da doença ao Estado. As instituições que se encarregam da saúde coletiva – doenças da população – tenderão a

¹ Texto publicado em primeira versão na coletânea organizada por Reinaldo Guimarães, sob o título *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate* (Rio de Janeiro: Graal, 1978), e em versão mais elaborada, como parte da introdução do livro *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia* (LUZ, M. T., Rio de Janeiro: Graal, 1979). Contamos, para dados historiográficos das instituições de saúde desta primeira versão, com a inestimável colaboração de Arlindo Fábio Gomes de Sousa, da Fiocruz.

² Cf. sobretudo os estudos de: Rodrigues (1968), Pinheiro (1975), Linhares (1977), Vianna (1976) e Lopes (s/d).

ser progressivamente públicas, estatais. Mais especificamente, tenderão a ser instituições médicas de saúde pública. Na sociedade brasileira, tais instituições serão, desde o final do Império, cada vez mais centralizadas no Estado Nacional.

O início do século XX, alvorecer da República, é o cenário, muitas vezes violento, de transformações político-sociais: ascensão das oligarquias agro exportadoras dos estados ao poder central, presença de uma força urbana de trabalho de densidade considerável que se segue à mudança das relações sociais de produção do final do século XIX, movimentos sociais operários em organização e presença crescentemente agressivas.

Essas transformações exprimem em seu nível específico – sociopolítico – a crescente industrialização nos grandes centros urbanos, no Rio e predominantemente São Paulo (sobretudo depois dos anos 20). Exprimem, por outro lado, o impacto que tais mutações introduzirão na vida das camadas populacionais nela atuantes. A formação de favelas, cortiços, vilas operárias, confirma cada vez mais o espaço urbano como espaço social, espaço político, isto é, desenhado pela lógica da hierarquia social. Sujeito, portanto, à organização e ao controle políticos – isto é, à instituição da ordem (RODRIGUES, 1968, p. 34).

Mas o novo espaço urbano é também espaço industrial: traz consigo os efeitos das novas condições de trabalho: os acidentes, as doenças, a subnutrição, que se engendrarão no seio das carências que o novo modo de produção traz consigo. Teme assim, a nova ordem, duplamente o perigo da desordem: através da necessária agregação de novas e amplas forças sociais e pelo estado de carência em que as mantém como condição mesma decrescer e se perpetuar como ordem.

A partir do início do século, pois, assumem importância no quadro nosológico do país as doenças de massa, valendo

citar entre elas a malária, a esquistossomose, as verminoses, Chagas, tuberculose, boubá, lepra, tracoma e a desnutrição. Com isto o enfoque dado à saúde, até então concentrado nas doenças pestilenciais, adquire nova dimensão, uma vez que o primeiro grupo de doenças está intimamente relacionado com condições de vida e de trabalho, o que já não é tão característico do segundo. Além desses dois grupos vai aparecer um terceiro, o das doenças degenerativas, identificadas principalmente nos segmentos de população de mais alta renda e mais próximos dos centros de decisão do país.

Diante deste quadro, no entanto, até 1930 não se observa uma definição de política clara na área da Saúde. Verifica-se a preocupação com uma ou outra enfermidade, principalmente com aquelas que atingem a própria capital federal, do que são exemplos a gripe espanhola no início do século e os surtos epidêmicos dos anos de 1928 e 1929, que mobilizaram os setores governamentais visando ao seu controle.

Com a reforma Carlos Chagas de 1921, dá-se a expansão dos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que se amplia o grau de decisão e interferência do Estado nas questões de saúde da população. Este, através do então criado Departamento Nacional de Saúde Pública, atua nas áreas do saneamento urbano e rural da higiene industrial e dos serviços de higiene materno-infantil muito especialmente. Além disso, vai assumir ações diretas no combate às endemias rurais.

Essa reforma está dentro do quadro de reformas das décadas de 20 e 30, que, ao ampliarem os benefícios sociais, traziam conjugadamente o poder coercitivo do Estado para implantá-las e executá-las. Disto é exemplo a transferência para a área governamental de ações ligadas até então a outros setores, como foi o caso das caixas de aposentadoria e pensão das empresas ferroviárias, que deram origem ao primeiro

dos Institutos de Aposentadoria e Pensões. Posteriormente, esses benefícios, que compreendiam uma área previdenciária e uma de assistência médica, foram estendidos a outras categorias profissionais com a criação de novos IAPs. Esse processo, a partir dos modelos econômicos e políticos vigentes, se estende, com exceção dos trabalhadores rurais, à quase totalidade dos trabalhadores urbanos ligados à indústria e prestação de serviços, do setor privado e do setor público.

Em 1930, as atividades de saúde passaram do âmbito do Ministério da Justiça e Negócios Interiores para o recém-criado Ministério da Educação e Saúde. A partir da década de 40, foram reformuladas e ampliadas as organizações estaduais de saúde, concentrando o Governo Federal na área de seu ministério os esforços no combate às endemias rurais e também, muito especialmente, na proteção à maternidade e à infância. E desse período, 1942, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que representava uma ampliação significativa dos recursos assistenciais no país, cobrindo áreas carentes e naquele momento econômica e militarmente estratégicas, como as de produção da borracha no Vale Amazônico.

O SESP, na década de 50, teve atuação importante no combate à malária, na prestação de assistência médica através de suas unidades, nos trabalhos de educação sanitária, saneamento, controle de doenças transmissíveis, além de pesquisas em medicina tropical, através do Instituto Evandro Chagas, que esteve a ele vinculado durante esse período. O serviço contou com recursos e assistência técnica da Fundação Rockefeller até 1960, quando passou à área do Ministério da Saúde com sua atual denominação de Fundação SESP.

Em 1953, com a criação do Ministério da Saúde, passam para seu âmbito as atividades até então desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde. Este passa ainda a atuar

nas áreas de pesquisas e formação de recursos humanos para a saúde além das atividades envolvidas pelo SESP.

As instituições médicas, que a partir de 1930 tomam cada vez mais a forma de aparelho de Estado, aparecem assim como dupla resposta: resposta às reivindicações dos movimentos sociais da década de 20 e resposta de um sistema de poder que tentará a realização do processo de industrialização da sociedade brasileira com o mínimo de transformações sociais que impliquem em repartição da riqueza ou das decisões.

Este poder, poder de Estado, responde concentrando decisões, concedendo medidas. Mantém as condições de vida da população estruturalmente intocadas, mas pede para ela aposentadoria, pensões e atenção médica. A subnutrição permanece, mas a tuberculose passará a ser combatida. Esgotos e fossas, água encanada e tratada só lentamente passam do discurso à prática institucional. Mas as campanhas se instituem em serviços e departamentos. Enquanto os órgãos de saúde pública se multiplicam em projetos de saúde pública, paulatinamente a saúde, como setor, se esvazia, a ponto de a própria separação do Ministério da Saúde do antigo MES significar um esvaziamento institucional do setor saúde enquanto setor estatal (BUSS *et al.*, 1976).

Por outro lado, o setor de atenção médica, modelo de intervenção curativa e individual, beneficiará, até o final do populismo, somente algumas camadas da população urbana diretamente ligadas aos setores básicos de produção social: terciário (comércio, finanças, administração) e secundário (industrial). O processo unificador e centralizador da previdência social e – o que mais de perto nos interessa – da atenção médica, só se tornarão possível com um novo regime, em que o Estado viabiliza a unificação e a centralização pela concentração de poderes que reúne. Nesse novo regime, a

antiga proposta iniciada nas duas primeiras décadas do século de um “projeto de industrialização nacional” com um mínimo de riscos de repartição de poderes e riquezas se revela possível somente na medida em que perde o caráter nacional e tenta substituir a participação das camadas sociais mais amplas no poder econômico e política por uma “redistribuição” indireta de rendas através de programas sociais – programas em que a atenção médica generalizante passa a ocupar lugar estratégico.

É importante ressaltar que as atividades de saúde na área governamental não se restringiam às ações do Ministério da Saúde. Participaram também o Ministério do Trabalho, através do Departamento de Previdência Social e Higiene e Segurança do Trabalho, bem como os Ministérios militares que dispunham de serviços para atender a seus contingentes. Da mesma forma, as secretarias de Saúde dos estados e municípios atuavam no setor.

Em 1963, com a lei que instituiu o fundo de Assistência ao Trabalhador Rural, buscava o governo estender o benefício da assistência médica a praticamente 100% da população do país. Em 1967, com a Reforma da Administração Federal, há uma redefinição de áreas de competência dos ministérios, ficando o da saúde com a responsabilidade pela elaboração da política nacional de saúde e de ações diretas ao nível de prevenção, vigilância sanitária de portos e fronteiras, controle de medicamentos, alimentos e drogas, pesquisas e ensino em Saúde Pública, além de atividades médicas e paramédicas prestadas diretamente à população.

A primeira consequência pragmática dessa reforma pode ser vista em 1968, com a elaboração do Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação de Saúde, que foi implementado apenas em áreas experimentais. O impor-

tante, no tocante a esse “plano” é o fato de que a dicotomia entre saúde coletiva e individual era assumida pelo governo e que desta dicotomia resultava a responsabilidade do MS pelas medidas de caráter coletivo, cabendo ao setor privado conveniado com o governo a prestação das outras. Dentro deste quadro, o INPS, criado em 1967, viria a desempenhar importante papel.

Em 1974, com a consolidação dessas ações no então criado Ministério da Previdência Social que assumia o INPS, IPASE, SASSE, além da LBA, FUNABEM e CEME, como órgãos autônomos, passou o Estado a ser o grande financiador das ações de saúde.

A partir da década de 70, essas responsabilidades pela saúde coletiva e individual passaram a ser *explicitadas*, quer através do 1º Plano Nacional de Desenvolvimento, quer através de outras medidas político-administrativas, do que é exemplo marcante, no desenrolar desse processo, o Sistema Nacional de Saúde organizado em 1975. Segundo o sistema, as áreas de competência ao nível governamental ficaram assim estabelecidas:

- Ao Ministério da Saúde compete formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações de interesse coletivo, cabendo-lhe: a) elaborar e orientar a execução de planos de proteção da saúde e de combate às doenças transmissíveis; b) elaborar normas técnico-científicas de promoção, e recuperação da saúde; c) assistir o governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição; d) coordenar a ação de vigilância epidemiológica e manter a vigilância de portos, fronteiras e aeroportos; e) efetuar o controle de drogas, medicamentos e alimentos para consumo humano; f) fixar normas e padrões pertinentes a cosméticos, saneantes, perfumaria, etc.; g) fixar normas e padrões para prédios e instalações de saúde;

- h) avaliar o estado sanitário da população; i) avaliar os recursos científicos e tecnológicos disponíveis para melhorar a saúde, considerando a viabilidade de seu emprego; j) manter fiscalização sanitária sobre as condições em que se exercem as profissões de saúde; l) exercer controle sanitário sobre as migrações humanas.
- O Ministério da Previdência e Assistência Social volta-se para o atendimento médico-assistencial individualizado, cabendo-lhe: a) elaborar planos de prestação de serviços às pessoas; b) coordenar o subsistema de prestação de serviços às pessoas; c) credenciar, para integrarem o subsistema público, instituições de finalidade não-lucrativa que prestem serviços de saúde às pessoas; d) prestar diretamente serviços de saúde às pessoas ou contratá-los com entidades de fins lucrativos ou não, sujeitando-as à fiscalização permanente; e) experimentar novos métodos terapêuticos e novas modalidades de prestação de assistência, avaliando sua adequação; f) fixar, em colaboração com o Ministério da Saúde, normas para prestação de serviços às pessoas a serem observadas pelas entidades vinculadas ao sistema; g) promover medidas de redução dos custos de medicamentos de comprovada eficácia, inclusive subvencionando a aquisição ou distribuindo gratuitamente.
 - O Ministério de Educação e Cultura é responsável pela formação e habitação do pessoal necessário ao setor, cabendo-lhe: a) orientar a formação de pessoal para atender às necessidades de saúde, em quantidade e qualidade; b) zelar para que os hospitais universitários proporcionem elevado padrão de ensino e aperfeiçoamento, bem como prestem serviços às suas comunidades; c) orientar as universidades para que se capacitem a participar da avaliação e planejamento das atividades regionais de saúde.
 - Ao Ministério do Interior cabe atuar nas áreas de saneamento, fixação de populações, desenvolvimento regional integrado e assistência na vigência de calamidade pública, tendo por atribuições: a) realizar saneamento ambiental, ampliar o abastecimento de água e a rede de esgotos, em consonância com os planos de saúde e articulado ao Ministério da Saúde; b) orientar a política habitacional no sentido de que nela se contemplem as necessárias condições de higiene e moradia.
 - O Ministério do Trabalho é responsável por: higiene e segurança do trabalho, prevenção de acidentes e doenças do trabalho, regulamentação das profissões de saúde e demais questões específicas, desenvolvimento de programas de preparação de mão-de-obra para o setor saúde.
 - Às unidades federativas (estados, Distrito Federal e territórios) compete: a) instituir, em caráter permanente, o planejamento regional integrado de saúde, articulado ao plano federal; b) integrar suas atividades ao sistema; c) criar e operar os serviços básicos do sistema; d) criar e operar as unidades de saúde do subsistema estadual, em apoio aos municípios; e) assistir técnica e financeiramente aos municípios para que operem os serviços básicos de saúde.
 - São atribuições dos municípios: a) manter os serviços de saúde de interesse da população local, em especial, pronto-socorro; b) manter a vigilância epidemiológica; c) articular seus planos e serviços com os estaduais e federais, integrando-os ao sistema.
- Na presente conjuntura, a dominância está sendo exercida pela componente “assistência médica” sobre as demais (“saúde pública”, recursos humanos, saneamento básico). Essa dominância seria justificada pelo volume de recursos com que maneja o setor assistencial, através do Ministério da Pre-

vidência, pela magnitude da população assistida (cobertura de cerca de 70% nas regiões urbanas), pelo componente ideológico que prefere a “medicina assistencial” à “saúde pública” e, finalmente, pelas relações do setor com os insumos materiais, em particular com a produção de medicamentos e equipamentos hospitalares.

Deste jogo interinstitucional participa, com grande intensidade, o setor privado, quer pela produção de serviços às pessoas, quer pela produção e comercialização dos referidos insumos. Contemplando apenas o setor assistencial, deve ser considerado que as ações de saúde do Ministério da Previdência e, particularmente, do Instituto Nacional de Previdência Social se realizam, quanto a gastos, em mais de 90% através do setor privado, dos quais 80% em hospitalização (MELLO, 1973).

Essas relações permitem compreender as indefinições e ambigüidades do texto da lei. Há, na leitura do discurso institucional, a identificação de uma tentativa de compatibilizar atividades já desenvolvidas classicamente, propondo-se coordená-las de modo a não duplicar ações. Há, por exemplo, previsão da implantação de programas de regionalização da assistência médica, com hierarquia e coordenação dos serviços (OPAS, 1972; CHAVES, 1975), embora exista ampla margem para especulações sobre os procedimentos, visando a tal fim. Nada é dito, entretanto, quanto às limitações e incentivos que serão dados aos participantes de um sistema regionalizado, onde caberia definir atribuições, graus de sofisticação tecnológica e de especialização dos serviços, estabelecer as formas de financiamento, as rotinas operacionais, o esquema de avaliação etc., compatibilizando a organização dos planos regionais com metas explicitamente definidas. O processo de regionalização implicará necessariamente ofere-

cer ao setor privado mais limitações do que estímulo à obtenção de lucro com a prestação de serviços e não parece ser esta a tendência hegemônica no Ministério da Previdência, nem as expectativas de empresários (FERNANDES, 1975).

A posição da Federação Brasileira de Hospitais, divulgada quando da publicação da Lei nº 6.229, pode ser extraída a partir da seguinte tese defendida por seu presidente: “a atuação governamental deve se concentrar nas atividades de saúde de interesse coletivo, como saneamento básico, pesquisas, formação profissional, higiene e segurança do trabalho. A iniciativa privada concentra-se principalmente no atendimento individual”. Mais adiante: “a área de atuação do governo deve ser normativa e fiscalizadora, cabendo à iniciativa privada a efetiva atuação no atendimento da população [...] através de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social”.³

A Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo também expressa receios de uma crescente intervenção estatal no setor “assistência médica”. Em documento apresentado, afirma que há no texto Lei nº 6.229 clara discriminação aos hospitais particulares de finalidade lucrativa, quando cotejados com aqueles, também privados, mas de entidades filantrópicas, chegando a afiançar que: “hospital lucrativo é [...] mera figura de retórica, pois muito poucos conseguem uma mínima porcentagem de lucro”, ao passo que “os benefícios fiscais e tributários recebidos pelos hospitais filantrópicos somados aos auxílios diretos propicia a estes [...] superávit”. Analisando as projeções dos totais de leitos que se fazem e far-se-ão necessários, conclui: “O governo não pode operar os leitos existentes no país por impossibilidade econômica

³ Cf. matéria intitulada “Iniciativa privada fica na saúde”, publicada na p. 7 da *Tribuna da Imprensa*, em 21/07/1975.

total”, contudo, mais a seguir, em referência aos recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, que: “com o dinheiro deste fundo [o Governo] gerará financiamentos que criarão atrativos para a rede privada assumir o papel que lhe compete”. Entretanto, “os hospitais de especialidade, cujo atendimento é mais social do que assistencial, tais como: lepra, pênfigo foliáceo, tuberculose, deverão ser preponderantemente de iniciativa governamental”.

De qualquer forma, uma tendência inegável do sistema, no nível da prestação de assistência aos indivíduos, é a da organização da prática médica em termos institucionais, apontando para a já manifesta ordenação do mercado de trabalho no sentido do assalariamento profissional (DONNANGELO, 1975). Assim, é ociosa a discussão a respeito do assalariamento do médico; o que cabe debater é se o médico será um empregado da empresa médica privada ou funcionário da instituição oficial.

Na vigência de esboços de políticas de saúde que deixam tantas possibilidades e vazios na interpretação e tantos graus de liberdade ao jogo político interinstitucional, sem que sejam claramente definidas as metas a serem atingidas, persistem válidas as críticas formuladas por Kowarick (s/d) a projetos anteriores e que se repetem no caso da implementação do Sistema Nacional de Saúde.

Hilário e colaboradores (1975), em recente trabalho, destacam a permanência de problemas que merecem ser lembrados e comentados; consideram que o setor saúde continua ainda determinado por: a) falta de comando unificado, seja no que tange aos aspectos doutrinários, seja quanto aos planos e programas; b) o Ministério da Saúde, responsável legalmente pela elaboração de uma política nacional de saúde, além de tradicionalmente atuar em caráter normativo, não conta com dotação orçamentária adequada, nem com

quadro de pessoal compatível com suas atribuições; c) o Ministério da Educação e Cultura prossegue formando pessoal para a área de Saúde em quantidade e qualidade nem sempre concordante com a realidade brasileira; d) a grande maioria dos estados e municípios não se encontra em condições de arcar com os problemas de saúde que envolvem pessoal qualificado ou investimento financeiro; e) continuam duplicados os programas de ministérios diversos, em áreas como “tuberculose”, “materno-infantil” e “saúde mental”, onde é difícil delimitar o que seja “individual”, o que seja “coletivo”; f) a iniciativa privada na área de assistência médica atua sem disciplina e sem controle permanente, sendo frequentes as situações de evidente fraude; g) proliferam as entidades privadas com programas de seguro saúde, não obstante o mesmo não tenha ainda sido regulamentado o Decreto-Lei nº 73, de 1966, que instituiu o sistema.

Planejamento de saúde no Brasil: as recentes políticas institucionais. Algumas distinções necessárias

Políticas de saúde e instituições de saúde

A primeira distinção deve ser feita entre políticas de saúde e instituições de saúde. As políticas de saúde, tais como as entendemos aqui, são basicamente *affaire d'Etat*. Historicamente, também, são os ministérios, em primeiro lugar, e outros órgãos, oficiais, mas não necessariamente ligados aos ministérios (associações corporativas, como as associações médicas, ou fundação, como o SESP), que são os portadores de um projeto institucional de medicalização, entendido em sentido amplo como política de saúde.

Essa distinção é necessária para não se identificar políticas de saúde com instituições médicas. Para além das institui-

ções “aparelhos” de saúde, há um conjunto de instituições não-estatais, como a indústria farmacêutica, laboratórios em geral, institutos de pesquisa e associações científicas deste ou daquele ramo da medicina, que têm influência – às vezes muito importante – sobre as políticas de saúde, mas não podem traçá-las. Representam, neste caso, tendências institucionais mais ou menos organizadas no seio da sociedade civil, isto é, no conjunto das relações sociais existentes, estando ligadas aos interesses – políticos e econômicos – das diversas classes sociais e seus aliados.

Essa distinção, analítica, não deve ser entendida como separação. Da mesma forma que o Estado, visto pelo ângulo dos aparelhos de saúde, não deverá ser olhado como entidade abstrata (formal), desligada dos interesses privados (civis) que nele se organizam, a sociedade civil, vista pelas instituições civis ou por movimentos sociais, não deve ser olhada como “entidade privada”, sem presença e representação nos aparelhos estatais. A distinção é uma forma de guiar nossos passos pelas vias intrincadas e tortuosas de uma burocracia estatal, em que tantas vezes o “oficial” não pôde ser praticado em proveito de interesses “oficiosos” que contrariam, até mesmo antagonicamente, os interesses da política de saúde numa conjuntura dada. A distinção é assim a refração de um olhar dialético sobre a saúde enquanto encargo historicamente confiado ao Estado e sobre as pressões e mudanças introduzidas nas políticas de saúde pela complexa rede de oposições e alianças presentes nas instituições médicas “civis”.

Saúde e medicalização

A segunda distinção necessária será feita entre saúde e medicalização. A saúde, como conceito que compreende a situação vital de indivíduos ou de coletividades, ultrapassa o

conceito de medicalização preventiva ou curativa e inclui as condições de vida globais numa sociedade.

Não é necessário nem possível adotar a poética definição da O M S (“estado de bem-estar físico, mental e social”) porque não teríamos como medir, pela subjetividade implícita na definição, a extensão da ausência de saúde na população brasileira ao longo de sua história. O importante é percebermos que, ao se falar de Saúde, com letra maiúscula, e de Política de Saúde, está-se falando num setor de instituições do Estado que se ocupam da prevenção ou da cura das doenças de camadas mais amplas ou mais restritas da população.

Está referida, tal concepção, não propriamente à sanidade, ao bem-estar, mas ao contrário, à doença. Doença que tem de ser contida ou evitada, senão eliminada. Neste caso, saúde é sinônimo de medicalização e remete às Instituições médicas. A saúde como estado positivo é vista por nós como conjunto de possibilidades concretas de a coletividade produzir e se reproduzir como coletividade, isto é, como criação coletiva constante das condições de existência da própria sociedade. Neste caso, saúde remete diretamente às condições globais de vida (alimentação, habitação, repouso, educação e participação decisória nos vários níveis da vida social). Remete, portanto, às condições em que se dá a produção social.

Deste ponto de vista, o reduzir a saúde à ausência relativa de doença, a programas médicos tem sido, no modo de produção capitalista, a forma institucional de eludir o problema das condições sociais de existência, pois

os problemas de saúde estão intimamente conectados com os problemas de cidadania, com os problemas dos direitos humanos, porquanto a estrutura econômica cultural e social da comunidade influi profundamente sobre seu estado de saúde. Esta influência é exercida por forças sobre as quais a medicina não tem poder de atuação e sua prevenção é

problema político e de governo [...]. A saúde da comunidade é influenciada prevalentemente por fatores econômicos e sociais, que ultrapassam de muito a escassa contribuição que a medicina pode dar. (LANDMANN, 1977).

Assim, a Saúde com “S” maiúsculo, setor do Estado que deve se encarregar da doença da população (ou setores dela), tem sido marcada na sociedade brasileira, como nas demais formações sociais capitalistas, por esta ambigüidade profunda: ser, por um lado, repositora (ou substituta) de algo que a própria estrutura social subtrai; por outro, ser projeto de medicalização que nunca se estende como quereria, como deveria, para suprir – medicamento – a carência de saúde da população. Ser, portanto, doença relativa.

Assim o Ministério da Saúde têm sido, historicamente, Ministério da Doença, e os órgãos de atenção médica, paulatinamente centrais, progressivamente concentrados e hegemônicos na estratégia de Saúde do Estado, têm si do, historicamente, nada além de ortopedia social, para usar, em outro contexto, a expressão clássica de Michel Foucault (1975).

Política de saúde e planejamento de saúde

A terceira distinção necessária trata da freqüente confusão entre política de saúde e planejamento de saúde. Política de saúde é a forma histórica mais ou menos explícita como o Estado conduz o problema das condições de sanidade da população. Essa condução varia conjunturalmente e comporta um conjunto de divergências, incoerências e mesmo oposições internas. Deste ponto de vista, qualquer Estado tem uma política de saúde, por menos explícita em programas que ela seja, e por menor importância política que tenha a Saúde no conjunto dos setores do Estado, isto é, por menor que seja seu papel na estratégia de hegemonia.

Outra coisa é a política de saúde que introduz em certo tipo de racionalidade na organização dos serviços de saúde do Estado. Essa racionalidade, freqüentemente ligada a um modelo determinado de burocracia,⁴ está historicamente situada na transformação da sociedade brasileira, e supõe a organização de uma estrutura capitalista de produção com predominância monopolista marcada. Tal racionalidade, em que ao menos idealmente, o planejamento global dos setores de Estado inclui a presença de planos coerentes (não se trata de atividades dispersas ou superpostas) com objetivos explícitos realizáveis (não se trata de exortações ou anseios), diretrizes elaboradas, programas integrados e meios administrativos e financeiros adequados e controláveis, que assegurem certa continuidade às ações desencadeadas pelos planos, não teve condições materiais de penetração no Estado no Brasil antes de 1964. A partir de 1968, passa a ser não como prática, mas ao menos como retórica, linguagem oficial de Estado. Com efeito, desde 1967, há reformas administrativas nos órgãos do setor público central fundamentais para que a lógica do planejamento passe a fazer parte dos diversos setores do Estado, inclusive da Saúde.

A organização do INPS é um passo neste sentido. Mas ainda neste momento, a distância entre discurso e prática é grande. No setor Saúde, poderemos dizer sem medo de imprecisão, uma política de saúde incluindo, mesmo precaria-

⁴ A “racionalidade burocrática” a que nos referimos tem pouco a ver com o tipo ideal que Weber associou ao capitalismo: especificidade crescente de funções, preenchimento das funções através de concursos ou formas que assegurem a qualificação dos agentes para esse preenchimento, hierarquia crescente de decisões e poder, racionalização das ações e decisões – que significa ausência de autoritarismo, centralização ou personalização do poder, etc. Ao contrário, a “racionalidade burocrática” entre nós conserva a retórica do tipo ideal de Weber, mas tem práticas que esse autor associara aos modelos de sociedades mais “tradicionais”.

mente, um planejamento do setor com planos integrados, programas com possibilidade de realização e contributividade, controle de recursos, registro afiançável de estatísticas, etc., somente na década de 70 começa a ser posta em prática. A prática programada e vigiada dessas atividades, no entanto, só se torna prioritária no Estado a partir de 1974. Deste ponto de vista, podemos dizer que “política de saúde” (entendida como atividade planejada, integrada e controlada) só passa a existir no Brasil a partir de 1974.

Esse momento não é ocasional. Muito ao contrário, marca o ápice dos efeitos de um processo de concentração e centralização econômico política que se desenvolve sistematicamente desde 67-68. Esses efeitos, no nível da saúde da população, atingem em 1974 um momento crítico: aumento da mortalidade infantil, dos índices de desnutrição, eclosão de epidemias como a meningite, ressurgimento ou aumento da incidência de certas doenças endêmicas, como a tuberculose, etc. A explosão da doença, simbólica e sinistramente ilustrada nos acontecimentos de 73/74, durante a epidemia de meningite, nos remete a uma outra situação de crise da saúde, 61- 62, fruto de seis anos de um processo de desenvolvimento inflacionário, centrado exclusivamente na industrialização da economia.

Antes da conjuntura institucional que se inicia em 1974, não se pode falar de planejamento de saúde ou de planos (integrados) de saúde: isto é particularmente verdadeiro para a conjuntura 60-64:

Felizmente não havia planos de saúde no período anterior a 1964, porque dos planos elaborados nenhum tinha por objetivo a elevação dos níveis de saúde da população. Assim, um plano que não tenha como objetivo prioritário a elevação dos níveis de saúde do homem é preferível que

não haja, que a coisa seja feita de acordo com a conjuntura e a pressão dos usuários (GENTILE DE MELLO, 1977).

Neste período (60-64), como também no de 68-74, a saúde nunca foi prioritária nas atividades dos planos de desenvolvimento socioeconômico. As prioridades podem ser referidas nas conferências, discursos, etc., mas na prática não há correspondência desta prioridade que eles alegam defender. Até hoje (julho de 75) não existe nenhum Plano Nacional de Saúde [...] (MORAES, 1975).

Se tomarmos, portanto, como indicador da importância de um setor do Estado – no caso, a Saúde – sua racionalização através de plano e planejamento, podemos dizer que a política do Estado é considerá-la, tanto em 60-64, como em 68-74, como “setor menor”.

No entanto, há diferenças conjunturais que merecem ser explicitadas: apesar de não estar planejada, a Saúde passa a ter, a partir de 68, através do Setor de Atenção Médica (sobretudo com o INPS), importância crescente. Para além dos convênios com hospitais e clínicas, há programas (setoriais) de atenção médica do Estado que começam a aparecer e paulatinamente ganhar importância e amplitude, até deságuar no famoso Plano de Pronta Ação (PPA) de 1974.

Uma diferença importante, portanto, sobressai-se entre as duas conjunturas: em 68-74 não só se acentua a dicotomia já existente no setor saúde entre saúde pública (centrada no Ministério da Saúde e seus órgãos) e atenção médica (centralizada doravante no INPS), como esta cresce progressivamente em importância na política de saúde – em detrimento do Ministério da Saúde, que se vê esvaziado de funções de política de saúde, para confinar-se a funções burocrático-normativas.

O ápice é 1974, com a criação e organização do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que terá como órgão hegemônico o INPS. Antes mesmo, portanto, que a racionalidade do planejamento chegue às instituições de saúde para atribuir-lhes o selo do prestígio de Estado, sua importância na estratégia de hegemonia estava em ascensão.

Essas instituições não podem, no entanto, absorver certa racionalidade nem mesmo em nível de retórica, se tal racionalidade só começa a penetrar – e lentamente – as instituições setoriais do Estado, verticalmente, a partir de 1968. Essa racionalidade, que consiste basicamente, do ponto de vista administrativo-burocrático, em centralização crescente de órgãos, controle de recursos e concentração de decisões no alto da hierarquia burocrática, com eliminação progressiva de escalões de decisão intermediários, vem-se dando, ao nível do aparelho central, desde 64-65, com o *planejamento* atingindo o nível de ministério.

Tal ministério centralizará recursos e órgãos (como o BNDES) que serão as pontas de lança do processo racionalizante do Estado, que se estenderá paulatinamente ao conjunto de suas instituições.

Política institucional e prática institucional

É preciso distinguir, finalmente, política institucional e prática institucional. Essa distinção é necessária a nível teórico-metodológico. Em primeiro lugar, não se pode confundir discurso institucional (programas, normas, leis, etc.) e prática institucional, sob pena de reduzir a prática ao discurso. O que significa, no caso da saúde, identificar a retórica das instituições médicas com a prática desenvolvida por essas instituições. Identificar, por outro lado, instituição

e discurso institucional – expresso em normas, programas, boletins, publicações, etc. – é identificar a instituição ao seu pólo dominante. O discurso hegemônico nas instituições – e as instituições médicas não constituem exceção – são, via de regra, a expressão do pólo institucional dominante e, indiretamente, do discurso socialmente hegemônico. Há nessa identificação uma ocultação – com conseqüências ideológicas – das contra normas, das práticas desviantes das normas e dos programas institucionais, das normas paralelas, dos processos de sabotagem à normalização institucional, enfim, das oposições – manifestas de formas diversas – ao discurso institucional.

Em outras palavras, nega-se a existência de contradições e conflitos no interior das instituições. Tal como na sociedade global, em que a afirmação do discurso hegemônico vai no sentido de negar a existência das classes, de *outras* classes, de outros interesses que não os dominantes, nas instituições, a identificação do discurso institucional com a instituição tem o efeito ideológico de, negando-se o contra discurso, o discurso paralelo, negarem-se os interesses que ele supõe. Isto é, negar-se o outro pólo *institucional*, objeto do discurso e das práticas institucionais.

No nível da análise isto nos conduziria a uma postura metodológica funcionalista, em que se tomaria, em primeiro lugar, a existência de planos, programas, etc. como uma prática institucional essencialmente oposta à outra em que não existam planos, etc., o que não é necessariamente verdadeiro. Ao contrário, no caso das instituições médicas no Brasil, pode-se mudar continuamente a retórica institucional, mudar-se mesmo o discurso normativo (leis, planos e programas, etc.) sem se alterar radicalmente a prática institucional vigente. Há entre discurso e prática institucional a mesma

distância que entre palavra e gesto. Muitas vezes, não só não há coerência entre um e outro, como há nítida oposição:

*Se trago as mãos distantes do meu peito
É que há distância entre intenção e gesto
De tal maneira que depois de feito
Desencontrado eu mesmo me contesto*
(Rui Guerra e Chico Buarque - Calabar)

Referências

BRAVO, A. L. Regionalización: organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. *Bol. Ofic. Sant. Panam.*, v. 78, n. 3, p. 231-246, 1972.

BUSS, P. et al. *Ministério da Saúde e Saúde Coletiva: a história de 20 anos (1953-74)*. Monografia (Disciplina do Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1976.

CHAVES, M. M. *Regionalização docente-assistencial e nível de assistência*. Tema apresentado ao Seminário sobre Hospitais de Ensino. Rio de Janeiro, agosto 1975.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.

FERNANDES, A. O papel da iniciativa privada no atendimento médico-sanitário. *Médico moderno*, v. 15, n. 8, p. 29-36, nov. 1975.

FERNANDES, A. *Planejamento da integração dos serviços de saúde pública e privados em nível federal, estadual e municipal: o ponto-de-vista da iniciativa privada*. Trabalho apresentado ao I Encontro de Hospitais do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1975. (mimeo).

FOUCAULT, M. *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard, 1975.

GENTILE DE MELLO, C. Entrevista concedida à pesquisa “Instituições Médicas no Brasil 1960-1974”, em junho de 1975. In: *Relatório parcial da pesquisa*, Anexo 1, p. 2, Rio de Janeiro: IMS-UERJ, março 1977 (mimeo).

HILARIO, J. et al. Assistência médica na Previdência Social: controvérsias e interpretações. *Médico Moderno*, v. 15, n. 3, p. 18-31, jun. 1975.

INICIATIVA PRIVADA FICA NA SAÚDE. *Tribuna da Imprensa*, 21 jul. 1975. p. 7.

KOWARICK, L. Estratégias do planejamento social no Brasil. *Cadernos CEBRAP*. São Paulo, n. 2, s/d, 137p.

LANDMANN, J. *Racionalização da Assistência Médica no Brasil*. Rio de Janeiro: HCUERJ, 1977 (mimeo).

LINHARES, H. *Contribuição ao estudo das lutas operárias no Brasil*. São Paulo: Alfa Omega, 1977.

LOPES, J. B. *Desenvolvimento e mudanças social*. São Paulo: Paz e Terra, s/d.

MELLO, C. G. Perspectivas da Medicina da Previdência Social. *Rev. Paul. Hosp.*, v. 21, n. 12, p. 540-546, dez. 1973.

MORAES, N. L. A. Entrevista concedida à pesquisa “Instituições Médicas no Brasil 1960-1974”, julho 1975.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Sistemas de Salud*. Washington (*Publ. Cient.* n 234)

PINHEIRO, P. S. *Política e trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

RODRIGUES, J. A. *Sindicato e desenvolvimento no Brasil*. São Paulo: Difel, 1968.

VIANNA, L. W. *Liberalismo e sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental ontem e hoje, alternativas e possibilidades¹

Falar sobre a política de saúde mental ontem e hoje, alternativas e possibilidades, como história de uma marginalização, é falar sobre a história da loucura, por um lado, e por outro, sobre a história do saber e das práticas que o Estado constitui sobre o louco, criando, como objetivo de estudo, o espaço de observação de um novo ser patológico, de nova doença, que é a loucura. Além disso, é falar sobre as reações a este saber e práticas científicas, reações institucionais ou não – ao menos é assim que entendo aqui o termo “alternativas” – e também sobre as possibilidades dessas alternativas.

Não se pode dizer que seja pouco. Na impossibilidade objetiva de se fazer uma análise profunda em tão grande amplitude temática, sou praticamente obrigada a escolher entre duas alternativas: oferecer uma visão panorâmica da história da loucura e do saber psiquiátrico na nossa sociedade, e então

¹ Texto elaborado para uma conferência em 1980, destinado ao Seminário de Políticas de Saúde Mental coordenado por Paulo Amarante, e posteriormente publicado como capítulo de coletânea por ele organizada, intitulada *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994).

correr o sério risco da superficialidade, ou uma visão aprofundada de pequena conjuntura que inclua todos os temas sugeridos pelo título, ficando, entretanto, neste caso, restrita a uma certa dimensão da história, sem possibilidade de inferir tendências ou definir estruturalmente a política de saúde mental no Brasil.

Opto pela tentativa intermediária, de empreender uma análise histórica estrutural, sem perder de vista a profundidade da análise histórica conjuntural, tarefa certamente mais arriscada que as outras duas opções. Antes de tentar esta tarefa, entretanto, gostaria de tornar claros alguns conceitos e algumas noções que poderão evitar ambigüidades e interpretações inexatas.

A primeira delas se relaciona com a expressão “política de saúde mental”. Entendo que o elaborador, emissor e interlocutor das políticas de saúde, em qualquer momento conjuntural em que tenda a se manifestar historicamente no Brasil, foi e é o Estado. Entenderei portanto, nestas notas, políticas de saúde como o conjunto de formas de intervenção concretas na sociedade que o Estado aciona para equacionar o problema das condições sociais de existência de grandes camadas populacionais; daquelas que dependem, para sua sobrevivência, apenas de sua capacidade de trabalhar.

Em termos mais claros: a maneira como o Estado conduz o problema das condições de vida das classes trabalhadoras. Empregamos a expressão “classes”, assim no plural, para especificar que há mais de uma classe, às vezes com interesses sociais diversos, que vive apenas de seu trabalho: camponeses, operários agrícolas, operários urbanos, comerciários, todos vivendo sob as mesmas relações sociais, delas sofrendo os mesmos efeitos, embora pertençam a diferentes segmentos sociais dos trabalhadores.

Para evitar controvérsias acadêmicas, deixemos claro que o interesse aqui é mostrar como esse conjunto social é majoritário, por um lado, e como, por outro, a população não é um conjunto homogêneo, uma “comunidade”, mas um composto social diversificado de classes e de camadas sociais, em que as necessidades e os interesses econômicos, políticos e sociais são diversos. Assim, vai-se tornando nítida a importância que tem para a própria sobrevivência da sociedade a forma política como o Estado trata as condições de vida da população, de sua saúde.

Desde já devo esclarecer que não separarei tais condições da forma como se dá a produção e a apropriação sociais da riqueza na sociedade. Ou, se quisermos empregar a expressão em moda, da forma de produção e de distribuição da riqueza social. Assim, as políticas de saúde do Estado podem ter formas tanto de inclusão como de exclusão de classes, e mesmo de marginalização da apropriação social da riqueza produzida por esses grandes contingentes populacionais.

Ousaria afirmar desde já, que neste sentido, historicamente, as políticas de saúde – e as políticas de saúde mental mais que as outras – quer sejam as de atenção médica, de saúde pública, ou de nutrição, têm sido formas sistemáticas de exclusão econômica e social de setores da sociedade. Isto é, têm sido formas políticas de marginalização.

Por outro lado, convém definir aqui o que entendo neste momento por Estado. Embora se saiba que, no sentido mais amplo, Estado é o conjunto das instituições vigentes e dominantes em uma sociedade, incluindo desde a família, a sexualidade, a educação, até os tribunais e as forças armadas de uma nação, podemos definir o Estado no seu sentido mais restrito, ou seja, no sentido do conjunto de seus aparelhos institucionais, repressivos e ideológicos. Esses aparelhos in-

cluem tanto a escola, o hospital, como o cárcere, a política, a lei, a norma – forma do discurso institucional – e os ministérios, os poderes governamentais.

Todos eles têm seu papel na produção, reprodução, divulgação, inculcação e assimilação institucional das políticas de saúde e, evidentemente, das políticas de saúde mental. Isto acontece tanto na sociedade brasileira como nas demais sociedades existentes, que se desenvolveram a partir do modo capitalista de produção. Estou, portanto, incluindo aqui as sociedades ditas atualmente socialistas.

Na sociedade brasileira, especificamente, o Estado começa a manifestar, sob a forma de discurso normativo, sua preocupação com a saúde coletiva brasileira, desde a segunda metade do século XIX. Estão publicados os estudos de Roberto Machado, Joel Birman, Jurandir Freire Costa, para citar somente os pesquisadores do Instituto de Medicina Social da UERJ, que comprovam e analisam esta preocupação.²

Nesta conferência baseio-me nos estudos desses três pesquisadores e também nos meus próprios, tanto da pesquisa já encerrada e publicada sobre as “Instituições Médicas no Brasil”, como a que está em fase de relatório final, sobre a história do “Modelo Médico de Saúde Pública” e as instituições que o produziram e reproduziram na sociedade brasileira. Além disso, análises de outros autores, alguns aqui citados, sobre a estrutura do hospital psiquiátrico e do ambulatório de psiquiatria, informaram algumas das afirmações que farei aqui.

Uma terceira definição que gostaria de tornar clara relaciona-se com o problema das instituições de saúde mental. Não pretendo confinar as instituições que manipulam a lou-

cura ao espaço da psiquiatria do hospital ou do asilo psiquiátrico. É preciso ver lucidamente que, se na história das instituições que organizam, disciplinam e tentam reformar o comportamento do louco, o asilo psiquiátrico, com seu tratamento moral, é o primeiro a estabelecer um conjunto de práticas e estabelecer um conhecimento, um saber científico sobre a loucura, outros espaços institucionais – inclusive o consultório, com seu divã – e outros discursos teóricos foram organizados com o mesmo objetivo. Desta forma, desejo esclarecer que a loucura não está contida num aparelho específico de Estado, como o asilo, ou que os saberes que se elaboraram sobre ela só se destinem aos loucos.

Longe disto: as políticas da loucura são antes de tudo políticas de *saúde mental*. Se a expressão “saúde mental” só é incorporada ao discurso oficial nos anos 60 deste século, numa clara intenção preventivista³, a preocupação de que o discurso sobre a loucura funcione como marco normalizador no comportamento e atitudes das pessoas “normais” é muito anterior. Se o espaço institucional psiquiátrico, o hospital, é um espaço de “exclusão social da loucura”, um espaço que permanece “secularmente asilar”, os saberes que sobre ele se constroem – e digo os saberes, no plural, porque mencionaria ao menos três disciplinas que o tomam como tema de discurso: a psiquiatria, a psicanálise e a psicologia (para não mencionar o florescente e impreciso campo da medicina psicossomática) – são antes de tudo destinados a administrar e a prever a loucura antes que ela apareça socialmente. São formas de determinação e organização do espaço psíquico

² Sobre a psiquiatria, ver os trabalhos de Machado *et al.* (1978), Birman (1978), Costa (1979) e Costa (1976).

³ Ver a este propósito, *Política de saúde mental e prática psiquiátrica*, conferência pronunciada por Joel Birman em Salvador, em 27 de julho de 1979, no seminário “A prática psiquiátrica: possibilidades e limites”, organizado pela Associação Psiquiátrica da Bahia, de 25 a 28 de julho de 1979.

dos indivíduos enquanto componentes de uma sociedade: enquanto cidadãos.

Desta forma, para compreender as políticas de saúde mental é preciso ter claro que elas mediatizam saberes e práticas institucionais distintos, com uma evolução histórica específica, e que nem esses saberes nem as práticas de intervenção institucional que eles originam são monolíticos ou coerentes. Ao contrário, são muitas vezes contraditórios, tanto no nível do saber quanto no nível da intervenção. Daí resultam muitas contradições entre discurso – entendido como planos, programas, normas – e prática institucional.

Além disso, e aqui introduzo uma última distinção necessária, é preciso ter presente que, se essas instituições articulam saberes e práticas específicas, elas supõem um elemento sintetizador específico, sem o qual nenhum plano, nenhuma norma, nenhum conhecimento seria ativado, “posto em ação”. Este elemento sintetizador é o agente institucional que concentra em sua cabeça e atividade o desempenho das práticas, como delegado da instituição. Estou me referindo ao psiquiatra, ao psicanalista, ao psicólogo, ao médico.

Uma visão da história da loucura – e de sua marginalização – que pretenda ser a história das instituições que tematizam e criam um espaço de exclusão e de administração do louco e do suspeito de loucura – não importando se em dado momento todos possam ser suspeitos ou se só um pequeno número de indivíduos deva ser investigado – tem necessariamente que levar em consideração esses quatro elementos fundamentais de definição. Daí decorre, em primeiro lugar, que a loucura não é um ser puramente biológico – na dimensão psíquica do biológico, nem sociológico, produto do meio social. Ela é, antes de tudo, construção política e teórica, institucional e científica.

Em segundo lugar, vê-se que a criação do espaço institucional para o louco, preocupação do Estado brasileiro desde o século XIX, é basicamente a criação de um espaço político do desvio; desvio do comportamento, depois da atitude, do desejo, e até da fantasia. Não se trata, portanto, de um espaço puramente negativo. Trata-se de um espaço positivo da psiquê, na medida em que estabelece as margens do seu correto desenrolar-se.

No entanto, esse espaço positivo, inclusivo, de definição, é espaço de marginalização. Como é possível esse paradoxo? Como se decifra o enigma dessa aparente contradição: algo que inclui para excluir e marginaliza incluindo? A resposta não é simples, como a pergunta não o é. Entretanto, alguns elementos podem ser levantados, que nos ajudem a decifrar o enigma.

A ordem social que vai sendo progressivamente instituída no Brasil, a partir da segunda metade do século XIX, base de formação de Estado brasileiro, pode ser um desses elementos. É dela que trataremos.

Como já afirmei, as preocupações com a saúde coletiva brasileira datam desse momento, o que pode ser medido pela quantidade de normas e medidas estatais, além do clamor dos médicos. Mas, especificamente, é a partir da década de 80 que atingem o auge as preocupações com duas áreas da Saúde Pública: a área das epidemias – febre amarela, tifo, varíola, entre outras – e a da loucura. É interessante perguntar agora, colocando um conjunto de questões: 1º) por que a preocupação com as epidemias?; 2º) por que a preocupação com a loucura?; 3º) por que a loucura como Saúde Pública? Seria a loucura um vírus ou um bacilo que se disseminaria, como as epidemias, ameaçando de contágio a totalidade da população, isto é, as classes sociais indiscriminadamente?

Talvez se possa perguntar, ainda, como corolário: serão as pessoas que enlouquecem as mesmas que sofrem o tifo, a febre amarela, a varíola, a tuberculose? Ou, para resumir: quem fica doente, no Brasil dessa época, de vírus, bacilo, ou demência? E ainda uma questão, corolária desta? Por que adoecem? Finalmente, como responde o Estado a essas ameaças? Responder a essas sugestões é responder ao problema da ordem nacional que está se instituindo.

Em primeiro lugar, e como comentário à parte, situemos ambos os flagelos da saúde pública do final do século XIX: os grandes centros urbanos portuários, Rio de Janeiro, Salvador, Recife: as cidades. Não que não houvesse doença no campo, nas plantações. Sabe-se das terríveis condições de vida que atingiram os escravos até o final da primeira metade do século XIX. A partir da segunda metade, por razões históricas, não só diminuiu o número de escravos – diminuindo conseqüentemente o número de enfermos, como melhoraram, em muitos casos, devido à escassez da mão-de-obra, aos movimentos de fuga e revoltas, aos movimentos abolicionistas etc., às condições de vida dos restantes. Isto talvez explique a queda, a partir dos anos 70, da taxa de mortalidade em tuberculose, que tanto afligiu a força de trabalho escrava no Brasil.

Não só a tuberculose, mas outras doenças como o ainhum, o beri-beri, a ancilostomíase e outras verminoses eram endêmicas na população escrava. No entanto, a saúde dessa força de trabalho não é preocupação explícita do Estado. Ao contrário, sua preocupação vai-se centrar exatamente nas moléstias que atingem, em intensidade crescente durante o século XIX, as populações urbanas dos centros portuários e nelas, especificamente, o Rio de Janeiro. Mais que a lógica econômica – também existente – funciona aí a razão política, a lógica dos interesses políticos de preservar da doença a sede do poder.

As populações urbanas expostas às epidemias e à doença mental comprometem não só o bom andamento dos negócios de exportação, diga-se de passagem, como o equilíbrio do Estado. É preciso organizar um sistema de controle da situação. Um sistema sanitário.

Há algo de comum entre as epidemias e a loucura, apesar de até hoje não se ter provado que ela possa ser contagiosa, ou que provenha de vírus: é que ambas são doenças interclasses, que afetam e destroem contingentes de camadas sociais diversas, apesar de, evidentemente, a incidência, tanto num caso como no outro, ser de longe superior nas classes inferiores. Por aí podemos compreender por que o Estado se interessa tanto pelas epidemias – e pela loucura – e por que a loucura também é um problema de saúde pública.

Com efeito, na segunda metade do século, sobretudo após 1870, os loucos também, como os criminosos, os aleijados, doentes, mendigos, negros, escravos ou não, infestam as ruas, que se tornam sombrias, inseguras, incertas pelos comportamentos e atitudes inesperadas que essa multidão andrajosa pode tomar. Sem falar no nascente operariado obscuro, amontado em cortiços, casas de cômodos e malocas, armazenando em si, pronto para disseminá-los, os germes da doença e da morte, no entanto necessário para movimentar as alavancas da indústria.

Tantas ameaças justificam tantas preocupações. Mas se a doença, mental ou viral, ameaça a todos, não os ameaça do mesmo modo, nem na mesma proporção, nem com a mesma força. Para alguns, ela é somente ameaça. Para outros, para a maioria, a maioria a que me referi no início, ela é certeza que persegue, que só heroicamente é evitada. Mas se o fato de atingir essa maioria não a transbordasse, se a doença não transpirasse dos escuros cortiços para a claridade dos palace-

tes, do quarto trancado para a publicidade das ruas, atingindo setores sociais inteiros (penso aqui, por exemplo, na “doente nervosa”, na histeria das mulheres no final do século XIX).

Mas sai. E neste caso, o Estado tem que responder institucionalmente com táticas diversas, aplicáveis a estes setores sociais tão diversos. É assim que, do último terço do século XIX às primeiras décadas do século XX, as instituições de saúde estarão produzindo discurso sobre a cidade: sobre o meio ambiente urbano, a estrutura sanitária das metrópoles, a habitação, os hábitos alimentares, morais e sexuais; sobre os costumes.

Seriam estas, no fundo, as causas das moléstias no nosso meio, tanto as físicas como as mentais. Propõem-se desde esse momento a unificação de departamentos e serviços e a centralização de decisões, de preferência nas mãos dos especialistas, isto é, dos médicos, dos engenheiros sanitários, dos psiquiatras. Datam de então os primeiros hospícios: no Recife, a Tamarineira; em Salvador, Juliano Moreira; no Rio, o Hospício de Pedro II.

Espaço de exclusão que institui uma ordem mental, o asilo tenta dar conta das desordens mentais que a malta de desempregados da cidade (ex-escravos ou brancos empobrecidos), que os desajustados da nova sociedade engrossam sempre, contendo-as num espaço. Espaço fechado, é verdade, mas com estatuto próprio; não se trata, ali, teoricamente, de criminosos, vagabundos ou mendigos, mas de desafortunados sobre os quais o Estado, através da ciência, lança o seu olhar compadecido. As lutas entre as instituições carcerárias e a psiquiatria, ou ao menos a medicina, são, neste momento, acirradas – Nina Rodrigues é apenas um exemplo ilustrado, neste caso.

No entanto, a preocupação com a loucura é maior do que com o louco. Ao louco, com o hospício, atribui-se um *status*,

uma identidade institucional. À ordem, subtrai-se o problema de discutir a loucura, sua origem. Subtrai-se, portanto, à sociedade, a discussão das condições sociais de surgimento do distúrbio psíquico. O problema da exclusão de determinados setores sociais da nova ordem que se constrói. E aqui não falo somente do operário, do pequeno comerciante empobrecido, do lavrador expulso de suas terras, do ex-escravo sem lugar na cidade. Falo também da mulher, do intelectual tradicional que não consegue se ajustar à nova hegemonia, do artista refratário à ordem progressista. Todos são potenciais pacientes dessas novas instituições. Eles são os excluídos das decisões na nova ordem. (Lembrando que a maioria não poderia nem mesmo votar).

Entretanto, todos esses setores sociais não são homogêneos, nem homogeneizáveis. Também não são assimiláveis umas às outras as variáveis etiológicas do meio ambiente da cidade: costumes sexuais ou alimentares são irreduzíveis, em termos de causalidade da doença, à estrutura sanitária, ao problema da água e dos esgotos. Também os saberes que progressivamente se especializaram sobre cada uma dessas variáveis são irreduzíveis entre si, atendendo a todas essas diferenças.

As políticas de saúde sanitárias, inclusive o que se poderia chamar de sanitarismo mental, atacam o meio ambiente social durante meio século, procurando combater, no espaço urbano, a promiscuidade, que engendra o contágio da epidemia e do vício, procurando reorganizar o espaço amontoado dos “pó-dres”, inclusive reconstruí-lo para dele excluir os contaminados, criando do mesmo um sistema de registros e um esboço de vigilância epidemiológica da doença física e mental.

Na virada do século, com as epidemias se alastrando e o espaço do crime e da loucura crescendo – havendo mesmo, da parte da medicina, uma tentativa de redução do primeiro

à segunda – e o esforço de Nina Rodrigues neste sentido é imenso – o combate estatal a esses grandes males da saúde pública se torna francamente campanhista. Oswaldo Cruz é o exemplo que a historiografia oficial separou, herói da saúde no combate à doença pública.

Mas os psiquiatras não descansam de seu lado, procuram as ligações entre a loucura, o crime, a hereditariedade. Em breve estabelecerão ligações entre raça, crime e loucura. Proporão soluções eugênicas para uma raça, como a brasileira, que facilmente degenera. Infelizmente não encontrarão, como Oswaldo Cruz ou Carlos Chagas, os germes físicos da loucura. Mas conhecem os germes morais. E para germes morais só existe uma solução: educar e reeducar a população, formar-lhes nobres sentimentos e apontar-lhes a reta prática do dever no trabalho, na família, no exército, na escola. Se essas instituições não conseguirem dobrar a índole do indivíduo então, aí sim, o hospício poderá contê-los e tentar sua reforma.

E os hospícios estão cheios dos desviantes dessas instituições.

Mas essas instituições, nesse período de República Velha, não davam àqueles setores sociais que mencionei boa-vida – ao contrário. As condições de vida econômica, social, política, moral são selvagens, como o são em todas as sociedades sob o desencadear-se do industrialismo capitalista. Convém talvez perguntar se depois melhoram. Não parece. A cada novo patamar de acumulação, as mesmas condições se repetem – com as novidades apontadas pelo tempo e pela tecnologia, é verdade, mas o sofrimento desses segmentos tem sido o mesmo.

E, estranhamente, as características estruturais das políticas de saúde voltam a ser, a cada nova conjuntura que assinala esses patamares, as mesmas: centralistas, concentradoras de poder nas mãos do agente institucional “qualificado”,

verticalistas, intervencionistas e campanhistas. Entretanto, se a área mais sanitária da loucura permanece essencialmente a mesma, até hoje com seu espaço institucional asilar, com suas práticas basicamente repressivas ao louco; os indivíduos “normais”, os potencialmente loucos, passam a ser, depois da fase “eugênica” da psiquiatria, que chega até a década de 40, objetos de preocupação preventiva do discurso estatal.

Tal preocupação exprime, por um lado, a constatação da incapacidade absoluta de reforma ou “recuperação” do louco pelo hospital psiquiátrico, mas, por outro, as novas preocupações preventivistas no campo da Saúde Pública em geral, que dos Estados Unidos se estendem, através dos órgãos internacionais de saúde, ao restante do mundo. A “barbaridade” dos métodos asilares é desde então denunciada, sua falência como discurso, a ineficácia do isolamento, da exclusão social da loucura, é analisada e questionada.

Por outro lado, se o preventivismo, que ascende politicamente ao nível de discurso dominante não encontra no hospital psiquiátrico nenhuma acolhida, sendo aparentemente contraditório, em termos de discurso e prática, ao espaço institucional asilar, e se nas políticas de saúde mental até hoje o hospital psiquiátrico – agora não mais através da Saúde Pública, mas através da Previdência Social – tem ainda dominância institucional – o que pode ser constatado facilmente por dados numéricos – esse preventivismo buscará em outros discursos, em outras práticas e em outros espaços institucionais, seu florescer. A psicologia, a partir dos anos 50, e a psicanálise, dos anos 60, são, nesse contexto, saberes e práticas alternativas fundamentais.

Embora a invasão desses discursos seja recente, não ultrapasse 25 anos, podemos dizer que eles fizeram grandes avanços nas instituições da chamada sociedade civil, isto é, naque-

le sentido mais amplo de Estado que se viu no início. Na fábrica, na educação – através das escolas – na família, na sexualidade em geral, até mesmo nos hospitais, mais recentemente, nos anos 70, as novas práticas fazem triagem, analisam, interpretam, organizam e excluem, se for o caso, comportamentos, atitudes, desejos e mesmo fantasias.⁴

O papel mais “orientador”, persuasivo, dos novos discursos e práticas, não está menos ligado, entretanto, ao Estado que o discurso/prática psiquiátrico asilar. Se um tem um aspecto mais predominantemente repressivo, os outros têm um aspecto positivo de organizadores do espaço psíquico da sociedade, indispensável ao assentamento consensual da dominação. Seu papel é muito mais estratégico face à hegemonia do que a repressão excludente do hospital. Trata-se agora não mais de incluir pela marginalização. O controle psicossocial muda de natureza: trata-se de organizar, de planificar, para incluir na ordem política.

Um novo tratamento da sociedade tende a crescer nos próximos anos: o tratamento psicoanalítico-social, antes destinado às elites contaminadas pela loucura. A psiquiatria e as práticas de medicalização do mal-estar psíquico se deslocam dos aparelhos de Estado para a totalidade social. Não somente as instituições, mas cada comportamento, desejo ou aspiração humana pode ser ordenado. Assim, pelo fato de perder seu caráter predominantemente repressivo, marginalizador, os discursos e práticas sobre a loucura não perdem seu caráter de “Estado”.

Resta-nos questionar o quarto lado da questão (os outros três são o Estado, a população oprimida, o saber psiquiátri-

co): o agente institucional. Continuará ele, para o futuro, e com novos trajes, a vestir a pele do Estado? Continuará a concentrar o poder-saber em suas mãos e a bem desempenhar seu papel de delegado?

Este agente – médico, psiquiatra, psicanalista, psicólogo – vê atualmente, através de suas condições atuais de vida, que não é mais que um técnico, isto é, que um assalariado qualificado, e nem sempre por isto mais bem pago. Suas dúvidas sobre a necessidade de continuar a desempenhar o papel de delegado do poder institucional se tornam maiores a cada dia. As possibilidades de transformação dessas práticas e de afirmação dos discursos novos surgem, em grande parte, dessas dúvidas.

Referências

- BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- COSTA, J. F. *História da psiquiatria no Brasil*. documentário. Rio de Janeiro, 1976.
- _____. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- MACHADO, R. et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

⁴ Ver, a propósito da invasão dos discursos “psi” à sociedade civil, inclusive através dos meios de comunicação de massa, a conferência de Joel Birman, já citada.

As práticas alternativas na reformulação do Sistema Nacional de Saúde: contribuição para a VIII Conferência Nacional de Saúde¹

Características do problema

Cresce atualmente a importância das práticas terapêuticas alternativas, tais como a homeopatia, a acupuntura e a fitoterapia, em função do recente aumento de sua demanda. Entretanto, apesar da busca dessas práticas por fatias crescentes da população, sobretudo nas grandes cidades, os serviços institucionais de saúde não incluem em suas formas de atenção médica nenhuma dessas práticas de maneira sistemática. Condiciona-se, desta forma, uma restrição quantitativa e qualitativa na oferta de serviços, em prejuízo dos benefícios que os usuários deveriam obter.

A marginalização das práticas alternativas da rede oficial de saúde implica, além disso, uma restrição ao caráter democrático de que se deve revestir a universalização dos serviços de atenção à saúde como um dever do Estado e um direito de cidadania de cada brasileiro.

¹ Texto elaborado coletivamente por Jorge Biocchini, Madel T. Luz, Marcus Vinicius de J. B. Ferreira e Mano Eduardo Zibecchi, em 1986, visando a contribuir com a VIII Conferência Nacional de Saúde.

No caso particular de uma dessas práticas alternativas, a homeopatia, vemos que se apresentava historicamente no Brasil, no século passado, como uma terapêutica com características socializantes e populares, não tendo obtido o respaldo institucional necessário para sua implantação, e sofrendo rejeição dos poderes estabelecidos, por conflitar com os valores do sistema político-econômico e da medicina dominante na época (MACHADO, A. *et al.*, 1978; LUZ, 1986).

Paradoxalmente, hoje esta mesma terapêutica renasce transformada em prática da medicina liberal para a elite, praticada nos consultórios particulares, sendo por isso respeitada, mantendo, entretanto, o povo à distância dos seus benefícios. Deparamo-nos também com o fato de que os próprios profissionais da medicina oficial atendem, cada vez mais, a seus familiares e a si próprios com homeopatia, bem como indicam com crescente frequência casos de pacientes com patologias rebeldes para que façam uso desta ou de outras práticas alternativas, quando o paciente tem condições econômicas para tanto. Pela inexistência de serviços de homeopatia na rede de saúde pública, que serve à grande maioria da população, o médico se vê impedido de indicá-los aos pacientes que atende no hospital.

O renascimento dessas práticas traz certas dificuldades para sua universalização, na medida em que os recursos humanos formados atualmente são insuficientes em termos de quantidade de profissionais, e não são totalmente efetivos quanto à qualidade do aprendizado, por não estarem entrosados com o processo universitário de pesquisa e ensino. Por outro lado, não se tem perfil adequado de produtores de meios terapêuticos para essas práticas, seja porque os produtores devem se preocupar em manter-se economicamente no mercado, deixando muitas vezes de lado exigências

de qualidade da farmacotécnica (no caso da homeopatia), seja por não se ter experiência tecnológica na elaboração de agulhas adequadas (no caso da acupuntura).

Para a população, o acesso restrito às práticas alternativas significa ver-se impossibilitada de recuperar sua condição de saúde através de processos eficazes, menos agressivos e mais econômicos, ficando submergida nos interesses de lucro das empresas de produtos farmacêuticos organicamente ligados à medicina oficial. Dessa forma, a defesa de valores e interesses nacionais fica problematizada, como por exemplo: a revalorização da nossa flora (conhecida e desconhecida) para experimentação; a aquisição de tecnologias simples e de baixo custo; a redução nas necessidades de recursos materiais para financiar o setor saúde.

Por outro lado, o uso da flora medicinal desperta reações imediatas dos grandes laboratórios, no sentido de desacreditar a fitoterapia ou de absorvê-la, passando a produzir as essências medicinais em escala industrial. Não é este o ponto que nos interessa. O que seria admissível, em fitoterapia, seria oferecer as preparações medicinais (chás, infusões e decoctos) de forma semi-industrializada, porém sempre conscientes de que a difusão da fitoterapia não se baseia na industrialização e exploração comercial da matéria-prima herbal pelos laboratórios multinacionais, mas sim na implantação de hortas comunitárias em cada centro urbano, voltadas para o plantio de espécies medicinais.

Sendo a doença uma situação de fragilidade para quem dela padece e que gera uma relação de submissão à autoridade médica, a falta de participação do povo no questionamento de seu tratamento individual frente à única abordagem terapêutica atualmente possível – que é de relativa agressividade – termina por gerar mais insatisfação e

inconsciência do seu real papel na elaboração do seu próprio processo de saúde-doença.

É sabido que um dos fatores do descontentamento da população quanto à medicina alopática, sobretudo em relação à prática institucional, é o estriamento das relações médico-paciente. Por outro lado, se reconhece a importância terapêutica dessas relações. As técnicas alternativas vêem o paciente como um todo, e a homeopatia se utiliza, como metodologia de sua prática, da pesquisa individualizante das várias áreas de vida dos pacientes durante as consultas. Isto dá origem a um melhor intercâmbio e relação do médico com seu doente, estimulando a participação da população no aperfeiçoamento de sua atenção médica. Sabe-se também que as medicinas alternativas não necessitam tanto de investimentos em aparelhagens e materiais, o que reduzi a demanda incessante de tecnologias importadas com seus elevados custos.

Aspectos institucionais

O que mais caracteriza as práticas médicas alternativas, institucionalmente, na área de ensino e pesquisa, é o fato de estarem à margem do currículo habitual das universidades. Essa marginalização tem origem num círculo vicioso secular: como essas práticas parecem não ser “científicas”, não entram na universidade, e como não entram, não são consideradas “científicas”. Com essas restrições, as instituições próprias das práticas médicas alternativas organizam-se defensivamente como guetos de sobrevivência e têm caminhado para o elitismo.

A integração dessas práticas no processo universitário trará um ensino e uma formação profissional de maior nível e mais completos, fomentando o estímulo e o desenvolvimento da pesquisa científica nessas áreas do conhecimento mé-

dico, única base de um ensino sólido. Na área de prestação de serviços, observa-se que a marginalização das terapêuticas alternativas se dá em função de fatores políticos, desde o século passado, sendo sua marginalização “científica” a justificativa política do processo de sua exclusão das instituições de atenção médica oficial.

Recentemente, em função do próprio crescimento e busca dessas práticas, o Ministério da Previdência Social, através do INAMPS, criou unidades de serviço médico em que se começa a utilizar a homeopatia como opção terapêutica ambulatorial. A integração das práticas alternativas no sistema social de serviço médico trará à população os benefícios de uma atenção médica que atualmente só é acessível a uma parcela socioeconômica diminuta das grandes cidades.

Aspectos jurídicos

A farmacopéia homeopática é reconhecida oficialmente desde 1976, e em 1980 o Conselho Federal de Medicina incluiu, através da Resolução nº 1.000/80, a homeopatia na lista de especialidades médicas. Entretanto, paradoxalmente, pouco tempo após a oficialização de serviços públicos de homeopatia no INAMPS, a diretoria recém-eleita do CFM determinou a retirada da mesma do rol das especialidades médicas, sem consultar as instituições e órgãos representantes da homeopatia (não falemos aqui da população interessada).

Outro ponto de importância fundamental é o fato de que, apesar de o Ministério da Previdência Social ter oficializado o uso da homeopatia na rede federal de saúde, não se criaram conjuntamente critérios específicos de seleção dos profissionais a serem admitidos nesses serviços em função da sua qualidade técnica. Devido à crise atual dos profissionais na área de Saúde com relação à oferta de empregos, corre-se o

risco sério de permitir que, através de concursos públicos em que não se exija a comprovação da qualidade de formação técnica de médicos homeopatas, fomentem-se a admissão de profissionais que optem pela homeopatia por necessitarem do emprego e do salário, e não por opção científica em sua abordagem terapêutica.

A situação da acupuntura é juridicamente dificultada pelo fato de grande número dos profissionais não serem médicos. A acupuntura é reconhecida oficialmente como uma profissão, e recentemente o CFM aprovou parecer de sustação da implantação da acupuntura no serviço público, até que se disponha de legislação reguladora da formação de profissionais, e de métodos de controle da aplicação da acupuntura.

Aspectos financeiros

Do ponto de vista do financiamento da saúde pública, as práticas alternativas se apresentam como opções terapêuticas de baixo custo, podendo-se fazer uma estimativa folgada de menos da metade do custo tradicional do atendimento médico. O custo das práticas alternativas ocorre em grande parte na área de recursos humanos. Conseqüentemente, o investimento prioritário a ser feito nessas práticas é na formação de profissionais de alto nível técnico.

Além do custo global menor, as práticas alternativas se apresentam como fáceis de implementar e operar, pelos baixos investimentos físicos e tecnológicos. Isto possibilita a chegada de cuidados médicos através dessas práticas aos locais mais distantes e recônditos – onde se torna difícil praticar uma boa medicina alopática, pela falta de equipamentos e recursos físicos mais sofisticados – para complementar e até substituir, quando necessário, as práticas empíricas populares.

Controle social: participação

As práticas médicas alternativas, por seu conceito e abordagem do binômio saúde-doença, estimulam a resposta vital de cada indivíduo, ao contrário da alopatia, que substitui essa resposta, apropriando-se da mesma para evitá-la e negá-la como meio de promover a cura; para as práticas alternativas, o paciente aparece como o agente principal do processo curativo em sua integridade *psicossociobiológica*, e não o medicamento ou o procedimento técnico.

A prática clínica que resulta dessa abordagem se reflete na relação do médico com o paciente, e facilita à população a possibilidade de compreender e participar da realização da própria ação terapêutica. Colaborando no despertar da revalorização da pessoa como um todo, o que estimula a compreensão crítica das pessoas assistidas, as práticas médicas alternativas contribuem para gerar uma tomada de consciência na população e, conseqüentemente, maior demanda de conhecimento e conforto com relação a seus aspectos vitais, tais como: alimentação, habitação, reprodução-sexo, educação, trabalho e sua relação com o meio em geral e com as organizações sociais em particular.

Essa tomada de consciência deve ocorrer normalmente a partir da dinâmica própria às práticas alternativas e do papel que tem nessa dinâmica a população, como agente do seu processo terapêutico, podendo-se constituir assim num fator facilitador da introdução da população nas discussões e decisões das políticas institucionais de saúde. Na medida em que a população tenha a opção de escolher sua forma de atenção terapêutica, as pessoas terão uma percepção melhor da dimensão da qualidade com que estão sendo atendidas, estimulando e impulsionando um aperfeiçoamento do atendimento médico em geral.

Outras particularidades

As práticas médicas alternativas, com sua visão globalizante do paciente e sua abordagem clínica mais generalista, e com uma capacidade de observação menos especializada e fragmentária, facilitam o reequilíbrio da saúde de forma mais global e abrangente, e maior harmonização psicobiológica das pessoas.

Propostas e alternativas

- Levar conceitos como os aqui expostos e sua discussão aos estudantes de medicina e aos estudantes da saúde em geral, preferencialmente a partir dos cursos básicos. Este processo pode ser conduzido em forma de debates em congressos, simpósios, semanas de calouros e outros eventos, a partir de exposições e textos que avalizem as medicinas alternativas sob seus vários aspectos – médico, social, político, institucional, ensino-pesquisa, entre outros – e que levem democraticamente as conclusões e propostas desses estudantes às instituições responsáveis.
- Estimular a capacitação de recursos humanos em práticas não-convencionais de medicina com a qualidade de método de pesquisa e ensino de nível universitário. Isto pode ser conduzido através da oficialização de cadeiras de terapêuticas alternativas nos cursos médicos e para médicos, tanto no nível de graduação, como no nível de cursos de pós-graduação, bem como fomentando a pesquisa científica dessas abordagens terapêuticas.
- Regularizar o processo de seleção dos profissionais para os serviços de práticas alternativas para a rede nacional de saúde, através da criação de critérios específicos que dimensionem o nível de qualidade técnica de sua formação (como por exemplo, a apresentação do currículo, carga horária, etc. do curso de formação técnica realizado).

- Estimular a produção nacional de meios terapêuticos de qualidade técnica adequada, através do controle e dos recursos das instituições do Sistema Nacional de Saúde.
- Estimular a produção nacional de meios terapêuticos de qualidade técnica adequada, através do controle e dos recursos das instituições do Sistema Nacional de Saúde.
- Incentivar a fitoterapia, estimulando a produção de medicamentos a partir das plantas como um todo (*in totum*), e não pela extração tecnológica para exploração comercial dos princípios ativos das mesmas; desenvolver programas educativos para a introdução da fitoterapia na rede pública de saúde, abordando os vários aspectos de sua implantação: médico, social, econômica, institucional, comunitário e outros.
- Regularizar a oficialização das práticas médicas alternativas no CFM, principalmente com relação à sua utilização ambulatorial, através de discussões democráticas com os órgãos representativos de seus profissionais.
- Criar condições para a introdução e o entrosamento harmônico de todas as práticas médicas no serviço público, com um ritmo marcado pela suficiência, eficiência, eficácia e efetividade que cada prática apresenta no tratamento de diferentes nosologias.

Referências

- LUZ, M. T. Relatório do projeto “Homeopatia, uma forma de atenção médica alternativa”. Rio de Janeiro: IMS-UERJ e FINEP, 1986.
- MACHADO, A. *et al.* *Danação da norma*. Rio de Janeiro: Graal, 1978

As relações entre burocracia, aparato estatal e sociedade civil na sociedade brasileira, a partir de políticas sociais: possibilidades e limites de generalizações para a América Latina, analisando-se o caso das políticas de saúde¹

O objetivo desta comunicação é levantar algumas questões que considero atuais e relevantes sobre as políticas sociais na América Latina, com destaque para as políticas de saúde. Enfatizarei as relações entre Estado, no sentido estrito de aparato estatal, e o que se convencionou denominar genericamente, em Ciência Política, de burocracia. A perspectiva que abordarei tenta fugir das análises macroestruturais, historicamente predominantes em Sociologia e em Política, aproximando-se das relações institucionais, em macro e micro nível do poder.

Considero recentes as questões que abordarei, na medida em que tematizam fatos, tendências e relações político-institucionais em relação ao Estado e à burocracia. Relações que, embora estáveis e há muito sedimentadas socialmente, não haviam até os anos 80 chamado a atenção dos pesquisadores e analistas, ou pelo menos não haviam chamado sufi-

¹ Comunicação apresentada em agosto de 1990 no I Seminário Latino-americano de Políticas de Saúde, coordenado pelo NUPES/ENSP, Rio de Janeiro. Publicado em espanhol em 1991, com algumas modificações, no livro organizado por TEIXEIRA, S. M. F. *Estado y políticas sociales en América Latina* (Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992, p. 277-292).

cientemente sua atenção, em face da importância teórica e prática de que se revestem.

Penso que o desdobramento dessas questões pode sugerir novos caminhos de investigação e de reflexão. Pode também desenvolver conteúdos ainda não elaborados em termos das relações entre burocracias e aparato estatal, envolvendo as políticas públicas na América Latina, sobretudo as políticas de saúde, e suas repercussões na sociedade civil e na ordem política.

Democracia e burocracia em sociedades de desigualdade social profunda

Esta é a primeira, e possivelmente a mais geral das questões. Sabemos que a questão das relações entre ordem democrática e ordem burocrática tem sido tematizada recentemente, inclusive retomando-se as colocações de clássicos como Max Weber.

A tendência à burocratização das sociedades ditas industriais e pós-industriais; o problema do poder dos técnicos e da tecnocracia implicados nesse processo; os conseqüentes entraves à afirmação e ampliação do regime democrático; e a limitação à multiplicação e universalização dos direitos políticos de cidadania embutida em modelos burocráticos autoritários adotados pelo Estado em sociedades com regime ditatorial são questões que têm sido discutidas com relativa frequência no país desde os anos 70.

Também o caráter corporativo da burocracia brasileira, as relações particularistas estabelecidas entre o Estado, interesses civis privados (ditos cartoriais) e setores da burocracia ligados aos aparatos estatais encarregados de organizar, coordenar e ativar políticas públicas, nos setores econômicos e sociais, foram discutidos durante a década de 80, salientando-se os efeitos perversos dessas relações sobre a sociedade civil e o patrimônio público.²

Entretanto, é preciso esclarecer, quanto ao problema das relações entre democracia e ordem burocrática, algumas questões implícitas, com todas as suas conseqüências teóricas e políticas. E neste sentido devo assinalar, em primeiro plano, a questão-chave da implantação, entre nós, do regime republicano sem uma ordem democrática correspondente.

No Brasil, como em outras sociedades de profunda desigualdade social (sobretudo em países africanos e da América Latina), a República se implantou como uma ordem sociopolítica fechada e autoritária, isto é, excludente no plano socioeconômico e concentrada no plano político-institucional. Os direitos jurídicos de cidadania, além de restritos, são meramente formais, pois não se materializam em direitos sociais e políticos institucionalmente estabelecidos e reconhecidos na prática pela totalidade dos setores sociais. Nesse contexto, a democracia é um projeto que nunca se realiza historicamente, um horizonte sociopolítico sempre recuado.

O advento da República responde, neste caso, mais a pressões e interesses externos, provocados pela ordem econômica e política internacional, que a exigências internas estruturais de mudança. A organização dos aparatos estatais e das instituições em geral, isto é, da ordem política como um todo, passa a exprimir, em cada aspecto da vida social, o regime de exclusão-concentração que caracteriza a República nessas sociedades.

A burocracia orgânica a esse tipo de sociedade, longe de se colocar, face a suas funções, numa perspectiva de serviço público, no sentido da racionalidade ou generalidade normativa

² Ver, entre outros trabalhos: Pereira, (1976); Cardoso (1975), Cardoso (1977), Albuquerque (1974), Luz (1979), Malloy (1976), Singer (1976), Singer *et al.* (1978), Santos (1979), Martins (1979), Vianna (1976) e Weffort (1978).

– parafraseando aqui Max Weber –, adota uma postura discricionária, de feitora da sociedade civil. Nessa postura, o lema “aos amigos tudo, aos inimigos a lei” (entendendo-se aqui como inimigos o público a ser atendido) exprime ao mesmo tempo a possibilidade de se driblarem as normas – desde que se tenham amigos bem situados nos órgãos públicos – e a situação de se arrastar um processo *à la Kafka*, se for um simples cidadão, um cidadão *sans phrase*. O cidadão torna-se, neste contexto, um indivíduo, um número desprovido de qualquer direito, sujeito a ter que provar (em geral por escrito em quatro vias comprovadas por documentos) que tem direito ao direito que está solicitando e que não está devendo ao Estado.

As periódicas campanhas de desburocratização acabam esbarrando no limite estrutural desse modelo político de concentração/excludência, perfeitamente materializado no burocrata perito em provar que o cidadão *não tem* o direito solicitado, poupando assim o Estado de desencumbir-se de deveres muitas vezes constitucionais. A burocracia, definindo-se aqui este termo como um conjunto de agentes institucionais originários de diversas corporações profissionais, hierarquicamente dispostas nas instituições, tem como suas funções elaborar, organizar, operar, avaliar e reproduzir o sistema de meios normativos destinados a pôr em prática políticas, estratégias e programas típicos desta ordem concentradora e excludente de poder. Neste sentido, ela gera um sistema de entraves ao exercício de direitos políticos e sociais de cidadania e, ao invés de ser politicamente um conjunto de meios, torna-se um fim em si mesma, ocupando o lugar da(s) política(s) e dos atores políticos, e inviabilizando, na prática, programas e estratégias com um mínimo de alcance social.

O ritual burocrático erigido enfim aparece, neste caso, como um efeito demonstrativo de poder do Estado e seus

aparatos sobre as classes sociais subordinadas e a sociedade civil em geral. Evidentemente, esse efeito favorece aos minoritários setores sociais que concentram poder econômico e político, em detrimento da grande maioria excluída e despossuída. Mas o mais grave é que a totalidade mesma da sociedade civil perde paulatinamente poder e capacidade de expressão política, subjugando-se ao autoritarismo de normas absolutizadas e impostas através de decretos, portarias, ordens de serviço, decisões normativas de chefes ou setores institucionais, baixados sobre o conjunto da população, sem que esta tenha exercitado historicamente a prática do direito de responder, argüir – ou muito menos – contestar. É como se a vontade política fosse até hoje, nesse tipo de sociedade, imperial.

Centralização e concentração de poder institucional em políticas públicas na América Latina: a tecnocracia, a burocracia e a questão do corporativismo no serviço público

Essa vontade política de cunho imperial constitui nossa segunda questão. Talvez se possa dizer que, à vontade do imperador, substituiu-se entre nós, progressivamente, no século XX, uma “vontade político-institucional” autoritária e concentradora de poder. Essa “vontade político-institucional” é visível nas políticas sociais, centralizadas e verticalizadas em termos de tomadas de decisão, por um lado, e em práticas institucionais arbitrárias e instáveis, por outro, capazes de erradicar políticas anteriores elaboradas e postas em práticas por governos adversários, ou de tentar aniquilar instituições que se firmaram historicamente por sua independência política, às vezes em função mesmo de seus objetivos institucionais. A confusão entre governo e Estado é notável, nesse caso.

As políticas de saúde são um inegável exemplo histórico dessa vontade institucional perversa, mas essa tendência é dominante também na educação, na previdência social, na ciência e tecnologia. Na verdade, como expressão de uma tendência estrutural, essa vontade política é predominante no conjunto das políticas sociais e econômicas desde a instauração do regime republicano.

No Brasil, desde a República Velha – pois essa tendência supõe uma *ordem social* pré-capitalista, patrimonialista –, os limites entre o público e o privado são esmaecidos pela presença, no Estado, de grupos privados fortemente ligados a oligarquias políticas e econômicas, muitas vezes articuladas a interesses internacionais, estes sim, plenamente capitalistas. O Estado se torna quase uma extensão desses grupos, que se sucedem nos governos.

Neste sentido, se poderia pensar na generalização possível, para a América Latina, de algumas das características brasileiras das relações entre Estado, burocracia e sociedade civil, a partir das políticas públicas, especialmente as de saúde, meu ponto central de estudo. Mas ainda assim, mesmo considerados os elementos estruturais comuns a nossos países, as especificidades institucionais devem ser sublinhadas, sobretudo as eventuais tradições históricas de democracia ou de participação democrática face às políticas públicas.³

Ocorrem-me, a este propósito, os casos do Chile e da Argentina, que até os anos 70 tinham inegável tradição de regime democrático, inclusive quanto aos direitos sociais, pelo menos em termos das políticas de saúde e seguridade social. A questão do centralismo, do verticalismo e da concentração

institucional de poder me parece, entretanto, uma tendência passível de generalização nos últimos 20 anos, expressiva dos regimes autoritários militares que se instalaram no continente, com o Brasil dos anos 60 servindo de precursor deste modelo.

Esse processo político foi acompanhado, em termos institucionais, de uma corporativização técnica pronunciada, multiplicando-se as profissões envolvidas na elaboração, gestão, implantação e avaliação (aqui não importando o grau de eficácia destas etapas) das políticas públicas, de que as políticas de saúde são um caso notório, concernente às políticas sociais, mas cuja característica é aplicável, também e sobretudo, às políticas econômicas. O corporativismo resultante desse processo incentivou um forte autoritarismo de cunho tecnocrático, em que o Estado, através das políticas postas em prática por seus aparatos, não reconhece interlocutores políticos válidos, dialogando apenas sob pressão e mobilização dos diversos segmentos da sociedade civil. Cabe a esta arrancar concessões, baseadas em jogos de força política que desfavorecem as classes e setores subordinados: assalariados menos qualificados, subempregados e desempregados, funcionários barnabés, autônomos (profissionais liberais, pequenos comerciantes) sem muitos recursos. Que de fato constituem, aliás, a grande maioria da população.

Esta se torna, gradativamente, massa de manobra fácil diante de discursos carismáticos personalistas e práticas clientelistas assistencialistas, negadoras de seus reais direitos. A continuidade e a expansão desses discursos e práticas acabam por eximir os políticos – os de cargos executivos, ou os de cargos legislativos – em nível central ou regional, de proporem e conduzirem programas partidários com estratégias claras e firmes de democratização econômica e social, que possibilitem a superação dessa estrutura.

³ Ver, por exemplo: Abranches (1987 e 1985), Fiori *et al.* (1987), Larra (1976), Luz (1987), Teixeira (1984a, 1984b e 1987).

Acorrentados a seus interesses particulares, submetidos a práticas eleitoreiras desprovidas de qualquer ética, grande parte de nossos políticos desconhece o Estado a que servem, a sociedade civil como sua real interlocutora, de quem dependem econômica e politicamente e a quem têm contas a prestar.

Articulam-se com a burocracia, disposta nos aparatos em camadas corporativas, também de modo clientelístico, baseado na troca de favores, na concessão de vantagens de cunho corporativo, ou da cooptação para cargos de confiança, ou então na punição arbitrária dirigida a grupos profissionais e lideranças divergentes, sempre que dispõem do poder público e que seus interesses particularistas não são atendidos satisfatoriamente.

Estado, burocracia e administração nas políticas públicas: a vingança dos funcionários

A burocracia, acima definida, cooptada, acaba por se acostumar a só trabalhar mediante concessões e privilégios, procurando despender o menor esforço possível no desempenho de suas funções e boicotando planos e programas que ponham em xeque esse *status quo*. Esta é nossa terceira questão.

Menos pelos salários, que não são tão altos como se difunde pela mídia, e mais pelas vantagens da estabilidade no emprego, das poucas horas de trabalho real, das vantagens indiretas e do *status* social que os empregos públicos ainda oferecem, é que o funcionalismo se torna alvo cobiçado por políticos, grupos corporativos profissionais e pela própria sociedade civil, sendo objeto de pedidos, barganhas, cooptações, associações obscuras e conflitos institucionais sem ligação com os direitos e necessidades da população.

Esse verdadeiro sistema de interesses conjugados, apesar de conflituoso, constituído e instalado nas instituições públi-

cas, não contribuiu em nada para a afirmação dos direitos sociais de cidadania, condição fundamental para a instauração de uma democracia plena em países marcados, como o nosso, por profunda desigualdade social. Transformou-se, pelo contrário, em obstáculo insidioso e velado, mas não menos eficaz, concreto e material, a qualquer mudança no sistema de meios institucionais que visem a implantar estratégias ou programas de eficiência administrativa, ou mesmo de simples desburocratização, para que o cidadão tenha acesso ao exercício de seus direitos em termos de saúde, educação, habitação, previdência social, etc.⁴

Esta opacidade do sistema burocrático, que caracteriza a ordem institucional brasileira, tem levado governos e políticos, sobretudo os conservadores, a imaginar que a transformação gerencial do sistema, através de uma grande reforma administrativa, pode eliminar a estrutura paralela de corrupção que impregna de alto a baixo nossa vida política. Acreditam, quando são sérios, que o problema é basicamente moral, e que modificando o sistema de meios se modificará a estrutura política como um todo, obtendo-se, além de eficácia, desconcentração e descentralização; democratização, enfim. Mas isto significa exatamente tomar o sistema burocrático como fim político e como causa estrutural da desigualdade, o que não é verdade.

Como tentei mostrar no início, a burocracia é expressiva, em termos de sistema de meios, de uma ordem social concentrada e excludente, que não se modificou estrutural-

⁴ Na verdade são as minorias insuladas nas diversas instituições, classificadas como técnico-administrativos superiores dos altos escalões que recebem os salários alardeados pela imprensa, através de cargos em comissões e gratificações. Em realidade, dois terços ou mais dos funcionários públicos civis ou militares ganham tanto ou menos que na iniciativa privada, para cargos que possam ter equivalência.

mente para atender a exigências democráticas próprias da ordem política republicana moderna, pelo menos nos casos clássicos do capitalismo. Ela é orgânica a essa ordem e a supõe. Modificá-la implica modificações verdadeiramente políticas, isto é, nos fins, de que depende o sistema de meios. E isto implica, por sua vez, perdas para os donos do poder. Pelo menos no Brasil, em um século, esses donos, de constituição praticamente oligárquica, nunca se dispuseram a perder nada, nem em plano econômico, nem em plano político.

O sistema burocrático conta com este fato. Acha que as reformas não são para valer, pois deixam intocado o essencial: o sistema de privilégios das elites, a concentração econômica, a exclusão política e cultural dos enormes contingentes populacionais que vegetam nos campos e nas cidades. Não é de espantar, portanto, que as mais diversas táticas de combate, que vão do boicote à oposição mais ou menos explícita, sejam desencadeadas dentro dos diversos escalões hierárquicos dos aparatos estatais, no sentido de desfigurar, amortecer, paralisar e, finalmente, inviabilizar as mudanças propostas para o sistema administrativo.

Longe de mim imaginar que a burocracia reaja como um coro uníssono e harmônico, todos contra ou todos a favor, deste ou daquele programa administrativo. Os burocratas não preferem, ou deixam de preferir, certos programas em detrimento de outros. Só não querem que se mexa na estrutura instalada, que lhes garanta segurança e pouco dispêndio de energia. Caso contrário, uma espécie de conspiração silenciosa e tácita une os diversos corpos num processo de sabotagem, incluindo engavetamentos, perdas de processo, morosidade no cumprimento de ordens, ou o esquecimento de implantação de normas, ou mesmo, pelo contrário, o excesso de zelo no cumprimento de normas absurdas ou inexecutáveis,

por serem contraditórias a outras, acarretando paralisação ou caos nos diversos serviços ou órgãos públicos.

Nesses momentos é possível assistir a uma verdadeira vingança dos funcionários, na medida em que os próprios governantes pagam o preço do seu autoritarismo, pelo desconhecimento do saber e da experiência acumulados pelos corpos administrativos. Saber e experiência que se traduzem em poder, na medida em que são as chaves que podem abrir e decifrar os caminhos do labirinto burocrático que esse estilo de ordem política é capaz de produzir para reproduzir-se. E cada escalão dentro de cada instituição é cioso de seu grau de poder dentro do todo institucional, não se dispondo a perdê-lo nem para a sociedade civil nem para os outros escalões hierárquicos. São comuns os conflitos e as disputas intra-institucionais e interinstitucionais neste sentido.

Nas políticas sociais, os efeitos dessas atitudes se traduzem em concorrência, justaposição e repetição de serviços e programas, com prejuízos evidentes para os cidadãos e o usuário. Nas políticas de saúde, que tive a oportunidade de analisar de perto, esses fatos são tão historicamente reconhecidos quanto repetidos, a cada nova proposta de planos ou programas dos diversos governos da República, militares ou civis.

Há, é verdade, acordos entre cúpulas tecnocráticas que assessoram esses governos e setores burocráticos do sistema administrativo. Ninguém governa sem a aceitação, ao menos parcial, da burocracia. Mas esses acordos não são constantes nem estáveis. Dependem de quanto os interesses corporativos serão mantidos ou sustentados, ampliados, ou ao contrário, feridos ou negados.

Na verdade, sejam elas acadêmicas ou não, as cúpulas tecnocráticas muitas vezes são *externas* às carreiras dos corpos burocráticos institucionais, desconhecendo a estrutura e o

funcionamento reais (reais opondo-se aqui a formais) dos órgãos e aparatos estatais. Sem a colaboração dos setores burocrático-administrativos, “metem os pés pelas mãos”, ferindo interesses estabelecidos e atrapalhando a pouca eficácia que possam ter programas e serviços.

Acordos têm que ser feitos, competências têm que ser reconhecidas, medidas têm que ser anuladas, estratégias ou táticas têm que ser refeitas e, desta forma, aos poucos, propostas impetuosas e ambiciosas de reforma têm que ser reformadas. Com o auxílio de quem já está ali, *sur place*, lá continuará, ou para lá voltará, quando tombarem os “ventos mudancistas ou demissionários”. Os funcionários sabem que os governos não têm critérios objetivos, eficazes e isentos, para contratar ou demitir. Sabem que a vontade política que anima suas decisões não é democrática, mas autoritária e arbitrária, portanto instável. Contam com essa instabilidade, onde o novo é sempre velho, e onde o velho se renova a cada proposta de governo novo. A confirmação dessa expectativa é, talvez, sua maior vingança. Mas é também nosso maior prejuízo, na medida em que assinala o caráter repetitivo e refratário à mudança dessa estrutura.

Políticas sociais, burocracia e sociedade civil: o martírio consentido

Há uma quarta e última questão que pretendo levantar aqui, por considerá-la não só atual, como urgente a ser tratada. Ela abrange relações políticas que considero perversas, e que estão presentes tradicionalmente no cenário político das relações Estado, burocracia e sociedade civil. Eles envolvem a implantação de políticas públicas por um sistema burocrático-institucional impermeável ao reconhecimento dos direitos de cidadania, por um lado, e o consentimento submisso da população às práticas autoritárias desse sistema, por outro.

Reconheço que não é uma questão fácil de tratar. Certamente não é fácil procurar analisar o que há com uma população aparentemente destituída da consciência de seus direitos e deveres de cidadania e vulnerável ao autoritarismo e à corrupção oficiais. Parece mais um tema para a Psicologia Social ou para a Psicanálise do que para a Sociologia.

Entretanto, acho urgente apreender e esclarecer a história da descaracterização política do nosso povo (ou talvez de nossos povos, submetidos a regimes de grande desigualdade social), para podermos entender o processo da paulatina aceitação de sua excludência e marginalização como efeito mesmo da duração secular dessa ordem social, e dos esforços bem-sucedidos das elites dirigentes para mantê-la estruturalmente intocada. Neste sentido, é como se o povo estivesse se conformando com a dominação e a violência institucionais às quais é cotidianamente submetido, pela perda da esperança na democratização da ordem social.

É difícil tratar de relações que acontecem no cotidiano do exercício do poder. Não importa que esse exercício se passe no macronível dos aparatos estatais, através das leis e normas que o Estado exige que sejam cumpridas no dia que determina e da maneira como determina, seja na trama das microscópicas ações desenvolvidas pelos agentes institucionais nas situações pontuais e concretas dos guichês burocráticos. *Guichê burocrático* aqui é meramente uma metáfora para uma ordem social enrijecida, em que até um ambulatório de consultas médicas pode estar profundamente despersonalizado por normas e relações institucionais autoritárias e excludentes. São situações pontuais, mas continuamente repetidas, do dia do nascimento à morte dos cidadãos, condenados a arriscarem sua dignidade a cada papel, solicitando humildemente o cumprimento de direitos que o *establishment* vê como conces-

sões majestáticas. Concessões que garantem a sobrevivência física, psíquica, moral e social de cada cidadão, é verdade, mas também a reprodução dessa ordem.

Tenho observado ultimamente como diversos setores da sociedade, alvos das políticas públicas, sejam elas sociais ou econômicas, sobretudo os majoritários setores subordinados, já citados aqui, acompanham atônitos, em geral pela mídia, as decisões, medidas e programas que decidem de um dia para o outro sua vida (ou sua morte). Não vejo sinais do que se poderia chamar de ação ou reação politicamente organizada, resumindo-se os protestos a queixas e reclamações indignadas, mas individualizadas, embora maciças. Coletivas, apenas as revoltas localizadas que explodem nos saques e quebra-quebras de diversos serviços públicos ou supermercados.

Vêem-se grupos de pessoas, grupos bastante compactos, às vezes, que se entreolham nas filas das repartições, dos bancos, dos supermercados, que comentam fatos, interrogam-se nas ruas, queixam-se no trabalho, lastimam-se em casa, na expectativa do que estará por vir, que será certamente pior, numa atitude de submissão, como que se curvando à fatalidade, como um rebanho indefeso. Mas indefeso diante do quê?

Na verdade, diante da própria ordem sociopolítica secularmente vigente. Apesar do processo de redemocratização dos anos 80, com a volta das eleições e certa quebra do autoritarismo nas instituições, não houve⁵ de fato, até o presente, no Brasil e em outros países da América Latina, uma democratização real da estrutura social. A ordem concentradora-excludente continua dominante e até se agravou, de acordo com os dados

⁵ Desde 1990, quando foi escrita a primeira versão deste trabalho, uma grande inclinação mobilizou a população urbana brasileira, levando às ruas, comandada pela juventude estudantil em 1992, culminando na luta pelo *impeachment* do Presidente da República.

de sindicalistas e suas assessorias técnicas, de cientistas políticos, de economistas, de sociólogos.

As condições de vida pioraram na última década, havendo retrocesso, face aos anos 60 e mesmo 70, em relação à saúde, à educação e à habitação, para mencionar apenas os indicadores mais tradicionais das políticas sociais. Isto sem mencionar as graves perdas salariais dos anos 80, anos das grandes reformas econômicas, sempre centradas no arrocho salarial. Neste sentido, a atual política nada mais é do que a radicalização ostensiva de uma tendência dominante já há algum tempo.

Já se menciona nos jornais, para um futuro breve, a existência de uma situação de “*apartheid* social”, a perdurarem as tendências de desigualdades hoje dominantes em nossa sociedade. Interroga-se sobre o futuro da democracia em tal contexto. Prevêem-se estados de convulsão social crônica, com greves não-solucionadas, quebra-quebras, saques, violência generalizada etc. Em suma, o futuro não nos aparece risonho. Alguns analistas se perguntam mesmo, na América Latina e na Europa unificada atual, se há lugar, no futuro, para sociedades como a nossa, devastada pelos efeitos de uma ordem social que apostou no crescimento econômico a qualquer preço e que vê ainda hoje com muita reserva o fato que o imediato desenvolvimento social é nossa única esperança de sobrevivência. O que implicará certamente novas políticas sociais, na transformação da atual estrutura burocrático-institucional. Na criação e na prática de novas relações, mais democráticas, entre a burocracia, o aparato estatal e a sociedade civil. Será isto ainda possível? Acredito que um futuro bem próximo nos dirá.

A mídia não previu que, num futuro imediato, um movimento civil organizado, positivo, ao mesmo tempo ordeiro e combativo, pudesse mudar a situação de passividade então reinante.

Referências

ABRANCHES, S. *Os despossuídos: crescimento e pobreza no país do milagre*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

_____. *Política social e combate à pobreza*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

ALBUQUERQUE, J. A. G. Notas sobre o papel das classes médias e o aparelho de Estado nas sociedades em desenvolvimento. *RAE/FGV*, Rio de Janeiro, n. 2, março/abril, 1974.

CARDOSO, F. H. *Autoritarismo e democratização*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

CARDOSO, M. L. *JK - ideologia do desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

FIORI, J. L. et al. *Diagnóstico de alguns obstáculos a uma ação planejada do INAMPS*. Relatório técnico final de pesquisa. Convênio IEI/INAMPS/FINEP. Rio de Janeiro, setembro 1987.

LARRA, H. L. *Saúde pública e desenvolvimento nacional*. Relatório técnico parcial da pesquisa “Estratégias e Políticas da Construção do Sistema de Saúde: antecedentes e perspectivas da Reforma Sanitária”. Convênio IPEA/MS/FIOCRUZ/ENSP, 1976.

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. Notes sur les politiques récentes de santé dans le Brésil de la transition démocratique - années 80. Paris: Universidade de Paris VIII, 1987 (mimeo).

MALLOY, J. M. A política de participação social no Brasil: participação e paternalismo. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 93, 1976.

MARTINS, H. H. T. S. *O Estado e a burocratização do sindicato no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1979.

PEREIRA, L. C. B. *Tecnoburocracia e contestação*. São Paulo: Brasiliense, 1976.

SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SINGER et al. *Prevenir e curar*. Rio de Janeiro: Forense, 1978.

SINGER, P. *A crise do milagre*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

TEIXEIRA, S. M. F. *Cidadania, direitos sociais e Estado*. IN: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., *Anais...* Brasília, MS, 1987, p. 91-112.

_____. *Política social em crise na América Latina*. Trabalho apresentado no III Seminário Latino-Americano de Medicina Social, Ouro Preto, 1984a (mimeo).

_____. *Previdência versus assistência na política social brasileira*. *Dados: Rev. de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 321-345, 1984b.

VIANNA, A. L. W. *Liberalismo e sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

WEFFORT, F. *O populismo na política brasileira*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80¹

Do nosso ponto de vista, e de acordo com outros autores brasileiros que realizaram estudos similares sobre as políticas e instituições de saúde no Brasil, estas desempenharam papel histórico inegável para a constituição e estabilização da nossa ordem sociopolítica.² Elas ajudaram mesmo a modelar traços estruturais dessa ordem, entre os quais a tendência à concentração do poder e à exclusão das classes populares dos sistemas de decisão econômicas, políticas e culturais do país (LUZ, 1987).

A continuidade deste papel das políticas e instituições de saúde pode ser percebida e analisada ao longo dos períodos que marcam as conjunturas principais de nossa história, isto é, desde o momento da 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

¹ Tradução revista e sintetizada, pela autora, do texto francês “Notes sur les politiques récentes de santé dans le Brésil de la transition démocratique (années 80)” (Universidade de Paris VIII, 1988, 20 p.) e publicada em versão extensa em *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

² Ver, entre outros trabalhos: Luz (1979 e 1962), Machado et al. (1978), Costa (1980), Oliveira & Teixeira (1986), Teixeira (1987), Rosário (1986).

de transição democrática da Nova República, encerrada em março de 1990, um século após a “Proclamação”.

Tentaremos esclarecer alguns temas e tendências dominantes nas políticas de saúde no Brasil contemporâneo, dos anos 80, bem como analisar o papel que pode desempenhar tal política na constituição de uma nova ordem institucional, nos anos 90, mais justa em nível econômico e mais democrática em níveis social e político, como os discursos eleitorais e governamentais não cessam de fender e afirmar como “prioridade íntima” nos últimos cinco anos. Tentaremos, na medida do possível, fazer comparações, no nível das políticas de saúde, entre a conjuntura dos anos 80 e as que a precederam, desde a Primeira República (1890-1930).³

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 mais conservadoras e moderadas politicamente se sucederam, na busca da ampliação da “abertura democrática”.

Essas negociações colocaram em plano secundário, quase excluídos mesmo do processo de discussão, os sindicatos e partidos de esquerda, recém-saídos da clandestinidade, apesar de seu sucesso eleitoral nos anos de 82 e 84. Os resultados das eleições de 1986 favoreceram as forças políticas conservadoras, graças a procedimentos de corrupção eleitoral empregados por essas forças (clientelismo, “currelismo eleitoral”, financiamento de candidatos favoráveis a *lobbies* particularistas, etc.) desde a Primeira República. Apesar disso,

uma grande massa de votos foi para os setores e partidos políticos progressistas e de esquerda.

Entretanto, essa situação de exclusão permanece possível, devido ao fato de que a ordem política republicana se instaurou em nosso país com os traços antidemocráticos já citados, com as políticas públicas desempenhando papel muito importante na consolidação de tal ordem. Existem, portanto, raízes estruturais desses traços que mergulham nas origens de nossa vida republicana, fundindo-se a interesses sociais que são ao mesmo tempo objetivos e contraditórios entre si. É evidente, portanto, que tais condições não podem ser modificadas de uma conjuntura a outra, no espaço de poucos anos.

Os interesses contraditórios enraizados no solo político brasileiro se manifestam com muita intensidade nas políticas de saúde, na medida mesma da importância histórica dessas políticas. As proposições de uma mudança estrutural através de uma Reforma Sanitária, por exemplo, são impedidas por obstruções, boicotes, desentendimentos e distorções colocadas por tais interesses, internos e externos às instituições de saúde. Isto torna difícil a real implementação de transformações consistentes na prática institucional, para além dos discursos e das normas.

Ora, a transição de um regime ditatorial para uma situação institucional de estabilidade democrática deveria supor a capacidade política 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, dos discursos institucionais a propósito de alguns temas fundamentais. Devem ser sublinhadas, entretanto, a novidade e a originalidade de certas práticas institucionais e a oportuni-

³ A propósito de políticas de saúde na Primeira República, ver Luz (1979, 1962 e 1987).

dade do surgimento de outras, no domínio da participação popular em serviços de saúde durante esse período, e no domínio da descentralização institucional.

Queremos assinalar, além disso, que características específicas desta conjuntura, entre as quais o confronto de interesses econômicos e políticos no campo da Saúde, e a consequente luta pela ocupação dos diferentes espaços institucionais por grupos representantes desses interesses, podem ser vistas como as principais. Esses confrontos e lutas se desenvolvem no campo macroanalítico ou no microanalítico do poder, isto é, tanto nos ministérios e no Congresso, como nos hospitais, nos ambulatórios e nas unidades municipais de serviços de saúde. Os discursos e os saberes das diversas corporações profissionais implicadas (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos) na questão da saúde têm sido também um foco de luta política no cruzamento dos níveis macro e microanalítico de disputa pelo poder de traçar diretrizes, impor posições, conquistar hegemonia.

Deve ser observado, também, o debate havido nos anos 80 entre os profissionais da área de Saúde, e entre estes e a clientela-alvo (através de organizações comunitárias, por exemplo) das políticas médicas, isto é, sobretudo as populações urbanas de baixa renda. É nesse contexto de lutas no nível dos discursos, das práticas e das estratégias políticas pela reforma de instituições de saúde, que se manifestam nos últimos anos da década, com toda a força de suas contradições, os impasses de nossas políticas sociais.

Tais políticas, características, em vários aspectos, dos países do Terceiro Mundo, revestem-se no Brasil de uma importância tanto maior quanto é grande ainda hoje o papel do país, “que representa a economia do mundo”, na América Latina e no conjunto das Nações, apesar dos repetidos reve-

ses políticos da sua história. Tais reverses concerniram à ordem democrática no Estado e nas instituições em geral, em face dos grandes interesses sociais e econômicos, atuando tanto externa quanto internamente, no sentido de manter uma ordem social extremamente concentrada em termos políticos e econômicos desde o início da República.

Na questão das oposições sociais de base que concernem à saúde, por exemplo, deve-se mencionar, primeiramente, os interesses de uma “burguesia da saúde”, opostos aos de uma clientela de trabalhadores, urbanos e rurais. A “burguesia da saúde” poderia ser caracterizada, quanto à sua composição, por proprietários de empresas, grandes hospitais e clínicas médicas privadas; por grupos médicos ligados aos serviços médicos destinados às empresas; pelas grandes indústrias de equipamentos médicos, nacionais e internacionais; pelas empresas multinacionais de produtos farmacêuticos e, finalmente, pelos grandes médicos liberais, defensores de uma ideologia privatista em relação aos serviços médicos.

Quanto à clientela, compõem-se, além dos trabalhadores (urbanos e rurais), de seus dependentes (sua família) e de uma camada crescente de classe médica, impossibilitada de pagar custos médicos hospitalares e clínicas especializadas, custos que tiveram nos anos 80 alta vertiginosa com o retorno do processo inflacionário. Esta oposição de interesses de base, na saúde, encontra sua expressão mais acabada em termos de orientação e de proposições que se alternam: a uma orientação privatizante e internacionalizante, corresponde uma orientação estatizante e nacionalizante. E necessário acentuar, entretanto, as nuances efetivamente presentes no interior tanto de uma quanto de outra orientação política em saúde, tanto mais quanto essas nuances tendem a provocar conflitos no interior das próprias tendências. Neste sentido é que a

defesa do que deve ser ou não “nacionalizado”, isto é, estatizado, levanta discussões e divergências profundas entre aqueles que apóiam a estatização. E este é apenas um dos pontos de conflito no interior de uma das tendências de base. Se forem colocadas em jogo as divergências das duas tendências de base, pode-se ter uma idéia da intensidade de debate na última conjuntura.

A gestão, a distribuição, o financiamento, bem como a avaliação dos serviços de saúde, a natureza e a oportunidade dos atos médicos, isto é, a maior ou menor intensidade da medicalização social, a integração, e a hierarquização dos serviços no nível da complexidade, desde as unidades de cuidados primários até os hospitais mais complexos e especializados, são outros pontos igualmente intensos de discussão e de combate para obtenção do poder de decidir no domínio da política de saúde.

Não discutiremos ainda as divergências entre os diversos grupos políticos presentes na cena brasileira, concernindo 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. Interessamo-nos sublinhar o que há de estrutural nessas políticas – o que há de comum, ou recorrente, em várias conjunturas, ou ao contrário, o que mudou, o que é inédito ou especificamente conjuntural no nível dos discursos e das práticas institucionais de saúde. Foi neste sentido que procuramos chamar a atenção sobre o debate privado x estatal, ou nacional x internacional, na medida em que se trata de temas recorrentes no discurso da política de saúde desde os anos 50.

O que há de novo, talvez de original na discussão desses temas nos anos 80, é a chegada de um novo ator político sobre a cena da saúde. Trata-se do empresário da medicina,

que defende publicamente seus interesses, tem seus *lobbies* no Congresso e nas Assembléias Legislativas, nos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, nas instituições de saúde formadoras de recursos humanos – faculdades e hospitais universitários – e também nos serviços públicos de saúde, estaduais e municipais.

É também nova a ascensão de uma tomada de consciência, da parte da sociedade civil, expressa nos movimentos sociais dos últimos dez anos, do papel da saúde e das instituições médicas na vida coletiva. Embora restrita aos movimentos de vanguarda da sociedade civil (associações e moradores, movimentos “civis” vários, sindicatos etc.), a compreensão desse papel é de grande importância, na medida em que torna claro que são os trabalhadores que financiam, através de descontos em folha e de impostos, os serviços médicos da previdência social e do Ministério da Saúde que deveriam, antes de tudo, servi-los. Essa tomada de consciência teve como efeito esclarecer oposições ideológicas subentendidas em diversos temas de debate. Por outro lado, os interessados tiveram a oportunidade de perceber que tais oposições estão longe de ser recentes. Na verdade elas pertencem, em última instância, à história das políticas sociais do país.

Um ponto com que todos os grupos implicados no debate das políticas de saúde dos anos 80 concordaram foi no papel do Estado como co-ordenador e gestor dos planos, programas e serviços de saúde. Os setores progressistas reivindicaram mesmo uma ampliação desse papel, fazendo deste ponto uma “questão fechada” da Reforma Sanitária. A reivindicação encontrou, entretanto, o obstáculo crescente de uma estrutura privada de atenção médica, solidamente construída durante os anos 70.

Apesar deste obstáculo, foram dados alguns passos para a contenção da política de convênios com o setor privado de atenção médica. 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 caído 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 pelos usuários. O governo da “Nova República” favoreceu, por outro lado, a descentralização dos serviços em nível municipal e distrital, por meio de programas pilotos, assim como procurou institucionalizar a “participação popular” nos mesmos serviços, ratificando uma tendência que já vinha do início dos anos 80, com as AIS (Ações Integradas de Saúde).

A segunda grande oposição de base, em relação aos temas específicos das políticas de saúde refere-se à saúde vista como “direito civil”, isto é, como um direito de cidadania e um dever do Estado. A questão foi tema de discussões acaloradas até outubro de 88, quando a Nova Constituição reconheceu formalmente este direito social de cidadania tanto tempo postergado pela República. Entretanto, para certos setores da sociedade, principalmente empresários, é certo, mas também alguns setores sindicais, a saúde é um direito que se adquire pelo trabalho. Trata-se de uma visão tradicional nas políticas sociais brasileiras, que relaciona a aquisição de direitos sociais ao exercício do trabalho, sobretudo o trabalho urbano, portanto, em última instância ao exercício do emprego. Isso significa poder colocar fora do acesso aos serviços médicos a maior parte da população brasileira: as crianças, as donas de casa, os jovens não-empregados, os

velhos sem aposentadoria, os subempregados da economia informal, os desempregados.

Deve ser acentuado que a percepção social da saúde como direito de cidadania é um dado novo, em ponto recente 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 Neste sentido, a própria Reforma Sanitária pode ser vista como um elemento novo no cenário político do país, elemento instaurador de uma política de saúde institucionalmente inédita. Em um outro sentido, o que é interessante em relação ao lema “saúde direito de cidadania, dever do Estado” é o que ele implica como visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentende uma definição afirmativa (positiva) de saúde, diferente da visão tradicional, que identifica saúde com ausência relativa de doença, visão esta típica das instituições médicas.

No contexto da nova definição, a noção de saúde tende a ser socialmente percebida como o efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como a 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. Isso significa dizer que a sociedade tem a possibilidade de superar politicamente a compreensão até então vigente, ou socialmente dominante, de saúde como um estado abstrato biológico de normalidade (ou de ausência de patologia).

A nova noção de saúde é muito recente na sociedade brasileira, dos anos 80, e ainda restrita a grupos partidários e movimentos sociais de vanguarda pela saúde, mas já conseguiu

⁴ Ver, a esse respeito, a pesquisa realizada por Matos (1990).

fazer entrar na nova Constituição uma definição próxima dessa noção. Além desse avanço, a luta pelo acesso aos cuidados médicos, pela participação na gestão e na coordenação dos serviços de saúde, pela não-privatização das instituições de saúde, é também importante ponto, entre vários outros que ultrapassam os marcos institucionais da política de saúde, atingindo os da política social do país como um todo.

Resta-nos examinar agora alguns desses pontos de luta no contexto do regime político dos últimos cinco anos, ditos de “transição democrática”. Entre eles 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 originais, senão de inéditos. Comentemos os mais importantes:

A Reforma Sanitária

A questão do papel da Reforma Sanitária no estabelecimento de uma ordem social democrática contribui para situar a política de saúde como elemento de importância fundamental na presente conjuntura de estabilização da ordem política. Esta situação da Reforma Sanitária como possível elemento inaugural de um novo contexto institucional a coloca de fato como tema original face à história das políticas sociais no Brasil. Ela pode ser vista, neste sentido, como mudança estrutural exigida pelo conjunto da sociedade civil, mais do que como simples reivindicação de vanguardas políticas, na medida em que o próprio movimento social a apóia e vários atores políticos a constituem como tema prioritário de discussão das políticas públicas.

Neste sentido, opor-se à Reforma, ou negar a necessidade de implantá-la, é opor-se ao esforço mesmo da realização da transição política, na medida em que um regime democrático

estável não poderia institucionalizar-se, ou durar, sem a implantação efetiva de políticas sociais capazes de liquidar a famosa “dívida social histórica” mencionada frequentemente nos discursos dos políticos brasileiros. No entanto, as oposições e os bloqueios a essas políticas sociais, inclusive as de saúde, permanecem reais e atuantes, bem como as tentativas de diluição e mesmo de rejeição de suas propostas, nos poderes Executivo e Legislativo.

Pode-se constatar a tendência a identificar líderes políticos e quadros intelectuais ligados à defesa das novas políticas a anarquistas, comunistas ou populistas – isto é, na linguagem conservadora tradicional brasileira, a elementos perniciosos interessados na destruição da ordem estabelecida. Esta tendência exprime, é claro, 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 na área de Saúde 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 institucionais mais importantes da conjuntura, as tomadas de posição pela necessidade de uma reforma sanitária, assim como da urgência de sua implantação, foram praticamente unânimes. A discussão em torno dos caminhos e diretrizes da reforma continuou ao longo dos anos 87 e 88, envolvendo diversos grupos de

esquerda, contra conservadores neoliberais, com divergências 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. Numa tendência recorrente na história das políticas sociais, os setores da esquerda brasileira raramente conduziram nessa conjuntura, com sistematicidade, estratégias ou políticas de aliança que preservassem um projeto comum, ou que superassem rivalidades e competições que às vezes não ultrapassavam o nível de interesses políticos de grupos ou mesmo de ambições pessoais.

As discussões se acirraram sobretudo em torno de questões fundamentais como: a) que finalidades; b) que diretrizes; c) que métodos devem nortear Reforma Sanitária; d) que estratégias e táticas políticas assumir para assegurar a irreversibilidade das conquistas da Reforma?

Foi sobre esses pontos mais gerais que se manifestou, é claro, grande parte das divergências, mas também sobre outros, mais específicos, concernentes a conteúdos dos programas, diretrizes e prioridades a atingir com a Reforma. É sobre esses pontos mais específicos que trabalharemos daqui por diante.

A unificação institucional dos serviços de saúde

Este é um dos pontos específicos que estiveram sempre no centro das discussões dos últimos anos, desde o início da década de 80. Trata da unificação das instituições e serviços de cuidados médicos em um só Ministério da Saúde, que deveria ser, evidentemente, o responsável, condutor, gestor e executor principal da Reforma Sanitária, bem como de toda política de saúde futura.

Observemos que aí também encontramos um tema recorrente no debate das políticas de saúde, que desaparece e reaparece através das diversas conjunturas institucionais. Este tema implica o 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 institucional da Saúde. Esta repartição do poder institucional levanta questões já tradicionais no Brasil, relativas ao poder e sua natureza, seu grau de personalização, concentração centralização etc., na ordem política brasileira. Podem-se observar, no entanto, dados novos no reaparecimento do tema da unificação institucional de serviços de saúde que podem situá-lo como elemento interessante de compreensão da conjuntura de “transição democrática”.

Entre esses dados novos é necessário sublinhar a possibilidade de superação do modelo atual dicotômico entre saúde pública e atenção médica curativa, por um modelo integrado de medicina preventiva e cuidados médicos individuais previdenciários, superação inédita e possível somente na medida em que haja real integração das instituições ligadas aos ministérios implicados com a questão da saúde (basicamente Ministério da Saúde e da Previdência Social). Um simples decreto não faz, evidentemente, a superação de mais de 50 anos de dicotomia de modelos e instituições médicas.

Deve-se sublinhar também a possibilidade de superação da justaposição, repetição, ineficácia e competição de programas e serviços de saúde, aberta pela unificação institucional do setor. E a possibilidade, enfim real, de poder controlar financeiramente serviços e programas de saúde, ainda que no simples nível de contabilidade, através da unificação institucional, se houver real comando e vontade política para fazê-lo.

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 deve ser distinguido de 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 concretas de mudança institucional se batem, portanto, contra velhas resistências instaladas nos aparelhos estatais. Não se deve esquecer, tampouco, os grandes interesses econômicos e sociais mencionados neste trabalho, tanto internos como externos.

Apesar de todos os obstáculos, venceu a tendência para a unificação dos serviços institucionais de saúde, durante o ano de 87, com o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) na Previdência Social, e com a nova Constituição, através da proposição do SUS (Sistema Único de Saúde). Mas ainda assim permanece problemática até hoje a efetiva distribuição do poder institucional, seja concernindo ao Estado em relação à sociedade civil, ou concernindo a 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.

A descentralização dos serviços de saúde

Apesar da recorrência histórica do tema da descentralização, que aparece freqüentemente desde o final do governo Vargas, nos anos 50, nos discursos reformistas da política de saúde é possível relevar certos fatos novos que contribuem para uma redefinição do tema na conjuntura atual. Entre esses

fatos, 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, profissionais, sindicatos, movimentos sociais concernindo à saúde). Como consequência dessa visão, pode-se observar também o crescimento de uma percepção social da necessidade de transparência de decisões no setor público.

Deve ser citada ainda a reivindicação, da parte dos profissionais da área de Saúde, de uma transferência efetiva de responsabilidade, com poder de decisão, para estados, municípios e distritos, ao contrário da tendência centralizadora historicamente dominante desde o início do século. Com essa nova visão e percepção sociais da descentralização institucional em saúde, tem-se a possibilidade de superar a concepção puramente geopolítica do processo, superando ao mesmo tempo a tendência a limitar a descentralização aos aspectos meramente executivos da política institucional.

Trata-se, no entanto, de um grande desafio político, e era para evitar esses limites que o projeto de Reforma Sanitária propunha em 1986, com base na experiência das AIS, de 1983, a existência de “conselhos municipais” e “interinstitucionais” de gestão dos serviços de atenção médica. Esses conselhos supunham a 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 político novo, original na história das políticas de saúde.

Esses fatos, aliados à orientação prevista de tomar como base experiências-piloto locais (ao invés de partir de uma norma central niveladora e imperativa, como é habitual nas

políticas sociais brasileiras) ressituarão, a nosso ver, o tema da descentralização no contexto da conjuntura atual de transformações políticas no Brasil. Eles supõem, de fato, o lugar realmente importante da política de saúde no projeto de democratização de nossas políticas sociais e, indiretamente, no processo de democratização da ordem política brasileira como um todo.

A hierarquização dos atos e serviços de cuidados médicos

A questão da hierarquia dos atos médicos quanto à sua complexidade e especialização, e da prioridade a ser dada a esses diferentes atos, desde os mais simples e gerais aos mais complexos e especializados, constitui também tema recorrente na história das políticas de saúde brasileiras. De fato, a discussão sobre os cuidados médicos ditos primários como prioridade absoluta para a 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. O debate, conduzido sobretudo pelos médicos do campo de Saúde Pública e da Medicina Social, tocou também os clínicos dos hospitais gerais públicos e alguns liberais ligados à Previdência Social. Todos eles reivindicavam a 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 histórica dominante na

medicina científica moderna de privilegiar a sofisticação técnica desde o início da intervenção médica, isto é, torná-la uma intervenção altamente especializada e voltada para a novidade ou a raridade das patologias, em detrimento das doenças banais da população, e dos doentes como seres humanos que sofrem, independentemente do tipo de patologia.

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 do setor majoritário da população atingido por condições de vida muito desfavoráveis. Na presente conjuntura, dos 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 “população de baixa renda”. Na verdade, o movimento social centrado na questão da saúde, compreendendo as diferentes corporações profissionais envolvidas (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas), as associações de moradores, os sindicatos e setores de partidos políticos progressistas colocaram em questão, desde o advento de “Nova República”, em 1985, qualquer projeto de organização de uma rede de cuidados de saúde baseada numa “atenção primária”, supondo uma medicina primária que se limitaria a ser uma medicina pobre destinada aos pobres. Além disso, o tema da hierarquização dos cuidados médicos coloca o problema delicado da relação médico/paciente e, por extensão, o problema atualmente crítico da relação instituição médica/clientela, já em debate desde o final dos anos 70.

Na conjuntura de transição do regime político dos anos 85 a 89, vários meios sociais – como o meio sindical, o associativo, o profissional, os ligados à questão da saúde e o

dos 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 democratização dessas relações cresceu em várias frentes de discussão (seminários, encontros, congressos e a própria VIII Conferência Nacional de Saúde). Esta consciência, se avançar, pode-se tornar uma das alavancas da democratização das políticas de saúde.

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 de saúde. O tema está presente em todas as discussões concernindo à reforma institucional da saúde a partir da década de 60, embora já se falasse em “participação comunitária” nos anos 50.

O que podemos observar de inédito na discussão atual, entretanto, é a busca de superação da categoria “participação comunitária”, herdada dos discursos desenvolvimentista e populista, pela qual se tinha como projeto a adesão da clientela aos programas destinados à população-alvo. Esses programas eram geralmente elaborados por uma tecnoburocracia que pretendia às vezes ser “de esquerda”, mas que tinha uma prática institucional tão autoritária como os burocratas de direita. Neste sentido, a participação popular reivindicada pelo movimento social ligado à saúde nos últimos cinco anos propõe medidas concretas 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 saúde,⁵ este projeto de participação se defrontou com obstáculos praticamente insuperáveis. Além dos inevitáveis interesses e orientações políticas divergentes, alguns antagônicos, há a tendência secular 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” dos anos 80, na Saúde, quando governadores eleitos por partidos progressistas encorajavam a discussão e a inovação institucional da parte dos atores políticos em presença. Nessas experiências reside, talvez, um dos pontos de esperança de 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.

Este ponto suscita, como aliás todos os outros examinados, muita controvérsias, e também resistências institucionais, ainda que seja pela inércia secular da máquina burocrática republicana. Esta continua a seguir sua própria lógica, uma lógica social bastante conservadora, avessa às mudanças, que pouco se preocupa com a necessidade de transformação das políticas de saúde, exigidas por um “regime” de democratização social e de

⁵ Ver o trabalho de Matos (1990), já citado.

estabelecimento dos direitos e cidadania. Entretanto, é preciso lembrar, para não cair no logro da escolha de um bode expiatório, 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 traços e temas é que constituíram o núcleo central das preocupações destas “notas sobre as políticas de saúde nos anos 80”. No momento atual, em que um novo governo, eleito pela primeira vez em 30 anos, parece querer apagar os “traços e temas” da política de saúde passando por cima da história, estas notas se tornam mais que um rescaldo da década passada. Elas podem ser um lembrete de que sempre que se pretende apagar as pegadas da história se está condenado a repeti-la, como farsa ou como tragédia.

Referências

- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- 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, Departamento de Sociologia da Universidade de Paris VIII, Saint Denis, Paris, 2º semestre 1987.
- _____. *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *Medicina e ordem política brasileira*. Rio de Janeiro: Graal, 1962.
- MACHADO, R. et al. *Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MATOS, A. M. *Participação popular ou cidadania regulada. movimentos populares pela saúde no Rio de Janeiro (1980-1988)*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.
- OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- ROSÁRIO, N. A. *Lutas urbanas e controle social*. Petrópolis: Vozes 1986.
- TEIXEIRA, S. M. F. *Cidadania, direitos sociais e Estado*. IN: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1987. p. 91-112.

As Conferências Nacionais de Saúde e as políticas de saúde da década de 80¹

As Conferências de Saúde, o Estado e as políticas públicas de saúde

Desde os anos 60, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) vêm se destacando, com a histórica III Conferência, de 1963, como fórum importante de discussão das políticas brasileiras de saúde. Envolveram diversos setores da sociedade nessa discussão, embora fossem convocadas pelo Estado, através do Ministério da Saúde. Estabeleceram, nesse sentido, um diálogo raro entre Estado e sociedade no nosso país, antecipando decisões políticas e leis concernentes à saúde.

Nas três últimas décadas, essas Conferências convocaram principalmente os profissionais da área, sobretudo os médicos – e entre eles os mais ligados à Saúde Pública – mas recentemente, a partir dos anos 80, estenderam essa convocação à população usuária dos serviços de saúde, através de

¹ Este trabalho retoma e revê em seu texto as análises feitas nos artigos “Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de transição democrática - anos 80” (*Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 1. n. 1, p. 77-96, 1991) e “IX Conferência Nacional de Saúde: a VIII revisitada? Avanços e impedimentos na implantação da nova política de saúde” (*Rev. Saúde em Debate*, n. 37, p. 76-80, dez. 1992).

seus representantes organizados em associações ou grupos comunitários específicos, e aos sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais.

O objetivo deste artigo é discutir o papel das CNS em face das políticas públicas e dos movimentos sociais envolvendo a saúde da década passada (VIII e IX Conferências realizadas, respectivamente, em 1986 e 1992). Nesse sentido, leva em consideração as demandas de transformação nas políticas sociais relativas à questão da saúde da população.

A escolha da década de 80 para essa análise se justifica porque foi durante essa década que a sociedade civil brasileira passou a considerar, em sua maioria, que a saúde é um direito de cidadania, e que certas opções políticas do Estado foram nessa direção.

É interessante observar, previamente, que as Conferências deveriam se realizar em espaços regulares de tempo (quatro ou mesmo dois anos), mas tal regularidade não se verificou, devido à instabilidade das políticas sociais e da própria conjuntura republicana, sempre sujeita aos golpes de Estado, ou pelo menos aos espasmos de autoritarismo e liberalismo políticos, conhecidos entre nós como “fechamento” e “abertura”. Nesse sentido, também, é interessante notar que a IX CNS, que deveria se realizar em princípio em 1990 ou mesmo em 1988, só veio a se realizar em agosto de 1992.

Essa conferência deveria “fechar” ou mesmo fazer avançar as conquistas democráticas da VIII Conferência, realizada em Brasília em 1986, conquistas estas relativas ao grande projeto de mudança político-institucional que se convencionou chamar, entre políticos e profissionais da área de saúde, de Reforma Sanitária. A IX Conferência deveria, portanto, “coroar” a década de 80 em relação à política de saúde, implementando aspectos importantes e específicos da Refor-

ma Sanitária em sua marcha para a socialização da saúde – isto é, sua transformação em dimensão social de cidadania.

O intervalo de seis anos entre elas tem significado político. Ele sinaliza a entrada em cena do governo Collor, em 1990, e de suas políticas sociais pretensamente neoliberais, nada mais sendo, no entanto, que simples desmonte e sucateamento do aparato estatal, dos serviços tradicionalmente exercidos pela rede pública, seja em saúde ou em educação, apesar de sua relativa ineficiência em atendimento e histórica irracionalidade em estruturação.

Aqui interessa focalizar apenas os casos das políticas sanitárias, retomando o papel político das Conferências de Saúde em relação à conjuntura dos anos 80.

A luta pela Reforma Sanitária na década de 80 e a VIII CNS

Os anos 80 representaram, em termos de reorganização da vida política nacional, o esforço desenvolvido pela sociedade civil para a instituição de um Estado verdadeiramente de direito, após duas décadas de ditadura. Movimentos civis pela restauração dos direitos dos cidadãos que foram exilados ou compulsoriamente aposentados, demitidos do serviço público ou obrigados a “desaparecer” da cena pública, em função de sua militância ou opiniões, fossem eles militares, civis ou clérigos, assim como sucessivas manifestações por eleições diretas e imediatas, ou de busca dos desaparecidos, são exemplos desse esforço. Há uma mobilização no nível macropolítico inédita no país, em termos de proporções, mesmo se considerando a resistência e os movimentos civis dos anos 30. Do mesmo modo, a explosão da organização da sociedade civil, desde as associações comunitárias de moradores, passando pelos usuários de serviços coletivos de consumidores, ou de “minorias” (éticas, sexuais) assinalam uma

constante mobilização da sociedade na década de 80, levando a uma significativa transformação da ordem sociopolítica brasileira em direção a uma ordem democrática.

Isto é tanto mais importante para entender o papel das políticas de saúde nesta conjuntura quanto se sabe que, no Brasil, as políticas públicas desempenham e desempenharam historicamente papel estratégico na consolidação de uma ordem republicana que, desde sua origem, manteve traços antidemocráticos cujas raízes se encontram na estrutura social existente. Nela se fundem de maneira conciliatória interesses objetivamente contraditórios entre si. Tais condições não se transformam na passagem de uma conjuntura a outra, em poucos anos, ou mesmo décadas, o que favoreceu, no período que analisamos, na política mencionada acima, a perpetuação da situação de exclusão social e a manutenção dos traços estruturais políticos: clientelismo, curralismo eleitoral, populismo etc.

Os interesses contraditórios enraizados no solo político brasileiro manifestam-se com muita intensidade nas políticas de saúde, na medida mesma da importância histórica dessas políticas para a própria consolidação da ordem social. As proposições de mudança de estrutura através de uma reforma sanitária, desde os anos 60, 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 que conformam as “políticas de saúde” na retórica, a prática institucional experimente transformações consistentes e duradouras.

Por outro lado, 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, debatidas no cenário nacional desde a primeira metade dos anos 80, é necessário sublinhar a divergência e, às vezes, o antagonismo entre os diversos discursos institucionais a propósito dos temas fundamentais da reforma. Apesar disso, devem ser sublinhadas nesse período a novidade e a originalidade de certas práticas institucionais e a oportunidade do surgimento de outras, como por exemplo, o da participação popular em serviços de saúde e o processo de descentralização institucional.

Deve ser observado, também, nos anos 80, o debate havido entre profissionais da área de saúde, e entre estes e a clientela das políticas médicas (principalmente a população urbana de baixa renda), representada, por exemplo, por organizações comunitárias, todo um “movimento popular de saúde”, refletindo a organização geral dos movimentos sociais na sociedade brasileira no período mencionado.

No que concerne às posições sociais que afetam a própria base de organização do setor, deve-se mencionar os interesses de uma “oligarquia da saúde”, opostos aos da massa de trabalhadores urbanos e rurais demandantes de serviços eficazes, de qualidade e gratuitos ou de baixo custo, isto é, da clientela vista como massa.

A “oligarquia” da saúde pode ser caracterizada, quanto à sua composição, por proprietários de grandes empresas médicas, hospitais e clínicas médicas, grupos financeiros ligados aos serviços médicos destinados às empresas e ao público em geral; grandes indústrias de equipamentos médicos, nacionais e internacionais; empresas multinacionais de produtos farmacêuticos; finalmente, os médicos liberais mais bem situados na escala profissional, defensores de uma ideologia privatista em relação aos serviços de saúde. A clientela é formada tanto por trabalhadores (urbanos e rurais) e seus dependentes como

por uma camada crescente da classe média impossibilitada de pagar custos médicos hospitalares e de clínicas especializadas.

Nos anos 80, com o retorno do processo inflacionário, esses custos tiveram alta vertiginosa. A oposição de interesses de base encontra sua expressão acabada na alternância de orientações 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, originando conflitos internos entre tendências.

O debate privado x estatal, ou nacional x internacional, por exemplo, é tema 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 ator político que defende publicamente seus interesses, com *lobbies* no Congresso e nas Assembléias 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. Essa complexidade de interesses e debates foi manifestada claramente durante a realização da Conferência.

Outra novidade, expressa nos movimentos sociais da década, foi a tomada de consciência, por parte da sociedade civil, do papel da saúde e das instituições médicas na vida coletiva. Embora restrita a movimentos de vanguarda (associações de moradores, diversos movimentos civis específicos etc.), a compreensão desse papel foi muito importante, pois tornou claro que são os próprios trabalhadores que financiam, através dos 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 consciên-

cia evidenciou as oposições ideológicas subentendidas em diversos temas de debate na Conferência. 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 sociais 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 durante a realização da Conferência de 1986. Essa reivindicação encontrou, entretanto, um obstáculo objetivo na própria estrutura privada de atenção médica, solidamente construída durante os anos 70. Apesar disso, foram dados alguns passos rumo à contenção ou regulamentação da política de convênios com o setor privado. A rede privada chegou a ser financiada em mais de 80% pelo Estado. Durante curtos períodos da década de 80, entretanto, novos programas e serviços públicos foram criados e mantidos, em oposição ao estado de quase abandono a que haviam sido relegados instituições e serviços públicos no final dos anos 70.

Algumas medidas importantes foram tomadas nos anos 80, no sentido de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde. O governo da Nova República favoreceu a descentralização dos serviços nos níveis municipais e distritais, por meio de programas-piloto, 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, como um direito do cidadão e um dever do Estado – é a

segunda grande posição de base em relação aos temas específicos da política para o setor. Discutida na VIII CNS, essa questão suscitou acaloradas discussões até outubro de 1988, quando a nova Constituição reconheceu formalmente esse direito social de cidadania, tanto tempo postergado pela República.

A percepção social da saúde como direito de cidadania é um dado novo na história das políticas sociais brasileiras. Essa percepção é fruto dos movimentos sociais de participação em saúde do fim dos anos 70 e início dos anos 80. Nesse sentido, a própria Reforma Sanitária pode ser vista como um elemento novo no cenário político do país, na busca de instauração de uma política de saúde 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 doenças.

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 gestão de políticas institucionais etc. Assim, a sociedade teve 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 patologias).

Datada dos anos 80, a nova noção de saúde é, portanto, recente na sociedade brasileira e ainda se restringe a grupos partidários e movimentos políticos de vanguarda. Mas a nova Constituição incorporou no seu texto uma definição próxima dessa noção. Além desse avanço, as lutas pelo acesso aos cui-

dados médicos, pela participação na gestão e na coordenação dos serviços, pela recuperação das instituições públicas de saúde foram, entre outros, importantes pontos que ultrapassaram os marcos institucionais da política de saúde, atingindo os da política social como um todo durante a década passada.

A questão da Reforma Sanitária e de seu papel no estabelecimento de uma ordem social mais democrática contribuiu para transformar a política de saúde em elemento fundamental na conjuntura de estabilização da nova ordem política. Elemento novo de um contexto institucional, a Reforma Sanitária tornou-se um fato original em face da história das políticas sociais no Brasil. Neste sentido, ela representou uma exigência social de mudança política, mais do que uma simples reivindicação de vanguardas e movimentos sociais. Mas o movimento social geral da sociedade a apoiou, e vários atores políticos a consideraram tema prioritário na discussão das políticas da Nova República, na segunda metade dos anos 80, no Congresso, na vida sindical e nas corporações ligadas à saúde.

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”, frequentemente mencionada nos discursos dos políticos brasileiros. No entanto, tanto no âmbito do Executivo quanto no do Legislativo, as oposições e os bloqueios a essas políticas sociais, inclusive as de saúde, mantiveram-se reais e atuantes, com tentativas de diluição e mesmo de rejeição das propostas mais avançadas no sentido da democratização social.

Alguns pretenderam identificar líderes políticos e quadros intelectuais ligados à defesa das novas políticas com anarquistas, comunistas ou populistas, sinônimos, na tradicional

linguagem conservadora brasileira, de elementos perniciosos, interessados na destruição da ordem estabelecida. Mas esta era, na verdade, uma estratégia de negação de mudanças reais, de transformações das políticas sociais em geral, e da saúde em particular, reivindicada pela sociedade à Nação.

A VII Conferência Nacional de Saúde

Apesar das estratégias de resistência, podem-se assinalar eventos institucionais: muito importantes durante o período da chamada Nova República. O principal deles foi 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. Em seguida, a instalação, um ano após, da Assembléia Nacional Constituinte, que deveria incluir os princípios fundamentais da reforma sanitária proposta pela Conferência 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 proposta no VIII Conferência continuou ao longo dos anos 1987 e 1988, envolvendo diversos grupos “de esquerda” (trabalhistas, comunistas, socialistas) 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 preservas-

sem um projeto comum, ou que superassem rivalidades e competições que, muitas vezes, não expressavam nada além de interesses de pequenos 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 aparece no tratamento desses pontos mais gerais, mas também houve pontos bem específicos, concernentes a conteúdo dos programas, diretrizes e prioridades a atingir com a reforma.

Esses pontos mais específicos foram levantados durante a VIII Conferência Nacional de Saúde. Quatro deles merecem destaque, por resumirem as discussões de duas décadas da área de saúde:

A unificação institucional dos serviços de saúde

Este é um dos pontos específicos que sempre estiveram no centro das discussões, institucionais desde o início da década de 60. 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 encontramos um tema recorrente no debate das políticas de saúde, presente em diversas conjunturas. 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 do setor. Essa repartição do poder institucional levanta questões já tradicionais relativas ao poder e sua natureza – grau de personalização, concentração, centralização etc. – na ordem política brasileira.

O tema da unificação institucional dos serviços de saúde reapareceu na década, 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 entre saúde pública e atenção médica curativa, e a organização de um modelo integrado de medicina preventiva e cuidados médicos individuais hierarquizados. Essa superação, inédita e possível, depende de uma real integração das instituições ligadas à questão da saúde (basicamente os Ministérios da Saúde e da Previdência Social). Evidentemente, um simples decreto não supera mais de 50 anos de dicotomia de modelos e instituições médicas.

Deve-se sublinhar também que a unificação institucional do setor gera a possibilidade de superar a justaposição, a repetição, a ineficácia e a 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, entretanto, da existência de vontade política e comando real nas decisões.

Finalmente, deve-se assinalar, com a unificação institucional, a possibilidade da retomada, pelo Estado, da direção da política de atenção 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 partidários e populistas, ainda muito fortes em nossa estrutura institucional, na saúde como em outros setores das políticas públicas.

Todas as possibilidades de mudança institucional se chocaram, nos anos 80, contra velhas resistências instaladas nos aparelhos estatais. Não se deve esquecer, tampouco, os

macrointeresses 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 a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) da Previdência Social, logo transformado, com a nova Constituição, no Sistema Único de Saúde (SUS) envolvendo também o Ministério da Saúde. Mas ainda assim permanece problemática, até hoje, a efetiva distribuição do poder institucional, seja no Estado em relação à sociedade civil, seja dos grupos políticos historicamente divergentes, presentes nas instituições públicas, que reivindicam sua parcela de poder nas decisões e orientações fundamentais da política de saúde brasileira.

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 frequentemente nos discursos reformistas da política de saúde, podem-se destacar fatos novos que contribuem para redefinir o tema na conjuntura dos anos 80. Entre eles, em primeiro lugar, uma nova visão da descentralização institucional como desconcentração efetiva de poder, ao menos entre os setores politicamente mais avançados das instituições de saúde e da 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 reivindicaram uma transferência efetiva de responsabilidade, com efetivo poder de decisão, para estados, municípios e dis-

tritos, contrariando a tendência centralizadora, historicamente dominante desde o início do século na estrutura institucional.

Com essas novas visão e percepção sociais da descentralização em saúde, houve a possibilidade de superar uma concepção puramente geopolítica do processo e a tendência a limitar a descentralização aos aspectos meramente executivos da política institucional. Foi, no entanto, um grande desafio político. Para evitar esses limites, o projeto de Reforma Sanitária proposto na VIII Conferência, baseado na experiência das AIS de 1983, previa a criação de “conselhos municipais” de gestão dos serviços de atenção médica. Esses conselhos supunham a 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), colocaram em outras bases o tema da descentralização, no contexto da 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 nacional como um todo, ocorrido na década de 80.

A hierarquização dos atos e serviços de cuidados médicos

A hierarquização dos atos médicos segundo sua complexidade e especialização, a prioridade a ser dada a cada um, desde os mais simples e gerais aos mais complexos e especializados, também é 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, durante a VIII Conferência, também os clínicos dos hospitais gerais públicos e alguns filantrópicos ligados à Previdência Social. Todos eles reivindicaram 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 dois significados institucionais que convém distinguir. O primeiro é relativo 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 contemporânea, que privilegia a sofisticação técnica desde o início da intervenção médica, diagnóstica, que se torna altamente especializada e voltada para a novidade ou raridade das patologias, em detrimento das doenças banais da população e dos doentes, como seres humanos que sofrem dos tipos de patologia mais comuns e evitáveis ou controláveis com procedimentos simples do ponto de vista técnico.

O segundo significado é relativo à reestruturação dos serviços e à organização de um sistema unificado e integrado de cuidados médicos, coerentes com as grandes necessidades em saúde da população, as doenças correntes, agudas ou crônicas, a situação de penúria, sobretudo do seu setor majoritário, atingido por condições de vida muito desfavoráveis.

Na conjuntura que prevalece nos últimos anos da década de 80, o tema da hierarquização levantou 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, 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 rede de cuidados baseada em atenção primária que supusesse uma medicina primária, limitada a oferecer uma medicina pobre aos pobres. Além disso, o tema da hierarquização dos cuidados médicos colocou em destaque o delicado problema da relação médico/paciente e, por extensão, o atualmente crítico problema da relação instituição médica/clientela, debatido desde o final dos anos 70.

Na segunda metade dos anos 80, na 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 populações/alvo, de outro. A consciência da necessidade de democratizar essas relações cresceu em vários fóruns de discussão (seminários, encontros, congressos e durante a própria VIII CNS). Esta consciência tende a se tornar uma das alavancas de democratização das políticas de saúde no futuro.

A participação popular nos serviços de saúde

Um quarto tema historicamente recorrente nas políticas de saúde do Brasil debatido na VIII Conferência é o da participação popular (ou comunitária) nos serviços públi-

cos. Esse tema esteve presente em todas as discussões referentes à reforma institucional da saúde a partir da década de 60, 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 do discurso desenvolvimentista ou populista, que tinha como objetivo conseguir a adesão das populações-alvo aos programas a elas destinados. Esses programas eram geralmente elaborados por uma tecnoburocracia que, embora se pretendesse de “esquerda”, tinha uma prática institucional tão autoritária quanto a da burocracia de “direita”.

A participação popular reivindicada pelo movimento social ligado à saúde nos últimos anos da década propôs 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 por setores de vanguarda do movimento popular em saúde, esse projeto de participação se defrontou com obstáculos praticamente insuperáveis. Além dos inevitáveis interesses e orientações políticas divergentes – alguns antagônicos –, persiste a secular tendência à centralização e à concentração do poder institucional. E permanece ainda o sempre poderoso obstáculo dos núcleos de clientelismo e populismo incrustados nas instituições de saúde há mais de meio século, que são consideráveis pontos de inércia e resistência à mudança.

Apesar de tudo, algumas experiências localizadas desenvolveram-se e se mantiveram, a partir da “abertura democrática”, durante os anos 80, quando governadores eleitos por partidos “progressistas” encorajaram a discussão e a inovação institucional por parte dos atores políticos. Nessas experiências reside talvez um dos pontos de esperança para a futura transformação das políticas de saúde no Brasil. Elas podem originar resultados positivos para a mudança da ordem brasileira, no sentido de uma ordem institucional verdadeiramente democrática, na qual os direitos sociais de cidadania sejam finalmente respeitados.

Esse ponto suscita ainda hoje, como aliás todos os outros examinados até aqui, 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 à mudança, pouco se preocupando com a necessidade de transformação das políticas de saúde exigidas por um regime de democracia social e de afirmação 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.

Avanços e impedimentos na implantação da política de saúde: balanço do final dos anos 80 e início dos 90

A própria realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 deve ser considerada um momento de avanço histórico da política de saúde no sentido da democratização. A discussão dos quatro temas fundamentais acima analisados, a convocação para essa discussão de setores sociais até então marginalizados da elaboração e tomada de decisões da política de saúde, como sindicatos e organizações comu-

nitárias de trabalhadores em todo o Brasil, o enorme conagraçamento – ou mesmo confronto – de opiniões em presença exprimem esse avanço.

A proposta de um relatório geral votado ponto por ponto e, a rigor, bem menos “manipulado”, isto é, menos “pensado” por grupos políticos atuantes que o da IX Conferência é também um sinal de maturidade política. A busca de consenso em torno de um projeto maior, o da Reforma Sanitária, conseguiu superar os conflitos e discordâncias mais tradicionais da área de saúde.

Também a estruturação do SUS desde a Constituinte precedida pelo SUDS, e sua ratificação na Constituição de 88, podem ser consideradas umas das conquistas mais notáveis da história das políticas de saúde, considerando-se o projeto de universalização de serviços almejado por sanitaristas há praticamente 50 anos. A efetivação dos conselhos institucionais de gestão e avaliação das políticas de saúde em níveis regional, estadual, municipal e local, ainda que incipiente, foi também um grande avanço dos anos 80, apesar dos desacertos e descaminhos explicáveis num contexto de imobilismo e conservadorismo institucional, levando muitas vezes à burocratização e ao conseqüente esvaziamento desses conselhos.

Por outro lado, a participação efetiva da sociedade civil iniciou-se através dos conselhos institucionais, e o que se denominou, em jargão político, de “controle social” (das políticas sociais pela sociedade) nada mais foi que a extensão e o aprofundamento desses conselhos em nível de localidades e unidades sanitárias. Por meio desses conselhos pode-se lograr, também, a discussão institucional da hierarquização dos atos médicos, assim como a questão da atenção primária num contexto de integração de níveis de atenção médica. É verdade que muitas dessas discussões não saíram do papel,

não sendo implementadas por bloqueios políticos ou por falta ou desvio de verbas. Mas a simples possibilidade de examinar, discutir e avaliar os programas componentes da política sanitária representa um avanço histórico indiscutível, se se considerar a socialização e a transparência das decisões políticas um progresso político.

Entretanto, todos esses inegáveis avanços característicos da década de 80 foram em grande parte freados pelos vícios da estrutura sociopolítica brasileira. As resistências oferecidas pelo clientelismo, pela partidarização das instituições de saúde, no sentido mais corporativo do termo *partido*, pela burocracia tipicamente pré-capitalista do nosso aparelho estatal, avessa às modernizações, pelos interesses lobistas das grandes empresas do setor e pela própria tendência institucional à concentração e à centralização do poder, constituíram poderoso freio às mudanças propostas pela VIII CNS e ratificadas pela Constituição de 88.

Também deve ser considerada como freio a queda contínua de inversão de recursos na área de atenção médica, com a conseqüente falência do sistema previdenciário e a quebra da rede pública de serviços de saúde. Essas tendências se acentuaram a partir de 1990, com a chegada ao poder do governo Collor. Este, sabedor dos avanços que essa Conferência poderia representar no sentido de universalização do direito à saúde, e da inevitável “cobrança” por mais verbas para o setor, pela recuperação da rede pública de serviços de atenção médica, pelo efetivo controle do Estado sobre os convênios

A IX CNS, sonhada para realizar-se, se possível, antes de 90, e reivindicada intensamente para 1990 por todas as forças políticas ligadas à Reforma Sanitária, foi sendo postergada pelo governo Collor. Este, sabedor dos avanços que essa Conferência poderia representar no sentido de universalização do direito à saúde, e da inevitável “cobrança” por mais verbas para o setor, pela recuperação da rede pública de serviços de atenção médica, pelo efetivo controle do Estado sobre os convênios

com a rede privada e pela transparência de decisões quanto às políticas de saúde, evitou o quanto pôde sua realização. Foi somente próximo da votação do *impeachment*, quando Collor já se sentia sem força política, que cedeu às pressões e deu o sinal verde para a realização da IX Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 1992, como sempre em Brasília. O evento contou com a presença de mais de quatro mil pessoas, entre delegados, convidados e observadores.

A IX Conferência Nacional de Saúde: a VIII revisitada?

Apesar da intensa participação dos grupos formados para as discussões dos quatro grandes temas do evento, não se pode falar em livre discussão na IX Conferência Nacional de Saúde. E isto por dois motivos. Em primeiro lugar, os temas da Conferência, bem como os itens de discussão previstos para cada tema, já estavam propostos pela comissão organizadora da reunião. Não se deve considerar, no entanto, essa prévia proposição como um ponto negativo. Pelo contrário, sem um balizamento anterior de temas de discussão, o encontro poderia perder-se em digressões e discordâncias desprovidas de objetividade.

O planejamento do que se quer (ou se pode) obter em acontecimentos desta magnitude, sem paralelo nos outros campos da política social, sobretudo no da educação (que exigiria eventos de repercussão semelhantes) ainda é uma necessidade, mais que uma simples manifestação de vontade política. Para bem conduzir tal evento a um desfecho produtivo para a sociedade política (governo, partidos, instituições públicas) e auspicioso para a sociedade civil, é preciso ter um planejamento estratégico prévio.

Deste ponto de vista, pode-se mesmo dizer que a IX Conferência avançou em relação à sua predecessora de

1986, cujos temas eram mais amplos e estavam mais soltos. Por outro lado, entretanto, e aqui vai o segundo motivo, propostas muito amarradas com balizamentos estreitos têm limites. Entre esses limites está o de privilegiar certos pontos de discussão e decisão, em detrimento de outros que podem ser objetivamente de grande interesse para o setor. Entre esses pontos deve ser citado um exemplo, que é o da formação de recursos humanos nas áreas disciplinares ligadas à saúde, no tocante à educação acadêmica e à qualificação profissional de quem vai atuar na área de atenção à população.

O desconhecimento dos obstáculos que a formação tradicional pode gerar e tem gerado às políticas de saúde mais bem-intencionadas e mais adequadas à realidade sanitária do país é, no mínimo, sensível e, no máximo, assustador. É esse desconhecimento que se pode constatar recorrentemente nas Conferências de Saúde. Quando tratam dessa questão, fazem-no apenas de forma tangencial e subordinada à questão macroestrutural da política de saúde.

Da VIII para a IX Conferência nenhum avanço pôde ser registrado no tocante à gravíssima questão dos currículos de formação dos profissionais da área de Saúde (Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia etc.), quando é de conhecimento generalizado há pelo menos duas décadas que as faculdades desse campo não formam recursos humanos adequados à realidade sanitária do país.

É verdade que se pode argumentar que os temas da educação médica (ou paramédica) pertencem à área da Educação e a seu ministério, mas esse argumento aceito ratifica a setorialização entre política de saúde e política de educação e, em última análise, a perversa separação social entre saúde e educação, há muito denunciada pelos profissionais da área

de Saúde Coletiva. A formação educacional dos profissionais da área de Saúde é apenas um exemplo, talvez o mais significativo, de temas não-abordados pela IX CNS (e, aliás, também por sua predecessora).

Do ponto de vista da relação entre saúde e educação, portanto, nenhum progresso há a registrar na IX Conferência. Na verdade esse tema, como outros bastante significativos na atualidade (como a questão das medicinas ou terapias alternativas), interessa pouco às comissões organizadoras das Conferências porque não está imediatamente conectado com temas de macropolítica e macroeconomia (em suas relações com a saúde).

Uma tradicional mentalidade de ação macroestrutural continua dominante nas instituições públicas da área de Saúde e em muitos tecnocratas e políticos ligados às instituições civis e acadêmicas da área. Implícita nessa mentalidade está a concepção clássica de que só se pode mudar a realidade de saúde “mexendo” nas (macro)estruturas da política de saúde e nas políticas públicas como um todo.

Quando se examina a lista dos temas da IX CNS e que constituíram os assuntos dos grupos de discussão das tardes, derivados dos painéis centrais que se realizavam diariamente pelas manhãs, pode-se constatar a radical dominância dos temas macroestruturais:

1º tema: Sociedade, governo e saúde

Termos de referência: políticas de ajustes econômico-estrutural: necessidades e alternativas; reforma do Estado e papel das políticas públicas, efeito das políticas de ajuste às políticas sociais. Custos sociais: quem paga o preço do ajuste? Políticas de ajuste, crise econômico-social e preservação da democracia.

2º tema: Sociedade, governo e saúde: políticas públicas e os caminhos da seguridade social no Brasil

Termos de referência: a delimitação do perfil setorial da saúde e sua dimensão econômica. As atuais políticas públicas correspondem ao quadro de diversidade e desigualdade. Quais as mudanças necessárias nas funções públicas do Estado, no sistema tributário, quanto à municipalização, na viabilização dos direitos sociais e na relação público-privado?

3º tema: Implementação do Sistema Único de Saúde, descentralização e municipalização; gestão pública e privada; recursos humanos e modelo assistencial

Termos de referência: os papéis das três esferas de governo, o caráter federativo do país, a descentralização e a municipalização; interesses contrários e favoráveis à descentralização; papéis das três esferas e do setor privado; financiamento da seguridade social e do SUS; questão de recursos humanos; a integralidade, o processo de mudança do modelo assistencial e o papel do distrito sanitário.

4º tema: Controle social na seguridade e no Sistema Único de Saúde

Termos de referência: as perspectivas de democratização do Estado brasileiro —: os diferentes interesses em jogo e a posição do Estado; a municipalização e a democratização; o planejamento como instrumento de transparência na participação e controle social das decisões e dos gastos em saúde; o usuário individual ou coletivo, sua consciência de cidadania, mobilização e formas concretas de participação e controle do sistema de saúde; o papel das corporações e do corporativismo. Comunicação social em saúde: a informação e divulgação como condição fundamental para a participação e controle social; a

democratização da informação; o resgate das funções dos serviços do SUS através da participação da população.

Posteriormente, os termos de referência deste último tema, “controle social”, foram simplificados no seguinte roteiro de discussão:

1. controle social e cidadania;
2. acesso às informações;
3. importância do controle social sobre a ação estatal;
4. mecanismos de controle: conselhos, conferências, Ministério Público e outros mecanismos;
5. papel das entidades de representação de interesses: sindicatos, organizações populares;
6. papel dos meios de comunicação de massa.

Como se pode ver, os grandes temas, seus *termos de referência* (itens e subitens) são todos macropolíticos ou macroeconômicos, pouco espaço restando para questões típicas do cotidiano da política de saúde e seus efeitos na vida social: a questão da educação, da relação dos profissionais/usuários, da escolha de outras formas de cura etc. São praticamente questões fechadas, propostas aos participantes da Conferência para, de algum modo, ouvir a sociedade civil. Evidentemente, não pretendo afirmar que essas questões são desprovidas de importância ou interesse, muito pelo contrário. Apenas o nível de generalidade e absorção com que foram colocadas para o público deixou suspeitas e incompreensões desnecessárias no ar e houve um problema talvez mais didático que político nessa apresentação.

Deve ser ressaltado, além disso, que havia outras atividades tratando de assuntos micropolíticos, ou microinstitucionais: mesas-redondas, conferências, comunicações livres e coorde-

nadas. Entretanto, a maioria absoluta dessas outras atividades acompanhava os temas macroestruturais da Conferência: sociedade, governo e saúde; políticas públicas e de saúde; Sistema Único de Saúde, descentralização e municipalização de serviços; controle social das políticas públicas e de saúde pela sociedade civil organizada.

A linguagem, por vezes excessivamente técnica, dos painéis, conferências, mesas-redondas e das próprias comunicações escritas entregues nas pastas aos participantes não contribuíram em nada para diminuir o verdadeiro fosso cultural existente entre tecnocratas, dentre os quais alguns organizadores do evento, profissionais qualificados que a ele compareceram na condição de relatores, convidados ou delegados, e a grande massa dos delegados eleitos. Estes representavam, em sua maioria, os usuários dos municípios maiores ou menores, mais próximos ou mais recônditos do Brasil, com um nível de desenvolvimento sociocultural profundamente heterogêneo, expressão mesma da heterogeneidade do país. Esse fosso cultural materializou-se nas discussões dos grupos, dos quais participaram, em proporção desigual, universitários, profissionais da rede de serviço (com destaque para os médicos), tecnocratas, sindicalistas e militantes das organizações populares representando usuários de serviços, com predominância, em muitos grupos, destes últimos.

Os *papers* das pastas (*Cadernos da Nona*), geralmente de boa qualidade técnica e acadêmica, não foram consultados ou citados uma única vez nas reuniões de que participei. E, em princípio, essas comunicações deveriam subsidiar as discussões. Mas o que de fato aconteceu é que houve, na IX Conferência Nacional de Saúde, muito pouca discussão, no sentido específico do termo.

Isso aconteceu por duas razões. Em primeiro lugar, devido ao fosso cultural já assinalado, existente entre os participantes da Conferência. Embora a linguagem técnica fosse comum a tecnocratas, políticos e acadêmicos, as visões, perspectivas e expectativas relacionadas ao encaminhamento dos problemas da política de saúde diferiam, quando não divergiam, em muitos pontos, mesmos nesses grupos que compartilhavam a mesma cultura – isto é, a mesma linguagem. Apesar do consenso básico existente no evento sobre as grandes linhas macroestruturais da política de saúde: implementação do SUS, descentralização e municipalização, chegando-se mesmo à conclusão de que essas linhas já haviam sido lançadas na Conferência de 86 e incorporadas ao texto da Constituição de 88, os modos e vias de implementação da nova política de saúde foram focos de divergências entre os diversos grupos e tendências políticas presentes.

Em segundo lugar, porque essas divergências não foram enfrentadas na Conferência através da reflexão e discussão coletivas, mas sim através da colocação, nos grupos, de opiniões e proposições para os relatórios, utilizando-se inclusive – e as vezes predominantemente – o voto para garantir essa colocação. E isto porque as opiniões, os pontos de vista e as proposições já haviam sido previamente firmados em fóruns anteriores, às vezes com antecedência quase um ano, preparatórios à própria Conferência, em âmbitos municipal e estadual. Esta é a segunda razão por que acredito que não houve uma real discussão dos temas e seus itens em Brasília, contrariamente ao sucedido na VIII, de 1986.

A dinâmica da IX Conferência Nacional de Saúde

Tal como na VIII, a IX CNS foi precedida por discussões dos temas e eleições de delegados municipais e esta-

duais, com direito a votar as decisões e noções a serem incluídas no relatório final. De fato, foi a Conferência de 1986 que estabeleceu essa inédita dinâmica democrática nas Conferências de Saúde.

A proposição de discussão prévia de temas, desde os âmbitos mais locais (portanto, mais inseridos nos municípios) até os âmbitos mais regionais e nacionais (portanto, mais próximos aos núcleos centrais decisórios em relação à política de saúde) foi também uma invenção da VIII CNS. A grande diferença, quanto a isto, foi o maior nível de participação na esfera municipal em 92, enquanto em 86 a participação maior se concentrou nos âmbitos estadual e regional. Além disso, deve ser mencionado o grande intervalo de tempo (cerca de um ano) entre as discussões estaduais e municipais, e a realização da Conferência Nacional.

A presença maior do nível municipal, e mesmo local, em termos de discussão prévia dos temas centrais da Conferência, traduziu-se na massa de delegados eleitos nas comunidades para representar os usuários de serviço (em maior número, aparentemente) e os profissionais da rede de serviço, não necessariamente médicos, neste caso. Se tal dinâmica, garantindo uma participação maior dos envolvidos na *ponta de linha* dos serviços, representou um efetivo avanço em termos de democratização da Conferência, por outro lado ensejou um acontecimento político inesperado, que foi o verdadeiro diálogo de surdos acontecido nos grupos de trabalho.

Na verdade, os delegados não perceberam a Conferência como um fórum de debate da política de saúde, ou de busca coletiva de desimpedimento dos caminhos das principais conquistas dessa política (real implantação do SUS, efetiva descentralização e municipalização dos serviços de saúde), transformadas em bandeiras de luta na IX CNS. Foram a Brasília

mais como representantes de seus grupos ou comunidades que como delegados, com direito e dever de discussão, reflexão e decisão em face das informações, sobre os obstáculos e as possibilidades de avanço da política de saúde apresentados no evento, com vistas à mudança histórica já em curso no setor.

De certa forma, todo mundo ali já sabia o que queria, o que era certo e o que era errado – nada havia, portanto, a discutir. Os principais grupos políticos em presença, representados por setores do PT, CUT, PC do B e CNBB, para falar dos mais ativos, já tinham sua verdade e ali estavam para defendê-la com unhas e dentes contra eventuais inimigos. Essas *verdades* eram sacadas, já impressas, de textos de decisões de congressos, de reuniões, de assembléias etc., e *sugeridas* aos relatores, aos quais cabia apenas consultar o plenário do grupo e atacá-las ou não, conforme votação dos presentes, registrando-as como vinham.

A inflexibilidade das *verdades* presentes deu muito trabalho aos relatores do congresso, transformados em artesãos da cola, tesoura e papel. Além da conciliação substantiva, havia a conciliação de estilos e de gramática a ser feita. O trabalho dos relatores finais varou várias madrugadas. O estilo conciso e claro do relatório final é um tributo à paciência e à capacidade da equipe final de redação.

Mas, num evento em que a vontade da maioria teve aceitação soberana, o que faz da IX Conferência Nacional de Saúde a mais democrática de todas já realizadas, não se poderia agir de maneira diferente. Se erro houve na estruturação da reunião do evento, foi o de não prever a imaturidade e o desconhecimento da própria sociedade civil na área das políticas públicas, fruto talvez da falta de hábito da participação popular nessas políticas e da incipiente prática de discussão coletiva dos problemas comuns aos cidadãos. O secular

autoritarismo, que é a marca de nossa cultura política, deixou suas marcas mesmo nos grupos e organizações populares, muitas vezes incapazes de dialogar, de encarar *o outro* (grupos ou cidadãos) como portador de verdade e justiça.

Devo registrar aqui, como tributo a essas mesmas verdades e justiça que removeram os grupos que organizavam os delegados presentes à Conferência, que muitas vezes me pareceu estar num Congresso de *sábios*, em que todos já estavam de posse da verdade, isto é, já conheciam o que era bom, justo e verdadeiro para cada um dos pontos, ou dos *termos de referência*, dos temas da IX e que só cabia mesmo *decidir*, votar os pontos que entrariam no relatório final do evento. A discussão reduziu-se, nesse caso, às minúcias da redação das proposições, havendo às vezes disputa sobre se entraria melhor o texto da CUT, do PT, do PC do B e assim por diante, no relatório dos diversos grupos.

Poder-se-ia culpar a organização da Conferência pelo que chamei de imaturidade da própria sociedade civil? Não creio. Mas creio, sim, que houve um problema didático na organização das discussões e na distribuição dos seus espaços. Isto ensejou o açambarcamento dos mesmos por grupos políticos que chegaram *fechados* em suas posições. Como conciliar a grande abertura democrática da dinâmica dessa reunião com a efetividade e a produtividade das discussões, no sentido de se assegurar o real amadurecimento do processo democrático na política de saúde, um problema, a meu ver, de natureza político-pedagógica, a ser solucionado nas próximas Conferências. Problema que exige vontade política, nesse sentido, para sua solução.

É possível que as discussões pós-Conferência, e as formas de implantação de decisões ali tomadas sejam mecanismos que asseguram o amadurecimento da sociedade civil. A leitura

ra e a discussão dos textos do evento ajudariam nesse sentido, pois não basta a existência de vontade democrática na sociedade política estrito senso (governo, partidos, instituições públicas); é necessário também existir essa mesma vontade nos grupos que organizam a sociedade civil, como parece tê-lo demonstrado a IX Conferência de Saúde. Há um longo caminho de educação política em direção à democracia a ser trilhado por todos nós.

Pesados acordos e divergências, substantivas e formais na IX CNS, um fato tornou-se claro para todos os seus participantes, e deverá definir os próximos momentos do debate da política de saúde brasileira: a política pública de saúde avançou muito na letra, nos últimos quatro anos, tendo sido incluídas no nosso texto magno muitas das reivindicações da VIII Conferência. Entretanto, esse avanço pouco se traduziu em termos de implementação prática, institucional, do texto da Constituição.

Os impedimentos para essa implementação têm-se materializado em bloqueios político-institucionais, cujas raízes estão fincadas na estrutura sociopolítica do país; o clientelismo, a partidarização eleitoral das instituições de saúde, a concentração de poder dos chefes de serviços, bem como o mandonismo característico do Poder Executivo em todas as esferas são elementos contraditórios às diretrizes de municipalização, descentralização, integração, hierarquização e equidade dos serviços, características do SUS em seu projeto e espírito.

Talvez a frase mais consensual da IX Conferência, face ao grande avanço que representou a Constituição de 1988 em relação à política de saúde, possa se resumir em: “*Cumpra-se a lei*”. Em face da enorme corrupção que tem marcado o último governo (mais que os anteriores) e as tentativas, por

vezes bem-sucedidas, de dismantelar a rede de serviços de atenção médica, houve grande consenso de que a prioridade das prioridades é a luta pela manutenção e restauração dos serviços públicos de saúde.

Apesar de alguns tropeços na realização, das dificuldades de linguagem, em função da grande heterogeneidade cultural dos participantes e da inflexibilidade política de alguns grupos presentes, a IX Conferência representou, como sua antecessora, um grande avanço na democratização – ao menos no plano discursivo – da política de saúde, em sua abertura para a sociedade civil. As Conferências de Saúde se tornam, dessa forma, um modelo para as outras áreas de políticas sociais. Quem nos dera poder contar com Conferências Nacionais de Educação, de Cultura, de Ciência, de Transporte, de Lazer, etc.

Para chegarmos lá, talvez a sociedade brasileira ainda tenha que amadurecer muito politicamente, tanto no nível do seu governo como de seu povo ou, pelo menos, de suas organizações representativas.

Relações entre o adolescente e a sociedade atual: institucionalização, violência e disciplina¹

Sabemos da persistência do debate sobre o fenômeno da adolescência em nossa sociedade e sua “natureza”. Alguns teóricos (médicos, psicólogos, psicanalistas, psiquiatras) defendem a tese de que se trata de fenômeno estruturalmente psicobiológico, ancorado na espécie humana. Outros teóricos, antropólogos e cientistas sociais em geral, sustentam a proposição de que se trata de fenômeno cultural e socialmente construído, típico de certas camadas, em sociedades específicas.

São sociedades altamente complexas, com vida urbana diferenciada e estratificação social por classes, onde se estabelece, por ausência ou insuficiência de ritos de passagem, um vácuo social entre a saída da infância, com a chegada da puberdade (este sim, um fenômeno psicobiológico), e a integração das jovens gerações na vida social e no mundo adulto. Onde este vácuo social não existe, devido à presença dos ritos de passagem e integração, tal fenômeno (a adolescência) não se verificaria.

¹ Artigo publicado originalmente na *Série Estudos em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, n. 48, 1993.

Nosso propósito aqui não é discutir a questão de um ponto de vista biologista *versus* um ponto de vista culturalista. Muito menos tomar partido na polêmica. Esta discussão tende a ser em grande parte superada, na medida em que se admite que, se por um lado todo fenômeno humano se exprime histórica e culturalmente, por outro essa expressão se dá sempre em estruturas típicas, com características tais que se pode qualificá-las como fenômeno humano.

O objetivo deste artigo, portanto, é apreender como certas relações típicas de uma sociedade urbano-industrial – no caso, a brasileira – tendem a se estabelecer como um acontecimento sociobiológico, a adolescência, que tem implicações de ordem cultural, política, jurídica etc. na sociedade contemporânea. Relações que têm acarretado para todos os países, inclusive o Brasil atual, um conjunto de conseqüências que vale a pena mencionar em análise do ponto de vista das Ciências Sociais. Não deixaremos de mencionar características e fatos presentes nas sociedades capitalistas atuais como um todo, mas tentaremos, na medida do possível, estar mais próximos da nossa própria sociedade do que de outras.

Em primeiro lugar, convém focalizar um pouco mais de perto o que se quer definir como adolescência: que camada social a constitui, que faixa etária ocupa, que tipicidade pode apresentar, quem a define como tal etc. A primeira constatação, nesse caso, é que é a própria ordem social constituída que traça o perfil do adolescente lhe atribui seus *status* e papéis, estabelecendo o círculo de suas possibilidades de atuação e de integração sociais. Círculo que tem diminuído, no tempo presente, na razão inversamente proporcional ao aumento da faixa etária que inclui a categoria *adolescente*.

Se há 40 anos ainda se podia dizer que a faixa etária da adolescência cobria, *grosso modo*, dos 13 aos 19 anos (em in-

glês, a faixa dos *teenagers*), atualmente os limites se alargaram para o início da puberdade (12 e mesmo 11 anos) até a juventude (25 anos), em que os jovens são considerados em período de formação e, portanto, imaturos.

Certamente a definição de “imaturo” não se coloca apenas em relação ao adolescente, mas também em relação à criança, como já se colocou em relação à mulher e ao índio em nossa sociedade. Por esta definição, o indivíduo considerado imaturo não tem o estatuto de cidadão por inteiro, e depende do Estado ou de outra instituição (por exemplo, a família), que se responsabiliza por ele. A categoria jurídica “menor”, por exemplo, não se refere apenas ao adolescente, mas se estende à criança. Assim, a rigor, até 21 anos o cidadão normal (não considerados os “incapazes”) tem os direitos que lhe são outorgados pelo Estado, mas não tem cidadania plena reconhecida pelas instituições, por estar “em formação”.

Uma situação dúbia do ponto de vista jurídico se estabeleceu historicamente com a categoria dos adolescentes, em que “imaturidade” e “irresponsabilidade” do menor são contrabalançadas por “proteção”, “guarda” e “responsabilidade” da parte do Estado, da família ou de instituições filantrópicas voltadas para o menor. O atual código de leis de proteção da infância e da adolescência, estabelecendo direitos claros de cidadania, é a busca de superação dessa situação. Neste caso, a questão da imaturidade como oposição a um termo final a ser alcançado, definido socialmente como maturidade, é uma questão crucial a ser enfrentada, se se quer entender o tipo de relações que nossa sociedade, através de seu marco jurídico-político e instituição familiar, estabelece com a juventude. O fato de a imaturidade ser legalmente identificada com a irresponsabilidade jurídica e civil acarreta uma cassação de fato da cidadania do jovem.

Esta “cassação branca” tem, a nosso ver, raízes na estrutura política profundamente conservadora das sociedades contemporâneas. A hipótese que enunciamos aqui é que as sociedades industriais, incluindo as capitalistas e as que seguiram até recentemente o modelo socialista, embora aparentem grande dinamicidade do ponto de vista dos costumes e capacidade de integração de movimentos sociais e políticos, o são devido à velocidade das transformações econômicas, sobretudo em função da evolução tecnológica e de sua difusão.

A dinamicidade típica dessa infra-estrutura – que é, aliás, bastante questionada nos momentos de crise – não é observada no nível das hierarquias sociais, pelo contrário. Se nem sempre as estratégias de contenção da mudança, ou pelo menos da inovação social proveniente da juventude, se revestem de repressão legal ou física, também não pode deixar de ser notada a constante absorção dessas mudanças ou inovações através de estratégias que vão da propaganda via mídia, à cooptação como forma institucional de esterilizar o germe das mudanças nas revoltas juvenis, consideradas como desordem social – esta vista como geradora de caos. Desta forma, uma ordem social estruturalmente rígida, como a que se pode perceber, apesar das aparências em nossas sociedades, tende a considerar a juventude com desconfiança e hostilidade, e o adolescente inicialmente como um problema a ser tratado.

A questão da “imaturidade” da juventude deve ser abordada, portanto, dos diversos ângulos que compõem a ordem social: político, econômico, cultural, institucional. A problemática das relações das sociedades industriais com a juventude, particularmente com a adolescência, passa pela definição prática do imaturo, isto é, das fronteiras etárias e sociais da imaturidade, e do que sejam comportamentos e atitudes imaturos.

Na verdade, por estranho que pareça, essa definição social não está ligada a critérios psicobiológicos. Ao contrário, os critérios psicobiológicos é que se apóiam *a posteriori* em critérios sociais previamente definidos. E esses critérios sociais respondem a interesses sociais ou a crises que se desenvolvem na sociedade nos níveis econômico, político, institucional e cultural. O recuo das fronteiras da adolescência, por exemplo, não é, na nossa hipótese, fruto da descoberta de uma estrutura biopsicossocial cujos traços fundamentais tenham sido finalmente estabelecidos. Esse recuo tende, nas sociedades atuais, a manter afastados das margens de decisão política, econômica ou cultural, os jovens e a constante renovação que podem representar.

Tal recuo exprime, em primeiro lugar, a incapacidade do aparelho produtivo atual de absorver, na ordem econômica, as novas camadas de jovens que chegam ao mercado de trabalho. Com efeito, a dinamicidade do avanço tecnológico tem um contrapeso de “fatalidade social” de economia de mão-de-obra que o caracteriza, e que vem atingindo com dureza crescente as gerações jovens das últimas décadas (dos anos 1960 para cá), inclusive os jovens de profissão universitária. Tal tendência atinge também, e talvez sobretudo, nas economias dependentes do mundo capitalista, de estrutura industrial mais restrita, os jovens semi-especializados ou sem especialização técnica (portanto, sem instrução ou escolaridade significativa), causando um desemprego nas faixas mais jovens justamente mais carentes da população trabalhadora. O clássico “exército industrial de reserva” torna-se, de fato, a regra nas camadas mais jovens, e não apenas “a reserva”.

A possibilidade de encontrar um emprego recua sempre no horizonte, para os de formação universitária, e se torna miragem para os não-qualificados. O resultado, entretanto,

tende a ser o mesmo para o conjunto dos estratos sociais jovens da população: a marginalização do sistema produtivo. O que significa perda de *status* e prestígio muito baixo. Por outro lado, o inconformismo juvenil com tal situação é encarado com suspeita pelas instituições e com apreensão pelos componentes dos estratos sociais que constituem o núcleo integrado à ordem social.

Cria-se, desta forma, um círculo vicioso de exclusão face ao jovem: por um lado, a ordem econômica e social não consegue incluí-lo no dinamismo do sistema; por outro considera, através de mecanismos de punição e depreciação, que a juventude é naturalmente alienada, ou inclinada a “maus hábitos” (fumo, drogas, desregramento sexual e violência). Sofreria, de fato, da rebeldia típica do imaturo. Imaturidade e rebeldia aparecem, assim, como sinonímia justificadora da ação coercitiva que se exerce a todo momento sobre o jovem.

Há, neste caso, uma incapacidade da ordem social de absorver a novidade e a mudança que as jovens gerações aportam, não por serem “naturalmente rebeldes”, mas por não terem compromisso com as relações sociais que encontram já estabelecidas. São ao mesmo tempo as protagonistas e as anunciadoras de transformações que estão se verificando nessas relações, de que a maioria dos integrantes das camadas sociais integradas ou assimiladas completamente à ordem se recusa a tomar conhecimento.

Não se trata, com a recusa a acompanhar as transformações, de uma vontade política perversa da parte das gerações que se vão integrando à ordem. De fato, sucede que integração e acomodação estão muito interligadas numa sociedade em que o controle social alcança níveis de extensão, generalização e sofisticação talvez nunca atingidos em sociedade anteriores.

Tal controle é mais eficaz porque, mesmo sendo veiculado por uma grande teia de instituições e meios de divulgação, depende de uma aceitação interiorizada pelos próprios indivíduos que compõem a sociedade, que passam a ser, à medida que se integram, os guardiões da ordem. O controle é, neste caso, causa e efeito de uma situação de disciplina social. Mais um motivo para olhar o jovem com desconfiança. Ele é potencialmente um desviante da ordem a ser protegida, um indisciplinado em potencial.

Nossa hipótese é que esse autocontrole disciplinar é uma das explicações político-institucionais para a exclusão social da adolescência do exercício da cidadania, que se soma à racionalidade econômica atual, isto é, à incapacidade, já mencionada, de o aparelho produtivo absorver o acréscimo constante de mão-de-obra representado pelo jovem.

Essa dupla situação – exercício do controle social e exclusão da ordem econômica – fornece o conjunto de representações sociais sobre o jovem, que justificarão medidas posteriores de cassação de quaisquer direitos de cidadania, de práticas de repressão legal, de internação e de eliminação física. Visto como perigo potencial ou como desviante, por não se adaptar às normas ou aos princípios institucionais vigentes, o jovem é tratado como menor. Deste ponto de vista mais geral, o fato de ser menor não seleciona classe social. Mas, decerto, o fato de ser menor de classe social inferior pesará duplamente em algumas sociedades, talvez triplamente em sociedades como a brasileira.

Aqui a carreira de adolescente acaba cedo, muito antes dos 25 anos, no que concerne às populações carentes: nas instituições de internamento, no necrotério ou, com muita sorte, no mercado de trabalho, e sabemos que há uma grande força de trabalho infanto-juvenil no país. Mas o processo se

estende por bem mais tempo quando se trata das classes média e alta, no Brasil e nos demais países capitalistas industriais. Impossibilitado de influir numa ordem que não escolheu e que não o acolhe como sua, incompatibilizado com a família nuclear de origem, que tende a expulsá-lo do “ninho” cada vez mais cedo, o adolescente tende a trilhar o caminho que a própria ordem lhe aponta: vive uma vida semiclandestina junto “aos seus”. “Os seus”, no caso, passam a ser os seus pares de idade, mais ou menos organizados, nas ruas dos centros urbanos, em gangues juvenis.

Muita coisa tem sido dita sobre o caráter gregário dos jovens. A tendência a se reunir e andar em grupos tem sido uma constante nos adolescentes das últimas gerações. É verdade que essa tendência tem sido registrada ao longo da história.² No entanto, com a aceleração do processo de urbanização e a formação das metrópoles, sobretudo do pós-guerra para cá, há a formação de bandos de adolescentes que buscam uma cultura própria, com valores próprios, tentando fugir aos valores vigentes. A nosso ver, mais que uma natural tendência gregária, este fenômeno exprime a auto e heteroexclusão do jovem da ordem social dominante.

O jovem tenta então sobreviver de “expedientes”, ou de produção e/ou venda artesanal, que, se não deixa de ter um papel na ordem da produção (como economia informal), nem por isso é formalmente reconhecida, sendo tolerada pelas autoridades quando não ameaça o comércio. De qualquer modo, suas atividades de sobrevivência beiram a marginalidade,

² Que se mencione, a título de exemplo, na literatura universal, entre as peças de Shakespeare, *Romeu e Julieta* e a “impetuosidade gregária” dos jovens Capuletto e Montecchio. Philippe Ariès (1986) menciona, na formação histórica da infância e da juventude, a constituição, desde a Idade Média, de grupos de jovens estudantes que desciam às ruas de Paris em bando, atemorizando os habitantes pacíficos.

quando não se tornam francamente marginais. Estamos falando aqui de um setor de jovens situados na classe média urbana de grandes cidades. Este fato, que pode ser encontrado nos países capitalistas avançados (Estados Unidos e Europa ocidental) desde os anos 60, chegou ao Brasil uma década depois, como chegam as idéias e práticas que interiorizamos desses países. Nos anos 80 expandiu-se, com o desemprego e a recessão, para todos os centros urbanos de desenvolvimento considerável, não mais se restringindo às capitais.³

Este setor “médio” é parte do contingente de adolescentes que vem rompendo com a ordem social, jurídica e política a partir da segunda metade dos anos 50, no mundo em geral, e no Brasil em particular. Do “rebelde” de 58 (ou “juventude transviada”), passando pelo revolucionário de 68, aos inconformados dos anos 80-90 que deixam o lar aos 18 anos para viver sua própria vida, há algo de comum numa parte considerável de jovens de classe média urbana dos últimos 30 anos: o repúdio ao “sistema”, nos seus aspectos moral, econômico, político, sexual e institucional.

Esse inconformismo está superando os limites da classe média e atingindo os filhos das classes populares, coisa inédita em nossa história.⁴ A recusa de uma ordem econômica predatória em relação ao meio ambiente e à força de trabalho, injusta quanto às relações de produção e à apropriação

³ Evidentemente não são apenas os jovens que estão vendendo artesanato, ou qualquer outro artigo, nas ruas das grandes cidades de hoje em dia (com a expansão dos camelôs). Apenas queremos chamar a atenção para uma “cultura do artesanato” que envolveu os anos 60 e 70, não só como estratégia de sobrevivência do jovem, mas também como produção alternativa à indústria.

⁴ Tome-se como exemplo o movimento *punk* que se desenvolveu no final dos anos 70 em São Paulo, composto muito mais por filhos de operários que de classes média ou alta, ou o fenômeno dos bailes *punk* nos subúrbios do Rio e Baixada Fluminense, a partir do final dos anos 80.

coletiva da riqueza social concentradora de poder em todos os níveis, é um traço comum aos movimentos políticos da juventude, de 68 para cá. Os “revolucionários” de maio de 68 enunciaram um discurso politicamente mais nítido do que os jovens suburbanos das metrópoles de hoje. Entretanto, há que salientar que da rebeldia dos jovens dos anos 60 à marginalização política, econômica e social do final dos anos 80 aprofundaram-se, por um lado, as grandes contradições das sociedades industriais (capitalistas ou socialistas) e, por outro, a distância entre ordem social e juventude.

Esta só não manteve o tom explosivo de sua recusa, mas a ampliou para outras dimensões da ordem: meio ambiente, cultura, política internacional, sexo, em inúmeros movimentos sociais, de tendências políticas contraditórias na maioria das vezes. De seu lado, as autoridades políticas e institucionais (no lar, na casa, no governo) têm mantido alguma coerência: vêem geralmente esse inconformismo como alienação, delinquência ou subversão. Pode-se sentir, às vezes, um abismo entre as gerações que representam o poder e as que a ele são subjugadas. Abismo encoberto apenas pelo silêncio do “não há o que se discutir”.

Os cidadãos de todas as classes sofrem os efeitos de poder de uma ordem social que exerce seu caráter opressivo de modo diferenciado sobre todas as idades e classes. Mas o impacto do controle e da repressão institucionais tem sido muito violento sobre as gerações jovens. Basta que se consultem as tábuas de mortalidade por causa e por faixa etária da Organização Mundial da Saúde e mesmo do Brasil (IBGE), para se ter idéia de como morrem os jovens das grandes cidades nos últimos 30 anos.

No que concerne à Cidade do México, por exemplo, de 1958 até 1974, a primeira causa de morte foi homicídio/

suicídio. A segunda causa foi acidente violento. Estas duas causas juntas somam, em certos períodos, mais de 360 por 100.000 habitantes de sexo masculino das causas de morte dos jovens de 15 a 24 anos.

Dados semelhantes foram encontrados para São Paulo no ano de 1982 (homicídio como primeira causa de morte, suicídio e acidentes, em seguida). Recentemente, o *Jornal do Brasil* divulgou uma pesquisa coordenada por João Yunes para a Organização Pan-americana da Saúde, sobre mortalidade na adolescência, em que o Brasil aparece como um dos três países campeões de mortalidade juvenil no continente, superado apenas por El Salvador e Colômbia, países às voltas com a guerrilha ou o narcotráfico. Segundo dados da pesquisa, “de cada 100 mil adolescentes, 74 morrem, num total de óbitos anuais da ordem de 34 mil pessoas entre 10 e 19 anos”. Entre as principais causas de mortalidade (todas externas), Yunes destaca: o trabalho, os acidentes, os homicídios e os suicídios, sendo que as mortes violentas como homicídios e suicídios estão aumentando a cada ano na América Latina (JB, 26/05/1983).

Assim, tanto homicídios quanto acidentes têm sido a causa principal de mortalidade para a faixa etária de 15-24 nos últimos 15 anos, em cidades como Rio e São Paulo, segundo dados do IBGE, com crescimento progressivo de suicídios. As causas de morte examinadas são altamente sociogênicas, e os dados podem ser generalizados para as grandes metrópoles do Brasil e para o mundo ocidental em geral, e vêm-se agravando a partir dos anos 80, concomitantemente ao aumento do consumo de drogas pelas faixas etárias mais jovens.

Apesar destes fatos dramáticos, nunca se falou tanto e tão bem do “jovem”, nunca se imitou tanto a “juventude”, nunca se incitou tanto todos a permanecerem com uma “silhueta jovem”. Esta propaganda, entretanto, projetada pelos meios

de comunicação de massa em função de campanhas de consumo, não tem paralelo com o tratamento real dispensado à juventude em nossas sociedades, principalmente na sociedade brasileira, campeã de eliminação de jovens.

A nosso ver, a liberalidade que marca as relações entre gerações diferentes (sobretudo entre pais e filhos) das classes médias urbanas das grandes cidades brasileiras restringe-se, na maioria das vezes, às necessidades do consumo “jovem”, por um lado (somos todos “jovens”) e, por outro, à limitação dos prejuízos que uma explosão de rebeldia irreversível dos jovens, “sem volta”, poderia causar à ordem social nos seus aspectos moral e político-institucional (rejeição da família, da escola, dos costumes morais e sexuais, das relações de trabalho vigentes etc.).

Pode-se argumentar, e com apoio em fatos, que as relações entre gerações jovens e médias⁵ são hoje em dia mais estreitas e liberais que há 50 anos, se quisermos fixar um ponto limite na Segunda Guerra Mundial (e no conjunto de mudanças infra-estruturais e político-sociais que ela selou). Mas nem por isso as suspeitas e estranhezas mesmo da parte das gerações médias, face às iniciativas e movimentos dos jovens, diminuíram, sobretudo no que concerne à moral e aos comportamentos. É bem possível que a distância não seja maior devido a um conjunto de discursos e aparatos simbólicos científicos ou culturais, aportados pela psicologia, pela sociologia, pela pedagogia e pela medicina, em alguns dos seus aspectos, e os setores mais avançados das igrejas e dos partidos políticos, todos tematizando a peculiaridade do jovem.

⁵ Por “gerações médias”, aqui, entendemos não pessoas de “meia-idade”, mas a faixa etária entre 30 a 45 anos, que tem atualmente, com a faixa de 15 a 25 anos, bastante contato social.

Esses aparatos garantem um espaço de abertura às solicitações e aos descontentamentos da juventude. Por outro lado, a divulgação maciça de discursos competentes sobre o jovem e de debates sobre a participação dos jovens em movimentos religiosos e político-partidários, muitas vezes promovida pelos meios de comunicação de massa, tem de fato levado as diversas autoridades (pais, mestres, juízes etc.) a formular novas estratégias para lidar com os jovens. Essas novas estratégias são geralmente persuasivas, e tendem a predominar, por força dos discursos e práticas mencionados, sobre as estratégias repressivas que predominaram até recentemente na história. Isto é verdadeiro sobretudo para os jovens de camadas médias da sociedade. Para os jovens das classes populares, prevalece ainda a lei da repressão e da eliminação tísica.

Esta repressão, evidentemente, não é apenas policial. A repressão policial é o último estágio, a “solução final” de um processo de construção do menor, que se iniciou numa infância malnutrida, sem família, escolaridade ou direito à expressão cultural e política. É a consequência social da lógica de exclusão das camadas inferiores da nossa ordem econômica, política e cultural em todos os níveis. O processo de marginalização (jurídico-policial) do adolescente, neste caso, é um processo político que tende a apresentar os efeitos da exclusão como suas causas, a culpabilizar a vítima.

O processo de exclusão dos jovens das camadas superiores também é político, mas é muito mais sutil. Tem raízes estruturais na ordem socioeconômica, como vimos, mas opera com estratégias assimiladoras – logo, potencialmente mais eficazes. É um processo de exclusão (sociopolítica) por inclusão (simbólico-imaginária).

Além dos discursos competentes e das práticas políticas, morais e religiosas assimiladoras, há ainda estratégias de con-

sumo desenvolvidas como forma de “compreender” os valores trazidos pelas novas gerações e assim pausterizar esses novos valores, diluindo-os através de mensagens de consumo e, no mesmo movimento, assimilando os jovens que absorvem tais mensagens. Desta forma, “a cultura jovem” não tem mais nada a ver com seus aspectos iniciais explosivos, de denúncia de velhas relações sociais nos mais variados campos (no lar, na escola, no sexo, no trabalho, na política, na ética), a não ser em seus aspectos “digestivos” – isto é, que possam alimentar novas atividades de consumo, nas “indústrias” do lazer, do turismo, do sexo etc.

Podemos observar, deste modo, nas sociedades industriais, inclusive na sociedade brasileira atual, uma contínua construção simbólica do “jovem” como modelo de aspirações e de conduta nos mais diversos campos, que visa basicamente a assimilá-lo à ordem, sem nela integrá-lo, a não ser em plano imaginário. Ao contrário, tende a excluí-lo permanentemente como sujeito social e político, o jovem estudioso, produtivo, consumidor comportado, eterno namorado ousado, por exemplo, é uma estratégia política de *marketing* destinada a uma faixa restrita dos jovens. Também o seu retrato em negativo, do rebelde vicioso (ou viciado), delinqüente, perigoso, é “produzido” e atinge outras faixas (menor nas classes médias, maior nas classes populares).

Esta construção não é atribuível apenas aos meios de comunicação de massa. Não se trata de pura imagem. A construção simbólica do jovem é principalmente política em seus fins – portanto é prática real, com efeitos reais. Há agentes sociais importantes ajudando nessa construção: os pais, a família em geral, a professora primária, o professor secundário e o universitário, e muitas vezes os próprios pares dos jovens. Ao final deste processo está seu efeito: o jovem instituído, ordenado. Emerge o velho (da ordem social) no

interior do novo do adolescente. Chega-se assim à própria institucionalização da juventude.

Os agentes sociais mencionados se comportam vigilantemente amorosos, amigáveis, preocupados, hostis, de acordo com a gravidade do desvio do modelo social dominante. Aos primeiros sinais de grande inquietação do adolescente em relação à sua identidade face aos valores que lhe são transmitidos no cotidiano, movem-se os agentes institucionais em busca de amparo nos discursos competentes, únicos legitimados pelas sociedades atuais. Em caso de práticas claramente desviantes das regras instituídas, dá-se a passagem da inquietação à repressão, numa escala que termina no internamento (hospício ou prisão) ou na eliminação. O jovem que não se enquadra nas regras é por elas enquadrado. E são violentas as normas e instituições destinadas ao controle do desvio. Elas também não são feitas para integrar (ou reintegrar, no caso). Elas existem para “quebrar, para dobrar os rebeldes”. Possivelmente poucas sociedades conseguiram ter para com as jovens gerações relações tão unilateralmente disciplinadoras (talvez Esparta?). De qualquer maneira, tais sociedades ficaram conhecidas por sua crueldade.

As nossas são liberais; apresentam-se mesmo como as mais livres da história, por darem aos jovens oportunidade de se desenvolver de acordo com suas aptidões. No entanto, os jovens que conseguem conservar, ao final de sua construção pela sociedade, não dizemos aquela chama de inovação que traziam no início da adolescência, e com a qual esperavam “mudar a face do mundo”, mas simplesmente um resquício de sua identidade como sujeitos íntegros, terão realizado feitos maiores que os atletas de Esparta. Pois as forças em presença são muito desiguais nesse combate, em que o jovem luta para manter uma integridade e opor às relações sociais dominantes sua própria visão ou sentimento dessas relações. Muitas vezes nem tem claro

que outras relações sociais colocaria em lugar das que considera arcaicas ou cruéis. Outras vezes, através de suas vozes mais avançadas, sabe muito bem que mundo quer no lugar deste. Será por acaso que as ditaduras e os regimes opressores injustos e liberticidas têm encontrado no jovem seu mais feroz opositor? Será que as repetidas imagens difundidas pela televisão e pelo cinema de pedras contra os fuzis (e não raro contra canhões ou tanques) deliberadamente escolhem os rostos adolescentes?

A nosso ver, essas imagens apontam para uma realidade: os jovens têm representado em nossas sociedades a esperança, tantas vezes desfeita, de superação das contradições mais persistentes – porque fundamentais das sociedades atuais, independentemente de suas ideologias ou regimes políticos e estruturas econômicas. Esperança desfeita, mudança adiada. Nas sociedades rígidas como a nossa, através de sua aparente liberalidade, talvez o mais importante seja ganhar tempo sobre as mudanças, mesmo que, como Saturno, seja necessário devorar seus próprios filhos.

Incapazes de assumir realmente as jovens gerações como sujeitos inovadores de valores sociais, políticos, éticos, estéticos, muitas vezes surdos às solicitações mais elementares da juventude: esclarecimento de suas questões, discussão, diálogo, entendimento de suas propostas; despidos de ternura, os agentes sociais de nossas sociedades tendem a ver o adolescente e a juventude em geral como “menores”, como um problema a ser de algum modo “tratado” ou afastado.

De fato, não há lugar para a juventude na nossa ordem social. Como velha senhora maquiada e esticada ao máximo por sucessivas plásticas, essa ordem olha a adolescência com o rancor do invejoso e a complacência hipócrita do tirano.

Referência

ARIÈS, P. em *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

O corpo da cidade¹

Se falo aqui em corpo da cidade, é porque desejo estabelecer uma sócio-história anatômica, ou a “anatomia sócio-histórica” de uma cidade particular, num período particular de sua vida. Esta cidade particular é o Rio de Janeiro, e esse período, se é longo demais para os indivíduos (abrange mais de cem anos), é insignificante para as cidades e seus povos.

Quero falar de um conjunto de lugares sem articulação aparente, cujo percurso tracei com o olhar específico do sociólogo interessado pela história, mas mais por histórias particulares, cotidianas, do que pela “grande história”, com H maiúsculo. Quero falar do Rio de Janeiro que nos chega da segunda metade do século XIX, com suas muitas mudanças e poucas transformações, semelhante à maré, em que há muito movimento mas sempre de ida e volta, num movimento aparentemente inovador, mas sempre igual no ritmo e no resultado.

¹ Texto apresentado oralmente no Seminário Olhares sobre a Cidade, organizado pelo IPPUR/UFRJ, em 1991, coordenado por Roberto Moses Pechman, e publicado em coletânea organizada pelo mesmo autor, intitulada *Olhares sobre a cidade* (Rio de Janeiro: UFRJ, 1994). Grande parte das idéias apresentadas no Seminário se baseou no livro de LUZ, M. T. *Medicina e Ordem Política Brasileira* (Rio de Janeiro: Graal, 1982).

No meu percurso sócio-histórico, destaquei como pontos comuns a esses lugares anatômicos certos motivos de vibração social, certos temas de discursos. Esses pontos são: a beleza, o *prazer* (sexual, mas não apenas: também lúdico, estético, político), o perigo, o contágio, a doença. Não é por acaso que esses pontos, que esses temas da vida da cidade coincidem nos mesmos lugares. Pois os lugares da beleza e do prazer estão, na nossa sociedade em geral e na nossa cidade, em particular, associados aos do perigo, do contágio e da doença. Sabemos que há mestres na produção de artes e ciências sobre ambos os tipos de motivação: beleza e prazer, perigo e doença.

Quero chamar a atenção, neste trabalho, para um tipo de discurso (e de mestres de discurso): o da medicina, e mais limitadamente o da higiene e da saúde pública, como saberes urbanos típicos que discursaram sobre o corpo da nossa cidade desde o século XIX. Quero indicar, mais que mostrar, ou demonstrar, como esses saberes urbanos vêm tematizando a socioanatomia que disse ter construído da cidade, mas até agora não nomeei. Faça-o agora.

Meu itinerário toma como ponto de partida o que para muitos é chegada: o porto, porta de entrada da cidade sobre a qual deito um olhar atento e curioso. Do porto, esse olhar vagueia pela praia e, numa cidade em que mar e monte se encontram em muitos pontos (basta falar dos mais conhecidos: Leme, Arpoador, Leblon), sobe o morro. Do morro contempla vários bairros da cidade, núcleos declinantes ou ascendentes de sua vitalidade, e desce para a rua, lugar histórico de passagem, mas também de reunião da cidade. E, percorrendo ruas, deságua no ponto final dessa anatomia: a praça, sede de abrigo, união ou luta, às vezes das três coisas ao mesmo tempo.

Eis, portanto, o roteiro de minha anatomia sócio-histórica da cidade: o porto, a praia, o morro, o bairro, a rua e a praça.

O olhar que trago sobre esses espaços não é, propriamente, o olhar do pesquisador, cheio de dados (às vezes, cheio de dedos). Embora o estudo empírico, a leitura e a reflexão sobre ambos tenham “desinocentado” meu olhar, originalmente um contemplador de paisagens, hoje não falo do fruto desses cuidados. Hoje penso em tentar estabelecer aqui, neste espaço, um percurso livre entre a história, a sociologia e uma reflexão estética, quase literária (vulnerável, portanto, do ponto de vista acadêmico) sobre essa anatomia, essa morfologia sociocultural que vem marcando a vida de inúmeros cidadãos (inclusive a minha) – e isto há mais de um século.

Mas esta não é uma tentativa ingênua. Como afirmei há pouco, a pesquisa, como prática e como reflexão, tiraram do meu olhar toda a inocência, criando nele a distância da representação – de que falava Foucault – entre as coisas que vejo e minhas palavras. A análise substituiu nesse olhar, em grande parte, a contemplação e o gozo estético. Apesar disso, ou talvez por isso mesmo, quero tentar essa “viagem”, para empregar o termo popular, que sujeitará a precisão à impressão, e a análise à apreciação. No final desse percurso, para a qual os convido a embarcarem comigo num transporte imaginário, (talvez um bondinho, como os de Santa Teresa, ou do Corcovado), teremos mais uma síntese que uma análise.

É verdade que não se chega ao porto de bonde. Mas o porto, nessa viagem, é nosso ponto de partida, e não de chegada, como já disse. É preciso caminhar nos na lembrança até o século XIX, quando os trens e os bondes urbanos ligavam os portos aos centros das cidades. No caso do Rio de Janeiro, capital do Império e da República, a história não foi diferente.

Ainda nos anos 50, deste século eu, menina, muitas vezes

andei nos bondes que margeavam a zona do Cais do Porto. Zona no duplo sentido da palavra, pois era no porto, local de operações do grande comércio exportador e do comércio a retalho, que se misturavam os gêneros (aqui, novo duplo sentido) que chegavam e partiam.

A Zona Portuária congregava, no século XIX, e ainda no início do século XX – quando os navios eram o grande veículo da economia, não só porque transportavam carga, mas também porque traziam e levavam todo tipo de gente e idéias – uma grande mistura de pessoas e atividades. No porto conviviam o capitalista banqueiro, o exportador comerciante, o estivador, a prostituta, o marinheiro, o rufião, o pequeno vendedor, o burocrata, o contrabandista e, evidentemente, o policial e o higienista médico.

Administrar todas essas atividades exigia, da parte destas últimas categorias, grande empenho na ciência de esquadriñar e engenho na arte de controlar. Pois o porto, lugar em que o comércio abrange do grão do café ao amor, lida com mercadorias social e sanitariamente explosivas.

Não é meu intento aqui falar da repressão e do controle jurídico-policial do porto, nem de sua ligação umbilical com a higiene. Para mim, o importante é indicar algumas preocupações e ações da medicina higienista, ou sanitarista, com essa porta de entrada do prazer e da beleza na nossa cidade, mas também com o perigo do contágio e da doença.

O olhar médico sobre o porto: higienistas e sanitaristas em nossa porta de entrada

Desde cedo, na nossa história imperial, os médicos se preocuparam com o porto e sua relação com a saúde-doença da cidade. Já no início da segunda metade do século XIX, os higienistas se ocuparam (aliás, impotentemente) da questão

do adoecimento coletivo dos marinheiros pelas patologias contagiosas e transmissíveis – isto é, pelas doenças venéreas, mas também pelas doenças epidêmicas ou epidêmicas: a sífilis, a lepra e a tuberculose, é certo, mas também a peste, a varíola e o *cholera morbus*.

Todas essas doenças eram vistas como importadas pela cidade, através de sua entrada pelo Porto do Rio de Janeiro. Por outro lado, o porto da cidade era visto também como exportador de doenças da cidade: a febre amarela, as diarreias e a própria varíola infestavam a Zona Portuária e os “bairros” e cortiços próximos a ela. Nesse conglomerado de residências e de atividades econômicas da cidade, originalmente organizadas em torno do porto, a simbiose entre comércio e prazer, beleza e perigo, elabora, no imaginário higienista, a categoria de promiscuidade, como fonte originária de contágio e doenças coletivas.

A reunião de todas aquelas categorias sociais em locais em que o coletivo, pelas condições de vida, praticamente negava a existência do privado, chama a atenção dos médicos. Para eles, é essa própria reunião dos desclassificados que engendra a doença, pela falta de higiene. A contaminação das pessoas e das mercadorias se dá no próprio habitat (ou “clima”) do porto. É o próprio porto, por sua desorganização social, que origina e propaga as doenças. O porto é, assim, local de perigo de contágio. Há que saneá-lo.

Desde a segunda metade do século XIX, no seu último terço, há comissões mistas de médicos e engenheiros para promoverem a reforma do porto (antes, localizado na atual Praça XV), para que este se tornasse um lugar limpo e adequado para a entrada e a saída das mercadorias. A própria vigilância sanitária dessas mercadorias é prevista, mesmo que nem sempre executada, ainda no século XIX, pelas normas higienistas providas

pelos médicos da Junta de Higiene. As regras de inspeção e quarentena, no caso de doenças contagiosas e epidêmicas, também são elaboradas desde a segunda metade do século passado.

O porto, porta de entrada e de saída da nossa cidade, lugar do encontro e da despedida, portanto do prazer e do sofrer, é o primeiro lugar da anatomia de que falo a ser “enquadrado” no discurso e na intervenção deste saber urbano, que é a medicina higienista e sanitarista. Também existe local mais tradicionalmente urbano, na história das cidades marítimas, que o porto? Para um local urbano, em que transitam não só mercadorias, mas também doenças, o saber urbano da medicina sanitária encontra seu perfeito objeto.

As praias, a saúde e a doença

Deixemos o porto e caminhemos pelas praias do Rio. Essas praias tão poluídas atualmente (aparecem sempre em amarelo ou vermelho na classificação da *Folha de São Paulo*, enquanto as praias paulistas aparecem sempre em azul ou verde), já foram límpidas, saudáveis, e em maior número do que são hoje. Perto do porto havia praias e, quando nasci, existia ainda a Praia de Santa Luzia, não longe da Praça XV e do porto, onde bebês como eu eram levados para tomar sol.

No Rio de Janeiro as praias existiram sempre, socialmente, sob o signo da beleza e do prazer. Se não era hábito social no século XIX, o banho de mar só sendo indicado justamente como tratamento de saúde (sobretudo para doenças do pulmão, como a bronquite ou a tuberculose), o passeio às praias já se fazia com os bondes, no fim do século XIX. Aí já vemos as *bagneuses* (em fotografias de Malta, por exemplo) em trajes sensuais (para a época) tomando seu banho de mar. Vulgariza-se paulatinamente a ida à praia, que caracteriza até

hoje o carioca, como forma de lazer e lugar da prática de esportes (natação, ginástica, jogo de peteca; posteriormente, vôlei e, finalmente, o futebol de praia).

Contribuí, certamente, para esse sucesso, o discurso higienista sobre o papel salutar dos banhos de sol e mar, em horários adequados, para promover a saúde, a convalescença e mesmo a cura de certas doenças, inclusive a temível tuberculose. Antes dos anos 40, entretanto, não é comum que famílias proletárias frequentem as praias, e só se pode falar de um sucesso crescentemente popular das praias do Rio a partir dos anos 50. É a partir de então que as praias merecem a atenção sanitarista como locais de perigo de possível contágio, através da poluição da água e da contaminação da areia.

Talvez nenhum outro local, nessa anatomia sócio-histórica, responda tanto pela imagem (nacional e internacional) de nossa cidade como lugar de beleza e prazer, de sensualidade, mesmo, como as praias cariocas. É verdade que essa imagem está sendo bastante afetada atualmente, e não apenas pela poluição. Há outros elementos que poderíamos chamar de deletérios, que “infestam” as praias da cidade e que a tornam, decididamente, um lugar de perigo, de contágio e, segundo os sanitaristas, de doença.

Além das drogas, fartamente traficadas em suas areias, há a questão dos “ratos de praia”. Aqui não me refiro ao roedor tão difamado pelos homens, roedor que cumpre, aliás, o papel ecológico de tentar, sem sucesso, eliminar o lixo que produzimos. Ele só se multiplica tanto porque nós multiplicamos nossa capacidade de amontoar lixo, por um lado, e de fabricar venenos, por outro, que acionam a capacidade de resistência imunológica dos ratos, ajudando-os a se multiplicarem. Refiro-me aqui ao pequeno ladrão, articulado a quadrilhas, por sua vez articuladas a policiais corruptos, por sua vez

articulados ao poder hegemônico, numa cadeia “ecológica” da corrupção impressionantemente resistente a qualquer regime político ou sistema eleitoral do país. E além dos ratos de praia, há os inúmeros atropelos tipicamente urbanos que empanam a beleza e o prazer de desfrutar desse lazer: o tráfego, as eternas obras das orlas, os camelôs e as barraquinhas que disputam a areia com os banhistas, funcionando com a mesma mentalidade do lucro apressado e da inflação programada da macroeconomia do asfalto.

Mas apesar de todos os pesares, inclusive o do individualismo e do consumismo sexual atuais, que também infestam nossas praias, elas são talvez o único lugar do prazer gratuito – por oposição ao prazer comercializado do porto – e da beleza da nossa cidade, vista como beleza sensual.

Os morros da cidade: a paisagem e o perigo

Alguém já comparou os morros mais conhecidos da cidade, o Pão de Açúcar, os da Gávea (Dois Irmãos e Pedra da Gávea) a detalhes anatômicos de um corpo de mulher: ora aos seios, ora ao dorso, ora à figura alongada de uma bela mulher. No entanto, essas metáforas e imagens do feminino e sua sexualidade para qualificar os morros do Rio de Janeiro são recentes. Há elogios a essa sinuosidade desde o início do século XIX, com os viajantes estrangeiros, botânicos, naturalistas e médicos, que por aqui aportavam, sem a referência sexual contemporânea.

Essas imagens se referem a apenas um dos aspectos, ou talvez “funções” dos morros, para empregar um termo antigo da Sociologia, ou se preferirem, da Sociologia antiga. Elas refletem apenas um olhar sobre a cidade: o olhar do lazer, do prazer da contemplação da vista, no duplo sentido da palavra: a nossa vista e a vista da cidade.

Se o turismo aos morros mais famosos é desse século (Pão de Açúcar, Corcovado, Santa Teresa, Gávea, Paineiras), as visitas aos morros por interessados na saúde é mais antiga, do século XIX. Através da altitude, os morros garantiriam aos necessitados de cuidados médicos um ar mais leve e puro. O morro, como o mar, é tematizado, no discurso médico, como lugar de saúde, e não de doença. Lugar terapêutico para quem sofre com a umidade e o calor das baixadas e pântanos então existentes na cidade. Ainda no início deste século, Santa Teresa, por exemplo, abriga vários sanatórios e hotéis para aqueles que precisam dos “bons ares” dos morros da cidade.

Mas esse não é o único olhar que podemos deitar sobre os morros da cidade, nem é o mais recente. Há várias outras formas de contemplar esse lugar anatômico do Rio: como moradia, abrigo, esconderijo, sede do perigo e da violência das classes perigosas. É o morro visto como “favela”, lugar socialmente promíscuo, onde habitam operários, trabalhadores desempregados, junto a bandidos, traficantes, organizações criminosas. É o morro visto não só como moradia, mas também como abrigo de desclassificados.

Aqui não nos interessa esclarecer em que medida essa visão, essa forma de olhar, corresponde a algo de verdadeiro. Sabemos que objetivamente são trabalhadores os que, em sua maioria, habitam os morros. Foi para lá que eles foram expulsos quando o porto foi “saneado” no fim do século passado, sobretudo por sanitaristas como Oswaldo Cruz, no início deste século, no sentido de se eliminar o “perigo” que representavam as aglomerações coletivas junto à Zona Portuária. O Morro da Providência foi, neste sentido, um dos primeiros a serem ocupados por trabalhadores humildes, ex-escravos e imigrantes de outras cidades e estados do país.

O morro tornou-se, desde então, ao mesmo tempo, imagem de moradia e de abrigo dos mais pobres. Mas entre os mais pobres instalaram-se também os criminosos e suas quadrilhas, que nas últimas décadas estabeleceram sólido controle sobre a vida (e a morte) coletiva. E o morro passa a ser visto como lugar de perigo pela cidade. No imaginário coletivo firmou-se, desde então, o fantasma de uma invasão dos bairros de classe média e superior pelos habitantes do morro, numa espécie de “tomada do poder” sociogeográfica pelas classes inferiores da sociedade. Esse fantasma se apresenta cada vez mais ameaçador, na medida em que crescem as favelas nos morros, e que diminuem estratos e bairros de classe média, mas também na medida em que os morros geograficamente cercam toda a cidade com seus bairros.

É verdade que o processo de urbanização e de saneamento subiu os morros, e que uma parte delas atualmente poderia ser vista mais como bairro popular do que como a velha “favela de lata” (a *bidonville* dos franceses). Bairro popular de onde desce o som da cidade e seu ritmo – o samba – e onde se elabora o mágico teatro do carnaval. São verdadeiros ateliês do prazer, através da criação contínua da música e da dança talvez mais sensual do planeta.

Os bairros e a vida comunitária: o descanso dos guerreiros

Os bairros, que podemos contemplar do morro, são vistos por nosso olhar como lugares de viver, e não apenas de morar ou de dormir. É verdade que o bairro já foi, na nossa cidade, o mais importante lugar de com-viver, de levar uma vida de comunidade.

Se lermos Machado de Assis, por exemplo (podia ser Lima Barreto, também), poderemos ter uma visão do que representavam os bairros na vida social da segunda metade do

século XIX. Tudo, ou quase tudo, acontecia ali: os encontros e os desafetos, os casamentos, os nascimentos, as traições (por que não?) as festas, as comemorações e os lutos. Todos esses fatos com seus pequenos (ou grandes) cerimoniais. Há bairros que têm uma história mais que secular nesse sentido: Santa Teresa, de que já falei, Catete, Botafogo e a parte do Centro que hoje compõe a Lapa e parte do Estácio.

Mais tarde, já nesse século, outros se desenvolveram nessa mesma tradição: Rio Comprido, Laranjeiras (antes compostos por grandes chácaras) e Leme, entre outros (Gávea, por exemplo). É interessante assinalar que algo restou do convívio original dos bairros nesses lugares, apesar do enorme crescimento urbano e da especulação imobiliária. Mas a “sociedade comunitária” de que fala a sociologia alemã não é mais a marca desses bairros.

Este espírito de sociedade de *folks* (*Gemeinschaft*) imigrou para certos bairros da zona norte e dos subúrbios da cidade (não estou me referindo aqui a outras cidades, da Baixada, por exemplo, que são cidades-dormitório, onde o convívio e as condições difíceis de vida impõem limites ao espírito de solidariedade que caracteriza a “comunidade”). Pois o bairro e a vida bairristica supõem certa convivialidade, troca de favores e pequenas solidariedades, o comércio a retalho, e, portanto, o “freguês de caderneta”, difíceis (mas não impossíveis) de encontrar nos nossos atuais grandes bairros, tais como Tijuca, Flamengo, Copacabana, Ipanema etc.

O individualismo privatista, a impessoalidade das relações sociais, a frieza nas relações humanas e a violência urbana crescentes redefiniram, nas últimas décadas, o desenho social desses locais de morar e de viver. Mas ainda se encontram agentes e instituições que são a garantia da sobrevivência desses lugares: o jornaleiro, o botequim, a igreja, a farmácia,

a recente associação de amigos do bairro, as bandas e os blocos de carnaval, entre os mais populares. Naqueles onde o supermercado não predominou totalmente, há ainda os velhos açougueiro e quitandeiro, além do tintureiro e do sapateiro, unhas de alinhavo entre os pedaços sociais do bairro.

Concluindo: apesar das grandes e recentes transformações urbanas, o bairro continua a ser local de abrigo, moradia e vida (familiar, pessoal). A ser, portanto, o lugar de descanso de todos nós, guerreiros da cidade.

A rua: de lugar de reunião, a lugar de perigo e medo

Se tematizamos o bairro, pode parecer redundância colocar, na anatomia projetada no início deste texto, a rua. Pois em princípio os bairros compõem-se de ruas, as quais estão cheias de casas, ou, mais contemporaneamente, de prédios, de edifícios.

Mas eu avisei, também, que não era propriamente de uma anatomia geográfica que desejava falar, mas de uma sócio-histórica. E, nesse sentido, as ruas da cidade têm sua originalidade face ao bairro. Eu diria mesmo que algumas têm sua personalidade, inscritas e escritas na grande literatura brasileira, ou nas grandes escolas de samba, como a secular Rua do Ouvidor. E aí são ruas de todos os lugares, de todos os bairros, que se consagraram entre os escritores e os músicos: das ruas do Porto e da Lapa, as ruas dos bairros famosos, como a do Catete, a Montenegro (Ipanema) a Nossa Senhora de Copacabana, a República do Peru – são tantos exemplos que não terminaria hoje.

O importante é assinalar que a rua é, tradicionalmente, em nossa cidade, ao mesmo tempo lugar de passagem e lugar de reunião. De passagem, é óbvio que o seja, mas de reunião, já não tanto. Porque são muitos, e os mais variados possíveis, os motivos para se reunir.

Entre nós, desde que existe República, há mais de cem anos, são principalmente três os motivos de reunião nas ruas: para manifestar (politicamente, quero acentuar) para festejar (caso dos carnavais, mas também dos desfiles e das procissões) e para comer e beber (para comemorar ou “bebemorar”). Pois muitos dos nossos bares e restaurantes, justamente, e isso há muito tempo, “dão para a rua” – isto é, situam-se nas calçadas das ruas. Lugar do prazer oral sobretudo, mas também de busca do prazer sexual, pois o *trottoir* é feito nas ruas. Portanto, lugar do perigo de contágio, em nossa era de Aids e das demais doenças do amor, inclusive a da violência.

As ruas foram consideradas, desde cedo, pela polícia e pelos médicos, como lugares de perigo. Perigo de contágio, perigo de violência, individual e coletiva. O esquadrinhamento dos quarteirões, numa combinação de poder médico e policial, é muito praticado segundo a ótica higienista, desde o final do século XIX, antes do evento da República. A rua como lugar ambíguo do prazer e da violência (pessoal e coletiva) faz parte de um imaginário mais que secular na nossa cidade. No início do século XIX, as carmelitas da Ladeira de Santa Teresa tocavam seus sinos para avisar aos escravos do momento de recolher, para que eles escapassem dos policiais montados a cavalo. Se os brancos achavam que o perigo e a violência das ruas vinham dos escravos, as freiras sabiam que os negros sofreriam a violência dos policiais se se encontrassem num local proibido para eles a partir de certa hora da noite: a rua.

Atualmente, nossas ruas continuam a justificar e a intensificar o imaginário dúbio do prazer/perigo. Quem quer se arriscar a estar passando pela maioria das ruas dos nossos bairros em horas tardias? E durante o dia, quem consegue transitar por certas ruas de comércio dos nossos bairros?

Além das inúmeras barracas de camelôs, os ladrões, os “arastões”, os automóveis sobre as calçadas, etc.

É difícil não lançar um olhar entristecido e preocupado sobre o estado atual de nossas ruas, se nos lembrarmos que eles já foram lugar não apenas de manifestação, de prazer, de comemoração, mas também de beleza. É preciso, talvez, repensar e refazer o lugar das ruas em nossa cidade, para que elas possam nos levar ao seu ponto natural de deságüe, e o ponto final deste roteiro: a praça.

A praça: lugar de comício e comunhão

Mais do que a própria rua, a praça tem sido, em nossa história dos últimos cem anos pelo menos (se não considerarmos o Largo do Paço, do início do século XIX), o lugar da manifestação pública política e cultural. É lugar de comício e de comunhão pública.

As praças mais famosas da cidade, como a da Aclamação (da República), a Praça XV (onde se encontrava outrora o Paço), a da Central do Brasil, além dos largos ligados a Igrejas, como a de N. S. da Glória, no Largo do Machado, e a da Candelária, no fim da Avenida Presidente Vargas, foram sede dos eventos mais importantes de nossa história como Nação (se levamos em consideração o “Fico”, de D. Pedro I, pronunciado das janelas do Paço).

As proclamações, as manifestações e os comícios procuraram, em nossa cidade, a praça como lugar de expressão de solidariedade civil, de indignação pública e também, é claro, de comemoração e prazer coletivos. Aí está a Praça da Apotheose, último exemplo neste sentido, que não me desmente.

É verdade que atualmente também as praças se tornaram lugares de abrigo dos mendigos, de atuação dos ladrões, de tráfico das drogas, de bebedeiras e discussões privadas sem

nada para celebrar e talvez tudo para esquecer. A praça, que foi considerada, por sua amplidão e ordenamento, como lugar saudável por engenheiros e médicos sanitaristas, tornou-se também, no imaginário popular, lugar de perigo e contágio. Perigo de violência, moral e física, e perigo de contágio de epidemias que cercam as grandes concentrações de público, sem higiene, sem cuidados de limpeza, sem consciência civil de que se trata, justamente de lugar público, isto é, de lugar do público.

Os históricos Largos de São Francisco e Largo do Machado, para dar só dois exemplos (poderia falar também na Praça General Osório), definharam como local de lazer, de entretenimento, de Passeio Público.

É preciso repensarmos também este lugar na nossa anatomia, no corpo da nossa cidade. Pois apesar de todas as dificuldades atuais, e de todas as destruições promovidas por civis deseducados e por políticos desinteressados do público, devemos continuar a acreditar, como o poeta brasileiro, que “A praça é do povo como o céu é do condor”, e lutar para que ela efetivamente volte a sê-lo.

Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano¹

Introdução

No momento em que o século XX se encerra como o mais vertiginoso e denso em mudanças tecnológicas, políticas e relacionais dos séculos conhecidos, com profundas repercussões sobre a vida social, o Brasil assinala pouco mais de cem anos de regime republicano. Nesse período as transformações históricas, no que concerne às relações sociais, sobretudo quando se consideram as políticas públicas, não registram nem de longe o mesmo ritmo do século.

Acredito que este é um bom momento para *passar em revista* alguns traços permanentes, isto é, que se observam repetitivos, com características estruturais, nas políticas públicas republicanas brasileiras, sobretudo naquelas que concernem à vida e à saúde coletivas. Talvez seja também importante revisar aspectos mais sublinhados na literatura produzida sobre essas políticas. O que significa, para a autora, nela situar-se durante a redação do trabalho, fazendo de sua produção um balanço retrospectivo.

¹ Publicado originalmente em *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 1-27, 2000.

É possível que estes se tornem os objetivos principais e o conteúdo central do trabalho em início. Se ele conseguir superar com espírito de síntese e clareza o que lhe falta em dados empíricos para uma verdadeira revisão de fatos e de literatura, terá alcançado uma finalidade importante, que é a de chamar a atenção para alguns traços fundamentais recorrentes das políticas de saúde e sua significação na vida cotidiana e institucional em nosso país.

Quero sublinhar desde logo que este trabalho, diferentemente de outros que produzi na área de Políticas de Saúde (LUZ, 1979, 1982 e 1991),² geralmente voltados para as relações entre instituições e Estado, não é resultante de uma pesquisa empírica sócio-histórica. Resulta de reflexões sobre a leitura de autores que venho consultando para participar em debates e dar aulas sobre Instituições e Políticas de Saúde no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da UERJ, e sobre as dissertações e teses que venho orientando nos últimos cinco anos.³ Assim igualmente decorre da análise de teses que venho tendo a oportunidade de argüir como membro das bancas de exame versando sobre instituições e políticas de saúde e nutrição.

Acredito que essas três fontes de dados constituem um acervo de teorias, idéias e fatos que me permitem levantar hipóteses

² Além dos três trabalhos mencionados acima, outros focalizam a questão das políticas de saúde, mais centrados nas relações entre movimentos da sociedade civil e instituições de saúde ou na ordem burocrática institucional e os cidadãos. Serão mencionados no decorrer deste artigo.

³ Entre as dissertações e teses já defendidas, sobressaem-se as de Pinheiro (1995 e 2000), Pinheiro (1996), Nogueira (1998), Carmo (1999) e Tesser (1999) – esta em co-orientação com Gastão Wagner dos Santos. Além dessas, outras em andamento, tematizando alguns aspectos da questão das instituições e políticas de atenção à saúde, bem como as estratégias e práticas relativas à saúde desenvolvidas na sociedade civil, levam-me a manter constante reflexão sobre essa área.

sobre questões permanentes na política de saúde brasileira. Permitem-me também avançar afirmações e articulações teóricas sobre o Estado em suas relações com as instituições e a sociedade civil brasileira numa perspectiva sociopolítica, embora sem a pretensão de substituir as bases de dados que uma pesquisa empírica direcionada ao tema poderia obter.

Duas dicotomias históricas permanentes nas políticas públicas e de saúde: centralização / descentralização, concentração / desconcentração

Tomarei como tema central de discussão duas *dicotomias*, isto é, duas questões que se apresentam recorrentes e polarizadas em um século de políticas públicas no Brasil, utilizando-me do caso da saúde como referência e ilustração. Assinalo, entretanto, que essas *dicotomias* têm viabilizado alianças históricas com pesos e sentidos políticos diferentes em conjunturas distintas.

A primeira delas é centralização/descentralização. Essa dicotomia aparece recorrentemente desde a fundação da República, em relação a que esfera do governo brasileiro (federal, regional, estadual, local) caberia o desempenho de determinadas funções. Ou ainda que serviços competem ao Estado, no nível do Poder Executivo central, prestar à população?⁴

À República Federativa, materialização do poder central, atribui-se o desempenho das funções que dizem respeito à nação como totalidade, à conservação de sua unidade e/ou integridade. O difícil tem sido decidir, em cada conjuntura política e circunstância histórica, o que diz respeito a essa

⁴ A discussão sobre essa dicotomia na Primeira República, no momento da implantação do modelo sanitário campanhista de Oswaldo Cruz como eixo central da política de saúde do jovem estado republicano brasileiro, está no livro *Medicina e ordem política brasileira* (LUZ, 1982).

totalidade. No caso das políticas de saúde pública, por exemplo, o combate às epidemias e endemias e seu controle parecem ter sido sempre um tema tipicamente referido ao poder *nacional* central. Entretanto, desde que as condições de financiamento e de estruturação logística das atividades envolvidas nesse combate deixam de ter caráter emergencial, e a necessidade de investimento sistemático do poder público se impõe como função *institucional*, superando o *modelo campanhista* (LUZ, 1979, 1982 e 1991),⁵ esvai-se a certeza de que o controle desta ou daquela epidemia deveria ser atribuição do poder central.

Um caso jocoso, embora grave do ponto de vista das consequências para a saúde pública, ilustrativo desta tendência, é o da controvérsia recorrente no século XX, vista ora como banal ora como politicamente insolúvel, do combate aos mosquitos de diversas “febres tropicais” (malária, febre amarela, dengue): o mosquito é federal, estadual ou municipal?

A segunda questão, aparentemente idêntica ou decorrente da primeira, mas remetendo a estruturas de poder social mais básicas, refere-se à dicotomia concentração / desconcentração nas políticas públicas. Tal questão diz respeito àquilo que se delega como poder decisório nessas políticas, e a quem se delega. Em outras palavras: quem decide sobre metas e, sobretudo, sobre as formas de financiamento que fazem descer tais metas da retórica discursiva (leis, normas, programas) para sua efetivação prática e seu desenvolvimento, com todas as consequências daí recorrentes? Embora essas questões não sejam separáveis, podem e devem ser distinguidas e discutidas.

⁵ A questão do campanhismo como política de saúde pública foi discutida pela primeira vez no livro *As instituições médicas no Brasil* (LUZ, 1979), e em seguida no livro *Medicina e ordem política brasileira* (LUZ, 1982), sendo retomada no artigo “Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática - anos 80” (LUZ, 1991), numa perspectiva analítica das recorrências históricas nas políticas de saúde.

Na história das políticas de saúde em nosso país, frequentemente, sobretudo na segunda metade do século, verificou-se uma sutil divisão entre a prestação (“administração”) de serviços e sua “gestão” (controle de recursos), tendente a manter o caráter centralizador das políticas públicas brasileiras através do controle do gerenciamento dos recursos no nível federal. Tal concentração só encontrou um limite no final do século, na década de 1990, com a entrada em execução da política municipalista do Sistema Único de Saúde (SUS), através da regulamentação das Normas Operacionais Básicas (NOB). Apesar de algumas contradições e confrontos provocados pela política descentralizadora do SUS com a política neoliberal, esta última voltada para o desmonte do sistema público de serviços, é inegável o processo de descentralização gestonária dos serviços de saúde verificado durante a última década do século. Comentarei esse processo no fim deste trabalho.

Uma primeira hipótese que esboço a este respeito é que historicamente se identificou e confundiu, tanto no plano factual como no das análises das políticas públicas do país, descentralização com desconcentração.⁶ No plano dos fatos históricos, essa identificação / confusão teve o sentido de minimizar possíveis perdas de poder político do nível central, definindo em termos geopolíticos, se podemos dizer assim, uma divisão do poder que envolveu sempre muito mais do que simples delegação de funções institucionais em termos *territoriais*. No plano das análises, essa identificação ratifica a

⁶ Discuti o tema da descentralização / desconcentração nos trabalhos *Medicina e ordem política brasileira* e “Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática - anos 80”. Também no capítulo: *As Conferências Nacionais de Saúde - as políticas de saúde nos anos 80* (LUZ, 1994), ressaltando a relação e a distinção que pode ser feita entre os dois termos.

compreensão *territorialista* da divisão do poder político presente no Estado Nacional, deixando de elucidar a questão da natureza pré-democrática do poder central entre nós (LUZ, 1992).⁷ Este se apresenta historicamente como portador de um universalismo social abstrato, contraposto aos poderes regionais / locais e às demandas organizadas da sociedade civil. Os últimos seriam vistos *a priori* como particularistas, isto é, defensores de uma acumulação particular (regional / local / corporativa) de poder, opondo-se assim ao poder politicamente “universalista” do Estado Nacional. A oposição política central / regional nasceu desse pressuposto. Talvez seja importante debruçar-nos sobre as origens históricas dessa pressuposição republicana ainda não superada nas políticas públicas, ao menos nas de saúde e previdência, indagando-nos sobre suas bases sociais.

É evidente que a República brasileira não se originou de uma grande transformação social, ou seja, da substituição de um regime de produção e de relações sociais por outro mais avançado. Isso sucedeu nas grandes nações européias, onde o capitalismo em substituição ao feudalismo fez surgir não apenas a república moderna como regime político. Mas também a democracia moderna como regime social (MARSHALL, 1964) foi paulatinamente implantada na Europa e nos Estados Unidos da América durante os séculos XIX e XX.⁸

A República brasileira é um filho temporão do século passado, uma medida política tardiamente tomada num dos

últimos reinos escravistas do continente. Os atores políticos que tomaram a medida de proclamar a República, dentre os quais se destacam os militares positivistas, não representavam, como salientam historiadores políticos (CARVALHO, 1990), movimentos de massa ou partidos populares.⁹ Estavam mais ligados a clubes ou centros de discussão elitistas, ou participavam de partidos ligados a interesses regionais de produção mais “avançada” (em direção ao capitalismo, é claro), em geral, de produtos agropecuários de exportação. Esses constituíam a fonte das receitas e da dívida (crescente) do estado brasileiro: o café, o leite, o algodão, o fumo, o açúcar e, mais tarde, a borracha etc.

O Segundo Império foi o domínio conciliador desses interesses regionalistas até enquanto pôde. Isto é, até quando a existência de um regime de produção escravista não atrapalhou ostensivamente os negócios das nações republicanas industrialistas, sobretudo da hegemônica Inglaterra. Tráfico de escravos, mão-de-obra não-assalariada, ou subassalariada, consumo de bens manufaturados muito restrito, um regime de produção com mínima circulação monetária e menor circulação de idéias numa população iletrada e carente, tudo isso representou obstáculo considerável para a expansão de uma economia de mercado com vocação mundial como é a economia capitalista industrial. O bloqueio monetário, ou pelas armas, quando necessário, às atividades ligadas ao outro regime de produção, e ao regime político que o representou numa sociedade com grande potencial de inclusão na economia de mercado, tornou-se inevitável e compreensível deste

⁷ Uma analogia pode ser feita entre este tipo de poder de Estado e o Estado absolutista europeu que precedeu a república moderna. A vontade política transmitida às instituições, neste caso, é uma vontade política de natureza imperial. Mais adiante discutirei esta questão.

⁸ Ver a este propósito a discussão clássica de Marshall sobre cidadania e desenvolvimento social.

⁹ O que não significa que esses movimentos ou partidos não existissem. Os movimentos republicanos e as revoltas populares republicanas existem desde as primeiras décadas do século XIX, e pipocam aqui e acolá pelo Brasil desde a Independência. Ver, a este propósito, Luz (1982 e 1996) e Carvalho (1990).

ponto de vista. Este quadro, mais externo que interno, foi determinante para o advento da República em nosso país, trazendo uma série de conseqüências de natureza política e social, entre as quais se destacam as dicotomias políticas sublinhadas acima, como a do centralismo *versus* regionalismo ou, melhor dizendo, da centralização *versus* descentralização.

A hipótese aqui, certamente não original, mas importante para situar a questão central do artigo, é que a República assim fundada não é politicamente *instalada* em toda a sua plenitude nem mesmo no plano formal, jurídico. Impõe-se *de cima para baixo* sobre forças e instituições sociais vigentes que rejeitam na prática os princípios universalistas da República democrática com suas conseqüências: a efetiva separação dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário; o controle mútuo desses poderes no intuito de preservar a Nação do arbítrio dos socialmente poderosos; a horizontalização das relações no plano jurídico, através do reconhecimento formal do primeiro princípio da cidadania – *todos os homens nascem livres e iguais* – e o exercício do poder do Estado como expressão de uma *vontade geral* através do voto (reconhecimento jurídico-político da cidadania).

Esses princípios, consagrados pela Revolução Francesa há mais de dois séculos, na Carta dos Direitos do Homem, e ratificados, um século e meio depois, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, não se implantaram plenamente em nosso país nesses 110 anos de República. As resistências sociais ao regime republicano estariam, segundo grande parte dos estudos socioeconômicos e políticos, enraizadas nos poderes sociais regionalistas mais atrasados, em oposição aos poderes regionalistas avançados. A perspectiva histórico-estrutural de origem marxista muito apontou esses aspectos em suas análises econômicas, históricas e sociológicas dos anos 70

(ALBUQUERQUE, 1981; CARONE, 1977; FERNANDES, 1975; IANNI, 1971a, 1971b, 1973, 1974 e 1975; MARTINS, 1975; KOWARICK, 1971; MOURA, 1978; OLIVEIRA, 1977; PINHEIRO, 1975; SINGER, 1976; VIANNA, 1976; WEFFORT, 1973 e 1978),¹⁰ acentuando a posição dos atores na estrutura das forças produtivas e das relações sociais de produção, como determinantes das posturas políticas mais centralistas ou mais regionalistas.

Sem desconsiderar o que há de consistente e ainda atual nessas análises, pode-se observar que o centralismo político presente nas políticas públicas brasileiras pode muito bem coadunar-se com o regionalismo corporativista dos interesses sociais – freqüentemente locais – na República brasileira. Que se tome como exemplo a política do *café com leite* na primeira metade do século findo. Desejo neste momento opor à interpretação tradicional de centralismo *versus* regionalismo outra interpretação: a de que o centralismo político é coerente com o regionalismo (particularista) social da República brasileira. Desta forma, uma república centralizadora do poder político como a nossa é coerente com uma sociedade *particularista* (concentradora de poder) do ponto de vista social. A unidade política necessária ao funcionamento das instituições republicanas nessa estrutura é obtida à custa de um poder centralizador e concentrador de decisões. O poder unitário tende a ser um poder autoritário, *acima da sociedade*, e não fruto do consenso na diversidade da sociedade civil (poder democrático). A sociedade política não representa a sociedade civil: *para acima dela*, como diria Gramsci, não a integrando senão de maneira instável e coercitiva. As políticas públi-

¹⁰ Essas análises embasaram algumas das afirmações dos livros *As instituições médicas no Brasil* e, sobretudo, *Medicina e ordem política brasileira*, ambos já mencionados.

cas, sobretudo as sociais, são um exemplo da permanência secular destas características: unitárias, verticais e instáveis.

A primeira consequência deste processo, em termos político-sociais, é que não chega a se constituir, neste contexto, uma República de cidadãos associados ou organizados por interesses comuns, ou mesmo nitidamente separados por interesses econômicos, políticos ou culturais divergentes, típica das nações democráticas modernas (VIANNA, 1998). Tendeu a formar-se, com as transformações históricas que beneficiaram a tendência individualista do capitalismo durante o século XX, uma *república de indivíduos* que buscam, na maioria das vezes de forma *hobbesiana*, sua própria sobrevivência. Isso se dá de forma distanciada da solidariedade social que constitui a matéria-prima da sociedade civil democrática e a identidade básica do *cidadão*.

Uma segunda consequência é a confusão política perversa – no sentido em que tende a haver simbiose - entre o político e o civil. Tal confusão se traduz quotidianamente na sociedade num desconhecimento prático, pelos cidadãos, de quais são os limites entre o individual e o coletivo, ou do que constitui a distinção básica entre *público* (coisa pública) e *privado* (propriedade particular). Esse desconhecimento coletivo, embora atinja a todos, beneficia sistematicamente os mais bem-situados na escala social. Os detentores de maior faixa de poder tendem a impor, através da política, *por meio* dos poderes constituídos, seus interesses particularistas (muitas vezes corporativos) à grande massa social. Fazem triunfar normas e decisões políticas que lhes são favoráveis, em detrimento das necessidades e interesses da maioria. No caso das políticas públicas e sociais, este tem sido um fato notável nos últimos 35 anos.

Uma terceira consequência, ainda mais séria no plano político, reflexo da confusão apontada acima, é que esse tipo

de ordenação se transmite às instituições civis ligadas ao poder público.¹¹ Estas, ao invés de representarem normas ou regras universais – sistemas de meios com vistas à obtenção de fins sociais, destinadas ao interesse geral e a serem cumpridas igualmente por todos, como propõe idealmente a república moderna em seus princípios,¹² – constituem núcleos burocráticos concentradores de poder, voltados para si mesmos. Isto é, investem na sua própria reprodução, aceitando que perante as normas, em princípio, todos são iguais, mas há alguns *mais iguais que outros* (LUZ, 1992).

O tipo de relação social que tende a se estabelecer entre as instituições com esta característica estrutural (a de se tomarem como fins em si mesmas) e a sociedade é de *mando* e não de serviço, assumindo papel de controle sobre os cidadãos. A burocracia gerada e treinada nesse processo se vê como *gendarme* da sociedade política (Estado) e não como *servidora da sociedade civil*, embora remunerada com os recursos do contribuinte. A vontade política desse tipo de instituição é, como afirmei há

¹¹ Venho tentando demonstrar esta tese nos livros *As instituições médicas no Brasil e Medicina e ordem política brasileira*; também nos artigos “Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática - anos 80”, “Burocracia, aparato estatal y sociedad civil a partir de políticas sociales en la sociedad brasileña, elementos para un análisis comparativo”, entre outros trabalhos. Entretanto, somente nos anos 90 os estudos do campo da Saúde Coletiva se debruçaram seriamente sobre as instituições de saúde e a sociedade civil, descentrando o olhar analítico da imagem toda poderosa do Estado. Comentarei mais adiante a questão da produção deste tema no campo da Saúde Coletiva.

¹² Evidente que esta proposição “ideal” jamais se cumpre integralmente na prática. Poder-se-ia dizer que, de certa maneira, a maior parte da luta política dos últimos dois séculos tem sido no sentido de “fazer cumprir” o ideário republicano democrático, mesmo no caso das lutas pelo socialismo. O que se pode pôr em questão são os limites de tal cumprimento numa sociedade marcada por desigualdades de classe, como o capitalismo; sobretudo em sociedades com desigualdade social profunda, como o Brasil. Em última instância, esse é o limite básico para a desconcentração nas políticas.

pouco em nota, *imperial*, portanto pré-republicana e – acrescento – pré-democrática, tendendo a ver os cidadãos como *vassalos* do poder público (FAORO, 1958). Estes, por sua vez, como o lado civil da moeda, tendem a ver as instituições não como fruto da sociedade, portanto como manifestação histórica de suas lutas ou necessidades sociais, mas como *entidades particulares*, manifestação da grande entidade soberana que é o *Governo* (Estado). As relações dos simples cidadãos com essas *entidades*, através de atitudes, tendem a ser de manipulação ou subserviência no sentido de obterem, dos burocratas, certos *favores* de tipo clientelista, geralmente para serviços a que têm direito constitucional (LUZ, 1992).

Sublinhei os termos relativos à tendência para ressaltar que no desenvolvimento histórico do processo político brasileiro nem sempre essas tendências se confirmaram. Por um lado, organizaram-se movimentos sociais pela cidadania que em diversas conjunturas do século, lideradas por trabalhadores organizados (Primeira República) ou não (segunda metade do século XX, sobretudo a partir dos anos 70), que agitaram a república. Eles apontam para uma sociedade civil que busca fazer-se presente na cena histórica no sentido de exigir do Estado, quase arrancar direitos políticos, econômicos e sociais de cidadania. Esses movimentos mostram a existência, na sociedade brasileira, de uma face política bem menos passiva, embora pouco ouvida, que a de uma *república de indivíduos*.¹³

Por outro lado, embora não se possa afirmar que a burocracia brasileira seja a realização do modelo weberiano da racionalidade burocrática, seria injusto não tributar a certos

servidores públicos estatais, principalmente em saúde e educação, os históricos e às vezes heróicos (considerados os insuficientes recursos físicos, humanos e financeiros) esforços feitos para preservar e assegurar tais serviços à população. Contribuem para isso não apenas profissionais ligados às atividades institucionais “fins” (ensino, atenção à saúde), mas também os ligados às atividades burocráticas.

Além disso, é possível observar, quando se estudam essas instituições, a permanência de uma identidade corporativa de *servidor público* que o Estado brasileiro até o presente momento não conseguiu demolir por completo, nem mesmo com as sucessivas políticas de “desmonte” da prestação de serviços pelo Estado, dos governos da última década do século. Em algumas conjunturas, como a da década de 1970, no auge do período autoritário militar, e nos anos 90, com a violência das políticas sociais neoliberais, os servidores civis dessa área, burocratas ou não, adotaram e adotam até o presente, atitudes de resistência à privatização das políticas públicas, no sentido de preservar direitos historicamente conquistados. O que não tem impedido, certamente, que fossem – e continuem sendo – derrotados.

Essas ressalvas visam a salientar que, embora as tendências estruturais da república brasileira não tenham se atenuado com um século de existência, apresentando de forma acentuada seu caráter de concentração de poder em todos os níveis ao longo do século findo, tem havido e continua a haver resistência a essas tendências, tanto no interior das instituições quanto na sociedade civil. Em outras palavras, a centralização que se observa nas políticas públicas até o fim do século XX, e a dificuldade da delegação de funções e distribuição de recursos são simplesmente a manifestação política, no Estado, da concentração de poder social caracte-

¹³ Outra questão pouco tratada durante anos nas análises sobre políticas de saúde é esta face de resistência às políticas estatais, encarnada nos movimentos sociais e nos profissionais das instituições de saúde.

rístico da sociedade brasileira.¹⁴ O Estado, coerente com sua composição social, não chega a delegar poder nem no plano das instituições (delegação de funções, diversificação de instâncias de decisões) nem no plano da sociedade civil (consulta, diálogo ou negociação com atores que a representam). A conclusão das reflexões desenvolvidas até o momento é de que a dicotomia centralização *versus* descentralização (política) exprime, no plano das políticas públicas, a dicotomia concentração *versus* desconcentração (social) persistente na sociedade brasileira, mas com ela não se identifica.

Centralização *versus* descentralização nas políticas de saúde do Brasil

Meu interesse central neste trabalho é examinar a presença e a permanência dessas aparentes dicotomias nas políticas e instituições de saúde no Brasil republicano, e suas consequências no nível social. A hipótese interpretativa básica, enunciada acima, é que a “dicotomia” histórica centralização / descentralização é a tradução institucional da questão da concentração do poder social manifestada na estrutura política brasileira. Examinarei brevemente como essa questão se traduziu nas políticas e instituições de saúde.

A República Velha foi, desde sua primeira Constituição de 1891, *autoritária*, como acentuei em trabalhos anteriores (LUZ, 1979, 1982 e 1991), e como tentei demonstrar no início deste presente trabalho, pelas razões analisadas. Não por acaso seu primeiro momento (1889-1993) é conhecido como *República da Espada*. A política de saúde do início do século XX, encarnada na figura carismática de Oswaldo Cruz, foi sanitaris-

ta e seu modelo básico de intervenção social, campanhista.¹⁵ Isso significa que seu modelo institucional foi unitário, centralizado, vertical e concentrado em termos de poder político. O que não quer dizer, por outro lado, que o sanitarista dispusesse de *todo o poder*. Oswaldo Cruz queixava-se com certa frequência de que seus projetos sanitaristas eram geralmente *podados* pelo Poder Legislativo, só lhe restando verbas para atividades emergenciais que não resolviam as questões básicas de saúde, sobretudo aquelas concernentes às epidemias e endemias (LUZ, 1982).

De qualquer modo, o modelo campanhista é um modelo de intervenção baseado na força da autoridade e isto, no caso da intervenção médica, significa *autoridade da competência* – o que exclui a consulta ou diálogo com aqueles julgados incompetentes ou, o que é mais comum, *ignorantes*, como é o caso da sociedade civil (LUZ, 1982; COSTA, 1985).¹⁶ Desta forma, o modelo básico de criação da ordem sanitária brasileira no início do século XX é autoritário: unitário, vertical, centralista, concentrador de poder, característico da jovem república em constituição.

Devemos nos interrogar, entretanto, se essas características, mais que da república brasileira, não são típicas do Estado Nacional do fim do século XIX e início do século XX, profundamente marcados pela ideologia do progresso ligado

¹⁵ “Sanitarismo campanhista” foi a expressão cunhada no livro *As instituições médicas no Brasil* e retomada no livro *Medicina e ordem política brasileira*, para designar um modelo específico de intervenção institucional médica com vistas ao controle de epidemias e endemias na sociedade brasileira. Não chega a ser um conceito, mas é uma categoria de análise.

¹⁶ Há uma “pauta” social considerável de reivindicações envolvendo a questão da saúde na República Velha. Trabalhadores, membros de organizações civis e grupos intelectuais se mobilizam intensamente no período de Oswaldo Cruz, no sentido da defesa dessa pauta, indo até a episódios de resistência armada à política sanitária.

¹⁴ Ainda no final do século XX, durante a década de 1990, o Brasil disputava os primeiros lugares em concentração de renda e desigualdade social do planeta.

à autoridade da ciência e da tecnologia.¹⁷ Terá o Barão de Haussmann consultado ou ouvido a sociedade civil francesa quando tomou a decisão de refazer Paris, destruindo as antigas vielas históricas da cidade, geralmente transformadas em cortiços, para erguer os bulevares que fazem ainda hoje, o encanto da mais bela cidade, do mundo? Teriam sido os parisienses consultados sobre as intenções do governo francês de construir nas entranhas da cidade um subterrâneo destinado aos transportes públicos? Não creio. As relações Estado / sociedade nas repúblicas, nesse momento histórico, não eram as de uma democracia participativa, características mais presentes no capitalismo do fim do século XX. São antes relações centralistas e verticalistas as que dominavam. As autoridades consideravam que sabiam o que faziam, pois estavam trabalhando pelo progresso da nação. A República brasileira, como *partenaire* recente da nova ordem internacional, não fugiu a este modelo; tendeu, ao contrário, a acentuá-lo.¹⁸

Oswaldo Cruz, ex-aluno do Instituto Pasteur, foi um seguidor convicto desse modelo (LUZ, 1982) e tentou implantá-lo no Brasil com grande vigor e dinamismo. Costuma ser lembrado e louvado pelo sucesso de suas campanhas no combate às epidemias e pelas controvérsias que estas causaram na sociedade civil brasileira. Creio, porém, que lhe deve ser tributada acima de tudo, e a seus discípulos do Instituto de Pesquisas que criou, dentre os quais se destaca Carlos Chagas, a constru-

¹⁷ Esse período é marcado por exposições e “feiras” internacionais de ciência, tecnologias e invenções, como a da grande exposição mundial de Paris de 1900. No Brasil também tem lugar esses eventos.

¹⁸ É necessário acentuar, uma vez mais, que isto não significa que já não existissem movimentos organizados de trabalhadores em prol da saúde, reivindicando direitos e medidas específicas das autoridades sanitárias. Apenas essas reivindicações não eram tomadas em consideração pelo poder público (como ademais raramente o são até nossos dias).

ção de um sólido aparato sanitário no país durante a República Velha. A eficácia desse aparato, considerando-se suas finalidades, é inegável na primeira metade do século. O que equivale a dizer que efetivamente *existiu uma política de saúde sanitária* no Brasil até pelo menos o início dos anos 30.

Nos anos 30 e 40 do século XX, correspondentes à Segunda República, primeiro República tenentista, depois (a partir de 1937) ditadura do Estado Novo, exercida por Getúlio Vargas, houve uma mudança significativa nas políticas sociais, sobretudo na área de Saúde. Praticamente aí nasceu a previdência social como função de Estado, incluindo-se em diversos Institutos de Aposentadoria e Pensões então criados, ainda que de forma incipiente, a atenção médica individualizada (LUZ, 1979 e 1991; VIANNA 1998).¹⁹

Os Institutos de Aposentadoria e Pensão nasceram com um modelo que inovou politicamente, pois estabeleceram como norma institucional a participação da sociedade civil, por meio da representação patronal e sindical na sua gestão. É verdade que em face da concentração de poderes nas mãos do governo, personificado na figura de Getúlio, essa participação passou a ser uma participação *condicionada*. O aparelho de segurança do estado se encarregava de fazer a triagem e a seleção da representação civil nos institutos, podendo admitir, manter ou demitir de acordo com os interesses políticos e ideológicos do Estado. Os candidatos a representantes de cada campo da produção, patrões e empregados eram julgados de acordo com os interesses políticos e ideológicos do governo. O clientelismo

¹⁹ Os modelos de política de saúde na Primeira e na Segunda República são discutidos comparativamente nos trabalhos *As instituições médicas no Brasil* e “Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática - anos 80”, já citados. Salienta-se a questão das dicotomias centralização / descentralização e concentração / desconcentração do poder estatal na sociedade brasileira.

tornou-se inevitável nesse período, e a simbiose político-civil da sociedade brasileira teve nele seu momento maior de enraizamento histórico (LUZ, 1991 e 1992).

Por outro lado, as instituições e a legislação criadas na época estavam voltadas para a previdência e a saúde de categorias específicas de trabalhadores, inseridos geralmente em ramos estratégicos da economia. Tinham um caráter corporativo inegável, não assegurando a todos os direitos sociais de cidadania ao estilo do *Welfare State* europeu (SANTOS, 1979; VIANNA, 1998). Além disso, eram organizados como instituições federais de gestão centralizada, embora com agências ou escritórios regionais, seguindo neste ponto o mesmo estilo centralista e verticalizado das instituições de saúde pública originárias da Primeira República. A centralização institucional continuou, assim como a concentração do poder.

Em compensação, a estrutura do poder público e de suas instituições diversificou-se e tornou-se complexa de maneira considerável nesse período. O aparato estatal republicano brasileiro desenvolveu-se, na fase getulista, no sentido de assumir funções como previdência, saúde e educação de massa, que o Estado liberal da Primeira República se negava a assumir. Constituiu-se também uma burocracia com o espírito weberiano de *funcionário público*. Carreiras e concursos, inclusive no campo da Saúde Pública, foram instituídos através de um órgão governamental criado para este fim, o Departamento de Administração do Serviço Público (DASP).

Entretanto, esse *funcionário* concebido como suporte do funcionamento do Estado não desenvolveu o espírito de um *servidor civil* (*civil servant*, para empregar a forte expressão americana) mas de um servidor do governo. Estava sendo mais forjado para defender a estrutura e as prerrogativas do Estado, do que os direitos do cidadão comum. Esta base

original de formação marcou profundamente a natureza do funcionalismo republicano brasileiro.

A expansão, diversificação e consolidação do Estado traduziu então um projeto *nacionalista*, no sentido de consolidar a nação brasileira a partir do comando do governo, de suas organizações e de sua burocracia, vistos sob um ângulo corporativo próximo do projeto fascista. Essa característica tem sido assinalada quase unanimemente nos estudos da história política do país.

As questões que se colocam neste contexto são: como poderia haver desconcentração do poder político nas políticas públicas em tal conjuntura? Consequentemente, que descentralização se poderia esperar da política de saúde e previdência? Seguramente, nenhuma. No entanto, foram criados ministérios e legislação ligados à política social e à saúde, instituição de departamentos e serviços ligados às já tradicionais campanhas sanitárias, serviços e departamentos que passaram a ter vigência efetivamente nacional. Houve tentativas de controlar as endemias e epidemias em todo o território do país a partir de planos e programas voltados para este fim. Além disso, serviços hospitalares municipais foram criados ou incentivados nos grandes centros urbanos, beneficiando trabalhadores sem instituto (sem carteira assinada), ou desempregados, ou “indigentes” em geral, sendo estes pessoas sem recursos para tratamento de saúde embora não necessariamente mendigos. Em outras palavras: houve, no período, diversificação e burocratização no âmbito das políticas públicas, mas não desconcentração ou descentralização de ações ou funções.²⁰

²⁰ A discussão da burocratização de serviços e campanhas sem descentralização foi feita por esta autora a partir do trabalho *As instituições médicas no Brasil*, e retomada em *Medicina e ordem política brasileira* e “Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática - anos 80” (ambos citados aqui).

A economia do país também se diversificou e se tornou complexa, entrando na fase urbano-industrial. A sociedade civil, conseqüentemente, se desenvolveu e buscou aumentar sua participação na vida nacional, no plano cultural (começou nos anos 30 a era do rádio) e educacional, e crescentemente, através de organização sindical e partidária, no plano político. Mas essa participação era vista com temor e desconfiança pelo estado autoritário do período, que instituiu, depois de 1937, também como função pública, a censura, a espionagem e a tortura dos cidadãos sobre os quais recaíam denúncias e desconfiança. Foram criados com esse fim os serviços de segurança, materializados em termos institucionais, no histórico e tristemente famoso DOPS (Departamento de Ordem Pública e Social).

Em tal contexto, o controle sobre a sociedade civil foi *abrangente*, como se verifica nas sociedades autoritárias. O poder que a burocracia, como agente do Estado e fonte de insidiosa e constante corrupção, passou a dispor sobre os simples cidadãos fez com que o serviço público fosse visto como algo estranho e potencialmente hostil à alteridade, à diversidade e à divergência. Esta marca estruturante nunca abandonou por completo a burocracia ou a sociedade civil brasileira, do mesmo modo que as engrenagens dos órgãos de segurança não foram totalmente desmontadas.

O período de democratização pós-guerra e de crescimento econômico da década de 1950, marcado pelo fenômeno da Guerra Fria, não contribuiu para a descentralização ou desconcentração do poder na sociedade brasileira. Apesar de sua constante complexificação no plano econômico, com o progresso industrial em plena marcha e a expansão constante do processo de urbanização, o desenvolvimento social não ocorreu. Verificou-se o fenômeno do inchamento das cidades, pólos de atração de mão-de-obra migrante que se tornaram metrópoles

típicas das sociedades do Terceiro Mundo: sem infra-estrutura adequada para atender aos novos contingentes populacionais; sem capacidade de absorção da mão-de-obra desqualificada para atividades estáveis no sistema de produção; sem instituições para abrigar e formar os grupos humanos recém-chegados do campo em busca de sobrevivência. Por acréscimo foram-se avolumando e multiplicando as favelas já existentes.

A volta de Getúlio Vargas ao poder pelo voto, em 1950 (“nos braços do povo”, conforme expressão da época) marcou uma série de mudanças em relação às políticas públicas, inclusive as sociais. Como criara, em seu primeiro período de poder, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conjunto de direitos sociais trabalhistas até hoje não superados na República brasileira, Getúlio preocupou-se com um conjunto de reformas das políticas econômica e social. No campo do transporte, da energia, da alimentação, da educação e da saúde (entre outras), tratou de assegurar sua universalização e nacionalização – ou melhor, sua estatização. O projeto político de desenvolvimento econômico nacional comandado pelo Estado e nele centralizado continuou, embora sem condições de pleno êxito. A penetração do capital e da orientação política estrangeira, agora comandada pelos vitoriosos Estados Unidos da América, no período pós-Segunda Guerra Mundial, se acentuou na gestão do general Eurico Gaspar Dutra. Com ela chegaram ao Brasil a Guerra Fria e o combate aos *vermelhos*.

Uma tensão progressiva se estabeleceu entre o projeto nacionalista e desenvolvimentista do segundo período Vargas e as forças ligadas ao desenvolvimento associado ao capitalismo avançado, durante a primeira metade da década de 1950, culminando com a morte trágica de Getúlio, em agosto de 54. No que concerne às políticas sociais, é interessante assinalar a

criação do Ministério da Saúde. Apareceu no início de sua estruturação, por parte de um setor da burocracia desse ministério, aliada a outro pequeno setor dos profissionais da previdência social, a idéia de concretizar uma efetiva *descentralização* dos serviços de saúde como parte de uma reforma institucional com vistas ao *desenvolvimento econômico* (a educação e a saúde eram vistas como parte importante do desenvolvimento nacional, como saída para o ciclo do subdesenvolvimento).

Além disso, começou a se desenhar a proposta de *hierarquização* na prestação desses serviços, com prioridade concedida ao que posteriormente se designou como *atenção primária*. Evidentemente essa proposta se aliava a um projeto de estatização da atenção médica oferecida à população, no sentido de assegurar que permanecesse como um serviço público. Porém, somente no início da década de 1960 essa proposta foi formulada claramente como parte do projeto das “Reformas de Base” que o herdeiro político de Getúlio Vargas, João Goulart, proporia ao Congresso e à Nação.

Em outras palavras, no período, embora continuasse a vigir o modelo centralização e concentração nas políticas sociais, começava a haver, por parte dos agentes institucionais e da sociedade civil organizada (sindicatos, associações profissionais), uma proposta de *descentralização* e de participação civil (portanto de *desconcentração*) na organização das políticas de saúde. Essas propostas tenderam, tanto durante a década de 1950 quanto no início da década seguinte, a ser acolhidas pelo Estado, através de governos posteriormente considerados populistas pelos estudiosos,²¹ ou denominados de “república sindical ou sindicalista” por seus opositores contemporâneos.²² Do meu ponto de vista, revisando essa conjuntura com o olhar distanciado do tempo histórico, prefiro considerar que esses governos representaram simplesmente um pe-

queno interregno democrático na história política autoritária da secular República brasileira.²³

Interessa-me salientar aqui, entretanto, que se o processo histórico de descentralização nas políticas sociais, sobretudo em saúde, não se efetivou nesse período, pelo menos sua discussão se iniciou, bem como a reivindicação nesse sentido, por parte de setores da burocracia ligada ao Ministério da Saúde e aos órgãos da Previdência Social. O debate se orientava para que a descentralização dos serviços, através de sua *municipalização*, levasse a uma efetiva desconcentração do poder do Estado, favorecendo assim a *participação popular nas políticas públicas* (LUZ, 1979). Seguramente a participação popular reivindicada não se referia à totalidade da população, nem

²¹ No próprio texto do terceiro capítulo do livro *As instituições médicas no Brasil*, esta classificação aparece, assumindo a perspectiva de Weffort e seus artigos dos anos 70 sobre a questão sindical e o Estado. Em que pese o inegável clientelismo então vigente nas relações governo / sindicatos e Estado / funcionalismo, assim como a simbiose nas relações entre governo e partido oficial (PTB), a diversidade sindical, com suas lutas internas, a oposição parlamentar poderosa e não menos clientelista que a da situação, a existência de uma opinião pública ativa manifesta na crescente liberdade de imprensa e de associação apontam, nos quinze anos que vão de 1950 a 1964 (incluindo o período juscelinista, de 56 a 60), para um período excepcional de vigorosa e inédita vida democrática entre nós, ainda que as várias ameaças e tentativas de golpe militar colocassem o país em estado de contínua tensão política.

²² A oposição lacerdista expressa no jornal *Tribuna da Imprensa*, veículo das opiniões do partido União Democrática Nacional (UDN), emprega com frequência essa expressão, manifestando o receio de que o Brasil venha a se tornar uma sociedade socialista do tipo sindical, ou que se torne uma segunda Cuba no continente. É necessário lembrar que a Revolução Cubana é vitoriosa em 1959, colocando em alerta máximo a vigília americana sobre a América Latina na conjuntura da Guerra Fria.

²³ É preciso levarmos em consideração que a ordem política brasileira quase nunca admitiu legalmente a existência de agremiações ou associações de caráter contestatório à ordem política vigente, como partidos ou sindicatos comunistas, anarquistas etc., geralmente ligados a forças sociais subordinadas, como camponeses, operários, ou resultantes de suas alianças. Somente no início dos anos 80 pode ser admitida e mantida uma força de oposição como o PT (Partido dos Trabalhadores), constatada sua desvinculação de correntes “subversivas”.

mesmo a seus setores organizados. Referia-se principalmente aos próprios profissionais da saúde, a entidades sindicais e partidárias e a órgãos corporativos médicos. Mas isto já significava *abrir a caixa preta* das políticas públicas à participação da sociedade civil. Em outras palavras, buscava *desconcentração* do poder de Estado.

Entretanto, minha hipótese de base é que a concentração política apenas exprime a enorme concentração socioeconômica persistente na sociedade brasileira, manifestando a resistência de poderes particularistas regionais (avessos a mudanças no sentido universalista) profundamente arraigados no solo social. Esses poderes, geralmente de base local, corporativos e conservadores, estão predominantemente representados nos três poderes do Estado em seu nível central. E tendem a inviabilizar as tentativas de descentralização / desconcentração nas políticas públicas propostas em mais de uma conjuntura no desenvolvimento secular da República.²⁴

Esses poderes encontram fortes aliados na burocracia estatal, considerando-se o caráter tradicionalmente centralizador e autoritário da mesma, ressalvadas as importantes exceções já descritas. Desta forma, torna-se compreensível que o *fechamento* político da conjuntura seguinte, do período do Estado autoritário militar, encontre respaldo nas instituições públicas, apesar das resistências já mencionadas. O que parece problemático e necessário de ser interrogado é a pouca resistência encontrada nas instituições e na sociedade civil brasileira, quando uma

ordem autoritária vem se impor à ordem democrática e a vontade popular. Sobretudo, nota-se a diferença se compararmos com o verdadeiro massacre que esse tipo de ordem foi obrigada a realizar para se impor, em outros países da América do Sul, como Argentina e Chile.

Minha hipótese, que vem sendo desenvolvida ao longo destas páginas e em outros trabalhos (LUZ, 1991, 1992 e 1994), é que essa baixa resistência testemunha ao mesmo tempo a fragilidade de nossa sociedade civil, marcada por desigualdade social profunda (LUZ, 1992), estruturada como uma *república de indivíduos*, e a existência de uma ordem institucional burocrática avessa à participação da sociedade civil em suas atividades e alheia ao seu serviço. Uma ordem política quase fechada em si mesma, volta-se em grande parte para sua reprodução, em que pesem mudanças verificadas nas duas últimas décadas.

O período dos vinte anos de ditadura militar (1964-1984) caracterizou-se, como era de se esperar, por uma atividade de franca centralização e concentração do poder institucional (LUZ, 1979, 1991 e 1994). Uma verdadeira reorientação em sentido contrário ao que estava em marcha no projeto das reformas de base da conjuntura anterior, que buscava a descentralização e a desconcentração. O período que se inaugura é marcado por excluir a participação da sociedade civil das decisões e – sobretudo – do controle sobre qualquer política pública. Não insistirei aqui nesse período, exaustivamente tratado pelos sociólogos e cientistas políticos, inclusive pela autora destas páginas, no que concerne às políticas e instituições de saúde. Ele pouco nos diz²⁵ sobre a questão da descentralização e da desconcentração a não ser em termos negativos. Opto, portanto, por analisar a conjuntura seguinte, que se inicia ainda durante o período militar

²⁴ Não é apenas na conjuntura dos anos 50-60 que propostas de descentralização / desconcentração de serviços públicos aparecem. Na área de Saúde Pública, já nos anos 30, com Pedro Ernesto, surge a proposta de organização de serviços de saúde descentralizados e hierarquizados. Nos anos 80 essas propostas voltam impulsionadas por movimentos sociais pela saúde. Nos anos 90 se consolidam nas propostas do SUS.

O projeto de descentralização só é retomado, em termos da sociedade política, no início da década de 1980, com a crise das políticas sociais do Estado autoritário, sobretudo nas áreas de Saúde e Previdência Social. Esses setores estavam exauridos pela corrupção engendrada pelo autoritarismo refletido nas normas de privatização de serviços e atos médicos das duas décadas anteriores.

Falo em *retomada* porque os atores são essencialmente os mesmos (burocracia e profissionais da área de Saúde e Previdência) e o projeto é basicamente o anterior – sanitarista e desenvolvimentista (LUZ, 1979), embora atualizado. A novidade, em termos políticos, é que a nova “descentralização” incorporou aos poucos o projeto dos *serviços locais de saúde* (SILOS) elaborado pelos organismos internacionais da ordem sanitária (OMS/OPS) nos anos 70. Também a idéia de *participação* cresceu e se ampliou em direção à sociedade civil, aos “usuários” dos serviços, ao invés da idéia reduzida de “comunidade”, tão cara aos anos 60. Programas de descentralização municipal de serviços (como o AIS – Ações Integradas de Saúde) foram estruturados na primeira metade dos anos 80, em acordo com prefeituras simpáticas à idéia da descentralização e da priorização dos serviços básicos de saúde. Várias experiências, continuadas depois de 84 com a política de saúde da Nova República e com a criação do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde), foram o laboratório de elaboração do projeto Sistema Único de Saúde (SUS), que chegou praticamente pronto à VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, em 1986, para onde conver-

giram mais de três mil pessoas, fato inédito na história dessas conferências (LUZ, 1994).

É necessário reassignar que a década de 1980 foi palco de uma progressiva movimentação social em torno das políticas públicas, principalmente a de saúde, que passaram a ser vistas pela sociedade civil organizada (associações, organizações civis, sindicatos, partidos) como *direito de cidadania* (LUZ, 1991). Houve a formação de movimentos populares em torno das questões centrais das políticas de saúde (universalização, hierarquização e acessibilidade em relação aos serviços), bem como grande participação de grupos organizados locais (comunitários) nas Conferências de Saúde (estaduais, municipais), fruto da importância que a questão adquiriu na política da conjuntura (MATOS, 1990).²⁶

As reivindicações dos crescentes movimentos populares ratificaram a questão da descentralização dos serviços, adicionando a *participação popular* no planejamento e, sobretudo, na *gestão* desses serviços, como elemento primordial do controle da sociedade sobre essa gestão. Tal reivindicação é também inédita por parte da sociedade civil, em termos de desconcentração do poder político estatal em seu favor.

É importante assinalar aqui que a intensa movimentação da sociedade civil teve papel muito importante para a aceitação, na política oficial, das propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, em grande parte consubstanciadas no SUS (LUZ, 1994). O Congresso Nacional tomou em consideração e aprovou em 1988 essas propostas, não apenas porque os antigos atores de mudanças nas políticas de saúde

²⁵ O “pouco” a que aludo refere-se às experiências-piloto de programas locais e municipais de saúde, como o PIASS, baseadas em atenção primária, desenvolvidas nos anos 70 sob inspiração e comando de órgãos internacionais como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

²⁶ Tem início, nesse momento, uma fase de mobilização e organização popular em torno da questão da saúde, que não parou de crescer na década de 1990 e que tem servido como uma das alavancas principais à política municipalizante do SUS.

– profissionais de saúde, burocracia do Ministério da Saúde e da Previdência – estavam presentes e atuando ativamente neste sentido, inclusive como deputados, mas porque havia efetiva participação popular na busca dessas mudanças. Pela primeira vez uma política pública se oficializou no país, que buscava, ao menos no seu discurso, a descentralização e a desconcentração, em proveito de instâncias intermediárias de poder institucional. O *controle social* do cidadão ficou garantido através de participação em Conselhos (estaduais, municipais) destinados a este fim. A saúde tornou-se a vanguarda das políticas públicas nessa questão.

Entretanto, grande parte desse instrumento de descentralização política, que é o SUS, ficou sem regulamentação até o fim dos anos 80. Quando se iniciou a década de 1990, os ventos políticos já sopravam a favor do neoliberalismo com a eleição do governo Collor de Mello. Começava aí um processo de desmonte de políticas sociais construídas não apenas na década anterior mas em outras, recuando-se até o momento de Getúlio Vargas e sua política trabalhista e previdenciária dos anos 30. Esse processo completa agora uma década.

É inegável a complexificação dos contrastes e problemas crônicos da sociedade brasileira em todos os níveis (econômico, social, político e cultural), nos últimos quinze anos. Esse processo é resultante não apenas do estilo de crescimento econômico e desenvolvimento social do país,²⁷ mas também do processo conhecido como “globalização”. Este, em grande foco de análise, tem sido definido pelos economistas e cientistas políticos como um conjunto de mutações

na estrutura da produção, nas relações sociais concernentes ao trabalho, na vida política e cultural do capitalismo em plano mundial que atinge em cheio as nações, com efeitos de grande concentração de capital nas economias centrais e de concentração de renda e desagregação social nas nações situadas na periferia do sistema. No que concerne ao Brasil, se os anos 80 já tinham sido considerados por grande parte dos analistas de conjuntura (economistas, sociólogos, cientistas políticos) como perdidos do ponto de vista socioeconômico, a década de 1990 foi vista por unanimidade como *década perdida* tanto para a questão social como para a economia.²⁸

A endêmica concentração de riqueza, aliada ao crescente desemprego, piorou sensivelmente com a política econômica de ajuste fiscal adotada pelos governos da década, passando a economia brasileira, como várias outras do continente, a ser “monitorada” por organismos financeiros mundiais, como FMI e Banco Mundial. Foram implantadas nas economias periféricas do sistema, políticas econômicas internacionais monetaristas centradas no “setor externo”, para as quais a expansão interna da produção e do emprego nas nações forçadas a adotá-las têm pouca significação frente ao controle da dívida externa, do equilíbrio fiscal, da balança de pagamentos e da “força” da moeda. O processo de implantação desse modelo em nosso país, iniciado no governo Collor, ampliou-se e consolidou-se nos dois períodos do governo Fernando Henrique Cardoso.

²⁷ Deve ser assinalado que o Brasil se tornou, na última década, uma das dez primeiras economias do planeta em volume e dinamismo (às vezes a oitava, outras a nona), o que nos situa muito longe de economias esgotadas ou em escombros, como as da Rússia e Leste Europeu, ou esqueléticas como as da África.

²⁸ Dados do IBGE e de outras instituições que acompanham o desenvolvimento da economia e da estrutura da renda e do emprego no Brasil, como a FIPE e o DIEESE, são unânimes em constatar, paralelamente ao crescimento do desemprego e do recuo de certas atividades vitais na economia, sobretudo na indústria, o agravamento da concentração de renda nos anos 90. Esses dados têm sido amplamente divulgados na imprensa nos meses iniciais do ano 2000, através dos diversos “balanços da década”.

A consequência dessas políticas tem sido o empobrecimento dos povos dos países ditos de Terceiro Mundo ou “emergentes”, que acontece numa escala e com uma rapidez jamais antes presenciada no capitalismo.²⁹ Multidões de pobres são continuamente jogadas nas ruas desses países, pelo desemprego, pelo encarecimento da moradia, pelas doenças, pela velhice sem amparo. São populações vistas como “descartáveis”, como acentuaram estudiosos da questão da transformação do regime de trabalho e das condições sociais no capitalismo globalizado (CASTEL, 1995; KURZ, 1997; TAVARES e FIORI, 1997; SOARES, 1999), inaugurando uma nomenclatura tristemente incorporada pela mídia. A perda de *status* e de capacidade de consumo, com inevitável declínio econômico e social das camadas médias tradicionais (pequenos comerciantes, comerciários, profissionais liberais, bancários, funcionários públicos civis e militares), é outro subproduto inegável do processo de mudança na economia em plano nacional e internacional.

Nesse contexto, os jovens dificilmente encontram lugar no núcleo dinâmico do sistema de produção, independentemente de sua qualificação (evidente que quanto menos qualificado o jovem, menor probabilidade de encontrar um emprego terá); os maduros são expulsos de seus empregos pelo encolhimento dos postos de trabalho, sobretudo na indústria; os que perdem o emprego têm grande dificuldade em voltar para o sistema – como consequência, a economia

informal acaba por atingir praticamente 50% do volume da atividade econômica global.

Todos esses fatos, conhecidos não apenas dos estudiosos das condições de vida da sociedade brasileira, mas da opinião pública, uma vez que são continuamente divulgados pela grande imprensa,³⁰ são mencionados aqui apenas para chamar a atenção para a importância que terão como resultado final em termos de aumento de demanda de atenção médica. Atingem duramente a população, sobretudo em termos de sofrimento mental, motivando uma verdadeira crise na estrutura de atendimento da saúde pública.

Acompanha o tipo de política econômica que provoca esses efeitos uma estratégia (também política, a meu ver) de cortes de verbas para as políticas públicas. Dentre elas estão a da Previdência, da Saúde, da Educação e a do “setor social” em geral, incluindo-se o desfinanciamento a pesquisas científicas e tecnológicas, sobretudo na área social, meio como forma de contenção de gastos. Embora seja sabido que o corte em outras fontes de gastos, como juros, despesas com os gastos financeiros da dívida externa – e interna – e cobrança dos impostos devidos por empresas e bancos, aportariam recursos orçamentários mais volumosos e contínuos para as necessidades da sociedade brasileira de atribuição do Estado.

A proposta política do Estado com essa estratégia é encolher-se ao nível mínimo, deixando em mãos privadas, filantrópicas ou voluntárias, às quais faz apelos constantes e inci-

²⁹ Este empobrecimento e seu ritmo têm sido o tema dominante de discussões de organismos internacionais, de livros e artigos de cientistas sociais e economistas, de organizações não-governamentais, da grande imprensa diária e hebdomadária, não importando sua tendência de opinião. Tornou-se um impasse para o avanço do capitalismo a longo prazo, definindo-se aqui a expressão “longo prazo” como poucas décadas.

³⁰ No momento de elaboração final deste artigo, nos meses de janeiro e fevereiro de 2000, várias reportagens sobre o aumento do desemprego na década de 1990 e a piora das perdas salariais, medidas pelo IBGE, foram publicadas em diários como *Jornal do Brasil* e *Folha de S. Paulo*. A discussão sobre a concentração de renda, o encolhimento do salário mínimo e sua insuficiência atingem fóruns internacionais e parecem preocupar agora o próprio Presidente da República (ver, por exemplo, *Jornal do Brasil*, 1^a/03/2000, p. 5).

sivos de participação e parceria, atividades concernentes ao setor social secularmente definidas como funções públicas essenciais. Também por isso, essa forma de Estado tem sido denominado entre nós de *neoliberal*, como alusão ao Estado liberal clássico do fim do século XIX e da Primeira República, ou República Velha, no início do século XX.³¹

O Estado neoliberal tem governado e dominado o cenário entre nós nos últimos dez anos e todos temos ciência do que tem sido sua política de saúde: corte de verbas, desmonte do setor público e desvio de verbas destinadas à saúde para outros gastos. Não pretendo deter-me nestes aspectos, também ampla e quotidianamente debatidos e denunciados pelos analistas do campo e pela mídia. Eles não constituem, apesar de sua enorme importância, o ponto básico deste artigo. Proponho-me aqui a analisar, ainda que brevemente, o que essa política implica em relação às questões centrais destas páginas, isto é, questão das polaridades centralização / descentralização e concentração / desconcentração.

Em aparente paradoxo, o Estado neoliberal tende a favorecer a descentralização. Digo *aparente* porque no plano financeiro os governos neoliberais tendem a *centralizar* os recursos da União, que passam a ser controlados pela sua *equipe econômica*, através da *concentração* dos mesmos nos ministérios ligados à economia, e a exercer sobre os outros ministérios e sobre as unidades da federação (estados e municípios) um controle férreo, estabelecendo um conjunto de regras contábeis para o repasse dos recursos provenientes dos impostos a essas unidades. No desenvolvimento desta lógica de “repases”, a partir de um certo ponto, o poder central passa a agir como um agente

financeiro em relação a esses entes públicos, “emprestando-lhe” os recursos necessários para obras de investimento, custeio e folha de salários. Como consequência dessa lógica, estados e municípios não apenas passam a depender do poder central para desempenhar a contento suas atividades, como tendem a endividar-se para além do que permitiriam as receitas provenientes de suas unidades.³² Cria-se um círculo vicioso semelhante ao que enfrenta o próprio Estado Nacional face aos organismos financeiros internacionais. Desse ponto de vista, o Estado neoliberal é o mais centralista de todos os que a República brasileira pôde conhecer no século findo.

Do ponto de vista da concentração do poder, esse tipo de centralização enseja formas de manipulação e corrupção políticas também inéditas no país, pois o que mais senão isto (manipulação e corrupção) poderia ser tão bem resumido na frase tomada ao príncipe dos mendigos: “é dando que se recebe”?³³ Através do controle dos recursos, o poder central negocia, desvia, cerceia ou libera as verbas em princípio destinadas a setores sociais básicos, como Saúde e Previdência Social. O Poder Legislativo e o Executivo, nos níveis estadual e municipal, acabam se tornando reféns dessa política. E o país, entre atônito e deprimido assiste ao balcão de negociações corporativas das verbas públicas em que se transformaram as relações entre os poderes da República.

Por outro lado, o núcleo central do Estado faz o que pode para livrar-se do ônus político, social e econômico crescente que

³¹ Outro sentido do termo *neoliberal* refere-se às políticas públicas da fase pós-fordista no capitalismo internacional, com o advento das políticas sociais tatcherianas.

³² Ver a este propósito a matéria “Déficit atinge 55,53% das prefeituras”, da *Folha de S. Paulo*, de 31/01/2000, onde o jornalista Plínio Fraga mostra, com base em levantamento feito pelo IBAM e dados do Banco Central, o endividamento de mais de 50% das prefeituras brasileiras, acentuando o papel da descentralização e da “financeirização” do repasse de verbas aos municípios nesse processo.

³³ “Oração da Paz”, atribuída a São Francisco de Assis.

representam Saúde e Previdência, transferindo para unidades periféricas do poder público as *funções* e, sobretudo, as *responsabilidades* concernentes a essas funções. Esta delegação, prevista num instrumento de descentralização de política pública como é o SUS, se torna uma forma de o Estado central desincumbir-se das funções que lhe foram constitucionalmente atribuídas. Entretanto, o repasse dos recursos necessários para o desempenho dessas funções não se faz no mesmo ritmo nem com a mesma presteza que lhe são repassadas as obrigações. Desta forma, se quisesse resumir numa formulação clara e simples a política de descentralização da saúde dos governos neoliberais da última década, poderia dizer que esta tem consistido em *transferir* (delegar) funções para unidades, estatais territorialmente menores (estados, municípios, locais), no sentido de poder cobrar dessas unidades responsabilidades referentes às funções delegadas, com o menor dispêndio político e financeiro possível.

Evidentemente, esta é apenas uma das *perspectivas políticas* envolvidas na questão da descentralização / desconcentração da política de saúde, embora seja a que mais pese em termos de conseqüências para a sociedade civil e para a nação como um todo, considerada a importância do ator político envolvido nessa perspectiva. Mas há também as perspectivas de outros atores, já presentes nas conjunturas anteriores, como os profissionais de saúde, as burocracias da área de Saúde e a sociedade civil, que merecem ser analisadas.

Além disso, novos atores que crescem na conjuntura dos anos 90 necessitam ser colocados em exame, para que se tenha uma visão mais global e mais nítida da complexidade do problema. É sobre esse conjunto de atores que me proponho a fazer algumas observações nas linhas a seguir, salientando a continuidade de sua importância no debate político a partir da segunda metade dos anos 80 (LUZ, 1991 e 1994).

Em primeiro lugar, cabem algumas palavras sobre os atores tradicionais da discussão sobre centralização / descentralização nas políticas de saúde. Refiro-me aos profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas etc.) e a certos setores da burocracia da área presente nos ministérios da Saúde e Previdência Social. Creio que esses atores evoluíram de uma visão corporativa estrita (portanto, particularista) dos anos 60, para uma visão mais democratizante (portanto, mais universalista) nos anos 90. Passaram a ter uma interlocução muito mais madura com a sociedade civil organizada (associações, organizações, sindicatos, setores de partidos etc.) e estiveram junto com ela na exigência de sua participação no planejamento e na gestão (controle social) dos serviços de atenção primária à saúde, através de Conselhos (em níveis estadual, municipal e local) integradores de sua representação. Mais que isso: foram geralmente esses atores – o que não quer dizer *sempre*, pois resistências houve e ainda hoje há muitas – que propuseram e fizeram implantar tais Conselhos nas secretarias de Saúde nos diversos níveis.

Profissionais e burocratas (inclusive gestores) são, portanto, uma força política que atua no *interior do Estado* (nas instituições estatais de saúde) ou na *periferia do Estado* (nas instituições corporativas de saúde), no sentido de produzir um movimento de desconcentração do poder estatal *de dentro para fora*, num processo de descentralização através do favorecimento da co-gestão institucional em todos os níveis territoriais (local, municipal, estadual, central). Assim ilustram mais uma vez a tese de que as instituições, mais que simples reprodução do Estado (aparelhos), são contraditórias e funcionam como campo de luta (LUZ, 1979). Neste sentido, creio que se deve considerar um segmento de profissionais e burocratas da área de Saúde como vanguarda da

descentralização e da desconcentração do poder estatal no interior das políticas públicas brasileiras, sobretudo nos últimos quinze anos. Sua estratégia tem servido de modelo para outras áreas sociais, como a educação. Evidentemente, falo aqui de *setores* e não da totalidade dos profissionais e burocratas da saúde. Falo de *atores políticos*, e não de indivíduos.

Em seguida, cabe considerar o efetivo avanço de movimentos populares e de organizações da sociedade civil, a partir da segunda metade da década de 1980 (MATTOS, 1990), no sentido de reivindicar participação no planejamento e na gestão (controle social) dos serviços de saúde. Esse avanço tem caminhado da periferia para o centro, em termos territoriais e políticos, isto é, do local para o central. Os municípios e localidades são o grande eixo de mobilização pela descentralização em direção às secretarias estaduais de Saúde e ao poder central, no Ministério da Saúde. Além das organizações e associações locais comunitárias, atuantes desde o início dos anos 80, cabe assinalar, na década de 1990, o surgimento e desenvolvimento participativo das organizações não-governamentais (ONGs) e dos agentes comunitários de saúde, ambos com impacto na movimentação política civil envolvendo a questão da saúde.

A participação efetiva da sociedade civil nas políticas de saúde, resultante do entrosamento entre organizações civis e setores institucionais (profissionais, burocratas, gestores), tem variado de acordo com a cultura político-partidária dominante nos governos de nível municipal (PINHEIRO, 1996) ou, às vezes, estadual. Tem sido também um elemento concreto de desconcentração do poder estatal atuando “de baixo para cima”, embora ainda limitado a poucos estados e municípios. Poder-se-ia dizer que este entrosamento produtivo de participação constitui um *fator de democratização* da política de saúde.

Por outro lado, as Conferências de Saúde, até o início dos anos 80, apenas em nível nacional, depois estadual, chegaram nos anos 90 a uma movimentação em nível municipal (*base* da pirâmide institucional, por assim dizer), com grande participação de delegados das esferas institucionais, ou eleitos nas comunidades locais, representando organizações civis (muitas vezes partidárias ou religiosas). Seu acontecimento e organização demonstram o interesse popular na descentralização da política de saúde. Essa movimentação tem também o efeito de pressionar o Estado “de baixo para cima” no sentido da desconcentração, através da luta pela participação na gestão dos serviços.

Essa pressão pode encontrar reação mais ou menos positiva, com maior ou menor intensidade da parte do poder público. No que concerne ao governo central, a reação tem sido praticamente nula, em função da natureza das políticas vigentes no Estado neoliberal, que não ultrapassam o nível de “assistência” e de “proteção aos mais necessitados”, geralmente em caráter emergencial. Desta forma, do ponto de vista do seu *conteúdo político*, a política de saúde embutida na proposta original do SUS nada tem a ver com as políticas neoliberais.

Embora não se possa falar aqui de duas forças atuando em sentido contrário, pois vimos que ao Estado neoliberal também interessa a “descentralização”, estamos em presença de pelo menos dois conteúdos políticos de sentidos opostos para a questão da descentralização / desconcentração na última década, em função dos três atores em presença: grupos da sociedade civil, atores institucionais da área de Saúde e Estado (definido aqui em sentido estrito de *esferas de governo*). Nessa cena política, os atores institucionais funcionam como *correias de transmissão*, ora “levando para dentro” ora “trazendo

para fora” do Estado,³⁴ conforme seus interesses corporativos ou compromissos com o aparato estatal ou a sociedade civil, decisões e normas com maior ou menor grau de centralização ou concentração nas políticas de saúde.

No que concerne ao Estado visto como *conjunto de esferas de governo*, é preciso assinalar sua grande diversificação interna em direção ao âmbito local, operada na década de 1990, com a expansão dos municípios e o crescimento do peso dos governos municipais, através da expansão das prefeituras (e suas secretarias). Um dado significativo desse crescimento é a organização dos prefeitos em nível de associação nacional, bem como das câmaras legislativas, dando origem ao que se poderia denominar *associativismo público*, inédito no país.

Os municípios necessitam, evidentemente, na atualidade se unir, como poder público, para fazer face ao poder central, no sentido de obter recursos orçamentários para suas atividades e evitar o colapso fiscal por endividamento. Quero acentuar aqui que um novo ator político consolidou-se na década de 1990 em relação à questão da centralização *versus* descentralização das políticas públicas, e esse ator tende a ganhar importância na medida em que cresce seu peso na balança política através das eleições. Neste sentido, afirmo que *também* o poder municipal tende a ser nos próximos anos uma esfera de governo que pressiona o Estado central “de baixo para cima” no sentido da descentralização / desconcentração das políticas públicas em geral, e em espe-

³⁴ Quero alargar, com a idéia de “correia de transmissão” para os atores institucionais, um pouco mais a concepção já clássica dos “anéis burocráticos”, criando a imagem de um dinamismo de ida e volta transformador, isto é, que não apenas traz do Estado para a sociedade civil suas perspectivas e decisões, mas também “leva de volta” da sociedade civil para o Estado as opiniões de grupos mais ou menos organizados, aos quais os agentes institucionais geralmente pertencem.

cial das políticas de saúde, em função do dispositivo descentralizador que representa o SUS.

Considerando-se apenas os atores recém-analisados, poder-se-ia dizer que o movimento de descentralização e de desconcentração é, na política de saúde, uma tendência irreversível. Entretanto, têm que ser levadas em consideração as forças políticas que atuam em sentido contrário a essa tendência. Além da própria estrutura do Estado na conjuntura atual e das políticas que dela decorrem, existem os interesses de privatização, organizados desde os anos 70 (LUZ, 1979), transformados em *lobbies*, nos anos 80 (LUZ, 1991), e em poderoso ator político nos anos 90 (LUZ, 1994): grandes laboratórios farmacêuticos, corporações médico-hospitalares e serviços privados de saúde transformados em *atividade financeira*, ou em geral cartelizados.

Essas forças sociais têm profunda presença em todos os níveis e esferas governamentais e pressionam fortemente o Estado no sentido de seus interesses. O Estado, por sua vez, tende a privatizar seus serviços e a limitar-se a ser apenas um regulador do mercado em relação a preços e qualidades de serviços e produtos oferecidos à população, na área de atenção médica. Desta forma, essas forças socialmente dominantes se complementam e tensionam as forças que atuam no sentido da *descentralização e desconcentração* das políticas de saúde.

Deve-se reassignar, entretanto, o forte interesse do Estado central em transferir funções e serviços para sua periferia, em termos territoriais e de *esferas de governo* (serviços de saúde em nível local), o que efetivamente tem tido efeitos descentralizadores em relação à política de saúde. Foram criadas regulamentações assegurando essa efetiva transferência, inclusive em plano financeiro, dentre as quais as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas durante a década de 1990, são o instrumento normativo mais significativo.

A regulamentação de conselhos de integração de gestão institucional, em níveis municipal e estadual, iniciada nos anos 80 sem grande adesão, também se desenvolveu nesse período, superando aos poucos o tradicional isolamento institucional no plano da gestão e do desenvolvimento de programas. Deste modo, pode-se dizer que nos anos 1990 houve *descentralização* na política de saúde brasileira, se entendida como delegação de funções ou transferência de ações (e sua gestão) para níveis territoriais menores e periféricos do sistema (municípios, localidades). Mas se considerada a *concentração* dos recursos na esfera central de governo, o férreo controle contábil exercido sobre os níveis periféricos, e a priorização de determinados programas verticais, não necessariamente coerentes com os escolhidos como prioritários em nível municipal, pode-se dizer que se trata até o momento de uma *descentralização incompleta*, que chega a inviabilizar, por insuficiência de recursos, parcial ou integralmente, o funcionamento de programas e serviços locais, sobrecarregando de maneira sobre-humana os profissionais de saúde e responsabilizando-os, às vezes de maneira espalhafatosa,³⁵ pelas falhas resultantes do estrangulamento do sistema de atenção à saúde.

³⁵ Desde o início dos anos 90, com o governo Collor, os responsáveis pela política de saúde no país tornaram-se *bomens da mídia*, comparecendo sob a luz de refletores de televisões a serviços hospitalares, maternidades, berçários etc. para “dar flagrantes” de mau atendimento em unidades totalmente abandonadas de recursos pelo poder público, onde os profissionais desempenham suas funções como numa frente de batalha. Inútil mencionar a manipulação da opinião pública no sentido de isentar os governos de suas responsabilidades, transformando os profissionais em bodes expiatórios da política de saúde. Não se pode, assim, deixar de mencionar que nos anos 90 o Estado tratou sua força de trabalho na área de saúde – ou *recursos humanos em saúde*, para empregar o jargão institucional – de forma predatória, pela defasagem crescente de seus salários, pela quase inexistência de recursos para atender ao crescimento da demanda por atenção médica, ou ao menos para repor o contingente de profissionais em função de mortes e aposentadorias, e pela exigência de uma crescente produtividade desacompanhada de condições mínimas de trabalho adequadas para o desempenho de suas funções. O reflexo dessa situação na saúde dos profissionais tem sido dramático, sobretudo entre os médicos, como atestam dados recentes sobre morbidade.

Posso concluir a análise desse período afirmando que, se houve efetivamente descentralização na política de saúde na década encerrada, não houve – e nem poderia haver, considerando a composição do Estado e sua política dominante – *desconcentração*. Mas a pressão por parte de setores da sociedade civil, e segmento de profissionais e da burocracia, bem como do poder público em nível municipal, é constante e, ousado afirmar, tende a crescer com o papel do *poder local* na política global nos anos vindouros, pressionando o Estado na busca de democratização, o Estado no sentido da descentralização com desconcentração.

Breve comentário sobre a produção do tema no campo da Saúde Coletiva

O espaço que resta para o comentário a seguir é mínimo, considerada a importância e a proposta inicial do trabalho. Entretanto, visto o alongamento da análise das políticas de saúde em função do tema central, e o limite de páginas permitido para o artigo, vejo-me forçada a referir-me muito brevemente à produção do campo sobre o tema.

Em primeiro lugar, devo assinalar que a área temática de produção a que me refiro se restringe às *políticas de saúde*, que em si mesmo é muito recente e peculiar. Embora seja uma produção que absorva elementos das Ciências Sociais em suas análises, toma-os geralmente do ponto de vista da Saúde Pública ou da Medicina Preventiva, criando um híbrido analítico / normativo que, embora rico e interessante, tende a ser considerado conceitualmente “menor”, ou mesmo invalidado pelas disciplinas duras das Ciências Humanas ou da Medicina. Em segundo lugar, não tenho a pretensão de ser uma analista da produção de idéias neste campo, onde vários outros autores já desenvolveram trabalhos (NUNES, 1983,

1985 e 2000; BIRMAN, 1991; CANESQUI, 1994). O que me interessa interrogar aqui são as tendências e lacunas teóricas referentes ao tema central destas páginas.

Quero destacar inicialmente que a produção de teses, livros, coletâneas e artigos sobre *políticas de saúde* não se desenvolveu antes dos anos 80. Mesmo considerando trabalhos pioneiros (DONNANGELO, 1976; GUIMARÃES, 1978; LUZ, 1979), a reflexão sobre as políticas públicas era ainda muito escassa não apenas no campo da Saúde mas no conjunto das Ciências Sociais, salvo exceções (SANTOS, 1979; MALOY, 1974). Os autores preocupavam-se geralmente com a política econômica e o papel do Estado no desenvolvimento do país; e com as forças sociais capazes de produzir transformações no modelo econômico e na política, através de sua organização, mobilização ou resistência: empresários, sobretudo industriais, operários e camponeses. A análise do “milagre brasileiro” e seus efeitos sociais, através de uma abordagem econômica macroestrutural, de acentuada influência marxista, como observei no início deste trabalho, era dominante, e se constituía num esforço sério e consistente de reflexão sobre o processo de desenvolvimento capitalista brasileiro e o papel do Estado nesse processo.

Entretanto, acho interessante sublinhar o papel hegemônico dessa produção no campo da Saúde Coletiva durante a década de 1970 e a primeira metade dos anos 80, e suas conseqüências em termos de estruturação do campo. Os estudos sobre a profissão médica (DONNANGELO, 1975), sobre a organização do setor saúde ou da indústria farmacêutica (CORDEIRO, 1980 e 1984) e sobre a *previdência social* (FALEIROS, 1980; OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985, entre outros), sendo estes os principais temas de análise referidos às políticas de saúde, privilegiaram sistemática-

mente o desenvolvimento da economia capitalista em sua relação com o Estado (e vice-versa), como elementos de explicação teórica.

Partindo de um esquema de interpretação macroestrutural econômico, esses estudos, em que pese a seriedade – e muitas vezes o brilhantismo – de suas análises, tendiam a *transportar*, às vezes com um dedutivismo mecânico, os esquemas da economia, em sua vertente teórica marxista, para um campo muito complexo, de entroncamento de várias disciplinas, como o da Saúde. Isso limitava – e a meu ver limita ainda hoje, quando esses esquemas são aplicados sem mediações – a compreensão de outros elementos importantes do ponto de vista político, que não eram tomados em consideração na análise. Entre esses elementos, quero salientar as *instituições de saúde, os movimentos sociais* – estes, desde a segunda metade dos anos 70, demonstraram nas ruas e nas organizações comunitárias e sindicais seu papel de denúncia das políticas econômica e social do Estado – e os *profissionais de saúde*, sobretudo a *burocracia*, atores fundamentais para se entender o caminho das políticas de saúde no Brasil, em seu passado e em seu futuro (LUZ, 1979, 1982 e 1991).

Em outras palavras, desejo assinalar que, desconsiderando durante quase uma década esses atores como elementos centrais de análise, o campo perdeu a oportunidade histórica e teórica de acompanhar, desde a década de 1970, o movimento das Ciências Sociais em andamento na Europa (Espanha, Itália, França, Alemanha) e se iniciando na América Latina. Nesses contextos já eram tematizados os movimentos sociais, as transformações no Estado monopolista (sintomas do percurso que conduziria à globalização), bem como o surgimento de novos atores na política, como as instituições e – mais tarde – os próprios serviços de saúde.

Tendo privilegiado a abordagem economicista, a produção acadêmica brasileira não teve, frente ao objeto *políticas de saúde*, uma capacidade analítica forte no plano político, reduzindo-o a mero reflexo do avanço da estrutura de produção capitalista, silenciando sobre estudos que já tematizavam essas questões. Seguindo mecanicamente o *mainstream* analítico das Ciências Sociais, tendeu a empobrecer-se teoricamente face a seus objetos específicos.

A análise das instituições, por exemplo, que na década de 1990 começou a ser “descoberta” pelo campo, através do neoinstitucionalismo, entrou na área da Saúde no fim dos anos 70 através da *psiquiatria social*, e do movimento antiinstitucionalista, liderado por autores como Robert Castel, Franco Basaglia e Michel Foucault. Na área sociológica, a escola institucionalista francesa chefiada por René Lourau teve também um grande impacto na década, na Europa. O rebatimento dessa produção no campo, em autores brasileiros foi considerável (SILVA, 1976; MACHADO, 1978; BIRMAN, 1978; COSTA, 1979; LUZ, 1979; ALBUQUERQUE, 1980) ainda nos anos 70, sem considerar as traduções dos autores citados acima, abundantes no fim dos anos 70 e início dos 80. Entretanto, a reflexão foi marginalizada na produção sobre as políticas de saúde. Do meu ponto de vista, por motivos ideológicos, o tema *instituições* era considerado *exótico* no campo da Saúde Pública, encontrando acolhimento apenas na área denominada *psi* (Psicanálise, Psiquiatria, Psicologia).

Minha hipótese para interpretar a atribuição de *exotismo* ao tema das instituições considera que o conceito de *poder institucional*, crucial nessas análises, ao não implicar necessariamente a questão do capital e da estrutura de dominação de classes, ou do avanço da produção capitalista, não encontra lugar teórico no esquema marxista

clássico.³⁶ Na verdade, a questão conceitual das instituições era vista, nesse esquema, como secundária; e a dominação política, como *dimensão do cotidiano* das vidas dos trabalhadores, dos pacientes, e mesmo dos profissionais, fugia ao âmbito objetivo da esfera macroestrutural. Sendo assim, não eram consideradas temas importantes nem do ponto de vista teórico nem do ponto de vista político para o campo da saúde pública, (excetuando-se a área de Psiquiatria social) na segunda metade da década de 1970 e primeira metade dos anos 80.

Da mesma forma, o tema dos *movimentos sociais*, que teve impulso na Europa já nos anos 70 e se aprofundou no início dos anos 80 (movimento de mulheres, de moradores, de pacientes, dentre outras) somente é considerado importante no campo das Ciências Sociais, e sobretudo no da Saúde Coletiva no Brasil, a partir da segunda metade dos anos 80. Também esse tema, que foge à primeira vista ao nível macroestrutural, não encontra guarida nas análises marxistas hegemônicas no campo, centradas no Estado e na economia capitalistas.

Nessas análises, o Estado era visto ora como entidade monolítica toda-poderosa, ora como marionete das forças do capital e das forças sociais que o compõem. A pluralidade de atores, muitas vezes agindo contraditoriamente em seu interior (profissionais de atividades “fim”, burocracia), as resistências oferecidas pelos movimentos da sociedade civil, as

³⁶ Refiro-me ao marxismo que considera a relação de determinação esquemática entre forças produtivas e relações de produção, e define o Estado como superestrutura da estrutura econômica, sem autonomia em relação à mesma. Outras versões marxistas são possíveis, entre as quais a althusseriana (em moda nos anos 70 no Brasil) e a gramsciana, que consideram a autonomia relativa das esferas do político e do ideológico face à economia, e que definem o Estado de modo bastante complexo. Antônio Gramsci é um fino analista da cultura e das instituições. Algumas de minhas opções conceituais na área de políticas de saúde (LUZ, 1979, 1982, 1991, 1992 e 1994) são tributárias desse autor.

novas forças ali emergentes como atores em relação à saúde, como mulheres, pacientes, estudantes (residentes, por exemplo) raramente encontravam espaço nessas análises. E, no entanto, elas já eram atuantes.

De meu ponto de vista isto significa que o campo era pouco sensível aos seus possíveis objetos, devido a um *parti pris* teórico / político inicial. Creio que o fantasma desse *parti pris* só veio a ser realmente exorcizado no campo nos anos 90, com a presença de novos esquemas analíticos, mais complexos e integradores de disciplinas das Ciências Humanas até então pouco significativas, como a História, a Antropologia e a Psicanálise. Entretanto, somente a análise dessa produção poderia confirmar esta crença.

Referências

- ALBUQUERQUE, J. A. G. *Instituição e poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- ALBUQUERQUE, M. M. *Pequena história da formação social brasileira*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- _____. *A physis da Saúde Coletiva*. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-11, 1991.
- CANESQUI, A. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- CARMO, D. S. *Cidadania hoje: a atualidade do pensamento de Rousseau*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.
- CARONE, E. *Revoluções do Brasil contemporâneo: 1922-1937*. São Paulo: Difel, 1977.
- CARVALHO, J. M. *A formação das almas*. O imaginário da República no Brasil. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1990.
- CASTEL, R. *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris: Fayard, 1995.
- CORDEIRO, H. *A indústria da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- _____. *As empresas médicas*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- COSTA, N. R. *Lutas urbanas e controle social*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- FALEIROS, V. P. *A política social do estado capitalista*. São Paulo: Cortez, 1980.
- FAORO, R. *Os donos do poder*. Porto Alegre: Globo, 1958.
- FERNANDES, F. *A revolução burguesa no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Graal, Rio de Janeiro, 1978.
- IANNI, O. *Estado e planejamento no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971.
- _____. *O colapso do populismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971.
- _____. Populismo e classes subalternas. *Debate e Crítica*, v. 1, jul-dez 1973.
- _____. O Estado e a acumulação capitalista. *Debate e Crítica*, v. 3, julho 1974.
- _____. *A formação do estado populista na América Latina*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.
- KOWARICK, L. Estratégias de planejamento social no Brasil. *Cadernos CEBRAP*, nº.2, 1971.
- KURZ, R. *Os últimos combates*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- LUZ, M. T. *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. São Paulo: Dynamis, 1996.
- _____. As Conferências Nacionais de Saúde e as políticas de saúde da década de 80. In GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil, anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 131-152.
- _____. *As instituições médicas no Brasil - instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. Burocracia, aparato estatal y sociedad civil a partir de políticas sociales en la sociedad brasileña: elementos para un análisis comparativo. In: FLEURY, S. M. T. *Estado y políticas sociales en América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992. p. 277-292.

_____. *Medicina e ordem política brasileira*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

_____. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática - anos 80. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 77-96, 1991.

MACHADO, R. et al. *Danação da norma - medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Graal, Rio de Janeiro, 1978.

MALLOY, J. Previdência social e classe operária no Brasil (uma nota de pesquisa). *Estudos CEBRAP*, n. 13, 1976.

MARSHALL, T. H. *Class, citizenship and social development*. London: Doubleday, 1964.

MARTINS, L. *Nação e corporação multinacional*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

MATTOS, M. A. S. *Participação popular ou cidadania regulada*. Movimentos populares pela saúde no Rio de Janeiro (1980-1988). Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

MOURA, C. *A sociologia posta em questão*. São Paulo: Livraria Ed. Ciências Humanas, 1978.

NOGUEIRA, R. P. *A saúde pelo avesso: revisitando Illich, o profeta da autonomia*. Tese (Doutorado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

NUNES, E. D. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.

_____. As ciências sociais nos planos de estudo de graduação e pós-graduação. In: _____. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985. p. 427-455.

_____. Ensinando ciências sociais em uma escola de medicina: a história de um curso (1965-90). *História, Ciências Saúde*, v. VI, n. 3, p. 631-657, 2000.

OLIVEIRA, F. Crítica à razão dualista. *Estudos CEBRAP*. São Paulo, n. 2, 1972.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. *Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985.

PINHEIRO, M. C. C. *Da segurança alimentar à vigilância da fome: delineando a história de um hiato*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

PINHEIRO, P. S. *Política e trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

PINHEIRO, R. *Conselhos Municipais de Saúde: o avesso e o direito*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

_____. *Da defesa do aço à defesa da vida*. O cotidiano dos atores em suas práticas nos serviços de saúde: o caso de Volta Redonda. Tese (Doutorado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SILVA, M. G. R. *Prática médica: dominação e submissão*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

SINGER, P. *A crise do milagre*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

SOARES, L. T. R. *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

TAVARES, M. C.; FIORI, J. L. *Poder e dinheiro*. Uma economia política da globalização. Petrópolis: Vozes, 1997.

TESSER, C. D. *Crise da atenção à saúde e a biomedicina*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

VIANNA, M. L. W. *Liberalismo e sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

_____. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil*. Estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

WEFFORT, F. C. Origens do sindicalismo populista no Brasil (A conjuntura do pós-guerra). *Estudos CEBRAP*, n. 4, 1973.

_____. Os sindicatos na política (Brasil 1955-1964). *Ensaios de Opinião*, v. 7, 1978.

É a promoção da saúde um novo paradigma?¹

Este texto é fruto de reflexão pessoal, ainda pouco elaborada, sobre características da intervenção de políticas públicas em saúde e suas relações com concepções e representações sociais, e entre paradigmas distintos que surgiram no campo da Saúde Pública, hoje nomeada *Saúde Coletiva*, nos últimos dois séculos (basicamente no período histórico compreendido entre o segundo terço do século XIX e o século XX por inteiro). Tem a finalidade de descobrir e interpretar, ou pelo menos apontar para semelhanças, ou traços comuns, entre esses diversos paradigmas e as concepções e representações de saúde que carregam, e também para sua eventual reemergência em conjunturas sanitárias similares.

Busca, porém, não menosprezar o eventual surgimento de novos paradigmas ou modelos, concernindo não apenas às relações entre políticas de saúde e condições de vida e saúde, como entre concepções e representações sociais de

¹ Texto não publicado, base de uma comunicação oral apresentada em Congresso de Saúde Pública promovido pela Organização Panamericana da Saúde, realizado em São Paulo, 2004.

saúde e doença vigentes na cultura médica e na sociedade civil. Tentaremos, assim, associar, na medida do possível, o modelo institucional emergente de *promoção à saúde*, à emersão de um novo paradigma em saúde, até certo ponto inédito tanto na sociedade civil quanto na cultura médica.

Na verdade, ao buscarmos associar o modelo de *promoção à saúde*, em franca ascensão no campo da Saúde Coletiva a partir da segunda metade dos anos 80, a um novo “paradigma da saúde”, é inevitável a comparação com os outros dois modelos de saber e prática presentes na área da Saúde Pública desde o século XIX, historicamente associados ao que podemos denominar de *paradigma da doença*. Primeiramente, o *modelo campanhista*, claramente associado aos programas institucionais de controle / erradicação de patologias agudas ou crônicas coletivas, capazes de pôr diretamente em questão a *ordem sanitária*, e indiretamente, a *ordem pública* dos países (LUZ, 1982), como epidemias súbitas ou endemias graves, com poder de atingir grandes grupos populacionais, incapacitando-os ou matando-os. Em seguida, devemos pôr em foco o *modelo preventivista*, de controle ou prevenção de doenças crônicas e agudas que atingem sistematicamente grupos ou camadas populacionais específicos, vistos como *alvos* prioritários de intervenção (LUZ, 1997).

O primeiro pode ser caracterizado, em termos de intervenção institucional, por campanhas politicamente verticalizadas ao nível da tomada de decisão, e concentradas no poder nacional central em forma de programas, embora freqüentemente dirigidas ou controladas por instituições e normas sanitárias internacionais, e executadas por profissionais biomédicos, sob a liderança de sanitaristas. O segundo é o modelo da *medicina preventiva*, caracterizado pela normatização sanitária de indivíduos ou grupos considerados portadores

de *risco*, ou em situação de vulnerabilidade, face a doenças vistas como dano sanitário elevado, agudas ou crônicas, caracterizadas geralmente por altos custos sociais e econômicos: hipertensão, diabetes, doenças renais, obesidade, entre outras, ou doenças resultantes de comportamentos em relação à sexualidade, conhecidas pela sigla DSTs.

Esse segundo modelo pode ser analisado basicamente como um *modelo sanitarista* (LUZ, 1979 e 1982), em função de sua marcada intervenção no meio ambiente, ou no meio social “de risco”, seja em condições de vida, seja em comportamentos, atitudes, ou formas de pensar e agir em relação às situações consideradas pela ordem sanitária como vulnerabilizantes face às doenças mencionadas.

Tanto o modelo campanhista como o preventivista coexistem no sistema sanitário internacional há mais de um século, tendo alcançado sucesso considerável no *controle* das doenças que se propõem a *erradicar*. Deve ser mencionado, entretanto, que mesmo considerados os objetivos de simplesmente controlar / erradicar *patologias*, sem colocar em questão os fundamentos biológicos, psíquicos e socioculturais que estão na origem desses adoecimentos coletivos, os modelos mencionados não obtiveram, até o presente momento, uma verdadeira *erradicação* de nenhuma das grandes epidemias / endemias que afligem as nações há dois séculos. Há simplesmente *controle*, mas a volta de surtos é sempre possível e temida, com periódicos alarmes transmitidos às instituições e populações dos diversos países-membros da ordem sanitária internacional.

Em outras palavras, nem um modelo nem o outro é centrado na concepção de saúde, nem operado metodologicamente através da categoria *saúde*. Na verdade, tanto a prevenção quanto o controle / erradicação operam com efeitos dados de condições adversas de vida (tanto em

nível ambiental como social) das populações: as doenças coletivas, sejam elas endêmicas ou epidêmicas. Este tem sido paradigma desses dois modelos há dois séculos, tanto em termos das disciplinas e saberes a ele ligados, dentre os quais se sobressai a Epidemiologia, quanto das práticas institucionais, conforme afirmado acima.

Entretanto, a partir dos anos 60, as próprias organizações internacionais, sobretudo a OMS, começaram a ter clareza de que havia algo muito complexo *anterior* a esses *efeitos*, a ser encarado com urgência e determinação, e que a medicina especializada e baseada em alta tecnologia *não respondia*, nem em saberes nem em práticas, às condições geradoras desses efeitos. Aliás, não tinha, como não tem até hoje, como objeto de conhecimento, ou como objetivo de intervenção, responder às questões de saúde coletiva das populações do mundo, as quais não se enquadram, em sua quase totalidade, no modelo de conhecimento ou de intervenção de uma medicina altamente especializada e tecnicizada.

A conferência de Alma Ata, realizada na antiga União Soviética, em 1978, foi exemplar neste sentido, assinalando uma *virada*, em termos de paradigma, em relação à questão do processo de saúde / adoecimento das populações. Colocando como institucionalmente estratégica a *atenção primária à saúde*, e valorizando as culturas tradicionais dos povos como elementos válidos na atenção primária e no cuidado à saúde, abriu as portas à emergência de um novo paradigma de política de saúde, mais centrado nas condições / origens do adoecimento do que no combate de patologias coletivas, na busca de controle ou erradicação.

Por outro lado, na década de 70 do século recém-findo, emergiu da sociedade civil um grande clamor contra o “paradigma das doenças” e suas formas de intervenção médica

tecnicizadas e mercantilizadas, originando uma “contracultura” na saúde (LUZ, 1997). A volta a um certo *naturismo*, face à alta tecnologia, em relação às práticas terapêuticas, bem como às medicinas tradicionais, foi notória, não havendo reversão dessas práticas nos anos seguintes. Ao contrário, nas duas décadas finais do século e milênio acentuou-se a busca por práticas alternativas, tanto em relação à terapêutica, quanto em relação às formas de preservação da saúde, e sobretudo na busca de um estilo de vida saudável, consagrado institucionalmente na expressão “qualidade de vida”.

O consumo de fitoterápicos, por exemplo, tornou-se uma forte alternativa industrial aos produtos da indústria químico-farmacêutica, considerados ineficazes ou portadores de efeitos iatrogênicos indesejáveis. Também a procura por alimentos “vivos” ou “orgânicos”, isto é, não contaminados por agrotóxicos ou pesticidas, fez florescer uma agroindústria alternativa que não cessou de crescer nos últimos quinze anos.

Além disso, todo um conjunto de atividades vistas como de saúde, como os exercícios físicos (ou “atividades corporais”), os esportes, as terapêuticas “suaves” como a ioga, a meditação, as artes marciais ao estilo do tai-chi-chuan, até mesmo as danças (biodança, dança de salão, dança do ventre etc.) tornaram-se parte de um modelo de promoção à saúde na sociedade civil, conquistando progressivamente mais adeptos entre as diversas camadas sociais e faixas etárias da população das cidades, sobretudo das metrópoles assoladas pelo estresse e pela violência (LUZ, 1997 e 2003).

Nas duas últimas décadas do século findo, por outro lado, acentuou-se uma tendência, da parte da ordem sanitária internacional (OMS, OPAS), de procura de hábitos e práticas favoráveis ao cultivo de condições e “estilos de vida saudáveis”, isto é, capazes de evitar o surgimento de doenças,

sobretudo aquelas vistas como problemas de saúde pública atribuíveis a hábitos nocivos, tanto alimentares como de condutas, ao invés de simplesmente combater as doenças uma vez instaladas. Implicitamente, um paradigma da saúde já estava presente nesta busca, e os eventos internacionais da OMS originários do Canadá, e da OPAS, nomeando-o de “promoção da saúde”, simplesmente consagraram a tendência em ascensão. Evidentemente, essa tendência é ainda em grande parte associável ao modelo preventivista, pois a “saúde” visada está em oposição à doença temida, que será vista, por sua vez, como fruto de “falta de cuidado” com a saúde.

Há, neste modelo, uma tendência implícita a responsabilizar os indivíduos por seu adoecimento, por não levarem uma “vida saudável”, nos moldes dos “estilos de vida” recomendados pelas normas institucionais. Ratifica-se mais uma vez, e aqui talvez radicalmente, a visão do doente como um desviante.

Outro elemento socioinstitucional importante a ser considerado, na questão do paradigma da “promoção da saúde”, é a extraordinária complexificação do campo das ciências / profissões da área da Saúde, também contemporânea das últimas décadas do milênio encerado. Várias das profissões que integram a área se voltam em grande medida para o *cuidado* e a *recuperação* da saúde dos sujeitos, como a Enfermagem, a Nutrição, a Fisioterapia, a Psicologia e a Educação Física, entre outras. Apesar de serem parte de uma história de subordinação hierárquica face à medicina e suas especialidades, os saberes / práticas que embasam essas profissões têm tido papel importante na busca de modelos positivos de saúde, de restauração e ampliação da capacidade vital dos sujeitos, que põem em questão o modelo dominante de saúde / doença da medicina.

Uma atuação conflituosa começou a se fazer notar desde o fim da segunda metade dos anos 90 nos serviços públicos brasileiros, quando um modelo de favorecimento ao trabalho profissional interdisciplinar passou a ser pauta da política de saúde do Estado, por força do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e de programas como o de atenção à saúde familiar (Programa Saúde da Família – PSF). O médico e a medicina tendem a ser vistos, nesse contexto, como *parte integrante* da atividade institucional em saúde, mas não como sua *totalidade*, *cume* ou *fim*.

Além disso, um conjunto de práticas terapêuticas não-convencionais, além das famosas “medicinas alternativas” da década de 70, passa pouco a pouco a fazer parte do leque cotidiano de intervenção institucional, sendo em tudo distintas das práticas convencionais de intervenção da medicina tecnológica. Essas práticas, muitas vezes baseadas ou inspiradas em artes, visam à recuperação ou à autonomia dos indivíduos (ou ambos) como sujeitos de sua vida e de sua saúde. Como exemplo dessas atividades podem ser citado o teatro, a dramatização de situações, as artes plásticas (pintura, desenho, colagem), o teatro, o canto, a música etc., as danças, a ioga, as artes marciais, as massagens.

Tais práticas, embora tenham até o momento uma inclusão institucional instável, muitas vezes precária, também testemunham um paradigma de *promoção à saúde*, no sentido de buscarem ir muito além da normalização de sintomas de determinada patologia, no interior das próprias instituições de saúde. São atividades desenvolvidas em enfermarias, em ambulatórios, com grupos de doentes, ou em grupos populacionais de faixas etárias específicas (adolescentes, idosos) ou mesmo de gênero (geralmente feminino). Buscam não apenas favorecer a recuperação da saúde, como a auto-

nomia dos sujeitos, sua expressão e sua inserção (ou reinserção) familiar e social.

De qualquer modo, fica patente que o modelo atual de promoção da saúde, diferentemente dos dois primeiros que analisamos aqui, é muito recente e remete, mesmo nas práticas institucionais, a um paradigma distinto do da saúde / doença. Embora tenha resquícios do modelo médico preventivista, aponta para um novo modelo, de positividade da saúde, em que a vida e sua expansão, através da idéia de *vitalidade* e autonomia dos sujeitos, é o centro de preocupação das práticas e dos saberes. Esse modelo aponta não apenas para uma atuação interdisciplinar (diríamos mesmo transdisciplinar, mas isto é tema de um outro trabalho) dos saberes e práticas profissionais em atuação, como também para uma horizontalização política desses saberes e práticas, com tendência à formação e à atuação cooperativa e não-competitiva, ou hierárquica, dos mesmos.

Finalmente, se há ou não condições para a expansão e manutenção deste assim denominado paradigma, considerada a persistente história de hierarquia dos saberes no campo da saúde, é outra questão. É uma questão que necessita ser urgentemente discutida na teoria e na prática, isto é, no nível dos saberes e das profissões que integram o campo da Saúde Coletiva. Em outras palavras, no nível dos diversos atores do campo. Além, é claro, dos interesses dos próprios “objetos” da intervenção do paradigma da promoção da saúde, os doentes e todos nós, sujeitos ao adoecimento.

Mas isto já é também uma outra questão: ela envolve a definição do que é, hoje, *Saúde Coletiva*, e de como a categoria *saúde*, como concepção e prática, pode efetivamente vir a ser o ponto de partida de um novo paradigma no campo da Saúde Pública e da emissão de políticas de saúde...

Referências

- LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *Medicina e ordem política brasileira*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- _____. *Cultura contemporânea e medicinas alternativas: Novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Physis*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, Rio de Janeiro, 1997.
- _____. *novos saberes e práticas em Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2003.

