

A Saúde Pública Hoje: Notas para um Debate sobre a Conjuntura em Saúde e a Situação da ENSP ao seu Interior*

Jaime A Oliveira **

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES INICIAIS DE MÉ- TODO

Tornou-se trivial no debate sobre a evolução recente da Política de Saúde entre nós, estabelecer uma associação entre a crise econômica e política que o país passa a viver a partir de meados dos anos 70, e o surgimento, desde então, em nossa área, de um conjunto de proposições de controle, reforma e racionalização do modelo de organização do sistema de atenção à saúde. Proposições estas que se expressaram em uma série de planos, projetos e programas, hoje bastante conhecidos; os quais *giraram todos, como se sabe, em torno das mesmas noções e conceitos básicos*; e passaram a ocupar, desde então, o centro das discussões neste campo.

Mas, se parece correta e consolidada, por um lado, a *identificação* desta associação, ela não deve, no entanto nos levar ao risco de uma simplificação, de corte funcionalista do problema. Risco muito frequente na análise de políticas públicas e ao qual não esteve, nem está imune o debate sobre o nosso tema.

Dito de outra forma. Identificar uma associação entre, por um lado, o contexto mais geral de crise em que passa a viver o país a partir de meados da década passada, e, por outro, um conjunto de medidas adotadas daí para a frente num setor específico de políticas públicas como o nosso, não deve implicar na pressuposição de *uma relação automática e mecânica* entre os dois fatos. Como se o segundo correspondesse a uma mera resposta "natural" a "necessidades" emergentes a partir do primeiro.

Políticas públicas reais e empíricas jamais são resultado de um tal *automatismo funcional* (esta velha analogia entre a vida social e a homeostase dos organismos biológicos, que caracteriza o funcionalismo, mesmo quando este se apresenta com intenções e com um jargão de esquerda).

Políticas públicas, enquanto um fenômeno social, resultam, ao contrário, de um processo muito mais aberto e conflitivo, onde os resultados finais não estão previamente inscritos em nenhum "código genético" (para continuar com a analogia biológica). E — o que é mais importante para a seqüência da nossa discussão

(*) Este texto foi escrito originalmente como contribuição para o Congresso Interno da FIOCRUZ, Fase II ENSP.

** Pesquisador do Departamento de Ciências Sociais da ENSP.

— onde *os próprios atores* em conflito não necessariamente *preexistem* ao processo, ou, pelo menos, não preexistem tal como atuarão nele, *constituindo-se, ao contrário, no seu próprio decorrer*, e adquirindo, pelas vicissitudes deste transcurso, características próprias e particulares.

E é aqui que queríamos chegar com esta breve digressão “quase metodológica” inicial. Uma vez que, ao nosso ver, a história recente (leia-se pós-76) da ENSP, e de outras instituições a ela assemelhadas, é, em síntese, *a história da constituição de um novo ator* que se introduz no jogo da Política de Saúde nestes anos. Assim como os impasses e dificuldades vividos pela instituição *hoje* confundem-se, em grande medida, com os impasses e dificuldades vividos por sua criatura.

Para designá-lo de alguma forma, chamemos a este novo ator de, por exemplo *novos sanitaristas*, ou, usando uma expressão mais corrente, *movimento sanitário* (deixando claro, no entanto, que não se pretende, com isso, sugerir nenhuma idéia de *homogeneidade* absoluta neste campo, como a evolução posterior dos acontecimentos e a atual tendência à fragmentação deste grupo vieram a demonstrar).

Isso feito, revisemos rapidamente o processo de constituição deste grupo (processo que, como já assinalamos, confunde-se com a própria história recente da ENSP e de instituições próximas a ela), *com o propósito central de buscar identificar algumas de suas características básicas que tenham importância para a compreensão dos problemas e dificuldades atuais*. Para, em seguida e finalizando este texto, procurar explorar estas dificuldades.

A SAÚDE PÚBLICA ONTEM: A ENSP E O CONTEXTO DE CONSTITUIÇÃO DO “MOVIMENTO SANITÁRIO” (1974–1985)

Como foi apontado no início deste texto, uma visão “*ex post factum*” da evolução da Política de Saúde no Brasil dos últimos anos pode identificar elementos de “funcionalidade” entre, por um lado, as medidas aí propostas e/ou implementadas, e, por outro, “exigências” reslutantes da crise econômica e política mais geral iniciada em meados dos anos 70.

Mas, se procurarmos fugir dos riscos assinalados mais acima, nos deparemos com um aparente paradoxo. Qual seja, o de que o “clá burocrático” que viria a ser, em grande medida, responsável pela formulação e implementação de tais proposições “funcionais” não nasce ao interior de, nem é, *a princípio*, incorporado pelas instituições e núcleos centrais do “sistema” de

atenção à saúde. Nomeadamente, pela *assistência médica previdenciária*.

Assim, uma primeira característica importante do “movimento sanitário” é a de que ele percorre uma longa trajetória, *que vai da periferia para o centro do “sistema”, tendo nascido em instituições “marginais”* como: núcleos de pesquisa, departamentos universitários, grupos não hegemônicos ao interior do Ministério da Saúde, grupos em instituições externas ao próprio setor saúde (como o IPEA ou a FINEP), e algumas Secretarias Municipais de Saúde conquistadas com as eleições de 1976.

Desta forma o “movimento sanitário” vai constituir-se como um novo setor das “elites técnicas” da área, em disputa com outros grupos burocráticos que a história das instituições havia sedimentado em seu interior ao longo do tempo. E com um grande “handicap” frente a estes, qual seja: *a inexperiência administrativa*, a falta deste saber que flui cotidianamente do controle das instituições.

No lugar deste saber, muitas vezes precário e conservador, mas concreto, o “movimento sanitário” coloca um *projeto*. Projeto teórico, com forte grau de abstração, que vai permear todas as suas proposições.

E esta é uma *segunda característica* importante do “movimento sanitário”: o fato de que ele tem a nucleá-lo um “pacote” articulado de noções, conceitos e categorias, desenvolvidas a partir de instituições internaconais da área, como a OMS e a OPS, e que alcançou, daí para a frente, grande divulgação, transformando-se no jargão do “novo sanitarista”.

Embora apresentado como um projeto abrangente, a situação “marginal”, “periférica”, do “movimento sanitário” à época vai fazer com que, na prática a constituição inicial do movimento em grupo burocrático — e não mais meramente acadêmico — se concentre em torno daquilo que deveria ser, em tese, apenas um dos elementos do “pacote”, a saber: a *idéia de atenção primária*.

A derrota de proposições de maior fôlego e amplitude como o PLUS e o PREV-SAÚDE, teve como consequência um “enquistamento” inicial do “movimento sanitário”, quase que restrita a sua atuação a experiências docente-assistenciais, municipais; e, do ponto de vista geográfico, com ênfase nas regiões menos desenvolvidas do país e, nestas, voltadas predominantemente para o interior dos estados.

E uma tal situação veio a exacerbar um elemento latente do “pacote” formalizado em Alma-Ata: sua *visão terceiro-mundista, interiorana* dos problemas de saúde e de atenção à saúde; sua concentração nas “medidas simples, para pessoas simples, com proble-

mas simples” (ao que não era estranho o contexto cultural dos anos 70, com suas idéias romântico-conservadoras de tipo “small is beautiful”, sua preocupação com “práticas alternativas”, etc).

Assim, no período de sua constituição, o “movimento sanitário” terminou associado ao “Brasil/Índia”, vedado seu acesso ao “Brasil/Bélgica” permanecendo, este último sob controle de um modelo de atenção à saúde privatista predatório.

A ENSP, que fora fortemente afetada pelo período de “caça às bruxas” em Manguinhos, começa a reativar-se, na segunda metade dos anos 70, como parte ativa deste processo de constituição do “movimento sanitário”. E compartilhando com ele as características assinaladas até aqui.

Assim, incorpora profissionais jovens, com pouca experiência do cotidiano administrativo, e da complexidade das macroinstituições; não encontra acesso nem interlocução com o “coração” do sistema de atenção à saúde; e, desta forma, se volta primordialmente para a “Índia” (estivesse ela no Nordeste ou na favela em frente), tendo nas mãos pouco mais do que o relatório da OMS.

A SAÚDE PÚBLICA HOJE: DE MONTES CLAROS A SÃO PAULO (OU GOIÂNIA...)

O Período 1982-1985 é um período de transição para o “movimento sanitário”.

A “crise financeira” da Previdência Social em 1981; a conseqüente criação do CONASP e a elaboração de seu “Plano”; e a posterior incorporação do Conselho (aí incluída sua Secretaria Técnica) à estrutura formal do INAMPS, criam um fato novo: agora o “movimento sanitário” passa a ter *um pé* dentro da instituição-chave do sistema. Mas, a princípio, ainda “enquistado” numa secretaria (de Planejamento), e tendo que confrontar-se com outros grupos burocráticos, entrancheirados em outros núcleos de poder intra-institucional (e com fortes apoios “societários”).

A partir de 1985, no entanto, a penetração do “movimento sanitário” na instituição nuclear do sistema de atenção à saúde se aprofunda. O que não significa, obviamente — e muito longe disso — o controle total da instituição, nem a eliminação da competição interna.

Mas, apesar desta última ressalva, o fato é que, de forma mais ou menos brusca, e por fatores políticos externos à dinâmica do setor, o “movimento sanitário” se vê guindado a uma situação de poder que jamais tivera. E, desde aí, confrontado com problemas de uma complexidade e magnitude que, sem exagero, encontram poucos similares no planeta. E mais, no con-

trole de uma máquina administrativa organizada para, e acostumada a administrar estes problemas de forma perversa cujo arquiconhecido diagnóstico seria ocioso repetir aqui.

Se se tratasse apenas de dar continuidade a este “estilo” de administração, o problema seria simplesmente de adaptação: aquilo que a ironia burocrática chama de “aprender aonde fica o interruptor”. Mas o “movimento sanitário” chega aí com *intenções reformadoras*. E, para isso, seu arsenal — o receituário da OMS, acrescido agora da pequena experiência adquirida no que chamamos a pouco de “período de transição”, e representada basicamente pelo esforço de implementação das AIS/SUDS — se mostra curto. E, com isso, o “movimento sanitário” se vê paralisado num cipoal de dificuldades.

Quanto à ENSP não se pode dizer, a rigor, que ela tenha ficado simplesmente estagnada no quadro dos anos 70. O surgimento de vários núcleos e grupos, no seu interior, explorando áreas temáticas novas (ou recuperando antigas) e a projeção deste movimento na sua atividade docente, é uma expressão disto. Mas é preciso ter a coragem de admitir que a velocidade deste processo é lenta, frente ao gigantismo e à complexidade, que procuramos assinalar acima, das questões que passaram a se apresentar nos últimos tempos ao “movimento sanitário”.

Mais adiante, neste texto, procuraremos ilustrar, com alguns exemplos, questões e problemas novos (ou velhos e abandonados) que ainda não conseguimos enfrentar. Esperando que a discussão nos grupos revise e amplie este diagnóstico.

Se não formos capazes, no entanto, de fazer, coletivamente, esta análise, e de encontrar solução para os problemas apontados por ela, corremos o sério risco de viver a situação apontada no relatório do último Seminário de Avaliação. Qual seja: a de voltarmos a nos tornar uma instituição marginal, e agora, não por portar um discurso crítico inaceitável ao “statu quo”, mas por não ter o que dizer frente à dimensão e complexidade dos problemas do momento.

A SAÚDE PÚBLICA AMANHÃ

O “movimento sanitário” vive um evidente momento de refluxo, bastante bem simbolizado na recente substituição do Presidente do INAMPS, e que é fruto do quadro mais geral de conclusão conservadora do processo de transição política a que o movimento esteve associado.

Para o futuro imediato é possível traçar vários cenários, mais otimistas ou mais pessimistas, o que, no entanto, nos faria entrar no pantanoso terreno da futurologia.

De qualquer forma, as “linhas de força” da evolução de um setor de políticas públicas correspondem a um movimento mais lento, complexo e incremental do que aquele sugerido pelo turbilhão de superfície representado pela substituição dos ocupantes do ápice das pirâmides administrativas.

Vimos como foi lento e complexo o processo que levou o “movimento sanitário” ao poder. Da mesma forma, e com sinal oposto, é difícil imaginar a hipótese da sua pura e simples erradicação da cena da Política de Saúde. Sendo mais razoável imaginar que o “clã burocrático” que se constituiu a partir dele continue convivendo ao interior das instituições, em disputa com outros grupos (a menos que o vício iluminista de só saber atuar no poder leve a um suicídio coletivo).

De qualquer forma, a ENSP não pode utilizar o argumento de eventuais e circunstanciais retrocessos do grupo burocrático ao qual ela esteve predominantemente vinculada na sua história recente para fugir aos problemas que já lhe estão postos. Não pode mais situar-se numa cômoda posição de oposição abstrata e genérica. Precisa *aprofundar a construção de alternativas concretas de políticas*. E tendo como referência, agora, os problemas de saúde e de atenção à saúde *na magnitude e complexidade com que eles se apresentam numa escala-Brasil, e não Austin ou Montes Claros*.

DO INTRABUROCRÁTICO AO SOCIAL, OU: DAS ELITES TÉCNICAS À SOCIEDADE CIVIL

O tema do refluxo do “movimento sanitário” nos remete, para finalizar esta introdução, a um comentário crítico a este movimento, cuja trajetória até aqui, no texto simplesmente acompanhamos, e cuja associação com a história recente da ENSP foi, como vimos, tão forte.

Momentos de refluxo impõem reflexão, e eventuais correções de rumo.

Para quem se deu ao trabalho de acompanhar esse texto até aqui pode parecer estranho que a trajetória do “movimento sanitário” tenha sido nele traçada como uma mera trajetória de conflitos e competição intraburocráticos, intra-institucionais, entre “elites técnicas” antigas e outras emergentes. Mas a culpa, neste caso, é menos do analista do que de seu objeto.

É mais do que sabido que outros setores da burocracia governamental na área atuam como expressão — às vezes direta, às vezes indireta — de interesses de grupos da “sociedade civil”. O exemplo claro e importante é, como se sabe, dos prestadores privados de serviços de saúde.

Enquanto isso, o “movimento sanitário”, por seu

turno, jamais conseguiu construir *vínculos orgânicos* com grupos societários significativos.

O "movimento" sempre viu a si mesmo como pretensa expressão de interesses de setores subalternos da sociedade. Mas, acompanhando um vício elitista comum na esquerda brasileira, terminou sempre por procurar expressar estes interesses *no lugar de*, e não em conjunto, ou em articulação com aqueles setores.

Esta distância se expressa claramente nesta ideologia dos planejadores (núcleo do "movimento sanitário") que é o chamado "Planejamento Estratégico", onde uma burocracia com forte raço iluminista dá "tratos à bola" para descobrir coisas como: de que forma conquistar apoios de grupos inertes, potencialmente motiváveis, no seu confronto com outros setores intraburocráticos.

O resultado é não só a desconfiança dos movimentos sociais, mas também a redução dos contatos entre estes e os setores progressistas da burocracia quase que a episódios mais ou menos grandiloquentes (como o "I Encontro Popular de Saúde", ou a "8ª Conferência Nacional de Saúde"), que se destinam, no entanto, a terminar como episódios históricos isolados e sem conseqüência prática. Ou, alternativamente, o enclausuramento destes contatos em espaços não-decisórios na "ponta" do sistema.

Pode ser que as tintas estejam fortes na caracterização do problema, aqui simplificado, ademais, por limitações de espaço.

Mas todos nós sabemos que ele existe, e precisa ser enfrentado.

Não se pode também culpar por este divórcio apenas o "movimento sanitário", devendo-se levar em consideração, além disso, questões conhecidas, como a fragilidade dos movimentos sociais, sua forma viciada de ver o Estado, a fragilidade dos partidos políticos que deveriam superar o caráter corporativo dos movimentos, etc.

O problema é complexo e, obviamente, não se pretende resolvê-lo aqui. Mas apenas chamar a atenção para a sua importância. Porque, sem a sua solução, o destino do "movimento sanitário" continuará atrelado a eventuais oportunidades resultantes de "mudanças de gabinete".

Concluindo esta introdução, que visou contextualizar o quadro em que atua a ENSP hoje, diríamos que, o problema levantado nesta última seção do texto mostra como é *falsa* a dicotomia que vem tendendo a crescer, nos últimos tempos, dentro da instituição, quando ela se vê obrigada a pensar seu projeto futuro. Queremos nos referir à dicotomia entre uma vocação "*política*" e uma vocação "*técnica*".

A manter-se esta dicotomia, teremos que optar

entre: um pragmatismo irresponsável, acrítico, oportunista, que se vê permanentemente sob o risco de lhe “puxarem o tapete”; ou reduzirmo-nos a formulações abstratas, genéricas, e impotentes, reduzirmo-nos, enfim, à incompetência como alternativa real de governo.

Parafrazeando alguém, trata-se, ao contrário, ao nosso ver, de construir uma instituição “de luta e de governo”, e que, *nos dois casos*, tenha clareza de seu objeto hoje: a totalidade deste país enorme, complexo e contraditório.