

O "SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE"

Jaime A. de Araújo Oliveira
Trabalho apresentado como parte do
Concurso de Admissão ao Mestrado do
Instituto de Medicina Social da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Outubro de 1975

O quadro complexo fornecido pelo conjunto das instituições prestadoras de serviços ligados à saúde no Brasil hoje, pode ser enfocado desde uma dada perspectiva teórica entre outras: a da chamada "Teoria dos Sistemas".

Ao que me parece é este o enfoque oficial, utilizado pelos atuais responsáveis pela política sanitária do país. Pelo menos é o que se depreende de documentos da área governamental como o relatório da "Quinta Conferência Nacional de Saúde" (1), realizada em agosto de 1975, que teve como um de seus temas oficiais "Sistema Nacional de Saúde" (SNS). Ou do trabalho apresentado pelo *Ministério da Previdência e Assistência Social* a esta conferência (2).

Dizem, por exemplo, os citados documentos:

"A preocupação e os esforços tendentes à institucionalização de um 'Sistema Nacional de Saúde' só se justificam:

— Se isto significar a adoção de uma forma globalizante de abordagem da realidade complexa de saúde-doença, i. e., a adoção de uma abordagem sistêmica de conhecimento e intervenção na realidade;

— Se isto significar um mecanismo de organização e funcionamento dos serviços de saúde, fundamentado mais na teoria de sistemas que em uma teoria de organização..."

Ou:

"Os múltiplos processos que interessam diretamente à saúde estão dispersos em elevado número de órgãos de vários ministérios, autarquias, secretarias estaduais e municipais, empresas públicas e entidades privadas, com ou sem fins lucrativos. Por isso a administração de saúde como 'objetivo' impõe a organização destes processos em sistema."

(...) "O sistema nacional de saúde é a articulação ordenada do conjunto de instituições e organizações que participam na proteção ou na recuperação da saúde da população, ou no variado conjunto de atividades de apoio a essas ações..." (2).

Dentro deste enfoque, as instituições ligadas à saúde existiriam articuladas num "sistema" (v.

discussão sobre o conceito adiante), que, frisam os textos a respeito, no momento tenderiam mais para a forma do que compreendem como um "sistema espontâneo" (a).

Recentemente vem de ser promulgada uma lei (3) que cria uma estrutura político-administrativa denominada "sistema nacional de saúde", estrutura essa que se disporia então apenas a tentar transformar aquilo que é considerado um "sistema espontâneo", já existente, no que compreendem por um "sistema racionalizado" (b).

Estaria aí então o fundamento teórico da referida e tão polêmica lei do Sistema Nacional de Saúde.

Aceitando essa perspectiva de análise, se abririam, a nosso ver, pelo menos duas linhas possíveis de desenvolvimento desse trabalho:

1. Analisar o suposto "sistema espontâneo" atual, anteriormente às tentativas de sua racionalização. Ou seja, procurar conhecer e definir as posições, "papéis" e articulações internas dos atuais elementos do pretense sistema, enquanto tais (mesmo que, por definição, estas articulações e distribuição de papéis sejam rudimentares).

E ou:

2. Analisar as propostas concretas formuladas pelo atual projeto de criação do "Sistema Nacional de Saúde", no sentido de discutir a maior ou menor capacidade das medidas propostas de promoverem a pretendida racionalização do sistema atual.

No entanto, em ambas alternativas de trabalho haveria um elemento comum, qual seja, o de aceitar a opção por empregar tal enfoque teórico tanto para a compreensão do quadro atual, como para a proposição de um modelo alternativo

a. "Sistema espontâneo é aquele não explicitado em suas partes e que não sofre processo de intervenção racional, sendo, em geral, de baixa eficiência na obtenção de seus objetivos básicos (...) O nosso sistema de saúde, indiscutivelmente, há muito vem sendo objeto de um esforço de racionalização, porém, de fato, está mais próximo da forma espontânea." (1)

b. "Sistema racionalizado é aquele em que as partes componentes, os mecanismos de comunicação e bloqueio, as necessidades a serem atendidas e os resultados a serem obtidos estão definidos, e que, por processos deliberados de intervenção técnico-política (em se tratando de sistemas sociais, como o 'sistema de saúde'), apresenta nível de eficiência aceitável". (1)

de organização administrativa destas instituições. A discussão a desenvolver se colocaria no interior da "Teoria dos Sistemas", aceita esta como o melhor modelo teórico para ambos os propósitos. O modelo seria reaplicado neste trabalho, e eventuais críticas à análise e ao projeto oficial, a serem feitas, só o seriam quando se considerasse ter havido erros ou deficiências na sua aplicação anterior.

Mas surgiu para nós uma terceira alternativa de trabalho a tentar desenvolver.

Esta alternativa pretende se fundamentar no seguinte:

1. A opção por aplicar o modelo da "Teoria dos Sistemas" a este aspecto da realidade, ao que nos parece, implica em aceitar o que acreditamos sejam certos pressupostos básicos desta teoria. E achamos que valeria a pena tentar se perguntar se realmente os referidos pressupostos podem ser aceitos dentro da análise desse campo, ou que conseqüências, ou que propósitos, têm a sua aceitação.

2. A utilização deste modelo seria, no dizer dos documentos oficiais citados, uma opção de caráter meramente "técnico-científico" (c) ditada apenas pela capacidade do modelo em permitir obter a melhor compreensão do estado atual do conjunto das instituições (d) e um máximo de eficácia e racionalidade na prestação de serviços de saúde à "população" (e).

Considerando isso, as questões que queríamos colocar e tentar fazer um esforço por responder nesse trabalho são as seguintes:

1. Por que adotar este enfoque dito "sistêmico" para compreensão e análise do quadro atual das instituições de saúde no Brasil?

2. Este enfoque é realmente o mais adequado? Isto é, é ele que permite "a adoção de uma forma globalizante de abordagem da realidade complexa de saúde-doença" e da "realidade complexa" do conjunto das instituições de saúde?

3. A opção por ele é exclusivamente uma opção de caráter "técnico-científico"? Ou ela implica na adoção de um modelo de compreensão e de um modelo de organização operacional possível

c. "Pode-se entender que a organização sistêmica do 'sistema de saúde' atualmente existente no país nada mais é do que procurar, após a identificação, dispor com maior racionalidade técnico-científica, as suas partes componentes, imprimindo-lhes mudanças nos mecanismos de comunicação e controle. Com isso visa obter maior e melhor eficiência na consecução de seus objetivos, dentre os quais, basicamente, melhorar o estado de saúde das pessoas e elevar o nível de saúde da população". (1)

d. "... Uma forma globalizante de abordagem da realidade complexa de saúde-doença, i.e. (...) uma abordagem sistêmica..." (1)

e. O autor se refere aqui a "sistemas" constituídos dos indivíduos enquanto "atores" em seus "papéis", ("Para nossas finalidades a unidade conceitual do sistema social é o papel" (7) mas com referências que credito seriam transponíveis para "sistemas" constituídos por instituições, como aqueles aos quais nos estamos referindo.

entre outros, os quais se oporiam, no entanto, *politicamente* a ele?

Feitas estas questões, passamos a considerar que seria de maior interesse discuti-las, porque ao que nos parece elas implicam em questionar a própria base em que se fundariam as outras duas linhas de trabalho que se haviam colocado para nós anteriormente.

Portanto, este texto, a partir daqui, vai se organizar da seguinte forma:

1. Tentar considerar quais os pressupostos básicos da chamada "Teoria dos Sistemas" que estariam implícitos nas análises oficiais da questão colocada, e também na estrutura (Sistema Nacional de Saúde) proposta. E que tenham importância para a resposta às questões que colocamos.

Tentaremos fazê-lo a partir das considerações de documentos oficiais e também do pensamento de pelo menos um autor importante que trata a questão dos "sistemas sociais" em um plano mais genérico, supondo-se que ele seja um referencial teórico destes documentos (mesmo que não de modo explícito, mas não invalidando a hipótese, ante a coincidência de orientação teórica de ambos).

2. Tentar comparar estes pressupostos básicos com referências relativas à descrição do quadro atual e da história das instituições de saúde no Brasil, procurando encontrar o conflito que acreditamos existir entre aqueles pressupostos e o que parecem mostrar estas referências, na sua visão mais concreta das instituições e das relações delas entre si.

E com isso:

3. Tentar demonstrar a inadequação da metodologia de análise de sistemas para a compreensão da realidade atual deste campo.

4. Tentar demonstrar que o projeto atual que cria o "Sistema Nacional Saúde" é, na verdade, uma proposta política de um modelo de organização da prestação de serviços de saúde, que se opõe politicamente a outros modelos alternativos possíveis, já explicitados ou não. E não que aquele projeto seja tão só uma medida racionalizadora de cunho eminentemente "técnico-científico"

E que mesmo a aplicação do enfoque sistêmico para a análise das relações atuais deste conjunto de instituições já é uma opção não de ordem apenas do teórico, mas também da ordem do político.

Na análise do que consideramos que seriam os pressupostos básicos da "Teoria dos Sistemas", utilizados na apreciação que os documentos oficiais citados fazem do quadro atual das instituições de saúde no Brasil e que seriam de importância para a discussão proposta, vejamos inicialmente o que se define como "sistema" nestes documentos.

"Sistema — entende-se ou caracteriza-se como "sistema" um conjunto de partes ou elementos de uma realidade que, no desenvolvimento de suas ações, guardam entre si

O "SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE"

relações diretas de interdependência, com mecanismos recíprocos de comunicação e bloqueio, de tal modo, que as ações desenvolvidas resultam na obtenção de objetivos comuns" (1).

Ou, numa formulação mais sucinta:

"Entende-se assim por sistema a articulação de um conjunto de instituições interdependentes para um objetivo comum" (2).

Podemos então acrescentar, (como mais referências para a discussão posterior) dois trechos que tratam a questão a um nível mais geral, de um autor que, como foi dito, acreditamos estar na base da postura teórica assumida naqueles documentos oficiais. Referimo-nos a Talcott Parson (e):

"O ponto de partida fundamental é o conceito de sistemas sociais de ação (...). A interação de atores individuais ocorre sob tais condições que é possível tratar desse processo de interação como um sistema, no sentido científico, e submetê-lo à mesma ordem de análise teórica que, com êxito, é aplicada a outros tipos de sistemas em outras ciências (7).

Ou:

"Os papéis se acham institucionalizados quando são totalmente congruentes com os padrões culturais vigentes, e se organizam em redor de expectativas, consoantes com os padrões moralmente sancionados da orientação de valor que é compartilhado pelos membros da coletividade na qual funciona o papel" (2).

O que nos chama a atenção em todas estas citações é que, quer tratando de instituições da natureza das que estamos aqui considerando, quer tratando de outras instituições sociais ou, em Parsons, nas referências citadas à interação de "atores (homens) individuais", os autores dessa linha de orientação parece-nos, sempre se referem a coisas tais como "objetivos comuns"; ou "submetê-lo à mesma ordem de análise teórica que, com êxito, é aplicada a outros tipos de sistemas em outras ciências"; ou "papéis ... congruentes com os padrões culturais vigentes"; ou "expectativas" comuns; ou "padrões moralmente sancionados de orientação de valor"; ou "orientação de valor que é compartilhada pelos membros da coletividade"; ou "coletividade" etc.

Isto é, achamos que neste "enfoque sistêmico", quando aplicado à análise das relações entre instituições sociais, ou grupos humanos ou "atores individuais", há sempre a suposição prévia implícita da existência de uma espécie de harmonia, de integração, de uma coerência de "objetivos comuns", de uma homogeneidade de interesses, ho-

mogeneidade de "expectativas", homogeneidade de "padrões culturais" e "morais", de uma "orientação de valor compartilhada", em resumo, de uma "coletividade" em que estão ausentes os conflitos internos.

Ou seja, pressupõe-se a noção básica de "solidariedade social" (f), de "contrato social".

Isto, nos parece, fica bem claro na referência à origem do método, quando Parsons fala em submetê-los à mesma ordem de análise teórica que, com êxito é aplicada a outros tipos de sistemas em outras ciências". Ou seja, tal concepção "sistêmica" pode parecer realmente (à primeira vista) bastante adequada a "outras ciências", como por exemplo à fisiologia "clássica", que supõe um organismo biológico complexo como sendo um conjunto de órgãos que funcionam harmônica e integradamente visando um objetivo comum, sem qualquer conflito interno de interesse entre si.

Mas acreditamos que nada permita supor, pelo menos como um "a priori" não discutido, que o mesmo se dê com as instituições e os homens individualmente vistos ou os grupos de homens no interior das sociedades.

A questão que nos colocamos (aceitando que a "abordagem sistêmica" realmente supunha este pré-juízo teórico) é a de se, nesse campo de estudo das relações entre os elementos de uma sociedade, a compreensão do objeto *não é melhor obtida considerando que suas relações se constroem, ao contrário, mais sobre os conflitos de interesse existentes entre eles do que sobre a suposta "solidariedade"*, a crença na qual se desconhece ou desconsidera estes conflitos?

Acredito encontrar uma crítica desta mesma ordem em Cecília Donnangelo, quando diz ao tratar da aplicação de uma tal abordagem sistêmica à questão, próximo ao que vimos discutindo: (f).

"Essa concepção... (sistêmica)... ao incorporar, na forma de um dado, o 'caráter universal' do 'direito à saúde' e o conceito de 'solidariedade social' a ele subjacente, deixa de apreender a dinâmica das relações sociais como base da ação estatal. Em outros termos, ao envolver concepção de neutralidade real ou potencial do Estado, consistente na incorporação de interesses comuns a toda a coletividade, reduz a importância do recurso aos planos econômico e social da realidade como explicativos, ao mesmo tempo que estreita o significado da dimensão política, ao deixar de explicitar o sentido das próprias resistências à racionalização" (5).

Foi colocada então essa rápida tentativa de análise de quais pressupostos estariam presentes na utilização para estes fins e neste âmbito da

f. Ela refere-se aqui, como exemplo de toda uma linha de orientação no estudo das relações entre o Estado e a assistência médica, a um texto da Organização Panamericana de Saúde que assume uma perspectiva semelhante à que vimos expondo. Chama-se "Sistemas de Salud" e, no trecho citado por Donnangelo anteriormente a este parágrafo tratava das relações do "Sistema de Saúde" com os sistemas econômico e político, além do educacional... (num)... sistema geral de desenvolvimento econômico e social". (5)

“Teoria dos Sistemas”. Foi, acreditamos, identificado o que seria um pressuposto no que se pode resumir como a idéia de “solidariedade social”. E foi tentado esclarecer como este pressuposto conflitaria possivelmente com a análise da questão que se coloca para nós neste trabalho, uma vez feita desde outra perspectiva.

Para tentar ver se este suposto conflito realmente se coloca na questão que nos ocupa (o conjunto das instituições de saúde no Brasil hoje), vamos então procurar ver referências descritivas do estado atual deste conjunto e da história do surgimento destas instituições. E então tentar ver se se pode aceitar esta metodologia de análise, ou pelo menos tentar compreender porque ela seria a alternativa escolhida nesse momento.

Diz um dos próprios documentos oficiais citados:

“Devido ao baixo nível de coordenação e a *ausência de objetivos comuns* explícitos, esse sistema de saúde (do Brasil atual) tem sido muitas vezes *caracterizado como um não sistema*” (1).

E, mais adiante:

“O nosso ‘sistema de saúde’, indiscutivelmente, há muito vem sendo objeto de um esforço de racionalização, porém, de fato, está mais próximo da *forma espontânea*” (1).

Buscando outras referências sobre o assunto, encontramos por exemplo, mesmo num trabalho que como diz seu título coloca-se sob “uma perspectiva sistêmica”, a seguinte visão do quadro em pauta:

(os AA citando Rodrigues dos Santos) “Evidencia-se o *caráter competitivo* e superposto destes diversos aglomerados de instituições, questionando-se, na prática, sua eficácia e cobertura e, em plano teórico, *questionando-se até mesmo a possibilidade da utilização do instrumental pertinente à análise de sistemas*. Observa-se uma máxima complexidade do sistema, máxima *indefinição* do mesmo e máxima *multiplicidade dos centros de decisão*, configurando-se uma ‘caotização’ do sistema de saúde”. Cordeiro salienta que *não há no plano concreto um conjunto de instituições... organicamente relacionadas*; não há fluxo de informações entre os sub-sistemas, *nem objetivos comuns*” (8).

Note-se que, para todos estes autores, a situação descrita por eles próprios não parece fazê-los abandonar a “perspectiva sistêmica” de análise deste quadro mesmo que cheguem a falar em “não sistema”. No máximo “questiona-se até mesmo a possibilidade da utilização do instrumental pertinente à análise de sistemas”. Isso porque resta para eles o conceito já citado de “sistema espontâneo” que se caracterizaria exatamente por esta “caotização”.

O que nós perguntamos aqui é se, quando se percebe num conjunto que vem sendo considerado como um “sistema”, coisas tais como as descritas por: “ausência de objetivos comuns”;

“caráter competitivo (entre as) instituições”; ausência de “relações orgânicas”; “não há (...) objetivos comuns”, etc... Repito, nos perguntamos se isso não nos faz pensar que talvez o sentimento de estranheza demonstrado por aqueles autores frente ao atual “comportamento” do pretense sistema, advenha exatamente de que estas instituições não constituem o que se entende por um sistema. Sistema nem mais nem menos racionalizado ou explicitado. Mas sim, pelo contrário, que a *competição* e a *heterogeneidade de objetivos* apontados sejam realmente as leis que nos introduzem na compreensão deste quadro, no lugar do que se pretendia encontrar aí, isto é: solidariedade e homogeneidade de objetivos.

Ou seja, mudando a perspectiva teórica desaparece a estranheza. A estranheza seria produzida porque na verdade o comportamento concreto das instituições não reproduz o previsto pela posição teórica anterior.

Talvez não sejam as instituições de saúde que estejam, no momento, mal articuladas no “sistema”. Mas sim a idéia de um sistema, tal como ele é definido nessa perspectiva, é que nada tenha a ver com as relações reais entre estas instituições.

Parece-nos que é a isso que Donnangelo se refere no mesmo trabalho citado anteriormente, quando diz:

“Essa concepção... (sistêmica)... não explica a diversidade de políticas de saúde, assim como a *persistência de distorções* no interior de cada sistema” (5).

A não ser pelo recurso à idéia de um “sistema espontâneo” também referido como “não sistema” (!?) expressões que resumem uma descrição, mas que por serem definições que pretendem definir pela negação, me parece que em nada colaboram para uma compreensão do que descrevem.

A lei é então a competição e não a solidariedade? A heterogeneidade e não a homogeneidade de objetivos? Por que o seria?

Acreditamos que a crença contrária se baseia na pressuposição de que a Saúde se constitui um conceito abstrato, na adequação a uma certa “normalidade” vista como absoluta, independente do contexto histórico e social em que alguém a coloca como questão.

Citamos quem, tal como nós, pensa o contrário:

“... Saúde não é um conceito abstrato — definido segundo parâmetros de uma ‘normalidade’ alheia a qualquer contexto social — mas que encontra sua manifestação concreta em cada etapa histórica, tanto ao nível das representações dos vários grupos sociais quanto em termos dos padrões diferenciais de saúde atingidos por tais grupos (...) esta manifestação concreta não pode ser justamente percebida se não for considerado o jogo das forças sociais que caracteriza cada uma destas etapas da história...” (9).

Ou (numa referência mais específica ao conceito de saúde “mental” porém colocando questões tão genéricas que cabe sua citação aqui, generalizando o ponto de vista para o conceito de Saúde em geral).

O "SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE"

"Quer dizer que frente à concepção universalista de "um" homem, se levanta com peso próprio a dimensão particularizada de um homem concreto que responde a pautas dissímiles e variáveis historicamente. Se esta dimensão cultural alcança todos os aspectos da vida desse homem — unido a seu meio social — serão também relativos e cambiantes — cultural e historicamente — os conceitos de saúde e doença (mental)?"

A resposta é evidentemente afirmativa. Não só cada sociedade particular tem suas próprias definições a respeito, mas também, as mesmas não são estáticas e sim se modificam quando mudam as circunstâncias particulares que lhe deram origem..." (4).

Sendo assim, cada grupo constituinte de uma sociedade complexa tem suas próprias "representações" de saúde. Portanto suas próprias "necessidades" de saúde (a realização destas representações). *E portanto suas próprias demandas de atenção* que, para os membros desse grupo, responderia idealmente àquelas necessidades da maneira mais adequada.

A etapa seguinte deste raciocínio, é que cada grupo aspira (ainda que de forma mais ou menos e nem sempre clara, explicitada ou consciente), a uma dada forma de organização das instituições prestadoras de ações de saúde, vista por eles como a mais adequada a responder às suas demandas.

Isso poderia ser confirmado nos dados da história de uma sociedade concreta?

É o que me parece que se pode apreender por exemplo, no primeiro capítulo da tese já citada de Donnangelo. Neste capítulo ela discute "a interferência do Estado na área de saúde". Em dado momento se coloca uma discussão mais geral sobre o "significado do 'direito à saúde' e no sentido histórico de sua incorporação pelo Estado", citando Marshall. (5) Mas aquilo para que nós queremos chamar a atenção é, como fica demonstrado aí, que na Inglaterra de fins do século passado, os "grupos mais afetados pelo padrão de desigualdade social" passam a desenvolver um "poder de barganha ou de pressão sobre o Estado", em função das transformações econômico-políticas que ocorriam aí nesse período.

Ampliam-se seus "direitos civis e políticos" e, a partir daí as exigências sobre seus "direitos sociais", entre eles o "direito à saúde", ao "consumo de saúde", e à prestação pelo Estado dos atos necessários para tanto.

Estariam aí as "bases explicativas" das "causas e modalidades de participação do Estado no setor de assistência médica" neste momento e

nesse local, junto a outras conquistas de "direitos sociais". Isso veio a dar origem posteriormente, como se sabe, a um modelo bastante conhecido de medicina socializada que passou a dominar a prestação de serviços médicos na Inglaterra até hoje.

É claro que há outros elementos que se articulam com esse para levar a opção dessa ordem, como fica claro no trabalho citado e como pretende estar mais desenvolvido adiante. Isto é, não foi seguramente de modo exclusivo a "pressão" exercida por aqueles grupos o único elemento determinante desta forma de organização da prestação de serviços de saúde na Inglaterra naquele momento (g).

Mas o que queremos tentar demonstrar aqui é a idéia anterior de que diferentes modelos da organização da prestação de serviços de saúde estão mais ou menos ligados aos interesses de um ou outro dos diferentes grupos da população numa sociedade complexa. (É mesmo, ainda, que esses diferentes modelos surgem, pelo menos também, em função disso, ou seja, como reivindicações mais ou menos explicitadas de cada grupo.)

Seria por isso que, quando coexistem simultaneamente diferentes modelos, como no caso atual do Brasil, seria a partir daí, repetimos, que estes modelos (concretizados em diferentes tipos de instituição) adquirem aquele caráter apontado de competição e heterogeneidade de objetivos entre si.

Mas vamos procurar ver agora o caso brasileiro. Teria se dado a mesma coisa? A competição e heterogeneidade advêm realmente dessa situação?

Novamente parece que sim. Senão vejamos. (5)

A assistência médica (h) no Brasil até em torno dos anos 30 se limitava quase exclusivamente ao modelo liberal-privado tradicional. Exceção, que nos parece ter sido de pequena importância quantitativa, eram apenas as instituições de caráter filantrópico, em geral religiosas. A intervenção do Estado nessa área era quase nenhuma.

"Inicialmente (...) o Estado não se intrometia na prestação de serviços médicos a não ser criando facilidades para que a atividade se desenvolvesse, e po-

g. Seria preciso considerar também, por exemplo, como outros grupos não diretamente beneficiários dessa forma de organização da atenção também se colocaram a favor dela por interesses menos imediatos (por exemplo: sua capacidade de melhor preservar e recuperar a força de trabalho, problema que se coloca de forma mais aguda nesse período). Também seria necessário considerar, por exemplo, que tipo de organização do Estado existia aí nesse momento, que o levou a optar por tornar-se sensível a estas "pressões".

h. Nos parágrafos seguintes se faz referência apenas à "assistência médica", ou seja, como a define Donnangelo, por exemplo: "Parte das ações desenvolvidas na área de saúde: conjunto de ações de diagnóstico e terapêutica, dirigidas ao consumidor individual". (5) Não está discutida aqui a história das outras áreas de prestação de serviços ligados à saúde.

liciando, ao que parece, o exercício das profissões". (...) "... o governo (deixava) as atividades de saúde quase inteiramente por conta da iniciativa privada" (2).

Como consequência, grandes setores das camadas mais pobres da população ficavam excluídos de qualquer intervenção médica individual. (i)

Parece que esta intervenção não se dava por não estarem presentes pelo menos dois dos elementos que mais importância teriam tido em provocar seu surgimento posterior, isto é:

1. O modo de produção preponderante no modelo basicamente "agrário-exportador" vigente se constituía de tal forma que não se colocava como uma tarefa primordial do Estado zelar intensamente pela preservação, recuperação e reprodução da saúde da mão-de-obra até então barata, farta e dispersa.

2. Os grupos excluídos desta atenção sanitária, também basicamente pela sua posição no processo produtivo vigente, não se constituíam numa força política importante capaz de pressionar no sentido do atendimento de reivindicações neste como em outros campos. (j)

Em torno dos anos 30, parece que ocorre algo semelhante à Inglaterra de fins de século como descrito acima. A crescente transformação do modelo basicamente agrário-exportador numa nova ordem cada vez mais predominantemente urbano-industrial, com o crescimento da industrialização e o desenvolvimento do setor de serviços, passa também, como no caso inglês, a dar a setores antes marginalizados dos "direitos de cidadania" a importância econômico-política que torna suas reivindicações por "direitos sociais" (incluindo o "direito à saúde") algo a que o Estado se vê obrigado a responder.

É este, como mostra Donnangelo por exemplo e as referências citadas por ela, o quadro em que se instala a Revolução de 30 e os governos sob Vargas, com sua corte de medidas reformistas na área da legislação trabalhista, a criação da Previdência Social etc. É com o surgimento da Previdência Social neste período que se inicia a interferência efetiva do Estado brasileiro no campo da atenção médica, fazendo surgir a área institucional presente no quadro atual da medicina no Brasil.

i. Pelo menos do que se pode chamar de "subsistema que se desenvolve graças a ações empírico-científicas, e com respaldo institucional-legal", por oposição à 'medicina de folk'. (1)

j. Para sermos mais precisos e coerentes com o que foi dito antes, acreditamos que se possa supor que esses grupos, na verdade, na medida que se constituíam com características diversas dos grupos de pressão que surgiriam posteriormente (embora saídos os últimos dos primeiros), na verdade, repetimos, pode-se supor que as "representações" de saúde desses primeiros grupos fossem tais que não se colocava para eles a atenção médica formal nem outras ações formais "de saúde" como uma necessidade, logo, também, não como reivindicação. Acreditamos que se possa supor, por exemplo, que a chamada "medicina de folk" supria muito bem estas necessidades.

"O estudo das relações entre Estado e Assistência Médica no Brasil confunde-se, em um primeiro momento, com o estudo do significado histórico da Previdência Social" (5).

É a partir de 1933 que as "caixas de pensões e aposentadoria" saem do âmbito da empresa individual, aumentam de número e importância e passam às mãos do Estado. (5) Depois se organizam em "Institutos de Aposentadoria e Pensões" por setores de produção, e estes Institutos, mais adiante, além de suas prerrogativas iniciais, começam a fornecer serviços médicos.

Acreditamos que se possa ver aqui, novamente, como se criou um modelo opcional de organização da atenção médica, com características particulares, distintas do modelo anterior, a partir dos interesses de novos grupos sociais que surgiram (e só aí surgiram) e adquiriram força política suficiente para obter tal coisa (1). Parece-nos estar mais uma vez reafirmada, ou pelo menos fortalecida tal idéia.

Mas como se chega daí ao quadro atual apresentado anteriormente? Àquela complexidade de um conjunto de instituições diferentes e conflitantes?

E como se coloca, nessa linha de análise, a atual proposta de criação do "Sistema Nacional de Saúde"?

É que parece que as assemelhanças com a Inglaterra de fins do século passado param por aqui. Vamos ver então como teriam se instalado diferenças entre os dois casos, pelo menos nos elementos que tentamos identificar como aparentemente significativos na determinação destas opções por modelos de organização da atenção médica, isto é, a pressão dos grupos anteriormente excluídos, os interesses de outros grupos para promoção, preservação e recuperação da saúde da mão-de-obra, e as características do Estado no momento em que estes processos se dão.

Parece que a força política, o "poder de barganha" dos novos grupos sociais no Brasil foi significativamente menor, a ponto de não terem conseguido impor com exclusividade o que supussemos seriam os modelos de atenção médica mais próximos de seus interesses ("necessidades", "representações", demandas), tanto quanto outras reivindicações de "direitos sociais", "civis", "políticos" e "econômicos". (5)

Mas, apesar de "não terem conseguido impor com exclusividade os modelos mais próximos de seus interesses", o que parece ter sido um desses modelos já estava formado e em funcionamento, isto é, a prestação agora da assistência médica da qual estavam há muito excluídos, através da estrutura da Previdência Social. Prestação feita diretamente pelo Estado, através de um mecanismo de "seguro", com o seu financiamento

1. É claro que o que está dito acima e na nota de rodapé de página sobre os outros elementos presentes na opção por estes modelos também cabe aqui. (v. adiante).

O "SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE"

bastante compartilhado, inclusive entre empregado e empregador.

Mas este modelo, como dissemos, e ao contrário do análogo na Inglaterra, não se impôs como exclusivo. Permaneceu lado a lado com as formas mais antigas do modelo liberal-privado e das entidades filantrópicas. Acrescentam-se posteriormente ainda outros modelos: a prestação da atenção médica diretamente pelo Estado aos não vinculados aos Institutos (^m), mais recentemente as "cooperativas médicas", as "empresas médicas", com suas formas de "seguro-saúde" diretamente financiadas pelo consumidor, ou vendidas aos empregadores; o atual esquema de compra de serviços médicos pela Previdência Social e seu fornecimento aos segurados através de instituições privadas; os convênios de empregadores com instituições ou fornecedores individuais do setor privado etc., constituindo o grande quadro complexo citado anteriormente e que Gentile de Mello e Rodrigues dos Santos resumem assim:

"a) *Área Institucional* — Seguro social obrigatório (INPS, Institutos); Direto (Ministérios e Secretarias de Saúde); Filantrópico (LBA); Específico para categorias (Forças Armadas, servidores).

b) *Área liberal-clássica* — Hospitais e consultórios particulares.

c) *Área privatizada* — Empresas médicas, consultórios conveniados, grupos médicos, cooperativas médicas". (8)

Coexistência de modelos diversos. O que parece ocorrer nos anos seguintes é um constante e intenso debate entre modelos, principalmente entre os dois lados da sua divisão maior. Privatização ou estatização da medicina é uma questão permanente em diversos foros por muitos anos.

Vimos supondo que este debate (melhor seria dizer "luta") se coloca sobre, ou se funda, na luta de interesses entre grupos. Ou melhor, essa "luta", mais geral, se *concretiza* em lutas parciais como esta dos modelos alternativos de atenção médica, assim como em todas as outras por "direitos sociais", "civis", "políticos" e econômicos, como dissemos anteriormente.

m. Que atinge isso, principalmente, aos inseridos de forma menos definida e permanente nas formas de produção, e também aos não inseridos. São também grupos que estavam entre os anteriormente não atendidos de nenhuma forma. O surgimento dessa área de atenção, para os grupos com essas características mereceria toda uma outra discussão, pois as mediações aí são seguramente mais complexas.

O que me parece que ocorre, no período que vai do início dos anos 30 até anos mais recentes, é que esta questão da luta entre modelos de atenção médica, assim como as outras análogas citadas, se mantém acesa, enquanto o modelo político geral era exatamente o que parece ter caracterizado o modelo que existiu nesse período; ou seja, o de mais ou menos permitir, ou melhor, comportar um mais ou menos "livre-jogo" de interesses entre os diferentes grupos componentes da sociedade brasileira, isto é, o modelo "democrático-liberal".

Nos anos mais recentes, quando se interrompe este modelo político mais liberal, é que me parece ter origem propostas como a atual, de criação do chamado "Sistema Nacional de Saúde", bem como do que vemos como seus antecessores, neste aspecto de caráter semelhante, como o chamado Plano Nacional de Saúde do governo Costa e Silva, ou mesmo a atual política de contratação de serviços pelo INPS à área privada.

Ou seja (tocando em mais uma das questões que pretendemos levantar anteriormente) parece-nos que até então não se cogitava se considerar como sendo um "sistema" o conjunto das instituições de saúde no Brasil. O que havia era uma aberta disputa entre modelos diferentes de organização da atenção médica, por exemplo, entre os defensores e opositores da socialização ou estatização da medicina.

Até que, nessa área como em outras, se interrompe o "livre-jogo" de interesses dos diferentes grupos sociais. Isto se dá quando se estabelece um Estado autoritário que passa a definir, nas diferentes áreas da vida social, que modelos serão adotados.

No campo da atuação médica o modelo não é mais uma ou outra das propostas existentes anteriormente, mas sim uma solução de compromisso. No "Sistema Nacional de Saúde", como no "Plano Nacional de Saúde", como na contratação de serviços a particulares pelo INPS, o que há de comum é que não mais se vê a intervenção do Estado como um modelo que se opõe ao "setor privado", pelo contrário: este é promovido, desenvolvido e financiado.

Diz, por exemplo, a lei que "dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde":

No art. 1.º — "O complexo de serviços do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde.

Mais adiante, sobre a competência e área de ação do Ministério da Previdência e Assistência Social:

"d) Prestar diretamente serviços de saúde às pessoas ou contratá-los com entidades de fins lucrativos ou não..."

No art. 3.º, sobre a competência da União:

"II — No campo da saúde individual, ações próprias e supletivas, de preferência conjugando os esforços e recursos da União, dos Estados e dos Municípios e das entidades privadas." (3)

Portanto, nessas propostas recentes se pretende simultaneamente:

1. Fornecer assistência médica aos que não têm possibilidade de acesso à área liberal-privada. Já que esta, a funcionar em sua forma tradicional, mantém excluídos grandes grupos da população e “(É um) problema (...) proposto para o Estado (o de) incorporar as pressões ao nível em que são colocados e em que não se manifesta o sentido de uma imediata negação da ordem social como um todo.” (5)

Também porque, como dissemos, o modelo produtivo exige cuidados com a preservação e recuperação da saúde da mão-de-obra.

2. Não só manter, como financiar e desenvolver através de recursos financeiros governamentais a área privada. Parece, pelo que dizem os próprios documentos oficiais que isso ocorre porque é necessário manter, nesse campo como nos outros, uma orientação geral da política governamental, ou seja, a convivência dos investimentos públicos e privados. (Chegando até à habitual — nos outros campos da atividade econômica — partilha,, respectivamente, das atividades não rentáveis para o setor público e rentáveis para o setor privado.) (n)

Diz a citada V Conferência Nacional de Saúde:

“A conveniência de se tentar organizar o ‘setor saúde’ de forma sistêmica baseia-se:

— Na visão pluralista do governo, no desempenho das atividades sócio-econômicas (°). É o nosso caso, onde esta visão está presente, inclusive nos próprios órgãos governamentais de administração direta”. (1)

Pode parecer à primeira vista estranho que, dentre os elementos determinantes da opção por um dado modelo de atenção médica, se suponha existir considerações como estas, ou seja: preservar dentro dele uma orientação econômica geral por si mesma, e não por seus efeitos sobre a saúde. Mas esta estranheza só se mantém se nos esquecemos do que aponta Foucault, por exemplo:

n. Na lei 6.229 fica estabelecido que o governo, através dos Ministérios, União, Estados e Municípios se ocupará de coisas tais como “promover e executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo” (Art. 1º, I); “formação e habilitação aos profissionais” (Art. 1º, III); “saneamento, radicação de populações, desenvolvimento regional integrado, assistência em caso de calamidade pública” (Art. 1º, IV); “higiene e segurança do trabalho, prevenção de acidentes, de doenças profissionais e do trabalho” (Art. 1º, V), etc. Quanto aos serviços a serem prestados pelo setor privado, prevê-se os “serviços de saúde... prestados diretamente... às pessoas” (Art. 1º, II, d) ou seja, “ações... no campo da saúde individual” (Art. 3º, II).

o. Aqui, no texto referido, cita-se: “II Plano Nacional de Desenvolvimento, cap. IV, A Estratégia Econômica — Opções Básicas”.

“(A partir do pós-guerra) a saúde entra no campo da macroeconomia (...) A saúde ou sua ausência, o conjunto das condições pelas quais se vai assegurar a saúde dos indivíduos, torna-se uma despesa que, dados os seus custos, se coloca ao nível dos grandes capítulos orçamentários do Estado, qualquer que seja o modo de financiamento. A saúde faz sua entrada nos cálculos da macroeconomia”. (6)

Ou seja, a saúde é vista atualmente como uma área importante da atividade econômica que não é desejável, portanto, dentro de um modelo político-econômico, excluir de acesso à iniciativa privada.

Ainda nesses novos modelos de atenção médica, portanto, acreditamos que se possa continuar encontrando em suas origens os elementos que supusemos existir na base dos modelos mais tradicionais, isto é:

1. Interesses diretos de certos grupos que aspiram a um modelo que lhes forneça ações de saúde consideradas por eles como necessárias, segundo suas “representações” de saúde.

Aqui, acreditamos que as propostas recentes (inclusive o “Sistema Nacional de Saúde”) de certa forma respondem em princípio aos interesses mais imediatos dos grupos antes excluídos da atenção. De qualquer forma, pelo menos algum tipo de assistência médica lhes é fornecido.

Caberia em outro local, posteriormente, uma discussão comparativa, quanto aos interesses desses grupos, entre os modelos recentes propostos e o anterior, que vinha também suprir estes interesses, ou seja, a prestação direta de serviços pelo Estado.

2. Interesses diretos de outros grupos, não porque o modelo venha ou não lhes satisfazer suas necessidades de saúde (de qualquer forma seriam grupos com acesso ao modelo liberal-privado) mas sim pela sua capacidade (do modelo) de responder a outros interesses.

Seria o caso dos grupos preocupados com a necessidade de que o modelo cumprisse bem a tarefa de promover, preservar e recuperar a saúde da mão-de-obra.

Seria também o caso dos grupos preocupados em preservar e desenvolver a atividade médica privada e “privatizada” (i.e., sob convênio), enquanto importante área da atividade econômica e do investimento financeiro.

3. As características do Estado no local e momento em que o modelo surge. Isto é, no caso atual, não mais um Estado liberal, com a função de preservar e zelar pela obediência às regras do “livre-jogo” de interesses dos diferentes grupos, mas um Estado que procura se adiantar a possíveis pressões e encontrar formas de composição para alguns interesses mais agudos de certos grupos, zelando pela manutenção da ordem social vigente como um todo, e com isso, é claro, pelos interesses dos grupos hegemônicos no momento. (Mas, repetimos — é isso que lhe é característico — não pela permissão do embate

O "SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE"

destes interesses dos grupos hegemônicos com os demais; ao invés disso, colocando-os em seu lugar, representando diretamente seus interesses).

No caso da forma de organização da atenção médica, isto se dá pela imposição de um modelo que não é o resultado de um debate entre alternativas propostas por diferentes grupos, mas sim uma forma de compromisso, baixada verticalmente.

Com isso nos parece respondidas ou pelo menos encaminhadas à reflexão as questões que colocamos a princípio, ou seja:

— A idéia de "Sistema de Saúde" implicaria na pressuposição de uma "solidariedade" entre as instituições que o comporiam, o que não parece ter nada a ver com o quadro concreto das relações entre as instituições de saúde no Brasil hoje.

— Essas relações seriam, ao contrário, dominadas pelo conflito e heterogeneidade de objetivos entre os grupos e instituições.

— O conflito e heterogeneidade de objetivos existiriam porque as diferentes instituições são, na verdade, a realização no concreto de diferentes modelos de atenção, modelos esses, por sua vez, cada um mais ou menos ligado aos interesses na área de saúde de diferentes grupos da população.

— No momento em que se faz necessário adotar uma fórmula de compromisso entre estes diferentes interesses, criando um modelo intermediário, se passa então a desconsiderar os modelos conflitantes anteriores, vendo-se a partir daí as instituições como simples elementos de um pretense "sistema" harmônico (onde não representariam modelos conflitantes) e apenas dividem áreas de atenção.

— Surge então o "enfoque sistêmico", mostrado como o retrato da realidade e levando à conclusão aparentemente óbvia de que é preciso adotar uma medida racionalizadora, que seria de caráter eminentemente "técnico-científico", e que viria simplesmente distribuir melhor as áreas das

diferentes instituições: a criação da estrutura SNS.

— Fica parecendo no entanto, a partir do que se viu anteriormente, tratar-se este projeto de medida de caráter eminentemente político, ou seja, adotar um dado modelo de atenção que se coloca como alternativa às pressões crescentes de certos grupos em favor do modelo de prestação direta de serviços pelo Estado, uma vez que este último modelo seria contrário aos interesses de outros grupos que estão entre os atualmente hegemônicos. Ao mesmo tempo que, pelos motivos citados, de certa forma se responde também àquelas pressões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS) — "Quinta Conferência Nacional de Saúde", Tema I. Brasília, agosto de 1975. (grifos do autor)
2. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) — "Sistema Nacional de Saúde", contribuição para a discussão do tema oficial "Sistema Nacional de Saúde", da Quinta Conferência Nacional de Saúde. (grifos do autor)
3. Brasil. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975.
4. Damiani, Pablo — "Salud y Enfermedad Mental". Buenos Aires, Centro Editor de América Latina S.A., 1973.
5. Donnangelo, M. C. F. — "O Médico e o Mercado de Trabalho". Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1972, texto mimeografado. (grifos do autor)
6. Foucault, Michel — "1ª Conferência" — Texto impresso da primeira de uma série de conferências pronunciadas no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em novembro de 1974. (mimeografado)
7. Parsons, Talcott e outros. "Hacia una Teoria General de la Accion" & "The Social System". In Castro, A. M. & Dias, E. F. — "Introdução ao Pensamento Sociológico". Rio de Janeiro, Livraria Eldorado Tijuca Ltda., 1974.
8. Quadra, A. A. F. e Lazzaro, N. — "Residência Médica: uma Perspectiva Sistêmica", tema oficial apresentado pela Associação de Médicos Residentes do Estado do Rio de Janeiro ao "I Encontro Rio-São Paulo de Médicos-Residentes. São Paulo, março de 1975. Texto mimeografado (grifos do autor).
9. Sem indicação do autor — "Campanhas Sanitárias e sua Burocratização — Um Estudo Histórico da Saúde Pública no Brasil". Protocolo de pesquisa apresentado por Ribeiro, A. C.; e Picaluga, I. F. in Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1975 (texto mimeografado).