

UMA TENTATIVA DE CONSTRUIR UMA NOVA TIPOLOGIA ACERCA DAS ONZE MIL NOITES DE CONSTRUÇÃO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da UFC/Sobral-Ceara-Brasil
Membro da Rede Interdisciplinar de Pesquisa e Avaliação em Sistemas de Saúde -
RIPASS

<http://tc2.sms.fortaleza.ce.gov.br/ripass/default.action>

1 - INTRODUÇÃO

A idéia deste ensaio é fazer uma reflexão sobre a produção de saber e de práxis produzida nos últimos trinta anos (aproximadamente onze mil noites) no Brasil. É uma tentativa de procurar construir uma nova tipologia explicativa. Vemos com uma certa preocupação quando alguns atores importantes deste movimento não conseguem, por questões ideológicas, ou por serem “levadas” pelo pessimismo histórico, visualizarem que o atual momento político vivido na construção do SUS no Brasil tem uma grande coerência interna com o Movimento Sanitário iniciado na década de oitenta e que este por sua vez “bebeu na fonte” da produção discursiva da década de setenta, que estava contaminada pelo materialismo dialético (NUNES, 1999).

Sobre este tema, Dâmaso (1989) elucida que a Reforma Sanitária Brasileira foi instituída enquanto saber. Enfatiza que isto foi garantido pelas transformações ocorridas no setor saúde, nas últimas três décadas, e que exigiram tanto a crítica sistemática do saber hegemônico na área quanto à construção de um saber contra-hegemônico e politicamente efetivo.

Dâmaso quando cita Gualttare enfatiza que a consciência científica, enquanto consciência histórica, jamais pode produzir um saber desgarrado da vida material, mas pode, isso sim, construí-lo como uma transversalidade, e que esta se opõe nesse caso tanto a uma horizontalidade de uma história linear como com a verticalidade de um determinismo político. No caso em estudo, a questão é saber se essa transversalidade do conhecimento singular aplica-se ao complexo conhecimento dos processos de saúde-doença em âmbito coletivo. Fica aí então uma interrogação em torno de que se o

movimento da reforma sanitária produziu um contra-saber epistemológico do processo saúde-doença.

Nesse sentido, consideramos importante o entendimento de que o processo de percurso conceitual da reforma sanitária brasileira poderá construir uma tipologia com três momentos históricos.

Estamos propondo lançar mão de uma figura geométrica tridimensional, formada por três eixos que se movimentam na linha do tempo conforme a predominância de um dos seus vetores. Os três eixos dessa figura são: eixo político, eixo discursivo e um eixo paradigmático. A idéia de compor os eixos está referenciada em JAPIASSU (1992), AROUCA (1975), DÂMASO (1989) este último fazendo uma referência de Foucault quando em “As Palavras e as Coisas” ele trata da descrição das totalidades culturais evidenciando o conceito de episteme, ou seja, o “conjunto das relações que se pode descobrir para uma época dada entre as ciências, quando são analisadas ao nível das regularidades discursivas”. DÂMASO (1989) clarifica quando conceitua episteme como “a legislação lógica do conhecimento de uma época determinada e os saberes organizados”. Ressalta ainda que ela “tem, necessariamente, de fundar espaços de domínio e condições de poder efetivo ou o próprio termo saber sequer lhe dirá respeito. Determinado campo de saber tomado como foco e referência numa configuração social histórica tem como sua configuração externa os efeitos sistemáticos de sua articulação nos processos sociais”.

Esse raciocínio fortalece-se quando lançamos mão, dentro de uma perspectiva bachelardiana, de que a “duração humana é a continuidade. Temos dela uma experiência íntima e direta. Assim somos, a cada instante, a condensação da história que vivemos. Não há esquecimento absoluto. Não há ruptura em nossa vida: o presente é repleto do passado e preenche-se do futuro. Todas as lembranças são conservadas” (JAPIASSU, 1992).

Nessa perspectiva, várias indagações nos são feitas nesse momento. Levando em consideração os três últimos decênios de construção do Sistema de Saúde Brasileiro, e estabelecendo-se três cortes tipológicos, estamos propondo algumas construções conceituais:

1. A coerência da produção discursiva em torno do movimento da reforma sanitária;
2. Como a produção discursiva articulou-se numa perspectiva de práxis, produzindo construções políticas na busca da afirmação de seu discurso no interior do Estado brasileiro;

3. O diálogo estabelecido entre a práxis, os saberes discursivos, com o paradigma vigente no período.

2. DO FORRÓ AO ROCK OU QUANDO A SAÚDE DO BRASIL SAI DE UMA INFLUÊNCIA EUROPÉIA PARA FIRMAR UMA INFLUÊNCIA AMERICANA CONSOLIDANDO O MODELO MÉDICO-ASSISTENCIAL PRIVATISTA.

Seu delegado, digo a vossa senhoria Eu sou fio de uma fãmia Que num gosta de fuá	Eu só boto be-bop no meu samba Quando o Tio Sam tocar um tamborim
Mas tresantontem No forró de mané vito Tive que fazer bonito A razão vou lhe explicar	Quando ele pegar no pandeiro e um zabumba Quando ele aprender que o samba não é rumba
Bitola no ganzá Préa no rego-reco Na sanfonia de zé marreco Se danaram prá tocar	Aí eu vou misturar Miami com Copacabana Chiclete eu misturo com banana E o meu samba vai ficar assim Tirurururiu bop-be-bop-be-bop Eu quero ver a confusão
Pr'aqui, pr'ali, prá lá Dançava com rosinha Quando o zeca de siazinha Me proibiu de dançar	Tirurururiu bop-be-bop-be-bop É um samba rock, meu irmão
Seu delegado, sem encrenca Eu não brigo Se ninguém bolir comigo Num sou homem pra brigar	É, mas em compensação Eu quero ver o boogie-woogie de pandeiro e violão Quero ver o Tio Sam, de frigideira Numa batucada brasileira
Mas nessa festa Seu doutor, perdi a carma Tive que pegar nas arma Pois num gosto de apanhar	Tirurururiu bop-be-bop-be-bop Eu quero ver a confusão Tirurururiu bop-be-bop-be-bop Espia o samba rock meu irmão
Pra zeca se assombrar Mandei parar o fole Mas o cabra num é mole Quis partir pra me pegar	Chiclete com banana - JACKSON DO PANDEIRO
Puxei do meu punhá Soprei o candeeiro Botei tudo pro terreiro Fiz o samba se acabar.	
FORRÓ DE MANÉ VITO Luiz Gonzaga e Zé Dantas	

O nascimento da saúde pública no Brasil deu-se na transição do final do século XIX e início do século XX, no período compreendido entre o fim da monarquia e o início da "República Velha". Configurou-se em um processo de elaboração de normas e

organizações sanitárias e de mudança nas práticas dominantes até então. Ficou conhecido como “sanitarismo campanhista”, e foi marcante nos estados de Rio de Janeiro e São Paulo, visando principalmente sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis. Predominou até meados dos anos 60.

Na década de 20 surge, no bojo da industrialização incipiente, as Caixas de Aposentadoria e Pensões - CAP. As CAP são substituídas na década de 30 pelos Institutos de Aposentaria e Pensões - IAP. Na década de 60 os IAP foram unificados no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INPS.

Esta situação compõem os marcos administrativos nas políticas de saúde pública no Brasil de 1923 à 1975, onde é possível evidenciar a duplicidade assistência/previdência neste período e que foi caracterizada pelo privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, bem como o desenvolvimento de um sistema que priorizava a capitalização da medicina e a sua produção privada.

3. “APESAR DE VOCÊ” ALGO INICIOU NA DÉCADA DE 70.

Hoje você é quem manda	Amanhã há de ser
Falou, tá falado	Outro dia
Não tem discussão; não	Eu pergunto a você
A minha gente hoje anda	Onde vai esconder
Falando de lado	Da enorme euforia
E olhando pro chão, viu	Como vai proibir
Você que inventou esse estado	Quando o galo insistir
E inventou de inventar	Em cantar
Toda escuridão	Água nova brotando
Você que inventou o pecado	E a gente se amando
Esqueceu-se de inventar	Sem parar
O perdão	
Apesar de você	APESAR DE VOCÊ
	CHICO BUARQUE

Foi na década de 70, em pleno regime repressivo, imposto pela ditadura militar, que é pela primeira vez criado em Lei o Sistema de Saúde que legitima o modelo médico-assistencial privatista iniciado na década anterior. A Lei 6229 organiza o Sistema Nacional de Saúde e estabelece as principais competências às distintas esferas de governo, com forte característica centralizadora no nível federal e nítida dicotomia entre as ações

coletivas (competência do Ministério da Saúde) e ações individuais (competência do Ministério da Previdência e Assistência Social), o que faz com que não se estabelecesse um comando único em cada esfera de governo. No nível federal, além das competências do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde, definem-se também competências para os Ministérios da Educação, do Trabalho e para o do Interior.



1970

EIXO POLÍTICO	EIXO DISCURSIVO	EIXO PARADIGMÁTICO
1)Constrangimento pelo autoritarismo.	1)Crítica ao modelo hegemônico e formulação de novos propósitos;	1) Clínico/Medicalização fortalecendo-se com os processos de organização das especialidades.
2) Firmação do modelo médico-assistencial privatista.	(CEBES e ABRASCO).	2) A produção crítica de inspiração no materialismo histórico que questiona a medicina preventiva, a idéia de história natural da doença e a medicalização
3)Resistencia politica e organizao de entidades que politicamente passaria a organizar este processo – CEBES e ABRASCO	2)Produção científica no interior dos Departamentos de Medicina preventiva/Social/Saúde Coletiva	

Até a década de 70, como pode ser visto, a práxis foi formada principalmente a partir do eixo político, quando existia uma forte intervenção Estatal, que segundo BARROS (1992), citados por CANESQUI I(2000), “caracterizava-se por maximizar os interesses particulares (dos segmentos privados atendidos), em um processo de privatização cartorial, produzindo intensa fragmentação e autonomização institucional.”

Este sistema recebeu fortes críticas de setores acadêmicos, localizados nas Universidades, Departamentos de Medicina Preventiva e Social e Escolas de Saúde Pública, além de setores da sociedade civil, representado no esquema acima pelo crescente eixo discursivo, embora tenha-se a clareza que esse discurso, alicerçe do movimento da reforma sanitária brasileira, não contribuía para o “fazer” do Sistema de Saúde vigente. Ressalta-se nesse período o surgimento do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, que surge a partir da mobilização de vários médicos e demais profissionais da área da saúde oriundos dos departamentos de medicina preventiva e de serviços e vai funcionar como uma espécie de “braço civil” do emergente movimento sanitário.

SCOREL (1988) afirma que o CEBES passa a funcionar como um Centro de difusão de um movimento, que nascido no interior do Aparelho de Estado, torna-se capaz de articular o movimento sanitário com os demais movimentos sociais.

Não, sem menor importância, pode deixar de ser evidenciado é a produção acadêmica da década de 70. NUNES (1999) enfatiza que é nos anos 70 que a abordagem teórica procedente do materialismo histórico configura-se como referencial teórico dentro da produção de ciências sociais em saúde dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva/Medicina Social nas universidades brasileiras. Ele destaca como produções emblemáticas as de DONNANGELO (1975), AROUCA (1975), DONNANGELO & PEREIRA (1976), NOGUEIRA (1977), MACHADO (1978) e GONÇALVES (1979).

NUNES (1999) destaca ainda que esta “produção irá tratar das relações medicina e sociedade, medicina estatal, análises históricas e programas de saúde” e exercem grande influência na produção na área da década seguinte.

4. DÉCADA DE 80 OU QUANDO O SUS FOI ANUNCIADO.

Na bruma leve das paixões que vêm de dentro	A voz do anjo sussurou no meu ouvido
Tu vem chegando prá brincar no meu quintal	Eu não duvido já escuto os teus sinais
No teu cavalo, peito nu, cabelo ao vento	Que tu virias numa manhã de domingo
E o sol quarando nossas roupas no varal	Eu te anuncio nos sinos das catedrais
Tu vens, tu vens Eu já escuto os teus sinais	ANUNCIAÇÃO ALCEU VALENÇA

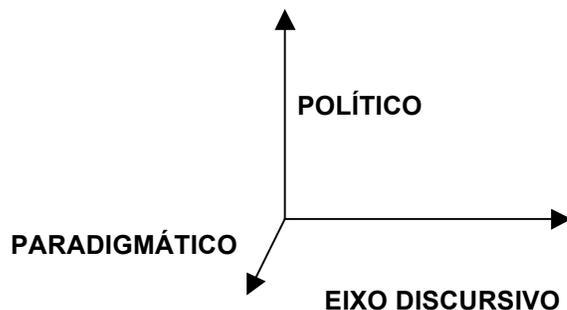
A crise econômica e a crise da previdência social brasileira, no início dos anos 80, colocaram entraves sérios para a continuidade do modelo anterior, uma vez que limitou a ação da rede de interesses formada pelos fornecedores privados, políticos e segmentos burocráticos. No mesmo momento, observa-se que os críticos do modelo de saúde dos anos 70, mais à vontade dado o clima de democratização, passavam à ofensiva, ocupando cargos públicos e promovendo intensos debates sobre saúde pública. Assim, principalmente a partir de 1985, deu-se o nascimento de um considerável movimento de múltiplos atores políticos chamado: Movimento pela Reforma Sanitária.

O grande marco histórico nesse processo, sem dúvida alguma, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986. Contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade, havendo um consenso que para o setor saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes dedicados à elaboração da Constituição de 1988.

A Carta de 1988 enunciou como sistematização das ações e dos serviços destinados à promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde, individual e coletiva as seguintes garantias: a) a saúde como direito de cidadania e dever do Estado; b) as ações e serviços de saúde como de relevância pública; c) a universalidade da cobertura e do atendimento tendo como princípio a equidade da assistência; d) a descentralização da gestão administrativa com garantia de participação comunitária; e) a rede pública de serviços, integrada num sistema único; f) a participação do setor privado de serviços, de forma complementar ao sistema público de saúde; g) o co-financiamento dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; h) a direção única nas esferas de governo: União, Estado, Distrito Federal e Municípios; i) a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinam e condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

A transição do sistema desintegrado, no que diz respeito a articulação das esferas de governo, centralizado, ora em serviços médicos hospitalares privados, ora em programas verticalizados, para um outro sistema com comando único em cada esfera de governo, passou a ser o grande desafio do Movimento da Reforma Sanitária. Aqui não

mais uma tarefa de resistência mais uma tarefa construtiva, onde o eixo discursivo passou a contribuir para a práxis existente nesse período, promovendo grandes transformações no Sistema de Saúde Brasileiro.



1980

EIXO POLÍTICO	EIXO DISCURSIVO	EIXO PARADIGMÁTICO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Redemocratização; 2. Condições objetivas na implantação de políticas; 3. Atores do movimento discursivo da década de 70 no aparelho do Estado (atores institucionais); 4. Construção de uma mediação através da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 5. Constituição de 1988; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Construção de modelo de organização do sistema; 2. Base jurídica normativa; 3. Modelagem do sistema; 4. Parâmetro de financiamento e gestão; 5. Controle público; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Epidemiologia social – risco social; 2. Modo do VIDA; 3. Ciências sociais em saúde; 4. Firmação de um campo de investigação e produção de saber.

para Estados e Municípios, o planejamento das ações de saúde e os mecanismos de controle social. Estes instrumentos são as Normas Operacionais Básicas – NOB. Até o momento foram editadas quatro NOB: 01/91; 01/92; 01/93 e 01/96. As NOB são, acima de tudo, produto da necessidade de um processo político de pactuação intergestores, que vem após a edição da Lei Orgânica da Saúde, criando condições privilegiadas de negociações para viabilizar a descentralização e construção do SUS.

Ainda como forma de garantir a flexibilidade ao processo de descentralização e respeitando as diversidades das realidades municipais, como também estaduais, foram asseguradas instâncias de negociação e pactuação entre os gestores do SUS: as Comissões Intergestores Bipartites, para os Estados, que é integrada por representantes de técnicos de Secretarias Estaduais e representantes dos municípios, indicados por integrantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de cada Estado - COSEMS. Em nível Nacional a instância de pactuação é a Tripartite, que é composta por cinco técnicos do Ministério da Saúde, cinco Secretários Estaduais de Saúde indicados pelo CONASS, e cinco representantes dos Secretários Municipais de Saúde indicados pelo CONASEMS.

Um outro ganho deste sistema foi a instalação das instâncias de participação social: os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. Hoje há um Conselho Nacional de Saúde com caráter deliberativo, vinte e sete Conselhos Estaduais de Saúde e mais de cinco mil Conselhos Municipais de Saúde.

A atual NOB em vigor é a 01/96. Esta NOB estabeleceu como uma de suas finalidades prioritárias a transformação do modelo de atenção à saúde que até então era hegemônico. Enfatizou que isso implicava no aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde no país e na própria organização do Sistema, visto que o município passou a ser, de fato, responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território. Como tema principal estabeleceu: “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. Buscando, assim, construir a plena responsabilidade do poder público municipal, sobre a gestão de um sistema de saúde e, não somente, sobre a prestação de serviços de saúde. Criou duas categorias de gestão: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal.

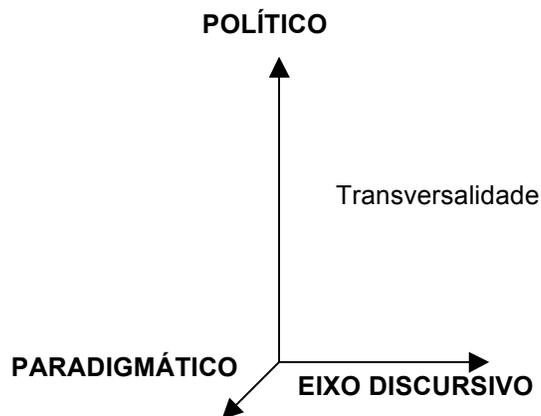
A primeira credencia o gestor municipal para, prioritariamente, elaborar a programação municipal dos serviços básicos, gerir unidades ambulatoriais próprias, contratar, controlar, auditar e pagar, aos prestadores de serviços procedimentos e ações

de assistência básica. A Segunda, propicia ao gestor a possibilidade de elaborar toda programação municipal, inclusive a de prestação de assistência ambulatorial especializada e hospitalar, conferindo, assim aos Municípios a ampliação de sua responsabilidade no tocante às necessidades da população.

A NOB-SUS 01/96 introduziu a idéia de SUS-Municipal. Na prática, não difere muito das situações anteriores em que se procurou fortalecer o sistema local de saúde integrando uma rede regionalizada e hierarquizada.

Esta Norma definiu, de forma clara e precisa, a diferença conceitual entre **gerência e gestão**. Assim, gerência foi conceituada como sendo a “administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema” . Por sua vez, gestão é a “atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”.

Em relação à necessidade de integração dos Sistemas Municipais de Saúde - uma preocupação que vem sendo mantida desde a NOB 01/91 quando criou a figura dos consórcios intermunicipais - a NOB/96 foi taxativa: “os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atender usuários encaminhados por outro. As negociações destas referências devem ser efetivadas, exclusivamente, entre os gestores municipais”. A NOB entendeu que esta relação, mediada pelo Estado, tem como instrumento de garantia uma programação pactuada e integrada (PPI) nas Comissões Intergestores Estaduais sendo submetidas aos Conselhos de Saúde correspondentes.



EIXO POLÍTICO

1. Descentralização;
2. Novos atores institucionais(Sec. Municipais, Sec Estaduais e Conselheiros);
3. Criação de câmaras de pactuação (Bipartites e tripartites);
4. Estruturação no âmbito do SUS dos componentes Administrativos da federação(União, Estados e Municípios);
5. Firmação do processo de controle social.

EIXO DISCURSIVO

1. Tecnologia baseada na racionalidade organizativa produzida na década de 80.
2. Racionalidade estratégica no planejamento.
3. Crítica aos modelos centrados na racionalidade da epidemiologia.

EIXO PARADIMÁTICO

1. Produção social da saúde.
2. Promoção da saúde;
3. Etnoepidemiologia: epidemiologia e subjetividade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É extremamente significativa a transformação, urbanística, sanitária e de criação de arcabouço jurídico institucional ocorrida no Brasil neste século. Talvez impar no mundo se considerarmos a variável **tempo**. O processo de redemocratização do país oportunizou a operabilidade de conquista importante nos campos jurídico-normativos. Operou-se de forma significativa um processo de reforma setorial impulsionado um movimento composto de vários atores sociais que ao longo destas últimas três décadas vai produzir saberes e práticas que para um melhor entendimento faz-se necessário uma nova

estruturação tipológica que visualize a evolução processual dos seus componentes: políticos, discursivos e paradigmáticos.

É importante que a análise deste processo leve em consideração: a) o conjunto de saberes com os seus marcos conceituais produzidos na época; b) os possessos e as forças políticas que operam e constituem a práxis do momento; c) a observação da sua confrontação paradigmática onde o processo estabelece um tencionamento interno com o paradigma estabelecido.

Esta estruturação tipológica feita a luz do atual processo de reforma sanitária no Brasil permitiu observar:

1 – A década de 70, enquanto no eixo político foi marcado por um processo de autoritarismo, no eixo discursivo foi produzido, na área acadêmica teses que irão servir de subsídio (“ganchos”) para uma produção, sistematização na década de 80, bem como a crítica ao modelo médico-assistencial privatista fragmentado aliado ao “braço civil” do movimento sanitário - o CEBES;

2 – O acúmulo crítico da década de 70, aliado ao processo de redemocratização, possibilitou a construção de uma mediação viabilizante para garantir no processo neoconstitucional firmar o Sistema Único de Saúde no arcabouço jurídico-normativo do Brasil. O Movimento Sanitário estruturado entre estas duas décadas passa a ser preponderante nesta conquistas. A sua produção discursiva favoreceu a construção de um grande consenso nacional viabilizando sua ação mediadora.

3 – Na década de 90 visualizou-se uma larga produção normativa infraconstitucional favorecida pelo surgimento de novos atores sociais como os secretários municipais de saúde, organizados através do CONASEMS, secretários estaduais, organizados através do CONASS, e conselheiros de saúde

6. BIBLIOGRAFIA

Arouca, A. S. S. (1975) O dilema preventivista: contribuição à crítica da medicina preventiva. Tese de Doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp.

Canesqui, A M. (2000) Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico. São Paulo. Hucitec.

Dâmaso, R. (1989) Saber e práxis na reforma sanitária avaliação da prática científica no movimento sanitário. In Reforma Sanitária em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez.

Donnangelo, M.C.F. (1975) Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira.

Donnangelo, M.C.F. & Pereira, L. (1976) Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades.

Machado, R. et. al (1978) Danação da norma: medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal.

Nunes, E.D. (1999) Sobre a Sociologia da Saúde. São Paulo: Hucitec.