Capítulo I - Saúde da família conteúdos e trajetórias

Flávio Goulart

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GOULART, F. Saúde da família: conteúdos e trajetórias. In: *Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos* [online]. Uberlândia: EDUFU, 2007, pp. 25-66. ISBN 978-85-7078-517-6.
<https://doi.org/10.7476/9788570785176.0003>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Capítulo I

Saúde da família: conteúdos e trajetórias

Sobre o conceito de Saúde da Família

As origens da atenção à saúde do grupo familiar remontam, como se sabe, aos primórdios da medicina. Durante muitos séculos, com efeito, na vigência do modo artesanal de prática médica, o *locus* preferencial da atenção era o consultório dos médicos que, não raro, situava-se no âmbito da própria residência destes profissionais. Alternativamente, o cuidado era prestado nos domicílios dos pacientes, sob as vistas diretas das famílias e, não raramente, com sua participação direta no processo de cura.

É preciso definir, de início, os diversos elementos conceituais que distinguem o que se chama hoje de práticas em “Saúde da Família”.

Uma aproximação conceitual bastante razoável diz respeito à *Atenção Primária à Saúde (APS)*. Neste aspecto, obrigatória referência é a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978 sob os auspícios da OMS e da UNICEF. Em termos textuais, em livre tradução do original, a APS é conceituada como:

Atenção à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente demonstrados e socialmente aceitáveis, cujo acesso esteja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, de maneira que possam sustentá-la, a um custo que tanto a comunidade como cada país possam manter, em cada estágio de desenvolvimento em que se encontrem, com espírito de auto-confiança e auto-determinação. Representa parte integrante do sistema sanitário do país, no qual desempenha uma função central, constituindo-se também o foco principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato das pessoas, das famílias e da comunidade com o sistema de saúde do

país, levando a assistência à saúde o mais perto possível do lugar onde reside e trabalha a população, representando ainda o primeiro elo de uma atenção continuada à saúde. (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1978, p. 5-6).

Starfield (2001), autora que constitui referência obrigatória em tal tema, define a APS como o “centro da política sanitária”, ou seja, um nível do sistema de saúde de amplo acesso para todo novo problema ou necessidade, de efeito temporal duradouro, centrado mais na pessoa do que na doença, coordenado e integrado em termos de lugares e profissionais que nele atuam e além do mais capaz de oferecer atenção à maioria dos agravos à saúde, com exceção daqueles mais raros ou pouco habituais. AAPS representaria, além disso, a base do sistema de saúde e um enfoque que determinaria o modo de atuar dos níveis restantes do sistema.

A mesma Organização Mundial de Saúde (WHO, 1984), em abordagem mais recente (*Carta de Liubliana*), define que a APS deve ser um dos princípios em que se baseiam os sistemas de saúde, ao lado dos conceitos e valores de dignidade humana, equidade, solidariedade, ética, promoção da saúde, participação, qualidade e sustentabilidade. Tais aspectos estão em consonância com o que aquela entidade tem definido como *saúde*, ou seja, “[...] o grau em que uma pessoa ou grupo é capaz de realizar suas aspirações e de satisfazer suas necessidades e de enfrentar adequadamente seu ambiente”, (WHO, 1984) o que resulta no fato de que a mesma (saúde) deve ser considerada como um recurso a mais na vida cotidiana, e não um objetivo da vida; um “conceito positivo”, que engloba tanto os recursos materiais e sociais como capacidade física para alcançá-lo.

Para Vuori (1985), a APS tem como objetivo a saúde, integrando prevenção, assistência e cura. Como conteúdo, tem a promoção da saúde e a atenção continuada e integral; como base organizacional, os médicos generalistas ou de família, além de outros profissionais de saúde integrados em uma equipe; como responsabilidade a colaboração inter-setorial, a participação da comunidade e a auto-responsabilização. Este autor sintetiza, com estas categorias, as necessidades de mudança no sistema de saúde tradicional, ancorado em objetivos como: a cura de doenças; o conteúdo baseado em terapias e atenção episódica referente a problemas específicos; a organização baseada em médicos e especialistas envolvidos com o trabalho individual e, finalmente, a responsabilidade centrada de forma restrita no próprio setor saúde, com predomínio técnico-profissional nos cuidados de saúde.

Vasconcelos (1999) apresenta diferentes concepções e propostas de APS, que convivem e divergem entre si. São elas, a *assistência médica primária*; a *atenção primária seletiva* e a *atenção primária integral* (*comprehensive*, conforme o original em língua inglesa). As duas primeiras

representam formas mais limitadas de atenção, uma vinda por transposição direta dos consultórios médicos e, a outra, marcada pelo caráter racionalizador e poupador de custos de sua prática. A última deriva dos enunciados difundidos a partir de Alma Ata e tem como função principal o “[...] apoio aos indivíduos e grupos sociais para que assumam cada vez mais o controle de suas vidas e de sua saúde”. (WHO, 1978).

É dentro desta última categoria que o autor vê a inserção da Saúde da Família no Brasil, mas adverte que o conceito praticado no País ainda se vê fortemente limitado, não só pelas “tradições positivistas e mecanicistas” que rodeiam a assistência à saúde, como também pelo “boicote político” e as “exigências de produtivismo numérico”. Assim, tornam-se ainda necessárias novas abordagens teóricas e metodológicas, que realizem, de fato, a almejada integralidade (ou, nas palavras do autor, “alargamento”) de tal conceito de assistência.

Sousa (2001) define alguns dos “conceitos que sustentam” a idéia do PSF, citando, entre outros: a saúde como direito de acesso a bens e serviços, não apenas assistenciais; a promoção da saúde; a saúde para todos e a atenção primária à saúde; a ação da comunidade para a saúde; a *advocacy* em favor da saúde; os ambientes saudáveis e de apoio à saúde; o envolvimento social; a auto-ajuda; o desenvolvimento sustentável, bem como a proposta de *idades saudáveis*.

Em documentos oficiais do Ministério da Saúde referentes ao Programa de Saúde da Família, podem ser encontradas várias das categorias-chave que contribuem para a definição ora procurada, como por exemplo: (a) ser a porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde; (b) ter um território definido com uma população delimitada sob sua responsabilidade; (c) ter como centro de atenção a família, inserida em seu meio social; (d) intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; (e) prestar assistência integral, permanente e de qualidade; (f) realizar atividades de educação e de promoção da saúde; (g) estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre o serviço de saúde e a população; (h) estimular a organização das comunidades para exercer o efetivo controle social das ações e serviços de saúde; (i) utilizar os sistemas de informação para o monitoramento das ações e para a tomada de decisões. (BRASIL, 2001)

Ainda como uma aproximação, tentando agora uma síntese, poder-se-ia destacar os componentes essenciais que unem os conceitos de APS e de Saúde da Família, a saber:

1. As práticas de saúde como objeto da *intervenção do Estado*, seja como executor ou regulador, o que as caracterizaria como partes de um corpo de *políticas sociais*;
2. O processo de trabalho, tendo como resultado a intervenção do mé-

dico e de outros profissionais dentro de um *âmbito generalista*, ou seja, fora do caráter especializado que recorta e separa o objeto das práticas em saúde em faixas de idade, gênero, sistemas e órgãos, ou mesmo tipos de doenças;

3. Os modos de pensar e de praticar os cuidados à saúde baseados na *ampliação e superação dos conceitos tradicionais* antinômicos entre individual e coletivo; prevenção e cura; biológico e social; humano e ambiental; oficial e não-oficial;

4. A proteção voltada não apenas para indivíduos-singulares, mas para *coletivos* (famílias, grupos, comunidades), resultando em um novo tipo de *prática social de saúde*;

5. O desenvolvimento de *vínculos* entre a clientela e os prestadores de serviços, de natureza administrativa, geográfica, cultural ou mesmo ética.

Diante de tais elementos conceituais, e com preocupações de sistematização e didatismo, percorrer-se-á, de maneira sintética, o trajeto histórico de práticas aproximadas àquelas em pauta, nos períodos de: (a) *pré-modernidade*; (b) *primeira fase da modernidade*; (c) *modernidade contemporânea*.

Uma perspectiva histórica

A pré-modernidade

As práticas de saúde sempre tiveram, em sua origem e determinação, a influência dos modos de conceber e agir da sociedade face ao corpo humano e à respectiva valorização concedida à saúde e à doença. Os diversos modelos de *práticas* (ou, mesmo de *políticas* de saúde) daí advindos, ao variarem intensamente ao longo da história, mantiveram correlação com a estrutura da sociedade, em cada período, em face da visão de mundo dominante (SIGERIST, 1974). Por outro lado, como lembra Rosen (1994), em toda a história das sociedades humanas, os problemas de saúde enfrentados tiveram, em sua origem, uma relação com a vida em comunidade, embora com ênfases diferentes, por exemplo nas variadas maneiras com que tais sociedades procuraram resolvê-los, controlando as doenças e melhorando as condições ambientais.

Já na antiga Babilônia, por exemplo, como também acontecia em outras sociedades antigas, códigos como o de Hamurabi prescreviam a necessidade de se cuidar da saúde da coletividade mediante o controle das condutas dos médicos. Há, por exemplo, relatos sobre a história de um médico mesopotâmico, chamado Arad-Nana, que serviu à corte do rei assírio Asarhaddon, cerca de 670 a. C., na qual se destacou como clínico e conse-

lheiro, atendendo não só ao rei como à sua mulher e seus filhos. O historiador grego Heródoto, em sua famosa viagem pelo Egito, em torno do ano 450 a. C., descreveu a prática de verdadeiras especialidades médicas na sociedade de então, mas observações posteriores, a partir de lápides de pedra encontradas em túmulos reais do Vale das Pirâmides, mostraram que, na verdade, em períodos tão remotos quanto o da IV dinastia (cerca de 2500 a. C.), era grande o prestígio dos médicos generalistas, como foi o caso de um deles, Iry, médico da corte do faraó e uma espécie de autoridade sanitária da época. No Egito Antigo havia, também, médicos contratados para prestar assistência integral aos trabalhadores mobilizados para a construção das pirâmides (THORWALD, 1985).

Na Grécia Antiga, Platão justificava a presença dos médicos na *Polis*, insistindo na necessidade de que os cidadãos, como um todo, fossem pessoas sadias. Na sociedade grega, como destaca Rosen (1994), os termos mais associados à saúde eram higiene, harmonia, bem, equilíbrio, organização; os praticantes, naturalmente, deveriam ser bastante imbuídos dos mesmos. Já havia serviços públicos rudimentares de drenagem e suprimento de água nas cidades. Os médicos gregos tinham seu salário fixado por um imposto especial e possuíam uma base territorial de ação, tendendo a se concentrar, de forma permanente, apenas nas cidades maiores, onde estabeleciam o *iatréion*, uma espécie de consultório. Nos vilarejos havia, por vezes, a figura de médicos itinerantes, e era comum que os mesmos batessem à porta das famílias, oferecendo seus trabalhos. Cerca de 600 a. C., passou a ser comum a nomeação pública de médicos para atuarem nas cidades, garantindo-se-lhes proventos anuais, mesmo que não houvesse enfermos para tratar – uma forma primeva do que hoje se conhece como *capitação*. A medicina grega, por influência de Hipócrates, que viveu em torno de 450 a. C., tinha também como aspecto marcante a prática generalista dos médicos (SIGERIST, 1974).

Houve marcante migração de médicos gregos para Roma, nas décadas próximas ao nascimento de Cristo, sendo em alguns casos oferecida a eles a cidadania romana – uma notável distinção para a época. Em Roma, os médicos trabalhavam em bases territorializadas, ou seja, com populações adscritas, estabelecendo-se, por decreto, o *numerus clausus*, que limitava seu número dentro de cada cidade. Era costume, também, que as famílias estivessem ligadas a um autêntico médico de família, com atuação integral referente a todos os membros da mesma, recebendo um salário mediante cotização de seus assistidos. A partir do segundo século, aparece um serviço público de atenção à saúde, com a nomeação de funcionários médicos, os *archiatri*, com responsabilidades de atenção à pobreza. (ROSEN, 1994; SIGERIST, 1974).

A Idade Média mostra uma inflexão da tendência de cuidado e manutenção da saúde por parte de profissionais médicos. Em primeiro lugar, a doença passou a ser concebida como purificação e graça, um privilégio proporci-

onado por Deus. Como conseqüência, a prática médica recolheu-se aos mosteiros, limitando-se a processos curativos, ainda assim mais voltados para a alma do que para o corpo. Contudo, no final deste período, os médicos leigos aumentaram de número e passaram a ter sua atuação tolerada e até mesmo estimulada pela Igreja, que havia mudado sua conduta em relação ao corpo humano, agora considerado “morada da alma”. No século XIII, em Salerno (atual Itália), verifica-se um primórdio de intervenção estatal em saúde, com a publicação de decretos imperiais sobre a prática e a formação médica. Ainda na Idade Média, ocorre na Suíça o advento de uma espécie de *médico de família*, inspirado no modelo de profissional que prestava atendimento à nobreza e à aristocracia eclesiástica – o *médico de câmara*. É possível encontrar também neste período histórico um rudimento de sistema de saúde pública nas cidades, dirigido por um conselho seletivo, dotado de um mandato temporário e geralmente formado por não-médicos. Tais organismos tiveram destaque, particularmente, na França, nos Países Baixos e na Inglaterra. O enfoque das práticas de saúde, em toda a Idade Média, foi sempre o do cuidado à pobreza, com forte influência religiosa. Apesar de todo o atraso científico e social da época, havia certa ênfase na educação e na promoção de hábitos higiênicos e de saúde, conforme se aprecia no *Regimen Sanitatis Salernitanum* (ROSEN, 1994; SINGER, 1974).

Embora algumas das bases das práticas de saúde modernas calcadas na proteção social coletiva já estivessem lançadas desde a Antiguidade e a Idade Média, como se viu acima, as transformações que ocorrem a partir do século XVI é que se tornam cada vez mais expressivas. Neste período, os acontecimentos da Inglaterra passam a ter especial relevância, dada a ocorrência precoce, em relação a outras nações, da ascensão da burguesia ao poder e suas decorrências políticas econômicas e sociais. Entre tais eventos, podem ser destacados: (a) a revolução tecnológica (Primeira Revolução Industrial); (b) a urbanização acelerada; (c) a formação gradual de uma nova classe, o proletariado urbano; (d) o advento de legislação de proteção social, tendo como parâmetro a Lei dos Pobres Elizabetana, de 1601; (e) o aparecimento de um pensamento social em saúde; (f) a transição gradual entre a responsabilização local das *freguesias* (*parishes*) pela proteção social e a do *Estado Moderno* – o *Leviatã* de Hobbes. Inaugura-se assim, segundo Rosen (1994), a *Era do Homem Econômico*, de marcantes influências nas políticas de proteção social até os dias de hoje. Darcy Ribeiro, (2000) destaca o período como um “novo processo civilizatório”, enfatizando a compulsoriedade dos processos de integração entre culturas e nações, tendo como mediador o mercado e, também, o aparecimento da força de trabalho assalariada, com novas funções atribuídas aos trabalhadores pelos detentores dos meios de produção, cujo parâmetro principal é a produtividade.

A proteção à saúde na modernidade

Será considerado aqui o período que Hobsbawm (1995) denominou de “longo século XIX” (por oposição ao “breve século XX”), que dura de 1789 a 1914, e que tem como períodos referenciais: a *Era das Revoluções* (1789 – Revolução Francesa – até 1848); a *Era do Capital* (1848-1875) e a *Era do Império* (1875 até 1914, quando se inicia a I Grande Guerra).

Sobre tal período, Buarque (1993) descreve como seus aspectos fundamentais – ou *pilares* – as seguintes situações: (a) a *exploração intensiva da natureza* pelo homem, em busca de matérias-primas e fontes energéticas; (b) a *substituição do trabalho humano* pelo trabalho das máquinas, inaugurando a era da manufatura e das revoluções tecnológica e industrial; (c) a *urbanização acelerada*, inicialmente na Europa e, depois, em outras partes do mundo, como decorrência da industrialização; (d) a substituição progressiva de uma *economia baseada na subsistência* por outra baseada no *consumo* (ou no *consumismo*), em que a posse de bens, por parte de alguns, supera as necessidades, gerando enormes desigualdades.

Berman (1987), autor de uma obra seminal sobre os sentidos da modernidade, destaca a importância da grande onda revolucionária iniciada em 1789 – um período de convulsões em todos os processos de vida pessoal, social e política. A respeito do mesmo, este autor fala de:

[...] uma paisagem de engenhos a vapor, fábricas automatizadas, ferrovias, amplas novas zonas industriais; prolíficas cidades que cresceram do dia para a noite, quase sempre com aterradoras conseqüências para o ser humano; [...] Estados nacionais cada vez mais fortes e conglomerados multinacionais de capital; movimentos sociais de massa, que lutam contra essas modernizações de cima para baixo...; um mercado mundial que a tudo abarca, em crescente expansão, capaz de um estarrecido desperdício e devastação, capaz de tudo, exceto solidez e estabilidade. (BERMAN, 1987, p. 18-19)

É em relação a tal período que o autor aplica a frase de Marx, que aliás dá o título à obra em pauta – *Tudo o que é sólido desmancha no ar*.

O caráter de transformação e criação característico desta fase possui, naturalmente, grande relevância para o objeto aqui considerado – a formação de uma política pública de proteção à saúde.

O quadro abaixo, inspirado em Parkey (1993), traduz de forma concisa alguns dos eventos sociais, culturais, tecnológicos e políticos característicos do período aqui destacado.

QUADRO 3 – Eventos culturais, políticos e tecnológicos na modernidade

CULTURA	POLÍTICA	CIÊNCIA E TECNOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> • Iluminismo Europeu: Voltaire, Diderot e Hume (cerca de 1760) • J. J. Rousseau publica o <i>Contrato Social</i> (1762) • Adam Smith publica <i>A Riqueza das Nações</i> (1776) • E. Kant publica <i>A Crítica da Razão Pura</i> (1781) • Malthus publica o <i>Ensaio sobre o Princípio da População</i> (1798) • Marx e Engels publicam o <i>Manifesto comunista</i> (1848) • Darwin publica a <i>Origem das espécies</i> (1859) • Karl Marx publica <i>O Capital</i> (1867) • Weber e Durkheim publicam suas obras principais (1900-1918) 	<ul style="list-style-type: none"> • Revolução Americana (1776) • Revolução Francesa (1789) • Movimentos revolucionários agitam a Europa - <i>Primavera dos Povos</i> (1830-1848) • Regulamento sobre condições de trabalho nas manufaturas (Inglaterra, 1833) • Emenda à Lei dos Pobres (1834) • Proclamação do Império alemão (1871) • Fortalecimento dos partidos socialistas e trabalhistas na Inglaterra, Alemanha, Rússia e outros países (1875-1898) • Deflagração da I Guerra Mundial (1914) • Revolução Bolchevique (1917) 	<ul style="list-style-type: none"> • Maquinário a vapor e energia hidráulica (cerca de 1769) • Invenção do tear a vapor por Cartwright (1792) • Jenner descobre a vacina contra a varíola (1796) • Invenção do motor elétrico por Faraday (1821) • Primeira ferrovia (Inglaterra, 1825) • Pasteur desenvolve a teoria microbiana (1861) • O primeiro metrô é inaugurado em Londres (1863) • Roentgen descobre o Raio X (1895) • Os Curie descrevem a radioatividade (1898) • Plank desenvolve a Teoria Quântica (1900) e Einstein a Teoria da Relatividade (1905)

Os séculos XVI e XVII, geralmente considerados como um autêntico “período de gestação” da modernidade, constituíram momento de intensas mudanças em toda a civilização ocidental, com base particularmente na Europa. Carnoy (1988), enfatiza como aspectos típicos desse início da modernidade, o “declínio da lei divina”, que até então governara o pensamento e a ação da sociedade e da qual derivava toda a noção de autoridade conhecida, seja secular ou religiosa. Resulta daí o declínio do domínio feudal, ao mesmo tempo em que nas cidades adriáticas (por exemplo, Veneza), aflorava uma nova classe de comerciantes, pré-figurando o que seria, pouco tempo mais tarde, a sociedade burguesa. Assim, o surgimento de novos conceitos, de homem, de negócios, de religião, ou seja, uma *nova*

racionalidade, marcaram presença neste momento crucial da história, e foi assim que a velha ordem social, fixa e imutável, construída durante quase um milênio, começou a desabar.

Na questão da formação das políticas públicas, Polanyi (1980) fala de uma “grande transformação”, tendo como foco as leis inglesas de proteção social, entre elas a Lei dos Pobres Elizabetana, de 1601, e o chamado acordo de juizes de Speenhamland, de 1795, os quais, na visão do autor, constituem a origem dos sistemas de proteção social modernos. Para este autor, o momento em que as chamadas *mercadorias fictícias*, ou seja, *trabalho, terra e dinheiro*, passam a ser organizados como *mercados*, marca o rompimento de um estado de equilíbrio social secular, tornando a sociedade em mero acessório deste mesmo *mercado*. Isso muda o *status quo* profundamente, à medida em que se instalam alguns mecanismos perniciosos, visto que a sociedade torna-se despojada da cobertura e da proteção das instituições sociais e culturais que ela própria fora capaz de criar. O resultado seria um agudo transtorno social, capaz de atirar a todos no *vício*, na *perversão* e no *crime*, conforme os argumentos da época.

Polanyi (1980), no mesmo trabalho, opõe-se à visão do marxismo tradicional ao propor uma explicação diferenciada para o papel dos interesses de classe nas transformações sociais. Segundo ele, o que importa são os interesses da sociedade como um todo, e não apenas os de determinada classe; em outras palavras, o movimento de proteção social surgiria não como resultado direto de interesses de classe, mas, sim, em torno de “substâncias sociais ameaçadas pelo mercado”.

O “longo século XIX” é cenário, ainda, do surgimento da noção de *cidadania*. Neste domínio, é essencial o recurso à obra de Marshall (1967), também elaborada fora dos referenciais do marxismo. A cidadania, para este autor, estaria associada ao conceito de participação na vida comunitária e seria a decorrência de uma herança social inerente aos membros da sociedade. Marshall era inglês e se debruçou sobre a história da formação social de seu país, procurando, entretanto, trilhar um caminho diferente daquele percorrido pelos seus ancestrais intelectuais, Stuart Mill e Adam Smith, de fundo economicista. É na história do capitalismo inglês, a partir do século XVII, que o autor vai buscar as bases de seu conceito de cidadania, fundado em três conhecidos elementos: cidadania *civil* (direitos necessários à liberdade individual, originada no século XVIII); *política* (direito de participar no exercício do poder político, característica marcante do século XIX) e *social* (admissão a um mínimo de bem estar econômico, cultural e de serviços sociais, configurada apenas no século XX).

O mesmo Marshall (1967) detém-se, ainda, sobre o conceito de *status*, considerado marca distintiva da sociedade feudal, na qual não havia nenhum

código de direitos e deveres do qual os homens estivessem investidos. A passagem do antigo para o moderno se traduz, exatamente, por uma transformação do *status* – medida da desigualdade e do localismo – para a *cidadania* – encontro da igualdade em escala nacional. No caso inglês, a *Poor Law* do século XVII e a própria convenção de Speenhamland ainda representavam um autêntico divórcio entre os direitos sociais e um verdadeiro estatuto de cidadania, sendo que seus assistidos, os pobres, eram estigmatizados como indigentes, e não tratados como verdadeiros cidadãos. Naquela sociedade capitalista primordial, embora a riqueza constituísse prova de mérito e a pobreza, seu reverso, a desigualdade social, ao se tornar excessiva poderia ser contrabalançada pelo surgimento da noção de cidadania, que mesmo em sua fase incipiente, dita *civil*, já representaria um inquestionável princípio de igualdade. Possuir *cidadania* então, significaria bem mais do que uma concessão mas, antes, um atributo extremamente funcional para a sociedade, indispensável para a constituição de um mercado competitivo ou, ainda, “[...] um elo de natureza diferente, um sentimento direto de participação em uma comunidade baseado na lealdade a um patrimônio comum” (MARSHALL, 1967) nas palavras do autor em pauta. É dentro de tal contexto que se erigem as instituições de proteção social ao longo de todo o século XIX, não só na Inglaterra, como em outros países da Europa, e mesmo nos Estados Unidos, posteriormente.

Mas, qual seria o significado da proteção à saúde que se instaura no contexto da modernidade? Mais uma vez, na história, tudo começa *antes* do que parece... Rosen (1994) afirma a existência de uma verdadeira “façanha sanitária medieval”, em que pesem as limitações políticas e científicas inerentes a tal período histórico, e que se traduzem, por exemplo, pelos esforços em lidar com os problemas sanitários urbanos, com a criação de medidas de saúde pública mais tarde consagradas, tais como a “quarentena”, e ainda pela atuação da Igreja Católica e das organizações comunitárias na criação dos hospitais e outras instituições voltadas para o cuidado médico e a assistência social, entre outros.

Mas os avanços de maior monta vêm a ocorrer, ainda segundo Rosen (1994), após a instauração da maneira de pensar iluminista, e pelo desenvolvimento do mercantilismo, ao longo dos séculos XVI a XVIII, que produzem uma grande evolução da ciência, particularmente da ciência médica, nos campos da anatomia, da fisiologia e da patologia, com Vesalius, Harvey, Morgagni e tantos outros. Os novos conhecimentos permitiram avançar, não só sobre o entendimento mais profundo da estrutura e do funcionamento do corpo humano, como também em relação à sua aplicação sobre a saúde das coletividades. É uma fase de avanço de um enfoque quantitativo sobre os problemas de saúde, com o desenvolvimento da chamada *aritmética política* – disciplina mãe da bioestatística. Começa a tomar forma, também, a idéia da existência de organismos diminutos como causadores de inúmeras

doenças. Para o autor citado, é também esse o período em que aparecem as idéias de que seria essencial uma população numerosa e sadia para garantir a riqueza e o poder da nação.

Foi um momento de debates empolgados dentro da sociedade, envolvendo estadistas, políticos, médicos e homens de negócio mas, principalmente, foi uma era de reconhecimento de aceitação de responsabilidades públicas pela saúde da população. Nasce assim as políticas de saúde modernas, imbuídas do espírito do *welfare economics* e fundadas na concepção de um *homo economicus*. Era também uma era de moralidade e intolerância, mormente em relação aos mais pobres, sobre os quais dizia Chadwick (apud ROSEN, 1994): “[...] vivem na imprevidência, na imoralidade, em comparação com os que trabalham, os quais sabem conduzir suas coisas”.

Mas, mesmo gradualmente, as mudanças políticas ocorridas na Europa na primeira metade do século XIX – a *Age of Revolution*, de Hobsbawm (1994) – acabam por favorecer uma mudança qualitativa do caráter da ação política em saúde, transformando as noções de concessão e repressão, anteriormente vigentes, em noções de direito e justiça social. Neste particular, os anos transcorridos entre 1840 e 1854 são bastante expressivos com relação a tais mudanças, configurando o que Krieger e Birn (1998) denominaram de “o surgimento de um movimento social e de uma profissão”, correspondendo às grandes mudanças políticas e culturais em todo o mundo ocidental. Assim, a saúde transformou-se em assunto público, e o estado de saúde, doença e bem-estar da população passa a ser considerado um reflexo da ação política. É construída, assim, a *Saúde Pública moderna* sob a égide da *justiça social*, na visão dessas autoras. O Quadro 4, inspirado no trabalho em pauta, mostra alguns dos acontecimentos políticos, culturais e sanitários da era da *fundação da saúde pública*.

Por muitas razões, a Inglaterra tem em sua formação de políticas de proteção social e à saúde uma expressão paradigmática. Rosen (1994), por exemplo, acredita que a moderna Saúde Pública originou-se justamente na Inglaterra, entre os séculos XVII e XIX, por ter sido este o primeiro país industrial moderno. Neste período, os ingleses ampliaram sobremaneira seu poderio naval e o sistema de capitalismo mercantilista nele assentado, acumulando, além disso, grandes inovações tecnológicas, com base científica empirista, dando origem a uma economia industrial-urbana que superou inteiramente as raízes agrárias anteriormente vigentes, além de gerar transformações radicais na estrutura social da nação (RIBEIRO, 2000).

QUADRO 4 – A fundação da saúde pública

EVENTOS POLÍTICOS E CULTURAIS	EVENTOS SANITÁRIOS
1840-1847	
<ul style="list-style-type: none"> • Primeiras leis de limitação do trabalho infantil na Inglaterra e nos Estados Unidos • Revoltas populares contra a fome na Irlanda • Movimentos anti-escravagistas 	<ul style="list-style-type: none"> • Villermé publica seu estudo sobre as condições de saúde dos trabalhadores na França • Chadwick (1842) e Smith (1847) publicam estudos semelhantes na Grã-Bretanha • Griscom, idem em Nova Iorque • Engels publica <i>Conditions of Working Class in England</i>
1848	
<ul style="list-style-type: none"> • Movimentos revolucionários anti-monarquistas em vários países europeus (<i>Primavera dos Povos</i>) • Revolução na França • Primeira convenção dos direitos femininos nos EUA • H. Thoreau publica <i>Civil disobedience</i> • Marx e Engels publicam o Manifesto Comunista 	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemias de cólera em todo o mundo • Virchow publica <i>Medicinishe Reform</i> na Alemanha • Criação de um Comitê de Saúde da Segunda República na França • <i>First Act of Public Health</i> na Inglaterra • Criação de um comitê de Higiene Pública na recém fundada <i>American Medical Association</i>
1849-1854	
<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundamento da luta pela libertação dos escravos nos EUA 	<ul style="list-style-type: none"> • Elizabeth Blackwell cria o primeiro dispensário para mulheres e crianças pobres em NY • Fundação da <i>London Epidemiological Society</i> • John Snow publica <i>On Cholera</i> e bloqueia a transmissão da doença em áreas de Londres (<i>Broad Street</i>)

Foi na Inglaterra que ocorreu, ainda de forma coerente com seu processo de desenvolvimento político, o grande marco da proteção social, a Lei dos Pobres – promulgada em 1601 e em vigência ao longo dos dois séculos seguintes – e que teve como característica principal a atribuição de responsabilidades às freguesias (*parishes*) pelo cuidado de seus pobres, antecipando, curiosamente, uma tendência contemporânea da política social que é a descentralização. A proteção, no caso, era marcada por uma forte ênfase

ao trabalho, refletindo a máxima protestante de que “mentes vazias são oficinas do demônio”. Com isso, criou-se uma oferta de mão de obra para as manufaturas nascentes, através das instituições de formação e adaptação ao trabalho, as *work-houses*.

As primeiras décadas do século XIX marcaram profundamente os rumos do capitalismo inglês e da formação das políticas de proteção social no país, pois não só se deterioraram as condições de vida da população e aumentaram as tensões e agitações nas ruas, como também a industrialização, que já datava de um século, buscava novos mercados e incorporava tecnologias e recursos cada vez mais diferenciados. Neste aspecto, o ano de 1834 representa um marco, pois corresponde ao momento em que a Lei dos Pobres, que vigorara por mais de 200 anos, é revogada, dando lugar à formação definitiva de um verdadeiro mercado de trabalho competitivo na Inglaterra. Segundo Polanyi (1980), antes disso não havia um sistema social de capitalismo industrial no país. É a partir do *Poor Law Reform Act*, de 1834, que a história social passa a ser determinada por uma lógica de mercado, instalando-se, assim, de fato e de direito – e de forma irreversível – a era do *homo economicus* no mundo ocidental.

Antes disso, a lógica de mercado via-se tolhida pelas péssimas condições de vida da população. Neste aspecto, a literatura clássica inglesa, seja em Swift, Dickens, Blake, Austen e outros autores do período, fornece descrições de grande impacto, até os dias de hoje. Rosen (1994) expõe tal situação em tintas quase surrealistas, mesmo para a atualidade: as cidades eram extremamente insalubres (os trabalhos de Snow a respeito do cólera em Londres bem o comprovavam); as epidemias e as doenças de massa não possuíam nenhum controle e matavam milhares de pessoas em cada surto; havia um número inacreditavelmente alto de bares por habitante; as condições de saneamento básico eram sofríveis (em certos setores de Manchester não havia mais do que dois vasos sanitários disponíveis para cada 250 pessoas!), e assim por diante. Como se isso não bastasse, começaram a surgir manifestações violentas nas ruas de inúmeras cidades fabris britânicas, nas quais mais de 70% da população era composta por trabalhadores. Estes fatos comprometiam, sem dúvida, não só a produção de bens como as possibilidades de consumo interno dos mesmos. Esse é o contexto do *Poor Law Reform Act*, resultante de um estudo conduzido por Chadwick e Senior, entre 1832 e 1834.

Ainda dentro dos marcos das transformações ocorrida na Grã-Bretanha, merece destaque a criação de um tipo de instituição alternativo ao secular hospital, ou seja, o *dispensário*. Já no século XVII, há notícias deste tipo de serviço público, mas sua oficialização começa a se dar no último quartel do século XVIII, quando um médico londrino, G. Armstrong, cria uma unidade para atendimento a crianças pobres em um bairro popular, seguidas de outras em diversas cidades do país. Os dispensários ofereciam também cuidados em domicílio, inclusive atendimento obstétrico e, de modo geral, destinavam suas atividades às parcelas mais pobres da população (ROSEN, 1994).

O Quadro 5, inspirado em Rosen faz uma síntese dos eventos do período em pauta.

QUADRO 5 – Eventos sanitários na Grã-Bretanha no século XIX

ANO/PERÍODO	EVENTO
1841-1844	Criação de inúmeras associações civis de defesa de direitos e promoção de saúde (Saúde Pública como movimento social), entre elas a Associação de Saúde das Cidades, liderada por Southwood Smith, sob inspiração de Chadwick
1844	Relatórios da Comissão Real para Investigação da Saúde das Cidades (coordenado por Chadwick): maior centralização e unificação da política; novas leis de posturas urbanas.
1846	Ato Sanitário de Liverpool: a primeira medida sanitária de maior abrangência votada na Inglaterra, criando vários cargos de autoridades sanitárias locais (médicos, engenheiros e fiscais)
1848	Epidemia de Cólera em Londres e outras cidades e criação do Conselho Geral de Saúde, substituindo o comissariado provisório anterior.
1854	Renovação do Ato de Saúde Pública é rejeitada pelo Parlamento; ocaso da influência de Chadwick
1871	Criação do Conselho de Governo Local para a saúde pública
1875	Aprovação de um novo Ato de Saúde Pública e consolidação jurídica e administrativa da proteção sanitária.

As reações não tardaram a marcar presença, como pode ser atestado por um editorial do jornal *The Times* (que havia apoiado as medidas de intervenção inicialmente), cerca de 1850: “preferimos nos arriscar ao cólera, e ao resto, a nos impingirem a saúde”.

Cabe aqui uma breve digressão sobre uma situação peculiar do Reino Unido, a prática médica generalista, realizada sob auspícios estatais, cujos profissionais, conhecidos como *GP – General Practitioners* – têm presença marcante no sistema de cuidados à saúde daquele país desde o século XIX, constituindo a base operacional e a porta de entrada do *National Health System*.

Segundo Brotherston (1971), a emergência deste tipo de prática se dá no início do século XIX, associada às mudanças rápidas de natureza comercial e industrial ocorridas na sociedade inglesa da época. Havia, anteriormente, cerca de três categorias de praticantes de saúde, os *physicians* (médicos clínicos), os *surgeons* e os *apothecaries* (espécie de farmacêutico), frutos de um sistema que durava já cerca de 300 anos, mas cujo estatuto foi modificado através de unificação, ao longo das primeiras décadas do século XIX, em um processo conflituoso, com marcante intervenção estatal. Assim,

procederam-se mudanças que refletiram as pressões das demandas sociais, bem como do desenvolvimento de novos conhecimentos e tecnologias. Por volta de 1879, foram estabelecidas as seguintes categorias de GPs: (a) o *surgeon-chemist*, com formação médica e habilitação no manuseio de produtos farmacêuticos; inclusive com autorização para comercialização dos mesmos; (b) o *surgeon-apothecary*, com a mesma habilitação, porém sem autorização para comercialização de produtos farmacêuticos (c) os *médicos clínicos* propriamente ditos (*consultant order*), não envolvidos com a produção e a dispensação direta de medicamentos.

A unificação da profissão médica no Reino Unido ocorreu através de um *Medical Act*, baixado pelo Conselho Geral de Saúde, com debates intensos e muita polarização dentre os próprios médicos e a sociedade, entre 1830 e 1858, período em que também se registram grandes transformações na formação médica. Faz parte do cenário da época, também, a proposta de se criar uma *lower order of practitioner*, para atendimento às populações rurais pobres, prontamente rebatido pela *British Medical Association*, sob o argumento, sem dúvida progressista, de que “[...] *disease affected people wherever they were and of whatever class they were, and so the same degree of medical skill should be available for everyone*”. (BROTHERSTON, 1971). Nos últimos anos do século, ocorreram restrições à prática dos GP, correspondendo ao que o mesmo Brotherston (1971) denomina de “*the rise and the fall of the GP*”, devido à tendência ao crescimento das especialidades médicas cirúrgicas e dependentes de tecnologia, efeito que persistiu mesmo pelo século XX afora, e que só foi abordado normativamente com o advento do NHS, a partir de 1948. Uma frase de Bernard Shaw, citada por Brotherston (1971), reflete bem algumas das contradições a que estavam submetidos os GP ao final do século XIX: “[...] *to make matters worse doctors are hideously poor [...]. Better be a railway porter than an ordinary English GP*”.

É na Inglaterra, também, que surgem mudanças importantes na forma de organização dos sistemas de saúde, ainda nos primórdios do século XX, que vêm a provocar influências em todo o mundo ocidental, configuradas, por exemplo, na concepção de assistência à saúde dos *welfare states*. Assim, cerca de 1920, um *white paper*, subscrito por Lord Dawson of Penn, uma autoridade médica do sistema público da época, propunha a diferenciação dos serviços de saúde em três níveis de atenção, *primário, secundário* e de *hospitais docentes*, o que veio a fornecer as bases para todos os sistemas de atenção regionalizada e hierarquizada contemporâneos. Da mesma forma, foi através desta diferenciação de níveis, que ganharam substâncias as propostas de APS que se implantaram em muitos países do mundo, na segunda metade do século (STARFIELD, 2001).

Uma breve incursão ao processo de formação das políticas de saúde em outros países será realizada nas páginas seguintes.

A *França*, berço do iluminismo, do racionalismo e do reconhecimento

dos direitos do homem, coerentemente assumiu a liderança européia das ações públicas na área social e na saúde durante as primeiras décadas do século XIX. Já em 1790, a Assembléia Constituinte criou um *Comité de Salubrité*, responsável por assuntos variados como a educação médica, o saneamento das cidades, a medicina forense, a saúde animal e o controle das epidemias. Nesta época, já era consensual a idéia de que ao Estado competia proteger a saúde de seus cidadãos, e de que a doença tinha responsabilidade direta como causa de indigência. Desde 1791, foram nomeados médicos com funções de autoridade sanitária em cada departamento, com atribuições de cuidar dos indigentes, proteger a saúde das crianças, promover inoculações contra a varíola, notificar as epidemias, além de fazer relatórios sobre a situação de saúde local. Ainda no final do século XVIII, a Convenção aprovou leis que estabeleciam um Sistema Nacional de Assistência Social, de forma absolutamente inédita na Europa de então, apesar de sua implementação ter sido comprometida pela situação de anarquia civil pós-revolucionária (ROSEN, 1994).

Segundo Thévenet (1973), a par das influências ideológicas iluministas trazidas pela Revolução Francesa, o sistema de proteção social desse país também apresenta profundas influências da prática da caridade católica. Aponta essa influência como uma verdadeira *nova mentalidade*, originada ainda no século XVII, através do trabalho social desenvolvido por São Vicente de Paula, que associou a prática caritativa a um enorme talento de organizador, criando a instituição que ainda hoje tem seu nome, responsável por dispensários, asilos, creches e outras formas de abrigos para inválidos e deserdados, erigidos sob o princípio da dignidade e do direito à vida. Ainda segundo o autor em pauta, o que o movimento revolucionário fez, de fato, foi substituir a noção cristã de *caridade* por uma noção laica de *justiça*.

A partir de 1802, foram estabelecidos nas cidades francesas os *Conseils de Salubrité*, com uma feição que os aproxima das administrações de saúde contemporâneas, pois sua atuação pautava-se por uma relativa *integralidade*, abrangendo, por exemplo, a higiene do comércio de alimentos, os banheiros públicos, a educação médica, os sistemas de saneamento básico, os presídios, o atendimento a emergências, a saúde dos ambientes de trabalho, as estatísticas de morbi-mortalidade e muitos outros aspectos (ROSEN, 1994). Surge a *Medicina Urbana francesa*, com sua ênfase em enfrentar os problemas derivados do comprometimento das cidades assoberbadas pela migração rural-urbana pós-revolucionária e, que considera as cidades, nos marcos de pensamento racionalista da época, dentro de uma analogia com verdadeiros organismos vivos (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1979).

A proteção social francesa sempre colocou muita ênfase na infância e na família. Segundo Thévenet (1973), desde 1811, fora promulgada uma *Charte des Enfants Assistés*, substituída um século depois. Algumas décadas depois, surgem leis de assistência a crianças maltratadas e moralmente abandonadas. Trata-se de uma tradição que se prolonga por todo o século se-

guinte. Por volta de 1893, a assistência à saúde, predominantemente hospitalar até então, incorpora o princípio da *Assistance à domicile*, dentro do qual são inseridas a livre escolha do médico por parte dos pacientes, o reembolso de despesas, a garantia de atendimento especializado e hospitalar, entre outros aspectos.

A *Alemanha* integra-se apenas tardiamente ao conjunto dos verdadeiros estados-nações europeus, com a unificação promovida por Bismarck, por volta de 1870. Contudo, um pensamento social em saúde, de feição intervencionista e autoritária, pode ser encontrado em autores alemães desde o século XVI, de forma coerente com determinadas características políticas e econômicas marcantes nas cidades-estado e principados alemães desta época, quais sejam, o *absolutismo* e o *mercantilismo*. É então que se origina o conceito de *polícia médica* (*Medizinalpolizei*), típico do pensamento alemão, mas que deve ser interpretado à luz de sua raiz grega *politéia* – administração do Estado – portanto, o mesmo que *política*. Ressalte-se, ainda, que a preocupação alemã com a saúde é mesmo anterior à inglesa e francesa, só não tendo se concretizado como política nacional efetiva justamente pela tardia unificação alemã (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1979; ROSEN, 1994).

Um pouco da história do pensamento alemão em Saúde Pública é a seguinte: em 1665, Seckendorff sistematizou as finalidades da ação governamental em saúde, prevendo que as mesmas estivessem voltadas para o bem-estar e a proteção da saúde do povo e, também, para incrementar o crescimento da população, o que incluiria, entre outros aspectos, a supervisão do trabalho das parteiras, o amparo aos órfãos, a designação de autoridades sanitárias, a inspeção de alimentos, a prevenção de hábitos nocivos, o saneamento básico e ainda, de forma coerente com a época, a assistência à pobreza. Na mesma época Leibnitz, cientista, filósofo e político, já defendia a responsabilização dos governos pela saúde da população, dando grande ênfase à investigação quantitativa dos fenômenos de saúde e de doença. Frank, no final do século XVII, realiza a mais monumental obra sobre a *Medizinalpolizei*, considerada por Rosen como “[...] um código de saúde para déspotas esclarecidos”, no que é seguido por Mai, seu contemporâneo (ROSEN, 1994).

Frank, médico, educador, administrador e um erudito pensador, defendia a idéia de que a saúde do povo é uma responsabilidade do Estado e apresentou em uma extensa obra (*System*), marcada pelas idéias humanistas e iluministas, uma minuciosa descrição de um sistema de proteção à saúde, tanto no campo público como no privado, cujas principais características são: (a) estímulo à procriação e à vida familiar, com vistas a aumentar a população; (b) atenção à maternidade e ao puerpério; (c) proteção à criança, até a adolescência e inclusive no ambiente escolar; (d) promoção da higiene dos alimentos, das moradias, da recreação, dos dejetos e das vestes. A obra de Frank, realmente monumental e insuperada, ainda percorre inúmeros outros campos

da Saúde Pública, tais como a prevenção de acidentes, as estatísticas vitais, a medicina militar, a administração hospitalar, as doenças venéreas, epidêmicas e transmissíveis, além de outros aspectos (ROSEN, 1994).

As idéias da *polícia médica*, contraditoriamente humanistas e despóticas, tiveram grande influência nas cidades alemãs e no restante da Europa, sendo incorporadas pelos governos da Alemanha unificada, a partir de Bismarck. Ao longo das décadas que se seguiram à publicação do *System* de Frank, médicos ativistas alemães, como Virchow, Neumann e Leubuscher, bateram-se pela implantação dessas idéias, que passaram a incluir novas questões, como a saúde do trabalhador industrial, o licenciamento médico, as medidas de proteção específica contra as doenças transmissíveis, recém-preconizadas pela Revolução Científica em curso na época. Suas influências estendem-se ao longo do século XX, inclusive no Brasil, com a criação dos sistemas de previdência social modernos (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1979; ROSEN, 1994).

Estados Unidos: a liderança na Saúde Pública passou dos franceses aos ingleses em meados do século XIX e, a partir daí, foi incorporada nos Estados Unidos de forma expressiva, segundo Rosen (1979). As idéias sanitaristas de proteção coletiva e intervenção urbana, ao feitio inglês e francês, contudo, já haviam sido empregadas em Nova Iorque deste o ano de 1795, por ocasião de uma epidemia de febre amarela. Contudo, a não constituição, até aquele momento, de uma organização sanitária de cunho público impediu medidas eficazes.

Com o explosivo crescimento urbano do país, na primeira metade do século XIX, começou, gradualmente, a se desenvolver este tipo de organização. Neste aspecto, a cidade de Nova Iorque, sujeita a freqüentes epidemias, foi pioneira, criando a partir da primeira década do século uma administração permanente para a saúde. Curiosamente, a localização inicial dos serviços de saúde pública americanos era nas chefaturas de polícia, mas, de qualquer forma, a figura da autoridade sanitária, com mandato estatal, já se fazia presente. As funções exercidas por tais autoridades (Inspetor Sanitário da Cidade) incluíam a administração da saúde, o saneamento ambiental, o controle das epidemias e outras doenças e a estatística vital. As condições de saúde eram então tão ou mais precárias que as da Europa, dada a urbanização descontrolada, agravada pelas imigrações. A influência européia também se fazia sentir nas práticas de saúde pública, traduzidas por freqüentes e extensivos inquéritos, à feição daqueles desenvolvidos por Villermé e Chadwick, na França e na Inglaterra respectivamente.

A Saúde Pública americana ocupou-se intensivamente da problemática urbana, tanto que, por volta de 1845, foi iniciado um amplo movimento pela Reforma Sanitária no país, com ênfase nas responsabilidades locais, mas que evoluiu de forma incompleta e muito lentamente. Destacam-se, neste período, os nomes de Griscom, autor de um relatório à Chadwick sobre as condições

sanitárias de Nova Iorque, de Shattuck, um empreendedor preocupado com as questões de saúde, sediado em Boston, bem como a constituição de inúmeras e influentes entidades civis voluntárias de luta pela saúde, também de acordo com o modelo inglês. Uma administração nacional de saúde (*National Health Department*), que incorporou os princípios do movimento sanitário americano, entretanto, só foi criada por volta de 1879 (ROSEN, 1994).

A proteção à saúde na modernidade contemporânea

Aqui recorre-se, mais uma vez, a Hobsbawm (1995), em busca de uma definição precisa e coerente acerca da modernidade contemporânea, que este autor prefere chamar de o “breve século XX”, em contraposição ao “longo século XIX”. Com efeito, o autor elabora a imagem de que um “curto” século iniciou-se em 1914, com a deflagração da I Grande Guerra e se encerrou com a derrocada do império do socialismo real liderado pela URSS, no final da década de 90. São definidos, então, três períodos nesse segmento de tempo: o primeiro, a *Era da Catástrofe*, entre as duas grandes guerras mundiais; o segundo, entre 1945 e a chamada crise do petróleo de 1973 – a *Era de Ouro*; o terceiro, encerrado em 1990, marcado pela incerteza e pela decomposição – o *Desmoronamento*.

Nas linhas que se seguem, um pouco da elegância do historiador inglês, quando ele pinta um quadro lúcido do que foi este “curto século” no qual a Modernidade frustrou a todos que queriam vê-la consolidada e ampliada nas conquistas que possibilitou à humanidade durante o “prolongado século” anterior:

Contudo, Marx e os outros profetas da desintegração dos velhos valores sociais tinham razão. O capitalismo era uma força revolucionadora permanente e contínua. Claro que ela acabaria por desintegrar mesmo as partes do passado pré-capitalista que antes achava convenientes, ou mesmo até essenciais, para seu próprio desenvolvimento: acabaria servando pelo menos um dos galhos em que se assentava. Isso vem acontecendo desde meados do século. Sob o impacto da extraordinária explosão econômica da Era de Ouro e depois, com as conseqüentes mudanças sociais e culturais – a mais profunda revolução da humanidade na sociedade desde a Idade da Pedra – o galho começou a estalar e partir-se. No fim deste século, pela primeira vez, tornou-se possível ver um mundo em que o passado, inclusive o passado no presente, perdeu seu papel, em que os velhos mapas e cartas que guiavam os seres humanos pela vida individual e coletiva não mais representavam a paisagem na qual nos movemos, o mar em que navegamos. Em que não sabemos aonde nos leva, ou mesmo aonde deve levar-nos, nossa viagem (HOBBSAWN, 1995, p. 25).

Embora o próprio autor considere sua periodização provisória, até porque escreveu dentro desse tempo e, portanto, com dificuldades para melhor compreendê-lo e analisá-lo, é provocativo movimento tentar encontrar, nessa idéia de três eras, uma possível correlação com a construção dos sistemas de proteção social no mundo. E em uma aproximação, também provisória, possíveis articulações poderiam ser: (a) *Era da Catástrofe* – o fim dos antigos sistemas ainda muito marcados pelo credo liberal; (b) a *Era de Ouro* – o advento dos Estados de Bem-estar Social, a partir das formulações keynesianas (na verdade, resultantes de um primeiro baque de incerteza, a crise da década de 20); (c) *Era de Desmoronamento* – as “reformas das reformas”, crise do *welfare state* tradicional, afastamento do Estado e contenções de gastos sociais.

A aplicação da imagem das três eras no caso da proteção social deve ser considerada mais um recurso esquemático e de síntese – uma tentativa de configurar uma tipologia clara e aceitável – mais do que nela enquadrar, formalmente, todos os casos possíveis. Algumas exceções saltam aos olhos e mostram a incompletude do mesmo, por exemplo, o caso do Brasil e de outros países em condições semelhantes, que ainda realizam suas tentativas de implantar *welfare states* e que, apesar disso, já vêm fazendo “reformas de reformas” antes mesmo que tenham completado a obra primordial. Da mesma forma é o caso dos EUA, cujo *welfare* tem natureza especial e diferenciada, não acompanhando de perto as transformações vislumbradas dentro de tal esquema.

Na presente seção, o que se pretende é debruçar sobre algumas das mudanças mais recentes, correspondentes ao que se denominou acima de *Era de Desmoronamento*. O foco principal será colocado sobre os cenários abertos pelas mudanças políticas e econômicas das últimas décadas, com a crise do Estado de Bem-estar, a ressurgência do liberalismo e o aprofundamento da chamada globalização, por exemplo. Buscar-se-ão os impactos sobre o panorama dos sistemas de proteção social, particularmente na saúde, seja nos países centrais, seja nos dependentes, tomando-se o caso brasileiro como exemplo. Serão ainda levantadas algumas informações sobre o conteúdo das agendas de política social dos organismos internacionais, seja na área de regulação financeira (FMI), desenvolvimento econômico (Banco Mundial) e saúde (sistema OPAS/OMS) e seu impacto nas reformas dos sistemas de saúde em curso na presente década.

O sentido das políticas de proteção social

Se o século XX teve sua trajetória marcada pelas mudanças e, ainda mais, pela sua rapidez e universalidade, as políticas sociais, sem dúvida, foram caudatárias diretas dessas características. Nos anos do otimismo, como aponta Hobsbawn (1995), teria havido a ocorrência de uma verdadeira

“Revolução Social”, transcorrida entre o final dos conflitos mundiais, na década de 40, e os anos 90, com o fim do socialismo real e a aparente “morte das ideologias”. São características de tal período: (a) a urbanização progressiva e a rápida “extinção” ou redução numérica acentuada do campesinato na maioria dos países; (b) a necessidade cada vez maior do acesso à educação mais sofisticada e mais tecnológica em toda parte; (c) o declínio numérico e a perda de prestígio e poder político da própria classe operária industrial – o proletariado histórico – configurando o que seria não *uma crise de classe, mas de sua consciência*, muito embora em ritmo não tão acentuado como ocorreu com o campesinato; (d) o advento de um novo ator histórico – as mulheres – cada vez mais escolarizadas, cada vez mais inseridas no mercado de trabalho, inclusive quanto aos seus segmentos anteriormente excluídos de *mães e esposas*. Estes fatos certamente compõem um pano de fundo abrangente para as transformações da política social ocorridas ao longo do século e, particularmente, em sua segunda metade.

As políticas sociais estão articuladas de forma profunda ao desenvolvimento do capitalismo, que traz, como consequência, questões sociais de alta complexidade e dinâmica característica. Como elementos deste contexto estão: a formação do proletariado, a urbanização, a ruptura das economias de mera subsistência, fortemente dependentes da exploração direta da natureza, o enfraquecimento de determinadas formas tradicionais de solidariedade providas pela própria sociedade. Com consequências mais visíveis, destacam-se a insegurança e a pobreza (LAURELL, 1995).

Modernidade e capitalismo acarretaram sempre políticas sociais, mas dentro de um *modus operandi* que requer determinadas mediações para sua compreensão integral. Assim, a relação de possível causa e efeito é complexa e determinada de forma múltipla, vislumbrando-se nela componentes de legitimação política e reprodução econômica, a par de características mobilizadoras e até mesmo libertárias, racionalidades humanistas, partidárias, religiosas, entre outras. Conforme acentua a mesma autora (LAURELL, 1995), a chamada “questão social” adquire o status de *fato político* e as propostas de solução passam a fazer parte de uma vasta gama de mecanismos representativos e, em contrapartida, das ações do aparelho de Estado e de suas relações com a sociedade e o mercado. Estabelecem-se, assim, dinâmicas próprias que têm sido exaustivamente examinadas na literatura, como por exemplo, as articulações entre público e privado; direito e benefício; legitimação e conquista social; mérito e universalização, entre outras.

Políticas sociais, dentro da tradição marxista (FALEIROS, 1979), representam, no âmbito dos blocos de poder político e econômico, uma resposta ao *direito ao trabalho*, traduzida como *direito à assistência* de diversas naturezas, seja estabelecendo trabalhos públicos (“frentes”), seja através das cestas básicas alimentícias e outros mecanismos, voltados para uma lógica de manter a lealdade das classes de baixo e sua mobilidade e reserva para o trabalho. Para quem não trabalha, surge outra gama de medidas impostas

pelo Estado com o apoio dos grupos dominantes, de caráter geralmente tutelar e que aviltam, modo geral, o ganho financeiro dos assistidos, concedendo-lhes apenas o *mínimo*.

Em um processo de síntese conceitual, a discussão das políticas sociais tem sido projetada para territórios cada vez mais amplos, deixando de lado as explicações economicistas, politicistas, culturalistas, isoladas, em busca do que Laurell (1995) propôs como “abordagem histórico-processual”, dentro da qual as políticas são discriminadas em termos não só de seus fundamentos, conteúdos e orientações ideológicas e políticas, mas também dentro das implicações resultantes das interações e dos embates entre as forças políticas em cada momento histórico.

A construção dos sistemas clássicos de bem estar social, em sua feição européia, como é o caso da Inglaterra, dos países nórdicos, bem como de outras nações, deu-se no pós-guerra e em toda a década de 50 e 60. O autêntico *welfare-state*, na forma como hoje é conhecido, associado aos nomes de Keynes e Beveridge, tem esta origem, com tradução de mínima proteção governamental em termos de renda, alimentação, saúde, educação e habitação, assegurados a cada cidadão não como caridade ou concessão do Estado, mas como um direito. A origem histórica destes sistemas de proteção é, entretanto, mais antiga, coincidindo com a formação dos Estados nacionais e os processos de industrialização e urbanização. São estes Estados que começam a se distanciar do *liberalismo*, em direção a um modo mais *social*, que promove o que Viana (1997) denomina de um “tipo particular de arranjo entre o Estado, o mercado e a sociedade”, simbolizando dessa forma um “duplo compromisso”: entre o Estado e o mercado e entre a democracia e o capitalismo.

Como resultado de tal arranjo, típico do período histórico de diferenciação, crise e expansão do capitalismo, originam-se padrões distintos de intervenções do Estado sobre a vida social, organizadas em torno de dois eixos, o primeiro, *universal/seguridade*, típico da Escandinávia e do Reino Unido e o segundo, *ocupacional/seguro*, vigente na Europa continental – com suas variedades mistas (VIANA, 1997).

O caso da saúde

Em relação aos sistemas da saúde, o quadro acima referido se amplia, visto que, já no final do século XIX detectam-se, na Europa principalmente, uma “primeira onda” de reformas, caracterizada por financiamento subsidiado estatal e programas específicos para os mais pobres e trabalhadores de baixa renda, tendo como paradigma o caso inglês (*sanitarismo*), com desdobramentos inclusive no século XX. Uma segunda onda seria aquela advinda da crise do pós-guerra, cujo exemplo típico é a formação do *National Health System*

britânico, com extensão da atenção e inclusão do acesso aos cuidados de saúde entre os direitos de cidadania; o terceiro momento é mais complexo, iniciando-se, ainda nos anos 60, com a expansão pura e simples da assistência, seguido, em anos mais recentes, de uma crise desse modelo e a necessidade de formulação de uma agenda pós-*welfare* (ALMEIDA, 1996).

O caso da saúde tem suas particularidades, aliás muito numerosas e variadas. Na verdade, a “primeira onda” de reformas corresponde ao período em que as opções se diversificaram, particularmente no contexto europeu, quando os avanços sociais obtiveram maior primazia se comparados mesmo aos países avançados da América do Norte ou do Oriente. As alternativas disponíveis, naquele momento, segundo Costa et al. (2000) seriam: (a) o modelo *beveridgeano*, baseado no financiamento por fundos públicos fiscais, com garantia de acesso, gratuidade e integralidade, correspondendo ao *welfare state* clássico inglês e escandinavo; (b) o modelo *bismarckiano*, baseado em seguro e pagamento compartilhado entre sociedade e Estado, apoiado em estruturas corporativas e acesso condicionado pela condição de emprego e mérito. Um terceiro modelo, dito de *mercado*, também ocorria, tendo como características principais a organização a partir das capacidades de compra e consumo de seus usuários (cidadãos-consumidores) ou das empresas às quais estes estão vinculados – este é o padrão que vigora, ainda hoje, nos EUA e no Japão.

Em termos mais amplos, ou seja, do desenvolvimento do *welfare state*, há quem vislumbre, como é o caso de Navarro (1995), uma onda mais tardia de reformas sociais que afetou, não só os países que haviam participado dos primeiros movimentos nas décadas de 40 e 50, mas também outros da Europa, além do Canadá, Estados Unidos, Japão, Austrália e Nova Zelândia. As características deste período, típico dos anos 60 e seguintes, seriam: (a) escassez de mão-de-obra, como consequência de um *boom* econômico despertado pela guerra do Vietnã; (b) a provisão de serviços sociais mantidos nos *welfare states* vigentes; (c) o aumento do número e da intensidade das reivindicações trabalhistas nos países centrais; (d) uma certa perplexidade do empresariado capitalista face aos rumos do movimento operário; (e) novos conteúdos e estratégias dos programas partidários (pelo menos de representação operária) – aspectos que teriam resultado no relativo compartilhamento do controle do processo produtivo entre proprietários e trabalhadores.

A era do desmoronamento: crises do *welfare state* e dos sistemas de saúde

O final de década de 70 e os anos 80 marcam uma inflexão importante na história das políticas sociais no mundo, com reflexos diretos e muito importantes na América Latina e, particularmente, no Brasil: a *crise*. “Crise

da realidade ou apenas crise de paradigmas?” - indaga Tetelboim (1992). A resposta da autora é que se está diante de uma realidade mutante, antes promissora, agora ameaçadora, em vias de desfazimento, particularmente no terreno das políticas sociais. Mas há também uma enorme dificuldade em situar e clarificar os termos conceituais, para não dizer ideológicos, do processo de mudança. Cumpre, aqui, situar os termos principais do debate.

Países que já haviam implantado ou reformado seus sistemas de proteção social, nas décadas anteriores, viram-se profundamente afetados. Aqueles que experimentavam reformas nesta área foram obrigados a renunciar às grandes mudanças em suas políticas sociais, em nome de uma minimização do Estado, ou da transferência de responsabilidades ao setor privado e às instâncias não-centrais de governo, ou, ainda, da contenção de despesas e do equilíbrio das contas públicas.

Hobsbawn (1995) chama atenção para os fenômenos históricos mais amplos que correspondem a esse período, englobando-os à *Era de Desmoroamento*. Entre as características dessa fase complexa, em que “[...] o mundo perdeu suas referências e resvalou para a instabilidade e a crise”, o autor aponta: (a) o reconhecimento apenas tardio, entre os políticos e pensadores do mundo capitalista, de que dessa vez a crise não se resumia à “recessão” ou “depressão”, como em ocasiões anteriores (1930 e 1987, por exemplo); (b) o desencontro, em torno de explicações convincentes, *just in time*, para a crise e seus desdobramentos; (c) uma associação quase paradoxal entre o declínio de indicadores sociais e alguns sinais de pujança do sistema capitalista, como, por exemplo, intensificação do comércio internacional, aumento da produtividade, quedas não proporcionais ou mesmo manutenção do PIB – pelo menos no segmento mais desenvolvido do mundo; (d) marcantes diferenças entre o declínio de indicadores econômicos e comportamento dos indicadores sociais, nos países centrais e periféricos, com nítido prejuízo destes últimos; (f) o reaparecimento da miséria em todo o mundo, inclusive em países ricos, como denunciado pela emergência do *street people* e outros segmentos marginalizados em números crescentes e impensáveis nas décadas anteriores; (g) o gradual ressurgimento de inquietações sociais; (h) o corte de despesas afetando mais intensivamente a área social, entre outros.

Além disso, destaca o autor, o capitalismo parecia já não funcionar tão bem quanto na época anterior, dita “de ouro”, e suas operações começavam a se tornar praticamente incontroláveis. Dessa forma, perde potência o grande instrumento regulador dos períodos anteriores, a política de governo; com isso os estados nacionais experimentaram uma enorme perda de poder político e econômico.

A crise dos sistemas de bem-estar apresenta certa clareza em seu reconhecimento entre seus analistas, mas certamente o mesmo não acontece com as explicações a respeito de seus componentes estruturais, bas-

tante complexos e objetos de grande divergência entre os analistas. Granados-Toraño (1995), em uma explanação sem dúvida didática, situa o processo da *crise dos sistemas de saúde* dentro de sete dimensões, a saber: (a) *temporal*: não há como alcançar melhores indicadores de saúde pela maioria dos países, a não ser que se alterem radicalmente os modos de intervenção sobre os problemas; (b) *ideológica*: o momento é de “reacomodação das concepções políticas”, afetadas pela falência do socialismo real e pelo fracasso das políticas hegemônicas em obter resultados na luta contra a pobreza e pela melhoria da saúde; (c) *política*: falência do estado de bem estar social clássico, com dificuldades na busca de soluções alternativas, dando lugar ao “estado de mal-estar”; (d) *epidemiológica e demográfica*: as dificuldades de tomada de decisões consistentes por parte dos governos, face aos fenômenos da *transição* que afetam particularmente os países em desenvolvimento; (e) *paradigma estatal*: afastamento e marginalização do Estado como promotor do desenvolvimento social, em detrimento do mercado, a partir dos anos 80; (f) *técnica e metodológica*: inadequação dos instrumentos de análise dos processos de saúde, com necessidade da construção de novas bases doutrinárias; (g) *econômica*: queda do paradigma normativo de planejamento, com o advento do sistema de incentivos econômicos e de externalidades da saúde como instrumentos de mudança.

Independente de se tratar de um processo geral do sistema capitalista ou, particular do setor saúde, ou de seu caráter cíclico ou permanente, ou, ainda, das conclusões da corrente interpretativa que sobre ela se debruça no momento, a *crise* trouxe para o setor saúde desafios e contratempos não experimentados no passado. Os *anos dourados* (não mais do que duas décadas) de conquistas sociais e expansão de benefícios, principalmente em direção à universalidade, foram, a partir de então, colocados em cheque e sob alto risco de incertezas. Isso para países que haviam saído na frente em seus processos de construção e reforma de sistemas de saúde, pois, para os demais, geralmente dependentes e periféricos, os agravos ao setor foram catastróficos, não sendo raros os casos de autênticos abortamentos dos processos reformistas, ameaça ainda não totalmente esconjurada no Brasil, por exemplo.

Os reflexos da crise na saúde, não seriam, entretanto, surpreendentes. Desde os anos 60 se denunciava (ver, por exemplo ILLICH, 1975), os riscos de uma *nemesis*, pela excessiva dependência do sistema de saúde em relação ao capital e à tecnologia, além de sua inserção em um imenso e poderoso *complexo médico-industrial*, expressão cunhada d’après o *complexo industrial-militar* dos anos da Guerra Fria. Dessa forma demonstra-se o que muitos autores latino-americanos têm transformado em pedra de toque de suas reflexões sobre a formação e a evolução dos sistemas de saúde na região (ver por exemplo LAURELL, 1994; GRANADOS-TORRAÑO, 1995; MENDES, 1993; TESTA, 1992; ALMEIDA, 1997; VIANNA, 1997, além de muitos outros), qual seja a hegemonia norte-americana na constituição das

políticas sociais e de saúde, geradoras de dependência e exclusão. E também como expressão altamente influenciadora nos processos de reforma e correção racionalizadora das disfunções deste mesmo sistema.

O Estado, também, deve aqui ser visto como peça fundamental em tal jogo de forças, ao facilitar e abrir caminho, por um lado, para o aprofundamento da crise da saúde (o caso da Previdência Social nos anos do “milagre”, no Brasil, é bastante significativo); por outro lado, na condução dos processos de ajustes e reformas do sistema, realizados, por vezes, sob o patrocínio e a influência política e técnica de agências internacionais e programas de cooperação técnica estrangeiros. Segundo Almeida (1997), algumas dimensões do envolvimento do Estado devem ser apreendidas para o melhor entendimento do processo de *desmoronamento* na saúde. São elas: (a) *regulatória*: referente às condições de oferta da atenção à saúde e sua inserção (ou não) no modelo keynesiano, tendo como questões centrais o grau de cidadania, o poder profissional, a natureza, a organização e os resultados dos serviços de saúde; (b) *econômica e tecnológica*: relacionada à contínua expansão da alta tecnologia nas economias de mercado, com a participação do Estado em papéis diversos – regulador, prestador, produtor direto; (c) *política*: que leva em conta a participação do Estado e dos outros atores na arena de conflitos distributivos ao encaço dos recursos, entre eles, empregos, poder e interesses de modo geral.

O panorama internacional e as mudanças das agendas na saúde

Sob as influências do “receituário anti-crise” das agências internacionais para a saúde, capitaneadas pelos organismos de fomento (particularmente o Banco Mundial), mas também da marcante presença norte-americana na formação ideológica e cultural das elites do terceiro mundo, consolida-se, nos anos 80, um movimento reformista dos sistemas de saúde minados pela crise, apoiado em uma ampla gama de argumentos, mas de maneira geral convergentes com a denúncia de inviabilidade e irracionalidade do *welfare state* na sua feição tradicional *beveridgeana* (ALMEIDA, 1996). De forma simplificada e, talvez, eivada de ideologia, tal movimento tem sido denominado singelamente de “neo-liberalismo na saúde”. O fato é que, a crise desencadeada pela expansão acentuada da assistência acabou por resultar em uma nova agenda de propostas reformistas, cuja essência estava no questionamento dos fundamentos básicos que haviam estruturado os sistemas de saúde até então, e cujo eixo central concentrou-se na intervenção estatal. Sobreveio, assim, a onda de reformas dos anos 80, articulada à crise fiscal do Estado – com concordância dos críticos, à direita e à esquerda – quanto ao ataque ao *welfare state*, bem como articulada ao “profissionalismo” (corporativismo) e ao enfoque assistencial dos sistemas de saúde.

O panorama internacional revelava-se, além do mais, francamente propenso às mudanças dos sistemas de saúde. Com a liderança dos EUA, os organismos internacionais, entre eles o Banco Mundial e a OECD, procuraram realizar diagnósticos setoriais abrangentes durante a década de 80, de forma a compor a já mencionada agenda sanitária pós *welfare-state*. Reorganizou-se, assim, o panorama das agências internacionais com atuação na saúde, vislumbrando-se a perda progressiva do espaço das entidades tradicionais (sistema OMS) e o predomínio dos organismos dotados de mandato econômico, como o Banco Mundial e o FMI.

Como destaca ainda Almeida (1996), em um primeiro momento, nos anos 70, procurou-se racionalizar e conter custos, porém sem perder de vista a expansão do sistema, que havia produzido e ainda produzia ganhos políticos importantes. A seguir, entretanto, já nos anos 80, as estratégias evoluem para a ênfase no controle de gastos e equilíbrio financeiro do sistema, sobrevivendo, então, políticas mais radicais de ajustes fiscais e cortes de benefícios. Nesta etapa, as idéias geradas nos EUA a respeito de competição e gerenciamento (a partir dos trabalhos originais de Einthoven) ganharam corpo e se difundiram *urbi et orbi*, até mesmo para o verdadeiro “santuário” do *welfare-state* na saúde, que era o NHS britânico. Nos comandos nacionais, Reagan e Thatcher, respectivamente.

De forma bastante sumária, pode-se dizer que a mudança de enfoque nas políticas de saúde dos anos 80 teve, por substrato, uma mudança de paradigma da intervenção estatal no campo social (ALMEIDA, 1996), centrada, além do mais, na ausculta e na qualificação das preferências dos consumidores e na contenção de custos. As linhas gerais de tal política são: (a) princípios filosóficos centrados em universalidade da satisfação (não mais da oferta); (b) busca de impacto das ações e priorização aos mais necessitados, por meio de mecanismos de *focalização*; (c) substituição da ação estatal monopolizadora, centralizada, unificada e controlista, pela noção de *mix* institucional, que inclui Estado, setor privado, filantropias e famílias; (d) novos processos de organização e decisão: financiamento separado da provisão de serviços, descentralização, atuação por projetos, competição, ausculta ao consumidor, criação de fundos de investimento na área social, financiamento baseado em co-participação (auto-sustentação) e recuperação de custos; (e) novas diretrizes para manuseio de recursos: subsídios à demanda, incentivos a “quase-mercados”, competição, liberdade de escolha; (ALMEIDA, 1996). Configurou-se, assim, o que Terris (1999) denuncia como a *tríade neo-liberal das reformas anti-saúde*, com o corte dos orçamentos públicos para a área social, desregulação e afastamento do Estado do processo decisório das políticas e privatização.

O quadro daí advindo tem sido chamado de *americanização* dos sistemas de saúde, aspecto amplamente discutido por Vianna (1997), que difundiu o termo no Brasil, além de lhe acrescentar o epíteto de “perversa”. No artigo em pauta, esta autora comenta os possíveis processos de desmonte

das estruturas de bem-estar resultantes da *americanização perversa* e constata que, nos dois lados do mundo, eles se sucederam de maneira diferente, ao ponto de se permitir um aposto esclarecedor no título dado ao texto: “Notas (menos pessimistas) sobre a globalização e o Estado de Bem Estar”. Segundo esta autora, há mais alarde do que evidências a respeito de tal desmonte, pelo menos nos países centrais. Analisando o caso inglês, considerado o mais “americanizado” entre os países europeus, verifica-se, na verdade, um incremento do PIB gasto em saúde entre 1974 e 1986, tida comumente como a *era do desmonte*. O mesmo, aliás, aconteceria em outros países como Alemanha e mesmo os EUA. A autora explica o fato pela existência, na Inglaterra, de fortes fontes de apoio ao NHS no âmbito da sociedade, o que descreve como “novos cenários e novos atores”, dentro de um processo de natureza cultural, simbólica e política. Para o Brasil, entretanto, e certamente para outros países de estrutura social e política semelhante, permanece no horizonte o fenômeno da *americanização perversa* da política social, traduzido pela dupla face das mudanças do próprio sistema (privatizações, focalização, racionamentos, apelo ao mercado), bem como da forma de articulação dos grupos de interesse (*lobbying*).

Os casos latino-americano e brasileiro

No Brasil, como no restante da América Latina, os anos 80 representaram o período de gênese da crise das políticas sociais. Do ponto de vista da economia, assistiu-se ao baixo crescimento do PIB e a queda significativa da renda *per capita*, com endividamento externo sem precedentes, desindustrialização progressiva, sucateamento e *déficit* tecnológico. A inflação tornou-se permanentemente sem controle e ocorreu a redução do investimento produtivo *pari passu* ao incremento da lucratividade empresarial. Aumentaram as transferências financeiras público-privadas, via juros da dívida interna. No Brasil e em outros países, tais como Argentina e México, a instabilidade da política econômica mediu-se pelos planos econômicos sucessivos e de curta vigência durante toda a década. Além disso, tornou-se marcante a concentração da pobreza nos espaços urbanos e o aumento da polarização entre os mais ricos e os mais pobres. Do ponto de vista político, no Brasil, revigorou-se o desenvolvimentismo por via estatal (Era Geisel), seguido, desde o final dos anos 70, da redemocratização e incremento da participação política da sociedade, de forma progressiva, com importância cada vez maior de novos e destacados atores sociais, tais como movimentos sindicais, corporativos, “sem-terra” e partidos políticos. Verificou-se, simultaneamente, uma redução da governabilidade, com a perda de legitimidade do Estado autoritário, a construção penosa de uma “nova ordem” e o surgimento acelerado de novas demandas.

Foi uma *era de incertezas* associadas ao *desmoronamento*, sem dúvida. A crise assim retratada, longe de se constituir como fenômeno conjuntural, expressava muito mais uma dinâmica estrutural, ou seja, uma profunda crise estrutural do modelo de crescimento e de Estado em que se sustentou. A crise brasileira foi a mais forte dentre os países do sub-continente, resultando em um padrão de ingovernabilidade política e de *estagnação* sem precedentes, porém inteiramente previsíveis e inerentes aos fatores determinantes de sua gênese (FIORI, 1993).

A crise do Estado levou ao estrangulamento completo de uma estratégia de desenvolvimento longamente tentada no Brasil, e cuja gestão as elites nacionais, mais uma vez, se descuraram, por possível incompetência ou mesmo falta de visão política. Um aspecto positivo, porém, deve ser destacado na crise – e que vai modular a atuação estatal em momento posterior: o Estado. Deslegitimado, por um lado, ele passa a ser alvo de mudanças tangíveis em sua forma de condução das políticas sociais, por outro. O caso da saúde é paradigmático, quando se vai analisar tal papel, por assim dizer, *reativo*, dos Estados latino-americanos, entre os quais o caso brasileiro é digno de destaque (FIORI, 1993).

Para completar a presente seção, uma palavra sobre a *globalização*, muito particularmente sobre a *globalização da saúde*. Justificam-se tais comentários, no presente momento, devido a uma certa confusão, intencional ou não, que se faz ao atirar à vala comum não só o tema das reformas contemporâneas dos sistemas de saúde, como também outros correlatos, mas não necessariamente vinculados àquele por relações singelas de causa-e-efeito, como é o caso da falência do *welfare-state*, do chamado “neoliberalismo”, da *americanização perversa*, além da *globalização*. É preciso sair das malhas das teorias conspiratórias (no caso, *neo-conspiratórias*) para observar e compreender os fenômenos da realidade contemporânea, como é o caso das mudanças no panorama das políticas sociais, que certamente têm em sua base uma ampla gama de fatores, que passam pela economia e pela política, mas que em muito as ultrapassa.

A referência aqui utilizada é Berlinguer (1999), que questiona: qual globalização? Para qual propósito? Sob a condução de quais forças? No caso da saúde, adverte, o processo vem de longa data, desde a “unificação microbiana do mundo”, que se sucedeu à chegada de Colombo à América, prosseguindo ao longo dos séculos XIX e XX através de diversos eventos, como a imunização contra a varíola; as descobertas revolucionárias da microbiologia e da parasitologia; as novas armas da terapêutica química; as políticas de proteção ao trabalho; às crianças, às gestantes e às famílias; o controle de muitas doenças endêmicas (mesmo atrelado a interesses estratégicos e comerciais, como ocorreu com a Febre Amarela no Panamá e no Caribe). Ao lado dos aspectos mais positivos, a globalização tem também – e nisso o autor é incisivo – sua face perversa dada, por exemplo, pela predominância economicista no trato das questões de saúde, traduzida pela

influência do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional nas agendas do setor; pela re-emergência de epidemias e endemias, tendo como caso paradigmático a AIDS; pelas ameaças ao meio ambiente, pela expansão do tráfico de drogas; pela violência cada vez menos sob controle. Entretanto, Berlinguer, um pensador da esquerda européia mais crítica, definitivamente fora do figurino de arauto do neo-liberalismo ou de portador do pensamento conservador da variedade “Tietmeyer”, de que fala Bourdieu (1998), se permite ser otimista com o futuro:

Globalization is not a dirt word, a wicked invention of neoliberalism. Globalization is a positive tendency of Homo sapiens sapiens, in the species' present stage of knowledge and development. Any negative perception of globalization relates to its marked imbalance in terms of power and ultimate purpose. These are the features we must change. [...] In terms of ultimate purpose, fundamental human rights and the problem of equity should have pride of place; or at least they should come back on the scene, after a long period of neglect. Health and safety pertain to this domain, as a right of life and a precondition for all forms of freedom (BERLINGUER, 1999, p. 590).

As reformas da saúde nas agendas dos organismos internacionais

Em uma das visitas do escritor José Saramago ao Brasil, logo após haver sido indicado para o Prêmio Nobel de Literatura, ao ser instado pela imprensa brasileira a se manifestar sobre a atuação do governo brasileiro, esquivou-se da pergunta, não por achá-la impertinente, mas por ter por princípio não comentar os governos, nem mesmo o de seu país, visto os mesmos situarem-se não onde os julgamos assentados, mas alhures. Alhures? Mas exatamente onde, como e por intermédio de quem?

Que os organismos internacionais de fomento financeiro e cooperação técnica sejam influentes na formulação das políticas próprias dos países assistidos não constitui grande novidade, por tratar-se apenas de um corolário das ações de empréstimo ou assistência que realizam. Que essas influências obedecem, ou tendem a obedecer, prescrições voltadas para os interesses hegemônicos e estratégicos dos países centrais, pode ser apenas uma consequência da lógica maximizadora que organiza o mundo capitalista contemporâneo. Independente disso, porém, é preciso qualificar e determinar qual a natureza dessa influência e sua dinâmica no que diz respeito às políticas internas dos países assistidos. Nesse aspecto, a presente discussão ater-se-á mais à atuação do Banco Mundial, considerando que outros organismos como o FMI e a OECD possuem naturezas diferentes de atuação, de caráter mais normativo ou agremiativo, e com menor grau de interação direta com o *policy making* da área social. Considerar-se-á, também, a atuação do

sistema OPAS/OMS, deixando-se claro, entretanto, que o mesmo, pelo menos no contexto da última década vem perdendo substancialmente sua importância e influência na formulação das políticas dos países membros, em favor do Banco Mundial e de outros organismos de fomento financeiro, mais recentemente auto-transformados também em “bancos de idéias”, como se verá adiante.

Antes de prosseguir, cabem algumas palavras sobre o processo de difusão das propostas externas aos países dependentes. Segundo Testa (1992), ao analisar o conceito de *Atenção primária à saúde*, nos moldes preconizados pelos organismos internacionais, propostas como estas costumam ser geradas em contextos radicalmente diferentes daqueles aos quais se destina sua aplicação. Com efeito, nas realidades de origem dos programas, o que se tem é uma relativa abundância de recursos, com organização definida dos sistemas de saúde, além de uma certa “disciplina social”. No lado oposto, o dos receptores, o que prevalece é um tripé caracterizado pela escassez de recursos, “indisciplina social” e uma “incoerência entre as formas organizativas e os propósitos que se pretende alcançar” (TESTA, 1992), além de um quadro de ineficiência e ineficácia, articulado com a multiplicidade institucional. Destarte, tal situação de desigualdade entre os países acaba por resultar na acentuação da dependência mediante uma “cópia ineficaz” daquilo que é funcional em outras realidades, dado um quadro de determinações bastante diferenciado. A verdadeira significação das propostas geradas externamente somente seria alcançada – o que geralmente não se verifica, segundo o autor – a partir de uma “conceitualização totalizante”, através da qual surgiriam elementos como contexto político, participação e ideologia dos grupos sociais, tecnologia disponível no setor, além das relações que tais elementos possuem com a sociedade global e seus conflitos.

Sobre o Banco Mundial (BM), este organismo foi criado em 1944 para dar suporte financeiro à reconstrução da Europa no pós-guerra. Transformou-se, ao longo das décadas seguintes, no principal financiador externo da saúde para os países em desenvolvimento. Além dos empréstimos (nem sempre realizados “a fundo perdido”) o Banco vem se transformando também em fonte de produção de idéias e conhecimentos sobre políticas sociais. Na visão de alguns especialistas em política internacional, o BM passa por ser “apolítico, técnico e neutro”, quando comparado, por exemplo, aos organismos do sistema ONU, particularmente OMS e UNICEF, com os quais já manteve polêmicas históricas. As ideologias prevalentes no BM, desde a década de 70, quando se iniciaram as atividades voltadas para os sistemas de atenção à saúde dos países, têm variado de “atenuação da pobreza”, “redistribuição e crescimento”, “necessidades humanas básicas” até o “ajuste estrutural” em anos mais recentes (BUSE, 1994).

A atuação do Banco não tem sido isenta de críticas, sejam por parte dos especialistas engajados dos países-alvo de suas políticas, sejam da própria comunidade internacional. Para dizer o mínimo, os técnicos do Ban-

co já foram acusados de “burocracias que perverteram nosso sentido de generosidade” e “mestres da ilusão” (DANTÉS, 1999). Na década de 80, por exemplo, a UNICEF envolveu-se em polêmica pública com o BM, ao postular um “ajuste com face humana” na atuação do organismo (BUSE, 1994). Hobsbawn (1995), coloca o BM como um dos instrumentos criados pela “oligarquia dos países ricos” para forçar a abdicação do poder nacional em favor de autoridades supra-nacionais, bem como criar dependência através de *políticas agradáveis* aos seus mantenedores. O Banco tem sido também apontado como uma agência mista, não apenas de empréstimos, mas de imposição de um ideário gerado tecnocraticamente, constituindo-se como um *knowledge bank* (BUSE, 1994). Mais contemporaneamente, Kiely (1998), escrevendo no prestigioso *International Journal Health of Services*, denunciou com veemência o que chamou de *neoliberalism revisited* por parte do BM, apontando seus equívocos de diagnóstico e ação em países da Ásia e na África Sub-Sahariana.

Da mesma forma são contestados, pelo seu viés ideológico, os conceitos aplicados pelo BM de *good governance* e *market friendly intervention*. Esta é a linha das intervenções de Terris (1999), que, de forma veemente, denuncia a contribuição do Banco, juntamente com o FMI, em forçar uma *reforma anti-sanitária*, calcada na tríade neo-liberal de cortes orçamentários, desregulação e privatização. Ainda com respeito à crítica originada em países centrais, Abassi (1999) publicou, no *British Medical Journal*, uma série de artigos em que o papel do BM é analisado. Em síntese, este autor destaca o caráter não monolítico do Banco, o que o faz também permeável a pressões públicas; enfatiza a necessidade de vigilância externa permanente sobre as atividades por ele desenvolvidas, nos moldes já existentes, como praticados por uma organização denominada *Women's Eyes on the World Bank*. Insiste na mudança de postura dos países que tomam empréstimos, para que interfiram mais diretamente no processo e definam com clareza as prioridades e objetivos da alocação de recursos, o que é referendado também por Cassels (1996).

Nos países-alvo das políticas do Banco, o tom das críticas é, naturalmente, mais exacerbado ainda. No Brasil, para se tomar um exemplo que não é de forma alguma isolado, Costa (1996), apoiando-se em textos de Hirschman, denuncia a “retórica neo-conservadora” da instituição, ao fazer uso abusivo de determinados “imperativos de argumentação” frente aos dissidentes e opositores em geral de suas propostas, com a intenção velada ou clara de “excluir os desejos, o caráter e as convicções dos participantes do processo democrático” (COSTA, 1996). No México, também tomando como exemplo dois autores envolvidos com a análise marxista das políticas de saúde, a crítica se dirige ao caráter “definitivamente neo-liberal” das propostas do Banco e à sua concepção de saúde como bem privado, bem como à natureza anti-ética das propostas que veicula, ao rejeitar a concepção mais abrangente da saúde, como necessidade humana e direito social, e ainda de

violam alguns valores essenciais da humanidade, ao transformar as decisões sobre a vida e a morte em meras equações de custo-efetividade (LAURELL ; ARELLANO, 1996; LAURELL, 1994).

Como chama atenção Costa (1996), confirmando o dito de Saramago, os estudos de políticas públicas apontam que, cada vez mais, os governos nacionais se vêem afetados por decisões externas a eles, tomadas e implementadas em instâncias supra-nacionais, das quais o Banco Mundial constitui um bom exemplo. Configura-se, dessa forma, uma autêntica *agenda externa*, na qual são definidos temas substantivos a serem apreciados e implementados como políticas pelos governos. Algumas características desse processo de *imposição* (ou, weberianamente falando, de *socialização*) de políticas podem ser apontados sumariamente: (a) as nações não se colocam simetricamente no processo – ao contrário, existe um pólo hegemônico e um outro secundário); (b) coerção e consenso se alternam, seja através de incentivos materiais (alocados ou retirados) ou, através de forma mais sutil, promovendo “crenças substantivas” entre as elites nativas; (c) relações de causa e efeito podem não ser muito evidentes, ausentes ou até reversas, por meio de mecanismos de processamento e recombinação no âmbito dos destinatários, o que pode resultar até mesmo em orientações antagônicas às deliberações do pólo hegemônico; (d) da mesma forma, nem tudo é linearidade no processo de imposição; como exemplo, a situação paradoxal criada pelas agendas muito ortodoxas, que prescrevem ao mesmo tempo valorização do mercado e abstinência reguladora por parte do Estado, o que pode significar o descontrole de variáveis que afetariam negativamente a primeira orientação; (e) detecta-se a formação de uma *comunidade epistêmica transnacional*, fortemente apoiada em conhecimento científico e ancorada na formação de consenso, aspecto acidamente criticado por Bourdieu (1998), falando de tais especialistas e seus métodos de imposição e persuasão, com o apoio da mídia, para os quais o autor toma como paradigma a figura de Tietmeyer, membro da alta burocracia financeira alemã.

Na área da saúde, as propostas defendidas pelo Banco Mundial remontam aos anos 70, sob a forma de financiamentos a países em desenvolvimento e elaboração de documentos técnicos. Vale a pena recordar aqui apenas alguns tópicos principais, quase sempre marcados pela ortodoxia econômica, como a orientação para o mercado, a contenção de gastos, a redução do papel do estado e a desregulamentação, a atuação mediante ações focais sobre grupos sociais ou sobre doenças, a busca da eficiência e, simultaneamente, a crítica ferrenha à ineficiência, e à alocação equivocada vigentes nos países dependentes (*mistargeting*), entre outras. Surgem daí pautas para a alocação em saúde inspiradas nos diagnósticos citados, mas tendo sempre como elementos orientadores a lógica de custo-efetividade, através da racionalização da oferta (COSTA, 1996).

Com relação ao Brasil, o Banco Mundial de certa forma se antecipou ao debate local e já na primeira fase de implantação do SUS, produziu um

documento diagnóstico e analítico (WORLD BANK, 1988) cujos tópicos principais são: (a) focalização do gasto público em saúde; (b) colocação de fatores restritivos à clientela e de estímulo à oferta privada; (c) descentralização para esferas sub-nacionais de governo; (d) medidas fiscais de desvinculação de fontes e eliminação de regressividade; (e) fortalecimento do papel do governo central em alguns programas, como por exemplo, qualidade em saúde e informação.

Contudo, em 1993, o Banco reviu algumas das posições mais ortodoxas dos relatórios anteriores, vindo ao encontro da idéia-matriz do SUS, mas insistindo em propor a consolidação do processo de reforma institucional em curso no país, de forma flexibilizada, regular e descentralizada. Manifestou também a preocupação com a formulação da política, incentivando a formação de *expertise* e o apoio à pesquisa em políticas públicas para o desenvolvimento dos temas pertinentes à política de saúde. A antiga preocupação com custos e eficiência do sistema manifestou-se através da proposta de pacotes padronizados de benefícios, priorização de procedimentos para compra, principalmente no caso da alta complexidade, bem como o estabelecimento de incentivos à eficiência na oferta de serviços. A regulação do mercado foi bastante enfatizada – seja para o exercício profissional, seja para o mercado de seguros – a ser realizada de forma também descentralizada (WORLD BANK, 1993; COSTA, 1996).

Quanto à atuação dos organismos internacionais do sistema das Nações Unidas, essa tem como elementos conceituais: (a) a “compreensão do contexto”, incluindo aspectos econômicos, força dos grupos de pressão, estilo de vida e fatores do “entorno”; (b) uma nova maneira de pensar a saúde, não como medição de resultados, mas como processo e recurso, de forma dinâmica e envolvendo a sociedade e os indivíduos; (c) a recolocação de problemas e prioridades, mediante o reconhecimento da complexidade das circunstâncias que envolvem a saúde e a doença e o aprofundamento da visão social; (d) a integração de novos atores sociais, de forma a incluir a população no processo decisório; (e) integração do pensamento político, os “laços com a ação política” (KICKBUSH, 1996).

Algumas das tônicas das propostas dos organismos do sistema OPAS/OMS têm sido, nas últimas duas décadas, a *Extensão de Cobertura*, a *Atenção Primária à Saúde*, a *Saúde para Todos*, as quais têm contribuído para o aparecimento de propostas políticas de reformas dos sistemas de saúde, capitaneadas por estes organismos. Entre tais propostas, merecem ser consideradas: (a) os *Sistemas Locais de Saúde (SILOS)*; (b) a estratégia de *Promoção da Saúde* e, (c) o *enfoque na pobreza*, comentados de forma sintética nas linhas seguintes.

Os *SILOS, Sistemas Locais de Saúde*, surgiram como proposta decorrente de demandas oriundas dos países membros da Organização Pan-americana de Saúde, formuladas durante a década de 80, a partir

de um consenso em torno de se promover mudanças nos sistemas e serviços de saúde da região, para torná-los mais capacitados ao atendimento das necessidades da população, especialmente dos grupos sociais considerados mais vulneráveis e desprotegidos. Tratava-se de uma proposta articulada com as palavras de ordem gerais da organização na ocasião, especificamente, o fomento da APS e o alcance da meta de “saúde para todos no ano 2000”. Os SILOS têm sido vistos como respostas às necessidades e às demandas dos diferentes grupos sociais, em função dos riscos a que são submetidos. São consideradas como bases fundamentais para o desenvolvimento dos SILOS a participação social e o desenvolvimento das “comunidades saudáveis”. O desenvolvimento dos SILOS constitui, na visão da organização, “[...] uma estratégia social adotada pelos países para prosseguir nos esforços de alcançar a equidade social necessária aos processos de democratização e desenvolvimento”. Procura-se, ainda, a coerência de tais sistemas com as características políticas, administrativas, sócio-econômicas e culturais da realidade onde se inserem, além da integração e articulação com os diversos níveis políticos e organizativos (PAGANINI, 1993; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1993).

Promoção da Saúde, no sentido que lhe é emprestado nas propostas da OPAS/OMS, deriva das formulações de Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá, no início dos anos 70, e condutor político da reforma do sistema de saúde daquele país. Segundo este autor, os fatores responsáveis pela saúde das pessoas e das populações obedecem um campo conceitual que inclui: (a) a biologia humana; (b) o meio externo; (c) o estilo de vida e, (d) a organização da atenção à saúde. A partir deste conceito são estabelecidos os objetivos da promoção da saúde, igualmente distantes do preventivismo e do enfoque curativo também restrito. Lalonde (1996), revendo seu modelo após uma década, defendeu sua atualidade e coerência, situando-o como um verdadeiro “mapa do território da saúde”, um potente instrumento de análise da saúde e das condições de vida, capaz de abarcar a totalidade dos fatores determinantes, em uma visão unificadora do processo saúde-doença, através da facilitação da mediatização entre os problemas e suas causas, além do esmiuçamento de cada componente do que chamou de *campo da saúde*. Em tal análise, *a posteriori*, o autor insistia, ainda, no papel menos relevante exercido pelo fator *organização da atenção* em relação aos demais componentes. O documento básico para a compreensão da proposta da Promoção da Saúde é a Carta de Ottawa, resultado de uma reunião internacional sobre o tema, realizada naquela cidade no ano de 1986 (BRASIL, [199-?a]). O referido documento, redigido no estilo “carta de princípios”, tem como enfoques centrais os aspectos conceituais e operacionais da promoção da saúde, bem como a ênfase na participação ativa do processo de promoção da saúde, propondo as estratégias das “políticas públicas saudáveis” e dos “ambientes favoráveis à saúde”.

O *enfoque na pobreza*: não se trata de uma política explicitamente preconizada pelo sistema OPAS/OMS, mas uma preocupação que permeia

seus documentos e que parece acentuar-se em anos mais recentes. Ganha especial destaque no momento presente, quando alguns outros organismos internacionais, como o Banco Mundial, que, como já foi mencionado, parece estar assumindo progressiva e alternativamente o papel de formulador de propostas de saúde para os países periféricos (ALMEIDA, 1996). Nesta concepção, “pobreza” é caracterizada, nos documentos oficiais dos referidos organismos, por alguns aspectos comuns, a saber: habitação em áreas geográficas mais ou menos definidas, existência peculiar de segmentos vulneráveis, geralmente nos grupos maternos e infantis, necessidade de ênfase preventiva na abordagem de seus problemas e, finalmente, atuação do sistema de saúde através de focalização de cuidados (MESA-LARGO, 1992). Tal estudo menciona, por diversas vezes, a recomendação do Banco Mundial de que o combate à pobreza pressupõe não só a implementação de medidas de natureza econômica (geração de renda e emprego, por exemplo), como também provisão adequada de serviços assistenciais sociais básicos à população mais pobre, entre estes, os de saúde. Esta parece ser a matriz fundamental das recomendações que o documento oferece ao final, sob o título genérico de “políticas contra a pobreza”, mediante fornecimento de serviços sociais concentrados nos segmentos mais pobres, incluindo a atenção primária à saúde, o saneamento básico, o planejamento familiar, os programas nutricionais, a educação para a saúde e a melhoria das condições de habitação.

O momento atual: coincidindo com a última Assembléia Geral da OMS do século XX, foi lançado em Genebra o documento *The World Health Report 1999: making a difference* (WHO, 1999), que pode ser interpretado como a posição da entidade face aos desafios internos e externos enfrentados, seja do ponto de vista político e administrativo, seja como decorrência das várias transições (paradigmática, epidemiológica, demográfica) que afetam a saúde mundial. Ao lado das palavras de ordem tradicionais e da conclamação de esforços para a luta contra a malária e o tabagismo, as tônicas deste documento são: (a) o aprimoramento das informações em saúde visando o *empowerment* do público; (b) a prática de uma vigilância epidemiológica global; (c) a elaboração de normas e padrões internacionais; (d) o redobramento da atenção a doenças ainda prevalentes ou fora de controle; (e) o exercício de *advocacy*, principalmente em situações de êxodo, diáspora e catástrofes; (f) o financiamento de atividades de pesquisa e desenvolvimento de tecnologias em saúde de interesse das populações mais pobres.

Perspectivas e cenários das reformas em saúde

Em linhas muito gerais e sem dúvida simplificando didaticamente o cenário, as evidências que a literatura apresenta sobre o tema das *perspectivas das reformas* mostram uma marcante polarização. De um lado, os críticos situados no Terceiro Mundo (dos quais, afinal, não é fácil exigir *neutrali-*

dade no trato da questão...), de filiação marxista, tendendo à ortodoxia, particularmente na América Latina, que vêem o futuro a partir de uma visão sombria e suspicaz. As posições de Laurell, Arellana, Vianna, Faleiros, Luz, Eibenschutz, Tetelboin, Granados-Toraño e muitos outros aqui compilados são paradigmáticas. Mas não só nos países dependentes subsiste a posição referida: Navarro, Terris, Bourdieu, Hobsbawn, autores de filiação política e ideológica menos uniforme do que a dos latino-americanos, engrossam o coro dos críticos ao *neo-liberalismo revisitado* embutido nas reformas.

Mas há também um outro lado, que advoga a pertinência e, mais do que isso, o caráter imperativo das reformas, sem as quais o esfacelamento de qualquer ilusão de bem estar social se instalará, como um Armageddon, a não ser que a humanidade seja salva pelo compromisso com o ajuste estrutural. Esta é a posição defendida nos documentos oficiais do Banco Mundial, por exemplo, mas também pelos autores filiados às escolas macro-econômicas, sob a liderança intelectual de Friedman e outros, supostamente baseados em Chicago.

Haverá outras possibilidades de interpretação quanto às perspectivas e cenários da reforma dos sistemas de proteção social? Certamente que sim. Contudo, a dimensão e os objetivos presentes não permitem maior aprofundamento desta questão. Em todo caso, serão apresentadas as posições de dois autores de diferentes nacionalidades, filiação institucional e (provável) inserção ideológica, que abrem caminhos para novos padrões de análise da questão em pauta: Berlinguer e Saltman.

Berlinguer (1999) seria o legítimo representante de uma esquerda européia *aggiornata*. Para ele, o impulso humanitário ainda é uma força poderosa, o que não impede que se considere a presença no cenário de outras forças, igualmente poderosas, mas não necessariamente antagônicas à primeira, representando a convergência entre o *self-interest* e o altruísmo. Da mesma forma, visões mais *utilitaristas*, ou mais *contratualistas*, podem mostrar-se capazes de inclinar-se diante de tal convergência. Na verdade, aponta o autor, a saúde não se constitui apenas num bem individual, mas sim em algo indivisível, o que é corroborado pelo fato de que as pessoas mais saudáveis são aquelas que vivem em ambientes mais eqüitativos e plenos de coesão social. A saúde não seria apenas o resultado de um jogo de soma zero, ou um bem que apenas necessitaria ser melhor distribuído – a eqüidade na saúde, lembra o autor, equivaleria a um importante fator multiplicador.

Ainda segundo este autor, a questão da saúde não se reduziria a seus termos científicos de mensuração, pois ela não pode ser alcançada plenamente a não ser através de progresso cultural e moral. Nesse aspecto, as décadas recentes mostraram um forte progresso do pensamento bioético, em termos universais, com conseqüências palpáveis na vida das pessoas, seja em termos individuais ou coletivos, como por exemplo na promoção de discussões sobre a comercialização de órgãos humanos e também na “racionalização” do cuidado à saúde.

O outro autor aqui considerado, Saltman (1987), representaria um pensamento *liberal* (no sentido que se dá a este termo no Estado Unidos), de feição anglo-saxônica. Para ele, a questão das reformas em saúde é um tema a ser conduzido diante de determinados balizamentos, por exemplo, buscando um equilíbrio entre *damage to existing levels of equity*, de um lado, e as mudanças na organização do provimento de cuidados e do próprio papel do Estado, de outro. Almeja-se, assim, o que o autor chama de *effectively redressed all or most of the current inequities*. O autor defende ainda que questões inter-setoriais, como por exemplo o financiamento, e não exatamente as questões internas do setor saúde, é que definem de fato a iniquidade que se verifica nos sistemas atuais de prestação de cuidados. Sendo assim, adverte, *“the central effort must be placed elsewhere”*. Isso não autorizaria, por certo, uma troca de prioridades na ação, com o abandono da luta intra-setorial de melhoria do sistema de cuidados e nem mesmo a abstenção da responsabilidade pública na questão. Da mesma forma, a busca da equidade não pode estar separada da eficiência e da efetividade dos sistemas de saúde. Aliás, adverte Saltman, que os cidadãos em geral e, particularmente os pacientes, sabem que programas inter-setoriais, isoladamente, não substituem os serviços de saúde em sua ação típica. Em termos práticos, reformas inter-setoriais têm seu processo de condução demasiadamente *hard*, ao requererem mudanças substantivas nos comportamentos lucrativos e ao afetar interesses poderosos, resultando freqüentemente em fracassos retumbantes.

Conclui o autor que uma política de saúde apropriada deve levar em conta tanto os aspectos externos ao setor saúde como os internos, de forma simultânea e não menos vigorosa, transformando-se em instrumentos mutuamente complementares, mais do que meras estratégias de aprimorar a equidade, *tout court*.

Assim se vê que ambos os autores convidam a pensar para além dos paradigmas de mercado, deixando de lado alguns preconceitos, inclusive ideológicos, ao levantar questões tais como o fundamento ético e moral das reformas, a multiplicidade das questões que produzem a saúde e a doença na sociedade humana, a responsabilidade dos dirigentes, do cientistas e dos técnicos, a questão da equidade, as escolhas sempre imperativas, e assim por diante. Berlinguer coloca ingredientes filosóficos, bem como fundamentos éticos e morais na discussão. Saltman lembra que as reformas são realmente necessárias, e até indispensáveis, para a sobrevivência do que se construiu no século XX como *bem-estar social*. Ambos, porém, alertam que é preciso estar atentos não estritamente ao equilíbrio econômico dos sistemas, mas a questões igualmente tangíveis, e de repercussão não menos deletéria, como é o caso da ética e da equidade.

Enfim, o que poderia ser dito, como conclusão, a respeito daquelas polaridades das políticas de saúde, bem expressas no caso do Programa de Saúde da Família, objeto de aprofundamento neste trabalho? Como, afinal

se resolveria o embate entre o caráter racionalizador e focal, nos moldes preconizados pelos organismos internacionais financiadores de programas sociais no terceiro mundo e uma política social pautada pelos princípios de equidade, integralidade e universalidade? E ainda: tal política veria-se sustentada por marcos ideológicos e conceituais gerados em contextos estranhos à realidade brasileira, ou representaria um processo legítimo de construção social de forma adequada ao momento político dessa sociedade?

Sem maior pretensão de fornecer respostas cabais e definitivas para os referidos questionamentos, talvez, abrindo apenas novas perspectivas para aprofundamento, seguem algumas observações para a conclusão deste capítulo.

1. O estudo das políticas sociais constitui um terreno movediço, que muda de configuração rapidamente, autêntico marco de uma *Era de Incertezas e de Desmoronamento*, marcada por transições de diversa natureza: cultural, epidemiológica, demográfica, política, paradigmática. *Certezas* neste campo podem ser confortáveis, mas possuem poder explicativo limitado face à própria natureza do objeto que pretendem abarcar.

2. Além disso, nem tudo é linearidade e relação direta de causa e efeito quando o tema é a relação entre formulação e implementação das políticas sociais, a *distância entre intenção e gesto* que fatalmente permeia tal processo. Os julgamentos de valor que apontam sempre para *o melhor dos mundos*, ou por outra, para *o remédio amargo ou a morte...*, ou ainda, as *teorias conspiratórias* de diversas naturezas e matizes ideológicos – nenhum desses caminhos leva ao desvelamento do que se esconde por trás do que é apenas *aparência e fragmento*, ao invés de ser o fato *real e total*. Assim, afirmativas do tipo “as reformas do welfare state mostram a face perversa do capitalismo” ou de que se está diante de mais um “consenso internacional para ‘marketizar’ e ‘americanizar’ os sistemas de saúde dos países pobres”, correm o risco de não possuírem substância e se transformarem em mero jogo de palavras pautado pelas ideologias.

3. A política social é sempre complexa e determinada de forma múltipla, com seus componentes de legitimação, reprodução econômica, mobilização social, racionalidades humanistas, ideológicas, libertárias, partidárias, religiosas. A *questão social* é, acima de tudo, um *fato político* entrinçado em uma vasta gama de mecanismos representativos, de ações estatais, do produto das relações entre Estado, sociedade e mercado, gerando dinâmicas próprias como as articulações entre público e privado; direito e benefício; legitimação e conquista social; mérito e universalização, entre outras. Simplificação, linearidade e enquadramento em fórmulas pré-fixadas e atemporais representam caminhos para o fracasso na explicação do processo político, dentro do qual se inserem as questões referidas no preâmbulo. A superação destes escolhos pode se dar mediante uma abordagem dentro da qual as políticas sejam discriminadas em termos não só de seus fundamen-

tos, conteúdos e orientações ideológicos e políticos, mas também dentro das implicações resultantes das interações e dos embates entre as forças políticas em cada momento histórico.

4. Parafraseando Marx, é certo que exista o espectro de uma *vaga neo-liberal* rondando o mundo, travestido de *ajuste estrutural*, de *paradigma de mercado*, de *americanização perversa*, de *desmonte do sistema de bem estar*, de *aliança tecnocrática transnacional*, de *era do desmoronamento*, de *globalização*, enfim de tudo que é contrário aos interesses da maioria. É preciso estar atento, contudo, para o fato de que não é este o único movimento *planetarizado* neste final de século, pois existem também demandas legítimas, não só de técnicos e intelectuais, mas também da população, por sistemas de saúde mais eficientes, menos onerosos, mais ágeis, mais equitativos e participativos, com mais qualidade e direito de opção para o usuário, com privilégio da atenção (primária) resolutiva, que contemplem prioritariamente os mais pobres. Está em jogo, enfim, também uma questão de direitos, não apenas formais, mas palpáveis para o cidadão comum, concretizados na ponta-da-linha e no dia-a-dia. Neste aspecto, é preciso “separar o joio do trigo”, não atirando à vala comum das acusações à *perversidade neo-liberal* o que na realidade constitui valor legítimo, adequado à modernidade e às aspirações humanas mais justas – uma *globalização* em sentido positivo (de *direitos*, de *qualidade*, de *eficiência*, de *ética*), como fala Berlinguer. Da mesma forma, se estamos em uma *Era de Desmoronamento*, há quem vislumbre também uma *Era dos Direitos*, como Bobbio (1992), na qual novas questões têm sido incorporadas ao panorama das lutas e das reivindicações sociais, como por exemplo, direitos sociais, ética, qualidade de vida, respeito à natureza, desenvolvimento sustentável, respeito às minorias, valorização das identidades divergentes. Algumas delas têm sido incorporadas ao imaginário comum e até mesmo aos discursos oficiais.

5. Estados *hegemônicos* e *dependentes*, ditames macro-econômicos, *ajuste estrutural*, organismos transnacionais que tendem a substituir os governos nacionais, *comunidades epistêmicas*, são realidades inquestionáveis. Mas o cenário é mais largo e mais profundo. Para apreendê-lo é preciso sair um pouco da visão macro e estrutural que assombra parte da intelectualidade ocidental, ainda portadora da herança althusseriana. A ação política, o peso das tradições cívicas, a capacidade de resistir de todos e de cada um, a criatividade e as possibilidades instituintes dos atores sociais, as transformações da consciência coletiva – tudo isso faz pensar que, por baixo do que parece ser irreversível e estático, há movimentos que aqui e ali mostram sua irrupção e sua capacidade de produzir mudança.

6. No caso da política de saúde no Brasil, o cenário presente seria pessimista? As evidências indicam que não. Sem perder o realismo, pode-se vislumbrar no momento atual de implantação do SUS, com o grau de descentralização alcançado, a institucionalização do controle social e a incorporação de novos atores no cenário da saúde, que nem tudo é *perversidade*,

cooptação, americanização, compaixão pós-fordista para usar algumas *palavras-de-ordem* de autores ligados a correntes de pensamento afins. No caso do PSF, para se ater ao objeto central deste trabalho, pode-se até suspeitar de que existem embrionados certos “ovos de serpente”; mas com certeza essa política apresenta, também, outras facetas que permitam categorizá-la como pautada pelos princípios de equidade, integralidade e universalidade, também sustentada conceitualmente e ideologicamente por marcos construídos *a partir* da realidade local (ou pelo menos *do país*), afigurando-se como um processo legítimo formulado e implementado, adequado ao momento político atual da sociedade brasileira.

7. Ainda com relação ao PSF: o conceito de *Saúde da Família*, no Brasil, ainda está em formação. Mesmo na realidade brasileira encontram-se praticadas diversas acepções do Programa. Quando a comparação é com as propostas internacionais (por exemplo o *General Practitioner* britânico, o *Gate-keeper* ou o *Family Doctor* dos EUA ou, ainda, o *Médico de Família* cubano) o risco de equívoco é muito grande. Aliás, os casos americano e cubano, embora radicalmente diferentes, são frequentemente tomados como os paradigmas sobre os quais se construiu o programa brasileiro. Uma parte do engano em interpretar os PSF como modelo gerado em situações externas, que se pretenderia transplantar para a realidade brasileira, está, justamente, em tentar aproximar propostas muito diferentes entre si e também bastante divergentes daquela que oficialmente vigora no país. Além disso, o processo de avaliação da produção de impacto do programa no Brasil ainda é muito incipiente, pelas próprias condições de implementação do mesmo e pelo pequeno lapso de tempo decorrido desde que o PSF formou massa crítica de experiências necessária para tanto. Outro equívoco é supor que as metodologias de avaliação utilizadas em outras partes do mundo (por exemplo, na *managed competition*) dos EUA possam oferecer grandes subsídios para avaliar os programas brasileiros de atenção primária, entre eles o PSF.

8. Há *novos cenários* e *novos atores* em jogo, no Brasil e no resto do mundo. As análises de formulação e implementação e, particularmente, de reformas de políticas realizadas no início e mesmo na primeira metade da década correm o risco de já estarem desatualizadas, por não incorporarem novos aspectos da realidade. O sistema de saúde, que até há poucos anos voltava-se apenas para as populações urbanas vinculadas ao mercado de trabalho, atinge hoje novos contingentes de usuários: rurais, indígenas, minorias, portadores de necessidades especiais, populações marginalizadas e tantos outros. O PSF, com sua expansão marcante, com seus componentes de equidade, integralidade e participação – mesmo chocando-se contra tradições políticas, profissionais e culturais desestabilizadoras – pode abrir mais um desses *novos cenários* desconhecidos até poucos anos atrás e, da mesma forma, revelar novos atores neles instalados.

9. É preciso evitar o risco de tratamento excessivamente dicotômico das questões ora em pauta. O PSF não poderia englobar, ao mesmo tempo,

componentes emancipadores e conservadores; integralizadores e restritivos; resolutivos e apenas preventivos; transformadores e cosméticos; ser um produto genuíno da criatividade brasileira e também objeto de importação? O que pode transformá-lo *nisso ou naquilo* é o modo como é implementado; a capacidade formuladora e crítica de seus atores; as circunstâncias que o rodeiam; as tradições políticas e institucionais; a *história*; a força da ação política e das tradições comunitárias e, até mesmo, o concurso de fatores “imponderáveis”, pelo menos para o grau de conhecimento do momento.