

GRAÇA CARAPINHEIRO

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

SORAYA CÔRTEZ

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Conflitualidade e mudanças face a novos cenários globais: o caso dos sistemas de saúde português e brasileiro

259

Procura-se identificar dimensões de mudança e de conflitualidade nos sistemas de saúde português e brasileiro, recorrendo a uma perspectiva comparativa que percorre a história recente destes países, com o objectivo de mostrar as similitudes e as diferenças, bem como os tempos de convergência e os tempos de divergência de políticas produzidas nos sectores de saúde dos dois países, no âmbito do espectro alargado de recomendações emanado das organizações transnacionais, nomeadamente da OMS. Como fica demons-

trado, dar centralidade aos cuidados de saúde primários, equacionar modelos de descentralização e promover a participação da sociedade civil nos órgãos de governo da saúde origina, em países situados em diferentes regiões do mundo, como é o caso do Brasil e de Portugal, configurações variáveis de dominação e subordinação, de adesão e de resistência, de cumprimento e incumprimento dos direitos sociais, de inclusão e de exclusão social, que podem conduzir a formas, mais ou menos mitigadas, de violência.

O objectivo deste artigo é examinar as mudanças que ocorreram nos últimos anos nos sistemas de saúde brasileiro e português e averiguar se essas mudanças criaram novos padrões de conflitualidade neste sector. A partir da década de setenta, a crise fiscal dos estados, a crise «ideológica» do modelo bio-médico de produção de cuidados de saúde e a predominância das agendas políticas neo-liberais trouxeram para a arena do debate público, propostas sobre as políticas de saúde, nos planos nacional e internacional, que se tornaram virtualmente consensuais no sector.

Estas propostas fundamentavam-se na implantação de modelos de oferta de cuidados primários de saúde acessíveis a toda a população, disponibilizados de forma descentralizada e promotores da viabilidade de participação dos utentes. Estes três princípios afectaram as decisões políticas nos dois países, embora em cada um deles a sua aplicação fosse condicionada, inevitavelmente, pela história particular subjacente às peculiares características que o sector de saúde

Introdução

apresenta, bem como pelo protagonismo que assumiram os diferentes grupos de influência e respectivos interesses, em termos de adesão ou de resistência a estas propostas de mudança.

1.

**Descentralização,
participação
e cuidados
primários
de saúde**

A crítica à baixa eficácia de sistemas de prestação de cuidados de saúde, centrados no hospital e em unidades dotados de tecnologias de diagnóstico e terapêutica de ponta, tem-se generalizado nos meios académicos e políticos que participam na discussão e formulação de políticas de saúde, articulando-se a diferentes concepções de desenvolvimento económico e social.

Sintetizando os principais traços destas concepções, podemos dizer que, durante a década de sessenta e até meados da década seguinte, predominava a crítica ao desenvolvimentismo preconizado nos anos cinquenta (Wolfe, 1982: 80-81). No mesmo período, o modelo de desenvolvimento dos países de industrialização mais antiga perdia, gradualmente, a sua aceitabilidade, devido à intensa discussão sobre o carácter não democrático das suas instituições políticas, à qual se adicionava a crise económica desencadeada pelo aumento do preço do petróleo e dos seus derivados.

Neste contexto, nos anos setenta, surgiram duas concepções opostas de desenvolvimento (Wolfe, 1982: 83). A primeira considerava a intervenção estatal, centralizada através do planeamento e da regulação das questões económicas e sociais, como um inibidor do processo de desenvolvimento. Os governos nacionais deveriam limitar-se à salvaguarda das regras do jogo, regulando os mercados para garantir o seu funcionamento eficiente. A segunda concepção era formada por diferentes projectos, que enfatizavam as dimensões sociais do desenvolvimento, criticando as propostas que ressaltavam apenas os seus aspectos económicos. Os projectos que integravam a segunda concepção variavam desde propostas utópicas pela construção de sociedades igualitárias, até proposições relativamente cautelosas, que olhavam para as dificuldades políticas e económicas, priorizando a satisfação das necessidades sociais básicas. Apesar das diferentes inspirações ideológicas e políticas, as duas concepções eram unânimes em defender a adopção de medidas que viessem a habilitar os sectores mais desfavorecidos a participar do processo de desenvolvimento (Wolfe, 1982: 82-83; Midgley, 1986: 19).

Ao longo dos anos setenta, inspirados nessas ideias, algumas importantes organizações internacionais promoveram projectos que incorporavam, em certa medida, as noções de descentralização, de participação e de ampliação do acesso a bens e serviços. Foi o caso do Banco Mundial (World Bank), do Banco Interamericano de Desenvolvimento (Inter American Development Bank - IBRD), da Organização da Agricultura e Alimentação (Food and Agriculture Organisation - FAO) e das Fundações Milbank, Rockfeller e Kellog, entre outras (Paul, 1987: 11-14; Ugalde, 1985: 41). As organizações que mais enfatizavam a democratização institucional na gestão de projectos sociais e a ampliação do acesso a bens e serviços eram o Instituto de Pesquisas para o Desenvolvimento Social das Nações Unidas (United Nations Research Institute for Social Development - UNIRISD), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations Children's Fund - a partir daqui UNICEF) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) (Stiefel e Pearse, 1982: 146-155; Midgley, 1986: 21-27; Wolfe, 1982: 85).

A Declaração dos Cuidados Primários de Saúde da UNICEF/OMS, resultante da Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, foi, reconhecidamente para todos os analistas do sector da saúde, a contribuição mais significativa para a consolidação de políticas que promoviam a descentralização administrativa, a participação comunitária e a extensão da cobertura de serviços de saúde a sectores das populações tradicionalmente excluídos (Midgley, 1986: 22). Recomendava a implementação de políticas de cuidados primários de saúde que estimulariam o autocuidado e a autonomia das comunidades (Hollnsteiner, 1982: 37-38) e, acima de tudo, defendia a mobilização das comunidades locais para que elas assumissem responsabilidade pela sua própria saúde (Midgley, 1986: 22). Desde então, a estratégia de cuidados primários de saúde tem afectado profundamente a formulação e a implementação de políticas de saúde no mundo inteiro.

Efectivamente, o trabalho preparatório para a Conferência de Alma Ata projecta bem o alcance de uma estratégia internacional, visando a sua aplicação aos sistemas de saúde dos diferentes espaços regionais e nacionais. Continha recomendações para todos os sistemas de saúde nacionais dos países que a subscreveram, incluindo Portugal e Brasil. Aliás, no contexto internacional, a década de setenta foi muito importante em matéria de saúde, constituindo o período de tomada de medidas concretas para consolidar a viragem, que se

vinha esboçando entre a antiga e a nova saúde pública. Perante um contexto económico mundial, pela primeira vez francamente adverso, desde o final da segunda guerra mundial, os diferentes governos pretendiam minorar os encargos que os diferentes sistemas de saúde representavam. Esses sistemas de saúde assentavam essencialmente numa lógica hospitalar, de carácter curativo, cujos custos tinham atingido proporções incomportáveis. Neste sentido, foi internacionalmente adoptado o conceito de «promoção de saúde», como núcleo central da nova saúde pública, que deveria contribuir para diminuir os pesados encargos até então mantidos sem questionamento.

O conceito de «promoção de saúde» surgiu pela primeira vez em 1974, num relatório produzido pelo Ministro Canadano para a Saúde e Bem-Estar. Esse relatório, que passou a ser conhecido pelo «Relatório Lalonde», propunha que a saúde dos indivíduos poderia ser melhorada se estes pudessem evitar recorrer a serviços de saúde técnicos, complexos e dispendiosos e, para isso, era necessário que se criassem condições para que os actos com vista à prevenção da doença se distanciassem dos centros de alta tecnologia médica e que a promoção de saúde implicaria que os indivíduos deveriam estar atentos a factores ambientais que afectam a saúde - (individual e colectiva) - e optassem pelos chamados «estilos de vida saudáveis» (Lupton, 1995: 50).

Por um lado, é preconizada a racionalização dos sistemas de saúde, quando na maior parte dos países ocidentais predominavam modelos de organização de cuidados de saúde centrados em hospitais e em altas tecnologias. Por outro lado, os cuidados primários de saúde ofereciam o argumento e a orientação técnica para a realização de políticas de contenção de custos no sector saúde. A racionalização era justificada com os argumentos típicos da defesa dos cuidados primários, baseados na evidência epidemiológica de que a maior parte dos problemas de saúde poderia ser resolvida pela oferta de serviços básicos e da defesa de que o envolvimento dos utentes com os serviços de saúde poderia resultar no estabelecimento de um controlo externo sobre burocracias relutantes, que resistiam em aceitar cortes de gastos ou outras medidas racionalizadoras.

Esta estratégia de racionalização das políticas de saúde significou, em alguns casos, a transferência do poder de decisão política sectorial para níveis sub-nacionais de governo, a extensão da cobertura de serviços de saúde às áreas rurais e

às periferias dos grandes centros urbanos e o crescente envolvimento leigo nos processos políticos do sector. De acordo com as circunstâncias e com as orientações políticas dos governos, a participação preconizada poderia realizar-se pelo estímulo à criação de canais de participação ou pela ênfase nos autocuidados, envolvendo os participantes como co-financiadores ou como mão de obra para a construção de unidades de saúde ou de equipamentos de saúde.

Nos finais da década de oitenta, o agravamento da crise económica e a ascensão ao poder de políticos liberais em países centrais da economia internacional – Estados Unidos, Grã-Bretanha e Alemanha, por exemplo – introduziram no debate político uma forte crítica à ideia de o desenvolvimento e promoção do bem-estar social estar centralizado nos estados. As teses utilizadas pelos dirigentes políticos desses países inspiravam-se no pensamento da nova direita e influenciavam agências internacionais a definir políticas de ajustamento estrutural que preconizavam a descentralização, a ser empreendida, principalmente, através da privatização de funções, considerando, ao mesmo tempo, que o princípio da universalidade de acesso a bens e serviços de saúde e o princípio da participação de utentes e cidadãos criavam obstáculos ao desenvolvimento económico (Clarke e Langan, 1994: 50-53). As principais organizações internacionais que, gradualmente, adoptaram estas ideias, encaravam os processos de descentralização e de participação dos cidadãos apenas como instrumentos de redução dos custos e de crescimento de acções autónomas autofinanciadas pelas populações locais. Acima de tudo visavam que o ajustamento estrutural das economias nacionais se fizesse através de políticas que permitissem a redução drástica do tamanho do aparelho estatal.

A estratégia de cuidados primários de saúde não colidia com a nova orientação política das agências internacionais. Embora a noção de participação fosse um dos pressupostos básicos desta estratégia, outra noção importante, e provavelmente mais central, era a do uso racional de recursos escassos. A ênfase seria depositada na aplicação de tecnologias simplificadas através da montagem de um sistema hierarquizado de unidades de saúde que cobriria toda a população, embora tivesse como alvo prioritário os sectores sociais mais desfavorecidos. Assim, as políticas inspiradas nos cuidados primários de saúde não contradiziam o novo tom das agências internacionais. Pelo contrário, poderiam transformar-se numa via para racionalizar a utilização de recursos financeiros

ros, atingindo selectivamente os mais pobres e alargando o mercado da medicina alopática para os restantes sectores da população. Simultaneamente, o resto da população poderia obter serviços de saúde no mercado. Nesta perspectiva, as políticas a serem implementadas enfatizariam as noções de autocuidado e de participação dos utentes no financiamento e na execução de projectos de saúde.

Este cenário internacional teve profunda influência sobre as mudanças ocorridas nos sistemas de saúde nacionais, a partir da década de oitenta, marcadamente nos países ocidentais. No entanto, as particularidades institucionais e históricas, as conjunturas políticas e a situação geopolítica de cada país moldaram os impactos das propostas das agências internacionais sobre os diferentes sistemas de saúde (Starfield, 1997). A reestruturação sectorial que veio a ocorrer em cada país demonstrou que ideias globais gerais, na área das políticas sociais, e particularmente na área da saúde, resultaram em mudanças concretas peculiares. Os casos do Brasil e de Portugal, examinados a seguir, ilustram bem estes processos.

264

2. Reformas de saúde no Brasil e em Portugal: proximidades e distâncias

2.1 A «municipalização» e a «regionalização» como caminhos para a descentralização

A reforma do sistema de saúde brasileiro, em curso desde a década de oitenta, teve como principais características a promoção de medidas visando a redução de gastos do sistema, a universalização do acesso aos cuidados de saúde, a descentralização e integração dos serviços de saúde financiados com recursos públicos e o estímulo à participação popular (entre outros, vale a pena referir Médici, 1987; Paim, 1989; Luz, 1991; Possas, 1995; Teixeira, 1989; Oliveira e Teixeira, 1986). Podemos dizer que as reformas de saúde em Portugal partilharam estas mesmas características, exceptuando o estímulo à participação popular, que nunca se inscreveu explicitamente nas agendas políticas de reforma do sector, a não ser no curto período de tempo em que o contexto revolucionário deu espaço a novas experiências de gestão dos serviços de saúde, com amplitude comunitária, e ofereceu a possibilidade de protagonismo a novos actores, entre 1974 e 1976, como veremos mais adiante (Carapinheiro e Pinto, 1987).

A primeira grande reforma da saúde em Portugal ocorreu em 1971 (Decreto-lei n.º 413/71), sete anos antes da Declaração de Alma Ata e da adesão de Portugal às suas recomen-

dações, no âmbito de um sistema político ditatorial que estrebuchava perante o declínio dos fundamentos ideológicos do Estado Novo de Salazar. A importância desta reforma foi a de, pela primeira vez, se conceber a construção de um sistema nacional de saúde autonomizado da assistência social, embora a ela interligado, que procurava a cobertura universal da população, suportada inteiramente pelos recursos financeiros do Estado (Ferreira, 1990; Carapinheiro e Pinto, 1987; Santos e Hespanha, 1987).

De facto, desde 1935, no início da ditadura, as necessidades de saúde e de assistência social da população passavam pela organização da Previdência Social, cujos organismos periféricos eram as caixas sindicais de previdência, criados pelos parceiros corporativos, sindicatos nacionais e grêmios patronais, de acordo com os princípios corporativos do Estado Novo, ou seja, a partir de um regime de contribuição prévia dos trabalhadores e dos patrões, assente na relação corporativa entre trabalho e capital. Assim, o financiamento destas caixas não é suportado pelo Estado, mas sim pelos sectores económicos interessados. Mais tarde, em 1963 é publicado o Estatuto da Saúde e Assistência, de matriz caritativa e corporativa, em que a Previdência passa a assumir a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários, tendo criado os Serviços Médico-Sociais, que no início da década de setenta já cobriam 80% da população. No entanto, o Estado ainda exercia uma acção supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares (Page, 1998).

A segunda grande reforma da saúde surgiu ligada ao ideário político da Revolução de Abril em 1974, constituindo um dos objectivos estratégicos do Programa do Movimento das Forças Armadas. Em 1976 surgiu a nova Constituição do Estado Social Português que consagrava o direito à saúde, a ser concretizado através da criação de um Serviço Nacional de Saúde, universal, geral e gratuito, que deveria orientar a sua acção para a socialização da medicina e da produção médico-medicamentosa (artº 64). No entanto, só em 1979 foi aprovada a lei de bases do Serviço Nacional de Saúde (lei nº. 56/79), aproveitando uma conjuntura política favorável à superação de todos os antagonismos a este projecto social e político, concentrados em importantes grupos de pressão e de influência. Nas décadas de setenta e oitenta, o percurso histórico deste serviço atravessou cenários de luta incessantes entre as forças sociais e políticas que, quer o consideravam um «bem indiscutível» a preservar a todo o custo (as for-

ças políticas da oposição e os sindicatos democráticos dos profissionais de saúde), quer o definiam como um «mal necessário», com limites internos e externos ao sistema, a esgotar a breve prazo (as forças políticas associadas ao governo), quer o rejeitavam «de todo», por não ser um projecto de política social consentâneo com os novos parâmetros de desenvolvimento da sociedade portuguesa (Ordem dos Médicos, em aliança com os partidos políticos mais à direita no sistema político-partidário português), nomeadamente perante a emergência da integração de Portugal na economia europeia (que se consumou em 1986) e a necessidade do país se aproximar das sociais democracias europeias onde prevaleciam filosofias políticas neo-liberais.

Assim, o sistema de saúde português ainda se estrutura basicamente num Serviço Nacional de Saúde, embora ao longo das últimas décadas tenha sido objecto de sucessivas reformulações político-ideológicas e consequentes reconfigurações jurídicas, tornando-o parcialmente irreconhecível face aos objectivos de universalidade, generalidade e gratuidade, totalmente garantidos pelo Estado, incluídos no projecto de política de saúde que o fez nascer. Hoje, passados vinte e seis anos sobre a Revolução de Abril, o Serviço Nacional de Saúde mantém-se como a principal peça do sistema de saúde, mas esvaziado da concepção filosófica original e dotado de princípios de regulamentação que favorecem a sua flexibilização a programas políticos de privatização do sistema. De facto, através de conjunturas políticas variáveis, desde o início dos anos oitenta que a questão da privatização tem vindo a ser colocada por parte dos responsáveis políticos do sector, como uma possibilidade de suprir as «insuficiências» e as «ineficiências» de um serviço público que nunca conseguiu pôr a funcionar plenamente todos os seus recursos e que, por isso mesmo, nunca pôde ser globalmente avaliado.

Até ao início dos anos oitenta, o sistema de saúde brasileiro estava dividido em dois sub-sectores, o de saúde pública e o previdenciário. Ambos realizavam as suas acções descoordenadamente e, muitas vezes, prestavam serviços similares à mesma população, no limite mínimo da integração interinstitucional. O sub-sector de saúde previdenciária detinha a maior parte dos recursos financeiros, oferecia cuidados de saúde através da maior rede de serviços ambulatoriais e hospitalares, próprios ou contratados, e financiava serviços de saúde individuais para a maioria dos brasileiros. Note-se que tanto os cuidados ambulatoriais, quanto os cuidados hos-

pitalares eram oferecidos, principalmente, através de serviços privados, contratados pelo sub-sector previdenciário. A crise económica, que se estendia desde meados da década de setenta, e os custos crescentes dos serviços de saúde oferecidos pela previdência social, fortaleciam a ideia de que o sistema de saúde deveria ser reorganizado, visando a sua melhor integração e a sua maior descentralização. A reorganização implicaria transferência de poder decisório e de recursos financeiros do sub-sector previdenciário para o da saúde pública e do governo central para os estados e municípios.

À medida que a crise económica afectava a sustentação política do governo militar, os governantes tomavam iniciativas no sentido de tornar o regime menos opressivo e de criar novos canais de representação dos interesses. Procurando expandir as suas bases sociais de apoio, o governo passou a implementar políticas sociais orientadas para a redução da pobreza e para a expansão da cobertura previdenciária. Ao mesmo tempo, as relações corporativistas entre os interesses dos grandes conglomerados dos negócios e os interesses da tecnoburocracia do sector público (Cardoso, 1975: 181-186) eram criticadas, inclusive por sectores da burguesia, insatisfeita com a diminuição das actividades económicas. Formas democráticas de actividade política foram, gradualmente, sendo restabelecidas ou criadas, como, por exemplo, eleições para cargos executivos, liberdade de imprensa, liberdade de organização partidária. Projectos e programas governamentais constituíram comités e comissões que deveriam incorporar representantes da sociedade civil.

Neste contexto, durante os anos oitenta e início dos anos noventa foram implementados dois programas e aprovados um conjunto de provisões legais que lançaram as bases sobre as quais se realizou o processo de reforma do sistema brasileiro de saúde. Eles foram o Programa das Acções Integradas de Saúde (AIS), o Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e a Constituição Federal de 1988 em conjunto com as leis da saúde.

O Programa das AIS, criado em 1984, fazia parte da estratégia do regime militar para a redução dos gastos crescentes com a previdência social. Estabeleceu que a previdência transferiria recursos financeiros para os estados e municípios que aderissem ao programa. O principal objectivo era melhorar a rede pública de serviços sob administração estadual e municipal e, desse modo, conter a procura de serviços especializados e hospitalares prestados directamente ou

financiados pela previdência. Para facilitar a integração entre os prestadores públicos e privados foram criadas comissões interinstitucionais, ao nível federal, estadual, municipal e local de governo, embora apenas as comissões ao nível municipal e local tivessem o envolvimento das organizações da sociedade civil. As comissões locais decidiriam sobre a distribuição de recursos financeiros da previdência social transferidos para as municipalidades e monitorariam os gastos a serem realizados com tais recursos. Nesses foruns não eram discutidos os serviços de saúde oferecidos directamente pelos níveis federal, estadual e municipal de governo e por prestadores privados (pagos pela previdência social). Além de colaborar para a integração interinstitucional, as comissões municipais e locais constituíram-se também em canais de representação de interesses de grupos organizados da sociedade civil junto ao Estado.

As comissões municipais e locais, criadas no bojo de um sistema bastante centralizado, poderiam ter pouca influência sobre as decisões tomadas em Brasília. No entanto, elas poderiam absorver e aliviar a pressão exercida por diferentes grupos de interesse sobre os governantes. Gradualmente, grupos de interesse, tais como centrais sindicais e movimentos populares urbanos, entidades representativas de profissionais e trabalhadores de saúde e outras organizações previamente excluídas do processo de decisão política sectorial, passaram a encarar esses foruns como uma oportunidade de influenciar decisões. Particularmente nas grandes cidades, nas quais os movimentos social e sindical eram melhor organizados, havia pressão pela ampliação da agenda do forum, visando aumentar a sua influência no sector (Carvalho *et al.*, 1992: 116-127).

Em 1985, quando o primeiro Presidente da República civil tomou posse, depois de vinte e um anos de governantes militares, a implementação das AIS passou a ser considerada como a principal política a ser promovida pelo governo federal na área de saúde. Em Agosto de 1987, autoridades de saúde federais, identificadas com o projecto de reforma do sistema, lançaram o Programa SUDS com o objectivo de aperfeiçoar as AIS. A principal estratégia do novo programa era descentralizar o sistema, universalizar o acesso aos serviços de saúde - financiados com recursos públicos - e, ao mesmo tempo, racionalizar os custos e o uso dos recursos, unificando a gestão dos sub-sectores de saúde pública e previdenciário de assistência à saúde, através da utilização da estrutura da rede estadual.

Os estados assinaram convénios com a previdência social, para que se pudesse transferir para a esfera estadual recursos financeiros, serviços hospitalares e ambulatoriais da previdência social. O programa também estabelecia que deveria haver municipalização, ou seja, a transferência desses serviços e de recursos financeiros previdenciários, bem como das unidades ambulatoriais e hospitalares e dos serviços de saúde pública estaduais, para os municípios em que se localizassem os mesmos. Para tanto, a condição era que os dirigentes municipais de saúde aderissem ao convénio estadual do SUDS. O Programa realizou uma efectiva integração interinstitucional, virtualmente extinguindo o envolvimento da previdência social na provisão directa e na compra de serviços de saúde ao sector privado. A ideia era que, quando houvesse municipalização, as secretarias municipais de saúde passariam a ser gestoras dos serviços de saúde nas suas respectivas áreas territoriais, financiados com recursos públicos. A única excepção seriam os serviços que, devido ao seu maior nível de complexidade, se constituíssem em referência regional, estadual ou nacional.

Entretanto, em Portugal, durante os anos oitenta, o sistema de saúde era objecto de várias medidas políticas, decorrentes de novos parâmetros estruturais que sublinhavam a evolução política nacional, designadamente o encarniçamento da filosofia liberal do Estado, dificultando a aplicação da lei do Serviço Nacional de Saúde, espartilhada entre a necessidade da sua execução e a imposição de políticas de racionalização das despesas públicas na saúde, acentuando-se a tendência da sua progressiva privatização, no quadro do aparelho institucional do Estado de Bem-Estar cada vez mais fragilizado. É assim que começa a crescer a transferência de recursos financeiros do sector público para o sector privado, que são introduzidas as taxas moderadoras, que se traduziam no pagamento obrigatório de uma quantia por medicamento, por consulta, por utilização do serviço de urgência, por internamento e por cada meio complementar de diagnóstico e terapêutico prescrito. Por outro lado, a medicina liberal ia recuperando alguma margem de negociação com o Estado, estabelecendo-se convenções entre a Ordem dos Médicos e os serviços públicos de saúde, dando origem à «medicina convencionada». Uma nota curiosa é que até 1982 ainda não tinham sido criados os órgãos regionais do Serviço Nacional de Saúde e, espantosamente, os postos de consulta dos Serviços Médico-Sociais ainda continuavam a funcionar.

Em 1982 são criados as Administrações Regionais de Saúde, como órgãos regionais do Serviço Nacional de Saúde e em 1983 os postos dos Serviços Médico-Sociais são integrados nos centros de saúde, criados pela reforma de 1971, em unidades de saúde únicas, constituindo-se estas unidades como os órgãos locais do Serviço Nacional de Saúde.

Estes factos permitem-nos afirmar que, até hoje, em Portugal é mais correcto falar em regionalização do que em descentralização do sistema de saúde. Podemos até afirmar que os centros de saúde, como órgãos locais do sistema de saúde português, se podem problematizar como lugares marginais, ou seja, regionalizar tem vindo a ser equiparável a destituir os centros de saúde de poder científico e técnico, a descapitalizar os recursos materiais neles instalados e a incapacitar os recursos humanos que neles trabalham. Assim sendo, associar cuidados primários de saúde aos centros de saúde e cuidados diferenciados aos hospitais ou decretar a dissolução destas dicotomias (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde - Decreto-lei nº11/93 de 15 de Janeiro) tem contribuído para obscurecer duas realidades estruturais de extrema importância. A primeira diz respeito aos diferentes modos de racionalidade que subjazem aos centros de saúde e aos hospitais, em termos da sua história institucional, da sua história política, da especificidade da sua estrutura organizativa, das suas práticas profissionais e, finalmente, da natureza e composição dos seus recursos globais. Desde logo, esta diferenciação de posições é geradora de processos de desigualdade social nos profissionais de saúde que trabalham numa e noutra estrutura. A segunda tem a ver com as diferentes trajectórias sociais definidas pela população no consumo de cuidados de saúde, oferecidos por centros de saúde e hospitais, dando origem a estratégias orientadas para a minimização das ineficiências do sistema, a partir da diferenciação dos recursos que os vários grupos detêm para acederem aos cuidados de saúde e superarem os seus factores de bloqueamento (Carapineiro e Hespanha, 1997).

Se até ao início dos anos oitenta podemos dizer que existem traços estruturais semelhantes na evolução das reformas dos sistemas de saúde brasileiro e português, em termos da sua estrutura orgânica interna, das suas principais linhas programáticas, das suas ideologias de fundo e do seu direccionamento tutelado pelas recomendações e directivas ditadas pelas agências internacionais, a partir da década de oitenta emergem com mais força as especificidades decorrentes da

história político-institucional dos dois países, da maior complexidade da gestão política e administrativa de um país com estrutura governativa federal, estadual e municipal, como é o caso do Brasil, em comparação com a que corresponde a um estado com uma organização política e administrativa em regiões, distritos, concelhos e freguesias, como é caso de Portugal. Acresce e sobressai a esta escala de leitura comparativa das duas realidades sociais a escala relativa à posição geo-estratégica destes dois países em regiões diferentes do mundo. Face a estas determinantes, nacionais e, simultaneamente, globais, visualiza-se facilmente a bifurcação das estratégias de reforma da saúde adoptadas no Brasil e em Portugal, nitidamente mais vincadas no que diz respeito à descentralização dos sistemas de saúde, como iremos ver.

Os reformadores do sistema brasileiro de saúde consideravam, como uma questão de princípio, que representantes de organizações da sociedade civil tivessem controlo sobre o sistema. Mas eles também precisavam ampliar as bases sociais de apoio ao seu projecto reformista. Nesse sentido, as comissões criadas anteriormente pelo Programa das AIS, poderiam funcionar como foruns mobilizadores de apoios. Neste sentido, o SUDS abriu as comissões estaduais e federais à participação da sociedade civil e reforçou o papel dos representantes da sociedade civil nas comissões municipais e locais. Havendo municipalização, o SUDS habilitava as comissões municipais a participarem das decisões referentes aos serviços próprios e contratados na cidade.

A Constituição Federal, promulgada em 1988 (Brasil, 1988), e as Leis Complementares de Saúde (Brasil. Congresso, 1990a; Brasil. Congresso, 1990b), aprovadas pelo Congresso Nacional em 1990, foram influenciadas pelo lobby formado pelos reformadores do sistema de saúde brasileiro, em aliança com entidades dos movimentos popular e sindical, representativas dos interesses dos utentes de serviços financiados com recursos públicos. As Leis Complementares foram aprovadas através de um processo conflituoso que posicionou, de um lado, ao nível federal, o governo Collor – nitidamente identificado com sectores conservadores do espectro político nacional – aliado aos prestadores privados de serviços de saúde e alguns sindicatos estaduais da profissão médica, tentando reter prerrogativas do sector privado, poder decisório sobre o sistema, ao nível federal e restringir a participação dos utentes nas instâncias deliberativas criadas pela nova legislação. Do outro lado, estavam os reformadores do

sistema de saúde, entidades representativas dos interesses dos utentes e, principalmente, secretários municipais e estaduais da saúde, os quais, através de governadores e prefeitos, controlavam os votos no Congresso Nacional, indispensáveis para a aprovação das propostas do poder executivo federal.

Esta última coligação de entidades defendia critérios técnicos que automatizassem a transferência de recursos financeiros para os estados e municípios, que descentralizassem o sistema através da normatização dos processos de municipalização e fortalecessem as instâncias participatórias em todos os níveis da administração pública. O objectivo estratégico era criar o Sistema Único de Saúde (SUS), que oferecesse acesso universal a serviços de todos os níveis de complexidade, que fosse financiado pelo Fundo de Seguridade Social e pelos orçamentos federal, estadual e municipal, transferindo para o município a responsabilidade pela provisão da maior parte dos serviços. Aos governos federal e estadual caberia, principalmente, as tarefas de monitorização e avaliação do sistema.

A vitória do projecto reformista significou a aprovação de legislação, estabelecendo que o sistema de saúde deveria ter administração unificada, descentralizada e participativa. Passou a ser competência dos municípios os cuidados de saúde, financiados com recursos públicos, oferecidos na respectiva área geográfica, com exclusão daqueles que se constituíssem em referências regionais, estaduais e nacionais. Foram também criadas as Conferências e os Conselhos de Saúde, ao nível municipal, estadual e federal. Ambas as instâncias deveriam ter composição paritária, sendo 50% dos seus membros representantes dos utentes e os demais 50% representantes dos gestores governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde. As Conferências deveriam realizar-se com uma periodicidade mínima de quatro anos, para fixar os rumos da política de saúde nacional. Os Conselhos deveriam funcionar regularmente, acompanhando a gestão pública nas esferas administrativas correspondentes.

2.2 Dimensões de conflitualidade nos processos de descentralização

Se pensarmos a problemática da descentralização dos serviços de saúde como problemática sociológica, o que está em causa é, por um lado, a problemática da produção articulada de cuidados a nível local, por outro lado, a problemática da

gestão descentralizada dos serviços de saúde locais e, finalmente, a problemática da cidadania na saúde (Levinson, 1998). Estas problemáticas funcionam em estreita interdependência, a partir de algumas ideias de base. A primeira ideia é a de que os sistemas de saúde assentam nos cuidados primários e que estes cuidados devem localizar-se junto das comunidades, embora o conceito de comunidade esteja definido de uma forma restritiva, dando prioridade à ideia de «localismo» sobre a ideia de «comunitarismo», isto é, a base de organização da coexistência das identidades existentes e das identidades emergentes. Esta ideia pressupõe a participação dos agentes do poder local na definição das linhas de acção comuns, estrategicamente concertadas. Mas as ideias anteriores acarretam o recorte de regiões de saúde, ou melhor, locais de saúde, reconhecíveis pelas particularidades e singularidades históricas e culturais, sociais e económicas, morfológicas e geográficas. Este reconhecimento poderá não só contrariar a separação entre os órgãos de gestão e coordenação das instituições de saúde e os órgãos de poder local, impedindo a emergência de sistemas paralelos de poder, que disputam entre si as arenas de poder local, como também poderá promover novas dinâmicas locais de desenvolvimento. Descentralização significa a participação dos indivíduos e das associações que os representam nas decisões sobre a saúde tomadas a nível local. Significa a aproximação da gestão dos serviços de saúde aos utilizadores, tornando-a reconhecível, compreensível e plástica às necessidades locais. Significa o reconhecimento dos poderes com sede local, para gerir recursos físicos, técnicos, humanos e sociais.

Em Portugal, o primeiro registo político de regionalização ocorreu em 1971, quando foram criados os primeiros centros de saúde, orientados para actividades de saúde pública e apoiados na filosofia dos cuidados primários. Com a Revolução de Abril de 1974 surgiram condições políticas que favoreceram a passagem do movimento de regionalização ao movimento de descentralização, pois deixou de se restringir apenas à criação e distribuição regional de centros de saúde pública, para ampliar-se a outras modalidades de descentralização, intimamente articuladas aos processos de democratização da sociedade civil. Foi o caso da criação do serviço médico à periferia, foi também o caso das Comissões Integradoras dos Serviços de Saúde Locais, com participação directa das populações na coordenação e gestão dos serviços de saúde, até hoje o único registo de democracia directa

no domínio da saúde, assim como foi ainda o caso da constituição de equipas de saúde voluntárias que se espalharam por todo o país, produzindo prevenção da doença, promoção da saúde e medicina curativa, contribuindo, inequivocamente, para o primeiro grande salto de melhoria dos principais indicadores de saúde do país (Carapinheiro e Pinto, 1987).

Este movimento, na sua fase mais intensificada durou dois anos, de 1974 a 1976, num ímpeto que esmoreceu e acabou por desaparecer, justamente no período coincidente com a institucionalização dos processos da institucionalização política e de formalização burocrática dos movimentos mais espontâneos da sociedade civil. Estes processos acabaram por liquidar as potencialidades de regeneração das múltiplas matrizes sócio-culturais implicadas na concepção e execução de modalidades de produção de saúde e por esquecer, inexoravelmente, os cidadãos, os seus protagonismos e os seus direitos.

Hoje, existem regiões de saúde, existem sub-regiões de saúde, existem administrações regionais de saúde, como peças de uma arquitectura política alicerçada na delegação do poder político central, tutelando centros de saúde sem recursos físicos, materiais e humanos que os constituam como lugares de produção de cuidados de primeira linha, administrando hospitais que se auto-administram e integrando aparelhos políticos locais comandados por grupos de interesse, grupos de influência e grupos de pressão que constituem os serviços de saúde como instrumentos de controlo e vigilância das populações e, simultaneamente, como instrumentos locais de alheamento dos indivíduos, face aos seus direitos, de alienação das necessidades individuais, bem como de discriminação selectiva das necessidades sociais.

A situação estrutural de precaridade dos centros de saúde desdobra-se, fatalmente, na precaridade dos cuidados de saúde primários que se pressupõe que estes centros forneçam. Esta debilidade estrutural pode ser encarada não só em termos das ideologias profissionais e das concepções de saúde que subjazem à organização destes cuidados, como também em termos das práticas que as materializam. Os profissionais que estão mais próximos da gestão quotidiana dos serviços de saúde reconhecem que a realidade que permanece inalterada é a dos médicos hospitalares olharem para os cuidados primários de saúde como «cuidados menores», apoiados numa cultura profissional elitista que expulsa para lugares marginais todos aqueles que estão mais distantes do hospital e que, portanto, apenas desenvolvem um trabalho de suporte

do trabalho hospitalar. Em termos de estratégia política, transversal a todo o sistema, os cuidados de saúde primários têm desempenhado uma tripla função. Por um lado, têm servido de tampão entre a população e o espaço onde se exerce a medicina diferenciada, ou seja, o hospital, protegendo o «núcleo nobre» sobre o qual assenta todo o sistema de saúde. Por outro lado, têm amortecido uma possível crise no mercado de trabalho da medicina, ao absorver os médicos excedentes, até certo ponto marginalizados das carreiras médicas diferenciadas. Por fim, têm sido eficazes na pacificação da população portuguesa, enganada pelo não cumprimento das promessas da modernidade, tornando-a «dócil», através da medi [calização de todo o tipo de problemas para os quais as respostas] do Estado, em matéria de protecção social, têm sido sobejamente insuficientes.

Embora no Brasil a gestão dos serviços de saúde se tenha tornado obrigação municipal, ao longo da década de noventa houve dificuldades em tornar realidade tal determinação legal, devido a inúmeras situações de conflito que se criaram em torno dos processos de municipalização. A principal dificuldade, especialmente nas capitais e nas cidades grandes, era chegar a um acordo sobre como e quando os serviços passariam para a administração municipal, quais as unidades hospitalares e ambulatoriais a serem municipalizadas e, principalmente, qual seria o montante de recursos financeiros a serem transferidos para as secretarias municipais de saúde.

Neste contexto de conflito, o processo de municipalização não ocorreu imediatamente após a aprovação das Leis Complementares de Saúde. Na prática, a descentralização proposta pela legislação não criou instrumentos que normatizassem os procedimentos relativos às transferências de recursos financeiros da esfera federal para os níveis sub-nacionais da administração pública. Para assumir novas funções os municípios requeriam o recebimento sistemático de verbas compatíveis com o exercício de novas tarefas. No entanto, as portarias ministeriais, editadas durante o ano de 1991 (Castro, 1997: 5), não alteraram a modalidade tradicional de pagamento por procedimento realizado por estados, municípios e prestadores contratados. Não foram implementadas as transferências de recursos financeiros em montantes globais, fixados por critérios técnicos. O argumento do bloco reformista, defensor da descentralização, centrava-se na denúncia da política recentralizadora do governo federal exercida através do deliberado incumprimento da lei para não viabilizar o processo de municipalização.

Com a queda do governo Collor, no final de 1992, uma coligação política de centro esquerda assume o governo federal. Na área da saúde observa-se nítida mudança de orientação política, caracterizada por iniciativas visando a criação de mecanismos que descentralizassem o sistema e impulsionassem a municipalização dos serviços. Em 1993, foi elaborada a Norma Operacional Básica - SUS 01/93, visando redistribuir poder, recursos e redefinir os papéis das esferas federal, estadual e municipal de governo no sistema, levando em consideração as desigualdades regionais, as diferenças em termos de capacidade instalada entre estados e entre municípios e a diversidade sócio-económica e epidemiológica existente no país. Foram criadas diferentes formas de gestão nas quais os estados e os municípios poderiam se enquadrar. Dependendo do cumprimento de requisitos básicos, da capacidade gerencial do município e da força política do gestor municipal para realizar uma negociação favorável com as autoridades de saúde, estadual e federal municipal, poderia concretizar-se o enquadramento do município na forma mais avançada de municipalização. Nesse caso, a secretaria municipal de saúde passaria a gerir todos os serviços de saúde, financiados com recursos públicos na cidade, ou seja, ela assumiria a gestão do SUS na respectiva área de jurisdição territorial. A legalização das transferências financeiras ocorreu em 1994, quando foi aprovado o Decreto 1.232, que regulamentou a transferência regular e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos estados, distrito federal e municípios (Castro, 1997).

A política de saúde do governo federal, sob o comando do presidente eleito Fernando Henrique Cardoso desde 1994, tem sido marcada por medidas que reforçam a ingerência do Ministério da Saúde sobre a acção dos gestores municipais. Além disso, a prioridade que foi dada à estabilização económica e a políticas de ajustamento estrutural determinou a restrição da atribuição de verbas para a área da saúde. A criação da taxa destinada exclusivamente para a área da saúde não tem aliviado as dificuldades de financiamento no sector. Ao invés de acréscimo de receitas, os recursos adicionais têm, principalmente, substituído outras fontes de financiamento do Ministério da Saúde (Barros, 1995). Em 1996, o Ministério da Saúde editou uma nova Norma Operacional Básica - SUS 01/96, a qual estabelecia que a transferência de recursos financeiros para os municípios municipalizados se daria de forma automática, sendo o cálculo do montante a ser transfe-

rido baseado no tamanho da população. Tais recursos, denominados Piso de Atenção Básica (PAB), deveriam ser utilizados para realizar acções definidas pelo Ministério como básicas.

Embora o PAB tenha sido importante, no sentido de estabelecer um critério objectivo para a transferência de recursos financeiros, em alguns municípios, parte das transferências têm sido destinadas ao pagamento de serviços que não poderiam ser considerados básicos (Entrevista 1, 2000). As localidades com maior rede de serviços, em geral nas regiões mais ricas do país, vêm recebendo mais recursos, acentuando as desigualdades sociais e regionais. Este tipo de distribuição de recursos, determinado pela oferta de serviços, menospreza indicadores de necessidades de saúde e perfis epidemiológicos da população. A nova norma estabeleceu ainda que, os municípios que aderissem a programas destinados ao combate de determinadas doenças, receberiam verbas adicionais, conduzindo a distorções entre regiões e, até mesmo, a utilizações abusivas nos casos dos municípios que aderem ao programa por referência a doenças inexistentes no seu território. Deste modo, compromete-se o princípio de respeito às peculiaridades e às diferenças que fora predominante na norma de 1993.

Mesmo considerando os conflitos e obstáculos gerados pelo processo de municipalização, um número crescente de municípios foram sendo municipalizados. Em Novembro de 1999, dos 5.506 municípios brasileiros, 4.849 (88,07%) eram responsáveis pela gestão dos serviços básicos e da vigilância em saúde nas suas cidades, sendo que desses, 494 (8,97%) tinham também o encargo de gerir os serviços ambulatoriais e hospitalares financiados com recursos públicos. O número crescente de municipalizações consolidou a ideia de que, cedo ou tarde, todos os municípios serão atingidos. As organizações do movimento popular e sindical, que representam os interesses dos utentes, percebendo a inevitabilidade do processo, têm envidado esforços para aumentar a sua influência junto dos conselhos e conferências municipais de saúde. Reconhecem a centralidade da esfera municipal de governo no SUS e a possibilidade aberta para que os conselhos desempenhem um papel activo no processo de decisão política do sector.

Tentando comparar os processos de descentralização no sector da saúde, em Portugal e no Brasil, é possível constatar a distância que separa a conversão do processo de descentralização em regionalização mitigada em Portugal e em

municipalização efectiva no Brasil. Apesar da identificação das limitações e constrangimentos que têm atravessado a consolidação da municipalização como um projecto de conquista de autonomia de decisão e de gestão de recursos, o que é certo é que a participação das populações está irreversivelmente vinculada a este projecto que, dependendo do maior ou menor sucesso com que se configura em cada município, dispõe de uma estrutura orgânica e de liderança reformista que legitima essa participação como um direito de cidadania, que a população toma em mão e transforma em acção social. Pelo contrário, em Portugal e apesar da consolidação democrática atingida, a inexistência da força dos movimentos sociais, neste sector, como em qualquer outro, não permite a transcrição dos direitos em acção concreta, em qualquer das dimensões possíveis de participação. A carga material e simbólica da institucionalização dos processos de descentralização e da formalização burocrática de que se revestem sobre põe-se a qualquer tentativa, mesmo que incipiente ou desorganizada, de participação. Só assim se compreende que a regionalização do sistema de saúde periferalize os centros de saúde, marginalize carreiras profissionais e produza a exclusão social dos utentes.

2.3 Participação: espaços, actores e interesses

Nas duas últimas décadas, a reforma do sistema brasileiro de saúde transformou os serviços de saúde financiados com recursos públicos mais integrados e descentralizados, garantindo legalmente acesso universal a todos os residentes no país. Ainda não está claro se as mudanças melhoraram a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos, se eles se tornaram, de facto, mais acessíveis ou se a reforma ajudou a aprofundar iniquidades territoriais e sociais que já existiam. No entanto, não há dúvida que, desde 1984, foram criados, ao nível municipal, foruns participativos em quase todas as cidades do país, sendo que a maioria deles tem trabalhado regularmente desde a sua criação (IBAM *et al*, 1993: 33), de tal modo que, em 1996, 54% dos municípios do país tinham Conselhos de Saúde (Barros, 1995: 12).

Os conselhos municipais de saúde criados ao longo do processo de reforma, além de facilitarem a integração interinstitucional, vinham-se constituindo como espaços, nos quais os representantes de prestadores de serviços, gestores governamentais, representantes dos movimentos popular e

sindical e profissionais de saúde, poderiam canalizar as suas necessidades e expectativas, formar alianças, expressar divergências e antagonismos e conciliar interesses. No entanto, a mediação de interesses em foruns participativos requer a existência de organizações da sociedade civil, que possam sustentar e legitimar a actuação dos seus representantes (Marmor, 1983: 92). Além disso, seria necessário existir uma «policy community» (Jordan e Richardson, 1982: 83) interessada na construção de canais de participação. Um importante actor dessa «community» é a elite política sectorial, composta por profissionais e académicos, que colaboram decisivamente para a elaboração de projectos reformistas (Grindle e Thomas, 1991: 20). No caso da reforma do sistema brasileiro de saúde, havia os activistas dos movimentos sociais, ansiosos por influenciar a formulação e a implementação das políticas do sector. Havia também uma elite de reformadores tentando criar alianças e coligações para influenciar o processo de tomada de decisão dentro do governo (Melo, 1993: 130-136).

Grindle e Thomas (1991: 32-34) relacionaram a fraqueza dos mecanismos de representação de interesses colectivos, nos países em desenvolvimento, com forte papel que assumiriam as elites políticas sectoriais na formulação e na implementação de reformas, independente de articulações com organizações da sociedade civil. No entanto, a elite de reformadores do sistema brasileiro de saúde constituiu-se apenas como um dos componentes da «policy community» que defendia a reforma. Ao mesmo tempo em que tomavam parte activa no desenho de políticas e de estratégias que impulsivassem o processo reformista, os próprios reformadores atraíam lideranças populares e sindicais para que esses se envolvessem nos foruns públicos de representação política que eram criados. Eles promoveram a normalização de mecanismos de representação de interesses colectivos no sector da saúde, tendo como pressuposto a existência de movimentos popular e sindical, suficientemente organizados para garantir continuidade e consistência nessa representação.

Embora durante os anos oitenta e noventa tenha havido intensa mobilização da sociedade civil, no Brasil, a estrutura organizativa daí resultante varia de acordo com a região do país, com o estado e com as características demográficas, económicas e políticas das cidades. A força de instituições políticas e dos movimentos popular e sindical em cidades grandes e médias, por exemplo, tende a tornar viável a participação de grupos de pressão, determinando o tipo de envolvimento

que os utentes teriam nos conselhos de saúde (Carvalho *et al.* 1992; Cortes, 1995; IBAM *et al.* 1991; IBAM *et al.* 1993; L'Abbate, 1990; Martes, 1990). Clientelismo e paternalismo ainda são características marcantes nas relações entre governo e grupos de interesse no Brasil, especialmente nas pequenas cidades, nas áreas rurais menos industrializadas do país. Embora os conselhos possam colaborar na consolidação de formas mais democráticas de representação de interesses, o seu funcionamento pode ser limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política dos municípios brasileiros. Além disso, mesmo que o fórum participatório se torne a principal arena do processo de decisão política sectorial, o sector saúde geralmente não é central na estratégia política dos governos (Walt, 1994: 86-88).

A decisão política e a mediação de interesses nela envolvida, ao ser analisada de um ponto de vista pluralista convencional, é considerada como um processo no qual se estabelecem relações de poder empiricamente observáveis entre actores que decidem sobre certas questões políticas claras. Entretanto, como Bachrach e Baratz (1962, 1963) afirmam, muitos autores olham apenas para o processo aparente de tomada de decisão, enquanto existe uma área de igual ou de maior importância para ser pesquisada, que eles denominaram «a não tomada de decisão». O processo de deliberação política, que normalmente é aberto à participação dos cidadãos, seria formado apenas de questões não problemáticas, permanecendo a constituição da agenda política real restringida a poucos detentores de poder.

O processo de estabelecimento de agendas abertas ou escondidas pode resultar de escolhas não individuais ou inconscientes, argumentam Lee e Mills (1985: 128), citando Lukes (1974). O padrão de comportamento socialmente estruturado de grupos e as práticas institucionais têm uma forte influência sobre o modo pelo qual o poder é exercido. O tipo de envolvimento de um participante social particular nesse processo seria mais influenciado pela natureza global do projecto político dos que propõem a participação, pela agenda política dominante em dado momento histórico e pela força política e capacidade organizativa dos sectores sociais que sustentam esse participante do que pelas intenções explícitas dos agentes directamente envolvidos. Da mesma forma, a pauta da discussão dos conselhos, em muitos casos, pode não conter assuntos importantes para a política de saúde municipal, os quais permanecem como «não-questões»

(Bachrach e Baratz, 1963). Estando fora da agenda de discussões do Conselho, as decisões relativas a eles são tomadas em gabinetes, longe, portanto, do escrutínio público.

Vários estudos têm demonstrado que, desde o início dos anos noventa, os representantes da profissão médica e dos prestadores privados de serviços de saúde, contratados pelo SUS têm-se retirado dos conselhos municipais (Cortes, 1995; Silva Jr. *et al.*, 1995). Líderes desses sectores argumentam que os conselhos são hostis aos médicos e aos prestadores e que eles estariam sub-representados nesses foruns, tendo em conta a sua importância no sector (Entrevista 16, 1992; Entrevista 21, 1992). Evidentemente, tais grupos de interesse não foram excluídos do processo de decisão política sectorial. A sua influência exerce-se directamente sobre os gestores, através de canais formais e informais de exercício de pressão política. Exemplos de canais formais seriam o legislativo, os media ou a apresentação pública de solicitações aos gestores. Os canais informais constituíam-se, principalmente, através de administradores do SUS identificados com os interesses dos médicos e prestadores privados de serviços. Tal identificação tem, muitas vezes, carácter corporativo, pois tais gestores são, frequentemente, médicos ou proprietários de hospitais ou proprietários de equipamentos de apoio diagnóstico ou terapêutico. Saliente-se que a legislação proíbe que proprietários de serviços exerçam posições de chefia no SUS. No entanto, muitas vezes o médico, dono de hospital ou de outros equipamentos, abandona, formalmente, a direcção daquela organização, apenas durante o período em que exerce a função de gestor público, permanecendo a sua identificação com os interesses dos prestadores de serviços privados.

Diferentemente do que ocorria durante os anos oitenta, os conselhos municipais e as conferências de saúde, na década de noventa, deixaram de ser o local principal de negociações e mediações de interesses sectoriais. Esses foruns, entretanto, assumiram dois papéis fundamentais à medida que o processo de municipalização se consolidava. Em primeiro lugar, eles passaram a ser o locus onde os representantes dos utentes, principalmente dos moradores das regiões mais pobres das cidades, apresentam as suas reivindicações aos gestores do SUS. Em segundo lugar, nos conselhos municipais e durante as conferências de saúde articulam-se as forças sociais favoráveis ao aprofundamento do processo de

reforma do sistema. A mediação entre projectos conflitantes para o sector ocorre, portanto, preferencialmente, através de canais formais e informais já mencionados.

Os projectos em conflito que se confrontam nessas variadas arenas de decisão política são, basicamente, dois. De um lado, estão os reformistas do sistema brasileiro de saúde, que defendem a expansão da provisão pública de serviços, o aumento do controlo estatal sobre o mercado de serviços de saúde e o acesso universal de todos os cidadãos ao sistema. A «policy community» de reformistas é liderada por gestores municipais interessados em aprofundar a autonomia dos municípios e obter mais verbas, por lideranças dos movimentos popular e sindical, por associações e sindicatos de profissionais e de trabalhadores de saúde. Especialmente nas capitais de estados e nas cidades de grande e médio porte, tais sectores articulam-se com os conselhos municipais de saúde e durante as conferências de saúde, apoiando-se na legitimidade do conselho para confrontar opositores, pressionar prefeitos, governadores e o governo federal para exigir, por exemplo, a atribuição de mais verbas para o sector saúde. De outro lado, estão os liberais que defendem o modelo vigente na década de setenta, que favorecem a acentuação da provisão privada de serviços para aqueles que os podem pagar, destinando aos pobres a oferta de serviços financiada com recursos públicos. Os principais líderes da resistência ao processo de reforma são os empresários médicos, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e as suas ramificações estaduais, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) que representa as «health maintenance organizations» brasileiras, a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina e ramificações estaduais, além de alguns sindicatos médicos estaduais.

Mesmo considerando que os conselhos deixaram de ser ou não chegaram a consolidar-se como local principal de mediação de interesses no sector, a novidade é a formação gradual de um novo tipo de relacionamento na área da saúde no Brasil, no qual os interesses dos sectores populares, tradicionalmente excluídos do processo de decisão política, vêm sendo representados formal e publicamente. Em cidades grandes e em municípios onde os movimentos popular e sindical são mais organizados, tem havido envolvimento constante dos seus representantes nos espaços políticos públicos dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde (Carvalho *et al.*, 1992; Vargas *et al.* 1985; Côrtes, 1998).

No que diz respeito à questão da participação dos utentes no sistema de saúde português, o estudo sociológico sobre a articulação entre cuidados primários e cuidados hospitalares, já referido anteriormente (Carapinheiro e Hespanha, 1997), foi muito elucidativo, pois dos vários objectivos incluídos neste estudo, um deles foi compreender e interpretar o sistema de expectativas e de representações que os utentes vão construindo sobre estes serviços, dando um enfoque particular às representações construídas sobre os saberes leigos dos doentes. Os resultados são significativos quanto às apreciações que os profissionais fazem sobre a «falta de informação» dos doentes, considerando que o próprio sistema de saúde não a fornece; sobre o «excesso de informação viciada», ou seja, a informação que veicula a ideia de que os doentes só têm direitos e não têm deveres para com a sociedade; e também o considerarem que «não está correctamente definida a articulação entre o sector público e o sector privado», o que gera nos doentes uma percepção de indiferenciação entre os dois sectores, subentendendo, de alguma forma, a aplicação de juízos de censura e de reprovação pela escolha preferencial do sector privado, em detrimento da escolha dos médicos dos centros de saúde.

Há quem reconheça nos doentes uma posição «voluntarista» de não quererem conhecer o sistema de saúde e uma posição «oportunista» de só quererem ser informados sobre os aspectos do sistema que melhor lhes permitem dominar as situações e resolvê-las. Este argumento acaba até por avançar com a ideia de que quando os profissionais querem dar mais conhecimento aos doentes, eles mostram não estar interessados. «Indiferença», «voluntarismo» e «oportunismo» constituem, então, os três termos da «ideologia de que os doentes se servem do sistema». Esta ideologia ganha forma num modelo de acção social que se rege segundo os princípios do «liberalismo selvagem», quando os doentes recorrem, simultaneamente, a múltiplas unidades de saúde do sector público e do sector privado, «à procura do melhor médico que lhe diz a coisa que mais lhe agrada ouvir». São, aliás os mesmos princípios do liberalismo selvagem que favorecem a não compreensão do sistema de saúde, na medida em que «as pessoas entendem que ninguém deve mandar no seu corpo», ou seja, o exercício dos direitos e das liberdades individuais e o funcionamento dos saberes leigos como instrumentos de mudança são transformados em «desconhecimento», «ignorância», «manha» e «manipulação abusiva».

Ora, a análise que neste mesmo projecto foi feita sobre as trajectórias sociais desenhadas pela população no acesso aos cuidados de saúde mostra que elas são irregulares, sinuosas e, até mesmo, incompreensíveis, se insistirmos em continuar a interpretá-las segundo o modelo convencional de articulação entre os cuidados, politicamente configurado para a continuidade e a complementaridade entre cuidados primários e cuidados hospitalares. O que estas trajectórias mostram é quão falsa é esta imagem de harmonia entre os cuidados e quão complexa é a trama urdida pelos indivíduos no uso dos centros de saúde, hospitais, clínicas e consultórios privados, emergindo em cada história uma história única, constituída por percursos impulsionados por movimentos irreprimíveis de acção no sistema e de reacção ao sistema.

Nos seus movimentos dentro e fora do sistema de saúde oficial, os indivíduos aparecem como protagonistas de formas de acção social não previstas, nem no pensamento político, nem na acção política dos responsáveis do sector, nem nas representações e nas práticas dos profissionais de saúde. Estas formas de acção social desmancham, através de formas inéditas de articulação, a tradicional dicotomia, conceptual, funcional e organizativa, entre cuidados primários e cuidados hospitalares. Comprometem, através de itinerários de transgressão, os circuitos de passagem por estes dois tipos de cuidados, administrativamente definidos e burocraticamente estabelecidos. Possibilitam, através de modalidades de relação médico-doente, a que imprimem configurações contextualmente variáveis, que os profissionais percepcionem e representem a relação entre estes cuidados, muito menos como sendo de continuidade e complementaridade e muito mais como sendo de promiscuidade de práticas e de confusão de objectivos. Rasgam, através de experiências de múltiplos contactos com médicos situados nas diferentes carreiras, a visão unitária dos médicos e as tradicionais hierarquias de valor que têm presidido à relação entre carreiras, basicamente fundadas na natureza das actividades, nos conteúdos de trabalho e nas normas e regras de exercício profissional.

Então, o que podemos concluir por este rápido diagnóstico das possibilidades de participação dos doentes é que, colocados frente a frente uma comunidade com os seus recursos globais e um sistema com as suas instituições legitimadas, ficam colocadas duas ordens sociais igualmente complexas e com fundamentos culturais igualmente diversos. As representações construídas pelos profissionais de saúde sobre os

saberes leigos e sobre as formas sociais que estes saberes adquirem no seu accionamento é um instrumento analítico de valor inestimável para identificar e interpretar as posições tomadas quanto ao seu reconhecimento e legitimidade. Aqui o sistema de saúde aparece como um sistema global de resistência ao funcionamento dos saberes leigos e à diversidade de estratégias sociais a que estes saberes dão lugar.

Comunidade, participação, e contrato social que promova a cidadania activa são pressupostos fortemente associados aos processos de descentralização dos sistemas de saúde, mas através da implementação de conhecimentos e de técnicas do governo racional das pessoas e das coisas, em que as estruturas e os valores da democracia neo-liberal e a dominância do conhecimento científico não são postos em causa. Enquanto assim for resta apenas o lugar de resistência para a experiência, para a significação e para o sentido que compõem o modelo básico da racionalidade dos saberes leigos.

Conclusão

O colapso dos serviços nacionais de saúde que tem ocorrido nas últimas décadas em diferentes países já demonstrou, comprovadamente, que os sistemas de saúde orientados para um controlo excessivamente administrativo dos fenómenos da saúde, da doença, da vida e da morte têm conduzido à asfixia de outras fontes de conhecimento, de outros meios e de outros procedimentos susceptíveis de melhorar, ou até modificar as estruturas formais de saúde. Só através destas fontes de conhecimento será possível recolher modelos de acção capazes de promover uma autêntica descentralização e democratização das relações e das práticas sociais no sector da saúde, assim como possibilitar a emergência de novas formas de autoria e protagonismo. Trata-se, no fim de contas, de avaliar a importância da participação dos saberes leigos e dos entendimentos dessa participação por parte de quem detém os saberes profissionais.

Se, como já foi referido anteriormente, descentralizar significa participar, hoje, em muitas sociedades contemporâneas que usufruíram do funcionamento de Estados-Providência desenvolvidos, o que, por razões distintas, não aconteceu em Portugal e no Brasil, está a ocorrer uma redefinição dos direitos de cidadania, enfatizando os deveres implicados nos direitos (Ferrera, 1996). Assim, a participação fica ancorada na

apropriação e uso dos direitos de cidadania, com os deveres e responsabilidades que resultam desses usos (Petersen e Lupton, 1996). No entanto, o que está subjacente a este modelo discursivo são alguns efeitos das relações de poder entre profissionais e leigos, em que os profissionais representam o seu papel nos processos de democratização como o de «empowering» indivíduos e grupos, a partir da identificação do que eles designam por «barreiras à participação», que inclui ausência de consciência comunitária, falta de *know-how* e falta de capacidades para a resolução de problemas (Williams e Calnan, 1996).

Como foi demonstrado, tanto em Portugal, como no Brasil, entrecruzam-se nestes factores outros factores estruturais que, forçosamente, foram alvos de incidência ou tiveram implicações relevantes para a determinação do complexo de causalidade que originou a singularidade e a originalidade da combinação dos universalismos com os particularismos locais que tornaram possível a história particular de cada sistema de saúde (Powell e Wessen, 1999). No entanto, em ambos os países identifica-se a influência da Organização Mundial de Saúde no desenho de uma nova saúde pública e de uma política global de cuidados de saúde primários, persistente-mente traçada entre 1978 e 1999, acompanhando o movimento da placa giratória de concentração de poder nas organizações supranacionais das regiões do mundo, designadamente nas que se incluem Portugal e o Brasil, o que tem vindo a originar inflexões importantes nos modelos universalistas de promoção da equidade e da solidariedade na prestação de serviços de saúde (Blane *et al.*, 1996).

Resta saber se, como aconteceu na região europeia, os modos de produção de políticas de saúde e os modos de gestão dos serviços de saúde nos países da região da América do Sul, nomeadamente no Brasil, correspondem a efeitos locais de processos globais de gestão de saúde no mundo, em termos de condicionarem as agendas políticas nacionais às agendas políticas internacionais gizadas para cada região do mundo. Que agenda será traçada para esta região? Qual poderá ser o impacto desta agenda sobre a evolução da reforma do sistema de saúde brasileiro? Quais as dimensões desta reforma mais sensíveis aos impactos dos objectivos dessa agenda? E quais os modelos de acção mais resistentes a esses impactos? ■

Referências Bibliográficas

- Armstrong, David 1995 «The Rise of Surveillance Medicine», *Sociology of Health and Illness*, 17(3), 393-404.
- Bachrach, Peter; Baratz, S. Morton 1962 «Two faces of power», *American Political Science Review*, 52, 947-952.
- Bachrach, Peter; Baratz S. Morton 1963 «Decisions and non-decision: An analytical framework», *American Political Science Review*, 57, 632-642.
- Barros, Elizabeth 1995 «Política de saúde: A complexa tarefa de enxergar mudanças onde tudo parece permanência», *I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde*. Curitiba (Fotocopiado).
- Blane, David *et al.* 1996 *Health and Social Organization — Towards a Health Policy for the 21st Century*. London: Rotledge.
- Brasil 1988 *Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de Outubro de 1988*.
- Brasil. Congresso 1990a *Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, protecção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências*.
- Brasil. Congresso 1990b *Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências*.
- Carapinheiro, Graça; Pinto, Margarida 1987 «Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80», *Sociologia — Problemas e Práticas*, 3.
- Carapinheiro, Graça; Hespanha, Maria José 1997 «A articulação entre cuidados primários e cuidados hospitalares: uma análise sociológica», *Relatório de Pesquisa*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais (CES).
- Cardoso, Fernando Henrique 1975 *Autoritarismo e democratização*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Carvalho, José R. *et al.* 1992 *O município e a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Carvalho, Guido Ivan de; Santos, Lenir 1992 *Sistema único de saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde (Leis 8.080/90 e 8142/90)*. São Paulo: Hucitec.
- Castro, Janice D. 1991 «Análise da distribuição dos recursos financeiros para a assistência à saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul – Proposta de operacionalização dos critérios para a sua distribuição», *Saúde em Debate*, 32, 10-16.
- Castro, Janice D. 1997 *Desenvolvimento de Metodologia de Apropriação de Custos nos Serviços de Saúde*. Porto Alegre: NIPESC (Fotocopia).

- Clarke, John; Langan, Mary 1994 «Restructuring Welfare: the British Welfare Regime in The 1980s», in Allan Cochrane; John Clarke (org.) *Comparing Welfare States. Britain in the International Context*. London: Sage, 49-76.
- Côrtes, Soraya M. Vargas. 1995 «Participação do usuário e reforma do sistema brasileiro de saúde: o caso de Porto Alegre», 1º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. Curitiba: ABRASCO/Secretaria de Estado de Saúde do Paraná/NESCO-PR.
- Côrtes, Soraya M. Vargas. 1998 «Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação», *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(1), 5-17.
- Entrevista 1 2000 Entrevistada por Soraya Côrtes, 20 Abril. Transcrito. Arquivos da Entrevistadora. Porto Alegre.
- Entrevista 16 1992 Entrevistada por Soraya Côrtes, 19 Outubro. Transcrito. Arquivos da Entrevistadora. Porto Alegre.
- Entrevista 21 1992 Entrevistada por Soraya Côrtes, 14 Outubro. Transcrito. Arquivos da Entrevistadora. Porto Alegre.
- Ferreira, F. Gonçalves 1990 *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferrera, Maurizio 1996 «The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe», *Journal of European Social Policy*, 6 (1), 17-37.
- Grindle, Merilee S.; Thomas, John W. 1991 *Public Choices and Policy Change: the Political Economy of Reform in Developing Countries*. London: The Johns Hopkins University Press.
- Hollnsteiner, Mary R. 1982 «The Participatory Imperative in Primary Health Care», *Assignment Children*, 50/60, 35-54.
- IBAM — Instituto Brasileiro de Administração Social *et al.*, 1991 *Perfil dos municípios na área de saúde*. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde (Fotocópia).
- IBAM — Instituto Brasileiro de Administração Social *et al.*, 1993 *Avaliação do funcionamento dos conselhos estaduais e municipais de saúde: Relatório executivo*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (Fotocópia).
- Jordan, Grant e Richardson, J. J. 1982 «The British Policy Style or the Logic of Negotiation?», in J. J. Richardson, *Policy Styles in Western Europe*. London: Allen and Unwin, 81-98.
- Lee, Kenneth; Anne Mills 1985 *Policy-Making and Planning in the health Sector*. London: Croom Helm.
- Levinson, R. 1998 «Issues at the Interface of Medical Sociology and Public Health», in G. Scambler; Paul Higgs (orgs.) *Modernity, Medicine and Health — Medical Sociology Toward 2000*. London: Routledge.
- Lukes, Steven 1974 *Power: A Radical View*. London: Macmillan Press.
- Lupton, Deborah. 1995 *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. London: Sage.
- Luz, Madel T. 1991 «Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática», *Physis — Revista de Saúde Coletiva*, 1(1), 77-96.

- MacDonald J. 1993 *Primary Health Care: Medicine in its Place*. London: Earthscan Publications.
- Marmor, Theodore R. 1983 *Political Analysis and American Medical Care*. Nova Iorque: Cambridge University Press.
- Mechanic, D.; Rochefort D. 1996 «Comparative Medical Systems», *Annual Review of Sociology*, 22.
- Médice, André C. 1987 «Alternativas do financiamento da atenção a saúde», in Otávio C. Albuquerque (org.) *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 173-220.
- Melo, Marcus André 1993 «Anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República», *Dados*, 36 (1): 119-163.
- Midgley, James. 1986 *Community Participation, Social Development and State*. London: Methuen.
- Oliveira, Jaime A.;
Teixeira, Sonia M. F. 1986 *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência social no Brasil*. Petrópolis: Vozes-Abrasco.
- Page, Paula 1998 *Políticas de saúde portuguesas 1940-1990: Consolidação de um novo regime de poder entre a intenção da mudança e os limites da continuidade*. Coimbra: FEUC (Dissertação de Mestrado).
- Paim, Jair Nilson S. 1989 «As políticas de saúde e a conjuntura atual», *Espaço para a Saúde*, 1, 18-24.
- Paul, Samuel 1987 *Community Participation in Development Projects — The World Bank experiences*. Washington: World Bank.
- Petersen, Alan; Lupton, Deborah 1996 *The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk*. London, Sage.
- Possas, Cristina de A. 1995 «A Articulação público-privado e o cuidado com a saúde dos pobres: Implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina.», in Catalina Eibenschutz (org.), *Política de saúde: O público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 49-65.
- Powell, F.D.; Wessen, A.(orgs.) 1999 *Health Care Systems in Transition — An International Perspective*, London: Sage.
- Santos, Boaventura de
Sousa; Hespanha, Pedro
Silva, Jr. et al. 1987 «O estado, a sociedade e as políticas sociais», *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23,13-74.
- 1995 Conselho Municipal de Saúde de Niterói: limites e perspectivas. 1995, *1º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde*. Curitiba: ABRASCO/Secretaria de Estado de Saúde do Paraná/NESCO-PR.
- Starfield, Bárbara. 1997 «The Future of Primary Care in a Managed Care Era», *International Journal of Health Services*, 27(4).
- Stiefel, Matthias; Pearse, Andrew 1982 «UNRISD's Popular Participation Programme — An Inquiry Into Power, Conflict and Social Change», *Assignment Children*, 50/60, 145-61.
- Teixeira, Sonia M. 1989 «Política de saúde na transição conservadora», *Saúde em Debate*, 42-53.
- Ugalde, Antonio 1985 «Ideological Dimensions of Community Participation

- Vargas, Gilberto P. *et al.* 1985 in Latin America Health Programs», *Social Science and Medicine*, 1, 41-53.
- «Participação dos trabalhadores rurais nos serviços de saúde de Ronda Alta», Porto Alegre: Escola de Saúde Pública de Porto Alegre (Trabalho de Conclusão de Curso).
- Walt, Gill 1994 *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. London: Zed Books.
- Williams, Simon; 1996 *Modern medicine. Lay perspectives and experiences*. London: UCL Press.
- Calnan Michael (orgs.)
- Wolfe, Marshall 1982 «Participation in economic development — A conceptual framework», *Assignment Children* 50/60, 79-109.