

REFORMA SANITÁRIA

Itália e Brasil

Giovanni Berlinguer

Sonia Fleury Teixeira

Gastão Wagner de Souza Campos

HUCITEC-CEBES

A Itália foi o último dos países capitalistas centrais a realizar uma ampla reforma sanitária. Mas também foi aquele em que a reforma resultou de um processo de lutas sociais, políticas e ideológicas intensas, que envolveram milhões de pessoas, particularmente os trabalhadores.

O Brasil às vezes é considerado “o primeiro país do terceiro mundo”, apesar dos abismos de desigualdade de sua paisagem social. Há anos tentamos consertar nosso sistema de saúde em crise. E uma das inspiração da *reforma sanitária brasileira* é a experiência italiana.

Este livro, particularmente polêmico no que diz respeito ao nosso país, é indispensável para todos os que se interessam pela melhoria das condições da assistência à saúde do nosso povo.

Saúde em Debate

direção de

David Capistrano Filho
Gastão Wagner de Souza Campos
José Ruben de Alcântara Bonfim

SAÚDE EM DEBATE

títulos em catálogo

Medicina e Política, Giovanni Berlinguer

Saúde e Previdência: Estudos de Política Social, José Carlos de Souza Braga e Sergio Góes de Paula

A Saúde nas Fábricas, Giovanni Berlinguer

Ambiente de Trabalho: a Luta dos Trabalhadores Pela Saúde, Ivar Oddone et al

Ecologia: Capital, Trabalho e Ambiente, Laura Conti

Saúde Para Todos: Desafio ao Município, David Capistrano Filho e Aparecida Linhares Pimenta

Os Médicos e a Política de Saúde, Gastão Wagner de Souza Campos

Epidemiologia da Desigualdade, Cesar G. Victora, Fernando C. Barros e Patrick Vaughan

Saúde e Nutrição das Crianças de São Paulo, Carlos Augusto Monteiro

Saúde do Trabalhador, Aparecida Linhares Pimenta e David Capistrano Filho

A Doença, Giovanni Berlinguer

REFORMA SANITÁRIA
Itália e Brasil

GIOVANNI BERLINGUER
SONIA MARIA FLEURY TEIXEIRA
GASTÃO WAGNER DE SOUZA CAMPOS

REFORMA SANITÁRIA
Itália e Brasil

Tradução
Tânia Pellegrini

EDITORA HUCITEC
CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE
São Paulo, 1988

© Direitos em língua portuguesa reservados pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, em co-edição com a Editora de Humanismo, Ciência e Tecnologia "Hucitec" Ltda., Rua Geórgia, 51 — 04559 São Paulo, Brasil. Telefone: (011)241-0858.

Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
Rua Sousa Naves, 9, sala 109
86020 Londrina, PR
Telefone: (0432)24-6173

Capa de Luís Díaz.

ISBN 85-271-0061-4
Foi feito o depósito legal.

PREFÁCIO

Cristina de Albuquerque Possas*

Esta coletânea apresenta ao leitor uma reflexão sobre o processo da Reforma Sanitária Italiana, ao mesmo tempo que coloca questões cruciais para o entendimento da transição em curso no sistema de saúde em nosso país e das possibilidades e limites de uma reforma da saúde.

O lançamento deste livro se faz em um momento bastante singular e decisivo da nossa vida política nacional: o da conclusão da nova Carta Constitucional que, ao afirmar a saúde como direito de todos e dever do Estado, deverá criar as condições jurídicas e institucionais para a ampliação e o aprofundamento da luta política pela implantação da Reforma Sanitária em nosso país.

Ressalvando, evidentemente, os riscos de analogias que desconsiderem as especificidades de cada movimento histórico, parece-nos importante ressaltar a enorme contribuição que as análises de Giovanni Berlinguer trazem para o pensar a Reforma Sanitária Brasileira. Seus textos aqui apresentados constituem o resultado mais acabado de sua reflexão sobre as principais questões econômicas, políticas, organizacionais e comportamentais que têm permeado o longo e fértil processo de construção e implantação da Reforma Sanitária Italiana.

Embora apoiada na sólida formação intelectual do autor, a análise de Berlinguer não é, certamente, um produto do trabalho acadêmico. Ao contrário, sua principal contribuição reside justamente no fato de ter sido concebida e forjada no decorrer da árdua luta

* Pesquisadora e Coordenadora do Núcleo de Estudos Especiais da Presidência da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Coordenadora dos Grupos Técnicos de Assessoramento à Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Autora do livro *Saúde e Trabalho, a crise da Previdência Social*, Editora GRAAL, Rio de Janeiro, 1981.

política pela Reforma Sanitária, travada pelo Partido Comunista Italiano em conjunto com outros partidos, sindicatos e movimentos populares.

Esta luta pela saúde, cuja principal conquista foi a Lei n.º 833 de 1978, que deu início à Reforma Sanitária naquele país, teve na verdade seu início na década anterior. Com efeito, como mostra Berlinguer, esta lei reproduz, em boa parte, a proposta de lei anteriormente apresentada pelo próprio PCI em 1965, e que já expressava os principais resultados da crescente mobilização popular e dos trabalhadores em torno dessa questão.

Contudo, o próprio autor lembra que não basta uma lei do Estado para melhorar a saúde dos cidadãos. Em *Gli anni difficili della riforma sanitaria*, elaborado como continuação de *Una riforma per la salute*, Berlinguer analisa as principais dificuldades na implantação da Reforma Sanitária naquele país, apontando as resistências encontradas e situando a crise da saúde na perspectiva mais ampla da crise do “Welfare State” em todo o Ocidente. Mostra, portanto, que é necessário ir bem mais além da conquista na Constituinte ou na legislação ordinária posterior: é necessário assegurar que a Reforma Sanitária se constitua como espaço privilegiado de luta, capaz de transformar não apenas os serviços de saúde, numa perspectiva assistencial, mas as próprias condições sociais que determinam os padrões de morbimortalidade.

Conclui que para tanto é necessário mudar a qualidade mesma da vida, o que implica alterações no estilo de vida, nos padrões de produção e consumo, nas formas de participação na vida social, na condução política do governo e da administração local.

A Reforma Sanitária, entendida nesta concepção como Reforma para a Saúde, implica portanto, na concepção de Berlinguer, uma transformação profunda na vida social com reflexos na vida de cada um, como resultado da luta de todos os partidos.

Analisando a transição epidemiológica e demográfica da Itália bem como as distorções decorrentes das formas tradicionais de organização do trabalho médico, o autor mostra como uma reforma sanitária pode contribuir para a superação da contradição existente entre a acumulação privada e a saúde pública — questão sem dúvida crucial para a implantação da Reforma Sanitária em nosso país.

Aponta ainda as mudanças decisivas observadas durante aquele processo nas reivindicações populares e de trabalhadores pela saúde. Tais mudanças significaram, no caso das primeiras, o abandono das exigências de extensão da cobertura dos serviços de saúde tradicionais às categorias e camadas menos favorecidas, pas-

sando-se a privilegiar, em substituição, a busca de um novo padrão assistencial; e, no das segundas, o abandono de reivindicações pela monetização do risco, ou seja, da cobertura pecuniária dos riscos de doenças e acidentes de trabalho em condições insalubres, em favor de uma política efetiva de prevenção dos riscos no ambiente de trabalho.

Em nosso país, a mobilização em torno do projeto de Reforma Sanitária ganhou concretude nas conclusões da 8.^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que congregou mais de 4.000 participantes de todos os estados brasileiros. E, posteriormente, ainda em 1986, na constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária que, com representação dos órgãos governamentais, do setor empresarial, dos trabalhadores e dos profissionais de saúde, apoiada por Grupos Técnicos (Arcabouço Institucional, Financiamento, Ciência e Tecnologia, Saúde do Trabalhador, Informação em Saúde e Saneamento), formulava em suas conclusões a proposta para o novo texto Constitucional e para a nova lei do Sistema Nacional de Saúde.

Simultaneamente, nestes últimos três anos, ocorreram transformações importantes no âmbito da assistência médica previdenciária. Procurando concretizar as principais reivindicações do movimento sanitário na última década, deu-se início, na gestão Hésio Cordeiro, a mudanças significativas na estrutura institucional e na orientação do Inamps, que resultaram na criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) em cada um dos estados brasileiros, iniciando o processo de descentralização daquele órgão, recentemente prejudicado pela brusca e lamentável mudança na sua presidência.

Evidentemente, em nosso país, como na Itália, este projeto de uma Reforma Sanitária encontra sérias resistências conservadoras e dos interesses privados à sua viabilização. Acresce-se a isso o fato de que no Brasil, na conjuntura política recente, a ausência de políticas sociais dignas deste nome cria dificuldades objetivas que exigem, para a sua superação, uma vasta mobilização nos planos cultural, sindical e político.

É bem verdade que em nosso país a inexistência de partidos orgânicos e estruturas sindicais fortes tem dificultado a organização e a mobilização requeridas pelo projeto de Reforma Sanitária, colocando o Brasil em situação bastante distinta de países europeus como a Itália. Contudo, a gravidade do quadro sanitário da grande maioria da população brasileira vem fazendo com que sua implantação se torne cada vez mais uma exigência premente e inadiável.

Por esta razão, pode-se concluir afirmando que, em que pese estas consideráveis diferenças nos planos econômico, político e cultural entre os dois países, a contribuição que a análise crítica da experiência italiana traz, certamente será de grande valia para todos aqueles que pretendem extrair deste ensinamento os elementos para uma Reforma Sanitária adequada à nossa heterogeneidade e capaz de efetivamente transformar a saúde em nosso país.

NOTA EDITORIAL

Tivemos a idéia de publicar uma seleção de dois importantes livros de Giovanni Berlinguer sobre o processo de luta, conquista e implantação da Reforma Sanitária na Itália ainda em 1986. Tínhamos lido *Una riforma per la salute* e *Gli anni difficili della riforma sanitaria* e julgamos da maior relevância, para as discussões sobre os problemas de saúde do Brasil, o conhecimento daquela que foi a última e mais ampla reforma dos serviços de saúde no mundo capitalista.

Ao mesmo tempo, e sem nenhum contato conosco, Virgínia Gawryszewski se entendia com o próprio Giovanni Berlinguer e fazia uma seleção de textos dos mesmos livros, para publicação no país, envolvendo no projeto o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Revelou-se a coincidência de iniciativas quando nos dirigimos ao autor, solicitando autorização para a edição brasileira.

Não houve maiores dificuldades para compatibilizar os dois projetos, já que houve coincidência quase completa quanto aos textos a serem incluídos nesta coletânea. Por razões puramente operacionais (prazo para a produção do livro, a tempo de promover seu lançamento durante a 40.^a Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência), optamos pela tradução preparada por Tania Pellegrini. Para evitar os custos muito elevados de uma obra volumosa, excluimos alguns artigos que constavam da seleção anteriormente feita.

Julgamos que seria ampliado o interesse do leitor brasileiro se incluíssemos artigos de avaliação do processo de reformas em curso no nosso setor saúde, a que se convencionou chamar de *reforma sanitária brasileira*. Cumprem esse objetivo os artigos de Sonia Maria Fleury Teixeira e Gastão Wagner de Souza Campos, enquanto o prefácio de Cristina Possas relaciona as experiências dos dois países.

Tornamos público nosso reconhecimento a Virgínia Gawryszewski, ao presidente nacional do CEBES, Márcio José de Almeida, ao acadêmico de medicina Álvaro Ancona de Farias e a Sonia Rangel, que o produziu, sem os quais não teríamos concretizado o propósito de editar rapidamente este livro.

Os editores

SUMÁRIO

Prefácio	VII
Nota editorial	XI
Uma reforma para a saúde	
<i>Por um serviço sanitário nacional</i>	1
<i>Qual medicina preventiva?</i>	80
<i>O desequilíbrio financeiro da mutualidade</i>	87
<i>Os médicos e a reforma</i>	98
Os anos difíceis da reforma sanitária	
<i>A saúde na crise do Welfare State</i>	107
<i>Os direitos do doente</i>	132
<i>Três anos após a aprovação da lei</i>	157
A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA	
<i>A Reforma Sanitária necessária</i>	179
<i>O dilema da Reforma Sanitária brasileira</i>	195

UMA REFORMA PARA A SAÚDE

POR UM SERVIÇO SANITÁRIO NACIONAL: ANÁLISE E PROPOSTA

GIOVANNI BERLINGUER

Premissa

Meus leitores maliciosos insinuam que desde 1959, quando publiquei, com Severino Delogu, *La medicina è malata* (A medicina está doente), a cada ano reescrevo o mesmo livro: mudaria apenas o título, alguns números e a ordem dos capítulos. E acrescentam que é essa a explicação para minha produtividade literária. Há alguma coisa de verdadeiro nessa observação. Mas direi, em minha defesa, que tal insistência em criticar a organização sanitária italiana, suas bases científicas e suas finalidades políticas tem sua razão de ser na longa persistência de seus defeitos. Acrescento que, em vinte anos, escrevi menos de vinte livros sobre a política sanitária e procurei aliviar a monotonia — do meu trabalho e dos leitores fiéis — com algum aprofundamento e atualização do tema geral,¹ com incursões em temas específicos (o trabalho, a psiquiatria, a infância, a cidade, a mulher) que pudessem fornecer argumentos de apoio,² com divagações sobre a cultura e sobre a ciência.

De qualquer maneira, a partir deste ano, os maldosos se calarão, porque serei obrigado, querendo ou não, a mudar as teclas, o instrumento e a música. O voto do Senado, de 15 de dezembro de

¹ Cf. *La sanità pubblica nella programmazione economica*, Leonardo Edizioni scientifiche, Roma, 1964; *Sicurezza e insicurezza sociale*, Leonardo Edizione Scientifiche, Roma, 1968; *Medicina e politica*, De Donato, Bari, 1973; *La riforma sanitaria* (com S. Scarpa), Editori Riuniti, Roma, 1974; *Il dominio dell'uomo*, Feltrinelli, Milão, 1978.

² Cf. para o trabalho *La macchina uomo*, Editori Riuniti, Roma, 1960 e *La salute nelle fabbriche*, De Donato, Bari, 1969; para as doenças men-

1978, e o voto da Câmara, de 21 de dezembro, transformaram em lei do Estado, chamada Lei n.º 833, de 23 de dezembro de 1978, e intitulada *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale* (Instituição do Serviço Sanitário Nacional), aquilo que há vinte anos era apenas uma aspiração, quase uma utopia. O *itinerário* foi longo e atormentado, como documentam os textos referentes ao período de 1973 a 1978. E o texto da lei apresenta, certamente, lacunas e imperfeições. Mas é indubitável que se inicia um novo capítulo na história da organização sanitária italiana.

Mais ainda, devo dizer que com a lei n.º 833, o verdadeiro processo de reforma não está terminado, mas apenas encaminhado. E que agora se apresentam dificuldades, obstáculos e armadilhas mais consistentes e mais evidentes do que no passado. É provável que os conservadores, no futuro, procurem imputar as carências assistenciais e as disfunções operacionais que inevitavelmente surgirão, não à pesada herança por muito tempo dilatada, mas à lei da reforma ou à própria idéia de que a saúde pública é passível de reforma.

Dificuldades e disfunções poderão ser atenuadas por um grande esforço governamental e administrativo, além de uma ampla mobilização dos trabalhadores, dos profissionais sanitários e das forças científicas. É totalmente evidente que a aplicação da lei e sua avaliação serão bastante influenciadas pela direção na qual se moverá a política italiana nos próximos anos. Por dois motivos.

Um deles é que a reforma sanitária requer um tal esforço de coerência, de tenacidade renovadora, de direção política, que será muito difícil se, na cúpula do país, perdurar um governo concentrado na atual democracia cristã. Não pretendo desenvolver críticas preconceituosas. Quero enfatizar que, no passado, vieram desse partido, até no último quinquênio, quando a tese do Serviço Sanitário Nacional já estava culturalmente vencedora e organizativamente madura, encarniçadas resistências e impulsos retardantes e deformadores. E que corremos o risco de que seja confiada a esse partido, de forma mais ou menos exclusiva, como incumbência de governo, a direção da complexa obra reformadora. É verdade

tais, *Psichiatria e potere*, Editori Riuniti, Roma, 1969; para a infância e adolescência, *La strage degli innocenti* (com F. Terranova), La Nuova Italia, Firenze, 1972 e "Infortuni sul lavoro dei minori" (com I. Cecchini e F. Terranova), *Il Pensiero scientifico*, Roma, 1977; para a cidade, *Malaria urbana. Patologia delle metropoli*, Feltrinelli, Milão, 1976; para a saúde da mulher, *La legge sull'aborto*, Editori Riuniti, Roma, 1978 e *Donna e salute*; *Il pensiero scientifico*, Roma, 1978.

que, progressivamente, através de vivas polêmicas internas, também na democracia-cristã têm prevalecido os incentivadores da reforma e que isso tem sido decisivo para permitir a aprovação da lei, na qual estão refletidas as contribuições de muitos partidos. Mas também é verdade que a tese do Serviço Sanitário Nacional foi promovida, sustentada e afirmada pela esquerda, pelo Partido Comunista Italiano e pelo Partido Socialista Italiano.

Bem, se a situação política atual perdurar (escrevo em maio de 1979), tais forças poderão ser excluídas de qualquer responsabilidade, em sede governamental. Isso seria como deixar o queijo aos ratos, em custódia.

O outro motivo é que a reforma sanitária não é apenas constituída de normas processuais, de decretos, de mudanças institucionais. Deve ser um processo de participação popular na promoção da saúde, que envolva milhões de cidadãos; deve impor mudanças sociais, ambientais e comportamentais que tornem a existência mais saudável; deve mobilizar dezenas de milhares de conselheiros de regiões, de província, de municípios, de circunscrições, de quadros dos movimentos sindicais, femininos, cooperativos, juvenis e milhares de assessores e de prefeitos; deve transformar a atividade cotidiana de médicos, técnicos e enfermeiros. Como isso poderá acontecer, se prevalecer um clima político confuso ou reacionário, se for rompida cada forma de unidade democrática, se dominarem os egoísmos de partido e os particularismos de categoria, de grupo, de zona?

Mas podemos também inverter o raciocínio. A saúde é um bem comum, desigualmente distribuído entre as classes e as regiões, mas indivisível em muitos aspectos. O Serviço Sanitário Nacional assim se chama por motivos precisos: é um *serviço*, não uma entidade ou um instituto separado do corpo estatal; é *sanitário*, não apenas médico-terapêutico, mas preventivo-ambiental; é *nacional*, isto é, tendencialmente unificador, mesmo se administrativamente descentralizado. A reforma pode ser, então, um terreno de ação privilegiado, não apenas para melhor assistir aos italianos (o que já será muito longo e difícil), mas para uni-los em uma obra de renovação. Para que a saúde se sobreponha à doença, é preciso mudar profundamente o comportamento cotidiano, os modelos de vida, a produção e o consumo, as formas de participação na atividade comunitária, a direção política do governo e das administrações locais. É necessária uma revolução profunda, que envolva todos os partidos e atravesse a existência cotidiana de cada um. Esse é o desafio.

Os prazos da lei

Na prática, os anos 1979-1980 estarão empenhados na difícil transição em direção à nova ordem. Basta enumerar as principais execuções normativas para mostrar o quanto é complexa a passagem — mas, ao mesmo tempo, vinculadora de todos os poderes públicos.

11 de fevereiro de 1979 — Constituição do Conselho Sanitário Nacional, que espera colocar as linhas gerais da política sanitária e elaborar o plano nacional (art. 8 e 60).

26 de fevereiro de 1979 — Extinção da Entidade Nacional de Prevenção de Acidentes (ENPI) e da Associação Nacional para o Controle de Combustão (ANCC); depois de um período transitório, as incumbências serão assumidas (desde 1.º de janeiro de 1980) pelas prefeituras, pelas regiões e pelo Estado.

30 de abril de 1979 — Apresentação do Plano Sanitário Nacional ao Parlamento, para o triênio 1980-1982 (art. 53 e 54).

29 de junho de 1979 — Promulgação das leis regionais constitutivas das Unidades Sanitárias Locais (art. 61), com a especificação dos âmbitos territoriais das unidades e dos distritos, e a disciplina da organização da estrutura e da gestão.

30 de junho de 1979 — Distribuição do pessoal das entidades mutuárias nas Unidades Sanitárias Locais, no INPS, no INAIL e nas outras entidades públicas; designação do pessoal restante às funções únicas junto à presidência do Conselho de Ministros para posterior destinação aos diversos ministérios (art. 67).

01 de julho de 1979 — Transferência, para os municípios, das competências relativas à assistência sanitária e específica em favor dos mutilados e inválidos civis, dos surdomudos e dos cegos (art. 81).

30 de outubro de 1979 — Aprovação dos planos sanitários regionais 1980-1982 (art. 56).

31 de dezembro de 1979 — Constituição das Unidades Sanitárias Locais (art. 61).

— Promulgação do texto único das normas a respeito da segurança do trabalho (prevenção de acidentes, homologações, ambiente de trabalho etc.) (art. 24).

— Promulgação de normas delegadas para a assistência sanitária aos cidadãos italianos residentes no exterior (art. 37).

01 de janeiro de 1980 — A reforma entra em funcionamento.
— Extensão da assistência sanitária a todos os cidadãos (art. 63).

- Atribuição da incumbência de distribuição dos auxílios econômicos por doença e maternidade ao INPS (art. 74).
- Atribuição da incumbência de verificação e arrecadação das contribuições de previdência e assistência social ao INPS (art. 76).
- Atribuição de parte das incumbências da Cruz Vermelha Italiana (CRI) aos municípios e reforma da CRI (art. 60).
- Transferência das incumbências da Entidade Nacional de Prevenção de Acidentes (ENPI) e da Associação Nacional de Controle de Combustão (ANCC) aos municípios, ao Instituto Superior para a Prevenção e a Segurança do Trabalho (a ser constituído) e à Comissão Nacional de Energia Nuclear (art. 72).

29 de junho de 1980 — Liquidação de todas as entidades, caixas e gestões mutuárias (art. 77).

31 de dezembro de 1980 — Reforma das averiguações médico-legais para a pensão por invalidez e por acidente de trabalho, as subvenções familiares etc. (art. 75).

Mas essa lista (incompleta!) sugere também outras considerações.

A primeira, a mais evidente, é que alguns prazos já foram ultrapassados ou dilatados (pouco ou muito), no momento em que escrevo. Será preciso grande vigilância e tenacidade para impedir que a concatenação das normas, vinculadas ao governo e às regiões e funcionalmente ligadas para evitar vácuos e carência de assistência médica ou de controle ambiental, seja limpa das inadimplências da administração central ou das entidades territoriais.

A segunda é que, em todo esse trabalho confiado às leis e aos regulamentos (muitos?), a reforma, além de encontrar resistências conservadoras e dificuldades objetivas, pode sofrer uma reviravolta cultural e uma diminuição operacional: pode ser entendida como pura mudança de serviços e de poderes, confiada a algumas centenas ou milhares de eleitos e seus conselheiros. Em relação a transformações análogas da organização sanitária ocorridas em tempos e situações diversas, a reforma italiana perderia a sua maior originalidade: ter sido precedida e acompanhada de um amplo movimento cultural, sindical, político, do qual participaram milhares de cidadãos. Para citar dois exemplos diferentes: na Rússia, onde, nos anos imediatamente pós-revolucionários, foi criado o primeiro serviço sanitário público, este foi antes resultado da sublevação política global, do que de uma reivindicação popular específica; e, na Inglaterra, nos anos imediatamente pós-guerra, o National Health

Service, de 1948, foi antes resultado da chegada trabalhista ao governo, do que de movimentos de massa pela saúde dos trabalhadores. Ao contrário, na Itália, desde o início, ou pelo menos desde 1967-1968, as propostas de lei têm sido expressão de lutas populares pela saúde. E os instrumentos jurídicos e institucionais têm sido concebidos como canais que poderiam permitir (abrir um caminho, ainda a percorrer) a promoção da qualidade da saúde dos cidadãos. A principal crítica ao velho sistema sanitário, depois das primeiras observações válidas, porém marginais, relativas às suas disfunções operacionais, também é que isso não permitia tal aprimoramento. Ao invés disso, não ajudava nem a conhecer qual era o real estado da saúde da população, uma vez que encerrava um fenômeno coletivo como a doença, na relação circunscrita entre médico e paciente; e desde que, como disfunção maior, separava o campo do tratamento do da prevenção.

A terceira consideração é a de que será fácil atribuir à lei e às suas imperfeições (que existem!) todos os males presentes e futuros da organização sanitária. Eu penso, ao contrário, que a lei é substancialmente positiva; que os males acima citados derivam do fato de que ela chega com trinta anos de atraso em relação à necessidade e com quinze, em relação às propostas formuladas pelas esquerdas (o que demonstra — trinta menos quinze — que também o PCI teria podido agir mais oportunamente); e derivam sobretudo das incongruências entre *uma reforma baseada em princípios socialistas*, mesmo que expressos em normas contraditórias, e *uma sociedade que mantém as características essenciais do capitalismo*, em muitos casos acentuando-lhe os defeitos.

A demonstração dessa tese não é fácil. Este texto é essencialmente dedicado a essa tarefa. Eu dizia, ao contrário, que será facilímo atribuir todo tratamento falho, todo erro de diagnóstico, toda fila nos hospitais, toda greve de sanitaristas, sindical ou não, e até toda doença ou morte a uma lei considerada péssima. Essa 'operação descrédito' já começou: desde o dia seguinte à aprovação da lei.

O mais intempestivo foi *Il Manifesto*. No dia seguinte ao do voto final da Câmara, o jornal de 22 de dezembro alardeava: "Passou o fantasma da reforma sanitária. A partir de 1.º de janeiro, uma péssima assistência para todos". Como é sabido, no passado, a assistência era ótima. Mas, além do título, que tende a atribuir precisamente à nova lei toda disfunção passada e futura, o artigo continha de maneira ardilosa, avaliações sumárias e imprecisas sobre a reforma-fantasma: "a prevenção está praticamente ausente" (vejam, ao contrário, os artigos 1, 2, 4, 6, 7, 9, 14, 16, 20, 21,

22, 23, 24, 31, 72, 73), “os hospitais permanecem como estrutura fundamental” (esses, ao contrário, art. 17, vêm suprimidos como entidades autônomas e tornam-se estruturas das Unidades Sanitárias Locais), “os médicos conservam os seus privilégios” (na verdade, em parte: mas a questão é complexa; falaremos dela mais adiante), “a máquina burocrática e administrativa permanece separada dos sujeitos que deveriam utilizá-la” (mas não é um salto qualitativo a passagem da mutualidade vertical e centralizada, à gestão das entidades locais, carentes o quanto se queira, porém mais permeáveis às exigências populares?). A conclusão do artigo é que se trata “de um texto bastante contraditório, que torna muito provável o naufrágio da reforma em fase de realização”.

Menos contundente, mas ainda catastrófico — por razões obviamente opostas — foi *Il Giornale*. Seu suplemento econômico de 2 de março de 1979, inteiramente dedicado ao tema, tem um título grosseiro: “Il calderone sanitario” (O caldeirão sanitário). Seu preâmbulo é o seguinte: “Todos iguais frente à doença, dizem os reformadores. Mas os médicos retrucam que será pior para todos: doentes, pessoal paramédico e contribuintes”. E o artigo de fundo, de Giancarlo Masini, “Questa legge è un brutto libro di sogni” (Essa lei é um livro de sonhos ruins) começa com a frase “com certeza o ministro da Saúde não leu a lei n.º 833”, e termina com a afirmação: “O interesse dos doentes é secundário e nós perceberemos isso. Na nossa pele”. Entre tantos títulos alarmistas que constelam as cinco páginas do diário de Montanelli, tais como “Stano costruendo il tetto prima di rafforzare le fondamenta” (Estão construindo o teto antes de reforçar os alicerces), “Il malato in una selva di sigle, moduli, timbri e promesse” (O doente em uma selva de siglas, módulos, carimbos e promessas), “L’unica cosa sicura della legge è che ci manda incontro a un appiattimento comunistoide” (A única coisa segura da lei é que nos manda de encontro a uma emboscada comunistóide), “Di utopia si può anche morire” (De utopia também se pode morrer), “Si dovrà cambiare a furor di popolo” (Deve-se mudar através do ímpeto do povo), “Il medico si ribella e accusa: populismo, politica, facinoleria” (O médico se rebela e acusa: populismo, política, fanfarronada), a única voz objetiva, a única palavra serena é, justamente, a do expoente máximo dos médicos italianos, o presidente da Federação das Ordens, Eolo Parodi. Este, mesmo criticando a lei “elaborada sem levar adequadamente em conta as instâncias dos médicos que, junto com os cidadãos, são protagonistas da própria reforma”, acrescenta, de maneira clara:

É inútil chorar sobre o leite derramado. Conseqüentemente, não é uma atitude construtiva continuar a criticar a reforma chorando sobre o que ela teria podido conter e enfrentar. A posição dos médicos italianos é agora a mais construtiva, a de tentar modificar a reforma a partir de dentro, ou seja, lutando para que na sua realização prática sejam preenchidos os numerosos vazios que, ao nosso ver, ainda permanecem.

Estamos certos de que os vácuos vistos por Parodi, em muitos casos, não são os mesmos que atingem os meus olhos e de que as modificações desejadas, às vezes, são as opostas. Mas a atitude é válida: mais do que recriminar, mais do que prever uma falência da lei (e com ela da saúde pública) para encontrar confirmações para as próprias hipóteses de grupo ou interesses de categoria, trabalhar nos espaços operacionais abertos pela reforma. E, antes de tudo, compreender que os obstáculos devidos às imperfeições das novas normas jurídicas são menores do que aqueles fundados na estrutura social, na tradição assistencial e na cultura dominante.

Em outras palavras: há fenômenos complexos, que têm raízes longínquas e que evoluem espontaneamente, que são antitéticos em relação aos fins de salubridade humana que a reforma declara perseguir. Esses fenômenos podem ser assim esquematizados:

- a) deterioração ambiental e agravamento evolutivo do quadro epidemiológico;
- b) distorções da assistência sanitária, como conteúdo científico e como relação humana política;
- c) desequilíbrio crescente entre os custos econômicos que a coletividade enfrenta e os benefícios de saúde que os indivíduos recebem.

São tendências aparentemente espontâneas, substancialmente orientadas pelas leis do mercado e pelas míopes conveniências das classes dominantes. A reforma sanitária é apenas um ato parcial, um dique construído no curso da enchente; incapaz, por isso, de conter o fluxo de incumbências que as falhas de outros sistemas reguladores abatem em suas costas. Pode, contudo — e deixo de usar, assim, a longa comparação hídrica —, de alguma forma encanar as águas e, ainda mais, marcar o seu nível e a sua turbacão para que se providencie onde há mais espaço e mais tempo para agir com eficácia.

Assinalei três fenômenos ligados entre si. Gostaria, agora, de descrevê-los com alguns exemplos.

De Nápoles à Inglaterra

Depois da cólera de 1973, Nápoles voltou às crônicas sanitárias, no período entre 1978 e 1979, devido a muitas dezenas de mortes de crianças com idade entre poucos meses e dois anos, causadas por vírus do aparelho respiratório. O episódio foi definido pelos jornais como *o mal desconhecido*. Espocaram polêmicas entre os cientistas para estabelecer qual era o vírus culpado (e descobriu-se que todos os contendores tinham razão: os vírus eram semelhantes), o ministro nomeou uma comissão de doze peritos e, quando chegou abril — antes que a comissão concluísse os seus trabalhos — a epidemia diminuiu até quase desaparecer. Por enquanto. Mais do que as rigorosas averiguações científicas (necessárias, por favor!), evidentemente, valeram, como nos tempos do cólera, as medidas higiênicas, a mobilização popular, a iniciativa das autoridades locais e o seu mais forte aliado: a primavera.

Em todo o episódio, por trás do rótulo *mal desconhecido* e das polêmicas entre os cientistas, alguns fatos ficaram na sombra. Retomo-os rapidamente:

1. A Organização Mundial da Saúde assinalou, desde o início, com base em números, que não se tratava de *epidemia*, mas de *endemia*, isto é, não de um ápice excepcional, mas da leve acen-tuação de um mal constantemente presente em Nápoles.

2. O nível da mortalidade infantil na capital do sul, virótica ou não, é o dobro da média nacional, a qual, por sua vez, embora diminuída nos últimos anos, é o dobro em relação aos países mais adiantados.

3. Grande parte das crianças atingidas pela doença pertenciam a famílias de baixa ou média renda, muitas viviam em habitações insalubres, algumas nunca tinham sido visitadas por um pediatra.

4. Entre as falecidas, nenhuma tinha sido amamentada no peito; os casos de doenças verificadas em crianças com aleitamento ma-terno, mesmo quando graves, resolviam-se com o restabelecimento: evidentemente, a publicidade dos alimentos infantis e uma mal-in-terpretada liberação da mulher conjugaram-se para privar as crian-ças das defesas imunitárias naturais.

Lembrei esses fatos porque, na ocasião, duas interpretações cau-sais dominaram: uma baseada no velho medo do *sobrenatural*, no terror do *mal desconhecido*; a outra, em modernas pesquisas de um *agente natural*, o vírus, fora da história humana, ao qual atribuir toda a culpa para poder absolver a sociedade. Uma terceira

interpretação, que acusa o vírus como estopim, mas questiona principalmente a explosiva mistura de ignorância, publicidade, miséria, descaso, subdesenvolvimento, superstição, especulação, ontem acesa pelo vibrião colérico e hoje pelo vírus respiratório, é a mais válida, a única demonstrável, mas a mais difícil de se impor. O que mais conta é que ela indica um caminho mais complexo, que não é o de recorrer a algum líquido milagroso (o sangue de San Genaro ou uma vacina faz-tudo) para sanear uma coletividade periódica e cotidianamente atingida pelas doenças. Então, a terceira interpretação é a única válida para outros fenômenos de morbidade nos quais vírus, micróbios, parasitas e outros bichos patogênicos não têm nenhum papel desencadeador: estamos falando de grande parte dos tumores, das moléstias cardiovasculares, dos acidentes de trabalho, estrada e domésticos, da patologia da poluição forçada e das intoxicações mais ou menos voluntárias, das seqüelas da violência contra os homens e contra a natureza.

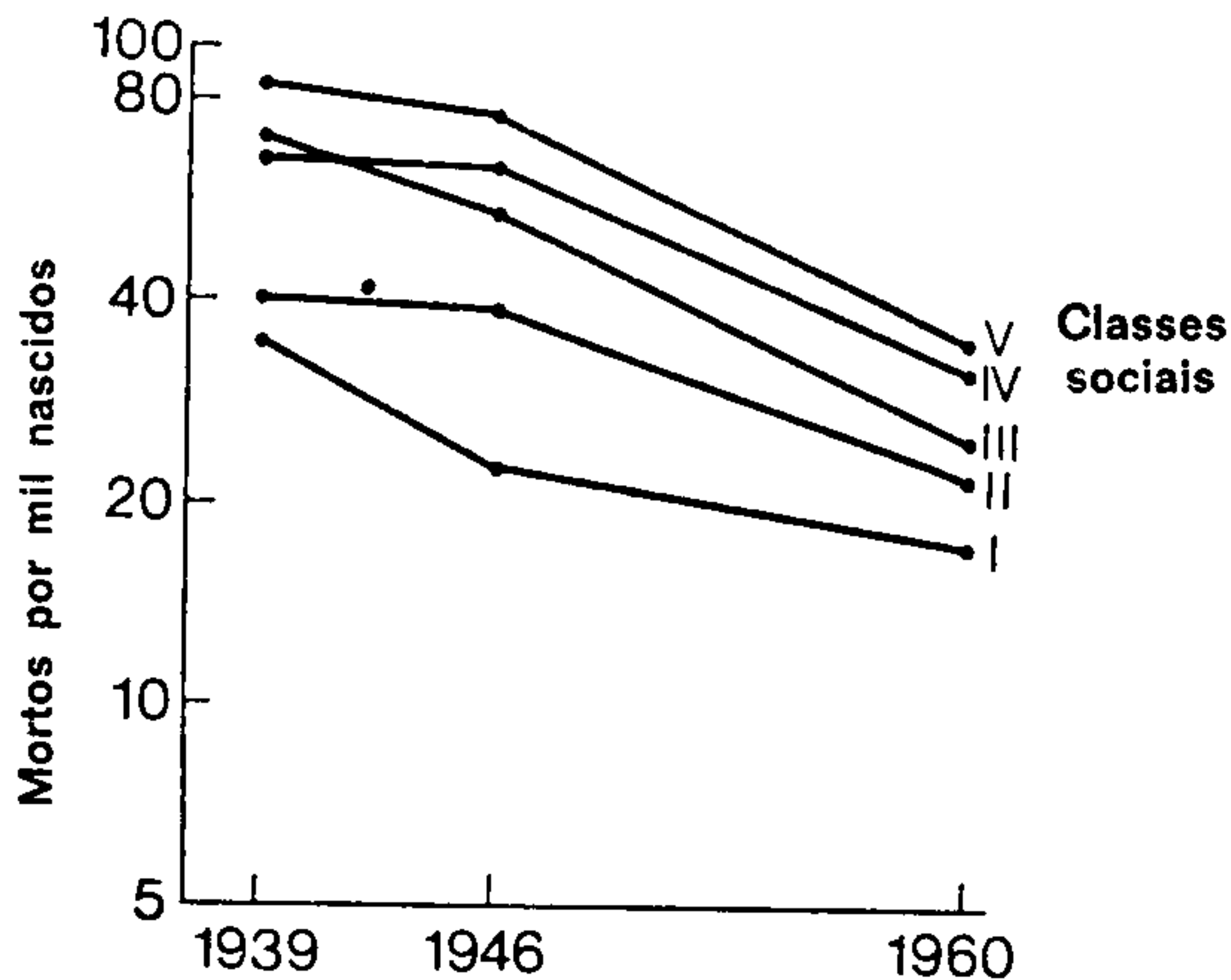
Voltemos à reforma sanitária: no caso de Nápoles, teria ela podido facilitar a tarefa? E esses e outros flagelos, ela estaria em condições de enfrentá-los? A única resposta que posso dar, honestamente, mesmo sendo — o leitor te-lo-á percebido — partidário da lei aprovada, é esta: sim, mas parcialmente. Vale a experiência inglesa: ao ser celebrado o trigésimo aniversário do National Health Service foram registrados indubitáveis progressos sanitários, embora dois fenômenos ainda avultem. Um, antigo e já atenuado, mas ainda persistente: a desigualdade social frente às doenças. O outro, novo, e oposto às tendências do último século: a estagnação e, às vezes, diminuição da expectativa de vida. Refiro-me à experiência da Inglaterra também porque aí os estudos epidemiológicos e sociais são florescentes e é grande a quantidade de dados estatísticos.

O nível de mortalidade infantil, por exemplo, caiu mais rapidamente do que na Itália. Mas as diferenças de classe permaneceram, como mostra o Gráfico 1, para a Escócia,³ período de 1939-1960, no qual os dados são subdivididos por classes sociais, de I (a mais alta, por renda e posição profissional) a V (a mais baixa por renda e a mais elevada em mortalidade infantil).

Pesquisas posteriores demonstraram que o coeficiente de mortalidade infantil depende mais das condições culturais e sócio-econômicas do que das diferenças nos serviços sanitários. Não é apenas questão de rendimentos: foi escrito que

³ Os dados foram extraídos do *Registrar General of Scotland, Annual Reports*, e referidos por J. N. Morris, *Uses of epidemiology*, E. and S. Livingstone, Edimburg, 1964, p. 57.

Gráfico 1



os mineiros têm um alto índice, os têxteis têm um índice médio e os empregados têm sempre um índice de mortalidade infantil baixo. Atualmente, na Inglaterra, enquanto os mineiros têm, talvez, os salários mais altos dentre os operários, têm também a maior mortalidade infantil, o que sugere que a maior renda, sozinha, não resolve esse tipo de problema sanitário.⁴

As diferenças se mantêm à medida que a idade progride. Na relação entre mortalidade e profissão,⁵ tomando como base a média = 100 para os homens com idade entre 20 e 64 anos, têm-se os seguintes índices:

professores	66
agricultores	70
médicos	90
empregados	101
sapateiros	140
guardas noturnos	163
operários de construção	173

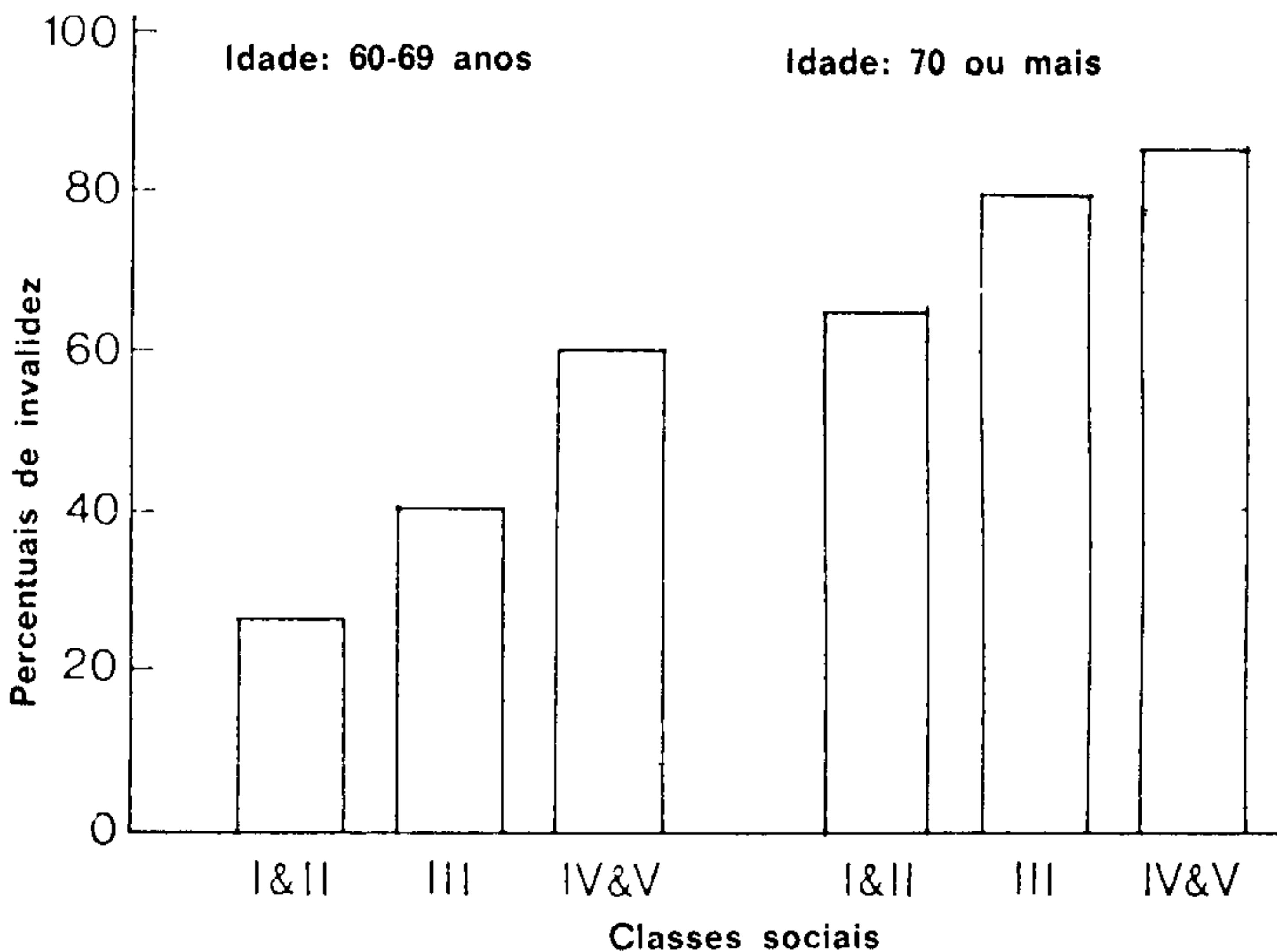
Um operário de construção tem então quase três vezes mais probabilidade de morrer do que um professor ou um agricultor. Esse último dado mostra o quanto está mudando a relação de salubri-

⁴ W. H. le Riche, J. Milner, *Epidemiology as Medical Ecology*, Churchill Livingstone, Edimburg, 1971, p. 284.

⁵ J. N. Morris, *Uses of Epidemiology*, cit., edição 1975, p. 146.

dade entre cidade e campo, a favor deste último. As outras comparações são uma crítica dramática das teorias sobre o nivelamento progressivo entre as classes sociais: fenômeno evidente aos olhos de quem observa o hábito comum de vestir ou até caracteres que têm alguma relevância higiênica, como o morar e o alimentar-se, mas negligencia o fenômeno-chave que influencia a vida (e a morte) humana: o trabalho. Mas tais dados também constituem uma crítica àqueles marxistas que já estão habituados a interpretar em termos mesquinamente econômicos a sociedade, seus desequilíbrios e suas crises, que negligenciam e até desprezam qualquer análise dos fenômenos biológicos humanos e que, por isso, vêem excluída a possibilidade de compreender a realidade atual. Quando se nota, por exemplo, com surpresa e pesar, que são mais numerosos os jovens que procuram um diploma para ensinar do que aqueles que, às vezes com maior remuneração, procuram um trabalho na construção civil, ao invés de se culpar a escola, os modelos ou os gostos dos jovens, seria mais justo perguntar: não terão eles razão de antepor a probabilidade de viver à certeza de ganhar? E como é possível voltar-se hoje para as profissões manuais, uma vez que a herança dos ofícios esboroou-se, se não garantindo, além da renda, uma maior segurança?

Gráfico 2



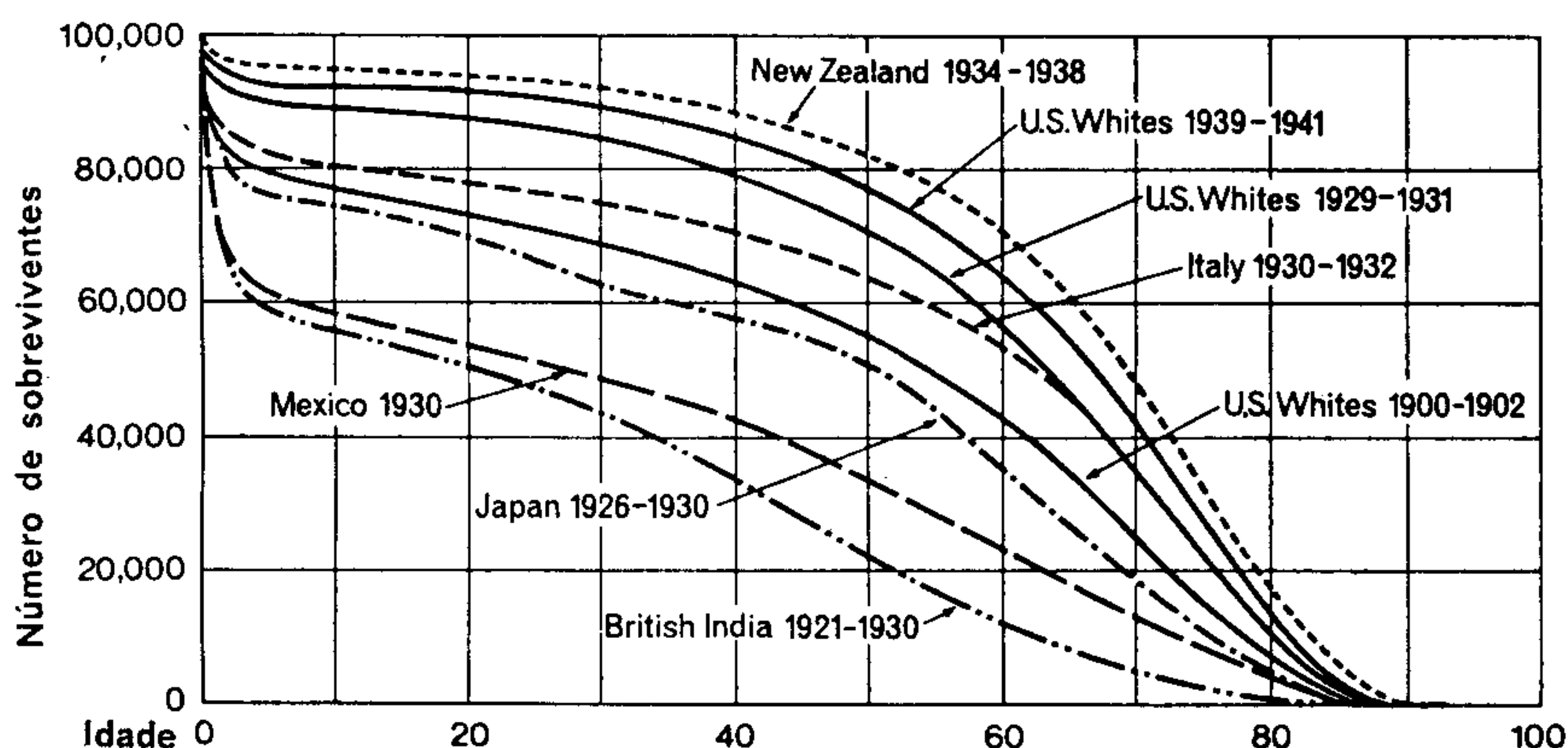
Do nascimento à velhice: também os percentuais de invalidez⁶ variam muito entre as classes sociais, particularmente na idade entre os 60 e os 69 anos. O Gráfico 2 é britânico, pouco influenciado, imagino, por clientelas, recomendações, incongruências previdenciárias e pobreza que, na Itália, inflacionam as pensões de invalidez.

A duração da vida

Além da persistência das desigualdades e devido a alguns aspectos que disso dependem (mas não inteiramente!), constatamos que, na duração média da vida, ainda distante dos limites que a biologia impõe à nossa espécie, não têm sido registrados progressos substanciais nos países industrializados. Ao contrário, existe uma queda tendencial. Um dos maiores méritos e dos reais motivos de louvor do desenvolvimento capitalista vai assim perdendo a sua validade e convertendo-se em uma das mais graves peças de acusação. Juntamente com *Limiti dello sviluppo* (Limites do desenvolvimento), publicado há alguns anos pelo relatório do Clube de Roma no campo dos recursos e do ambiente, emerge assim o limite que mais imediatamente nos interessa: aquele que se vai opondo à nossa sobrevida.

Desde o início do século havia um progresso constante, tanto mais rápido quanto mais se afirmava a produção capitalista. Pode-

Gráfico 3

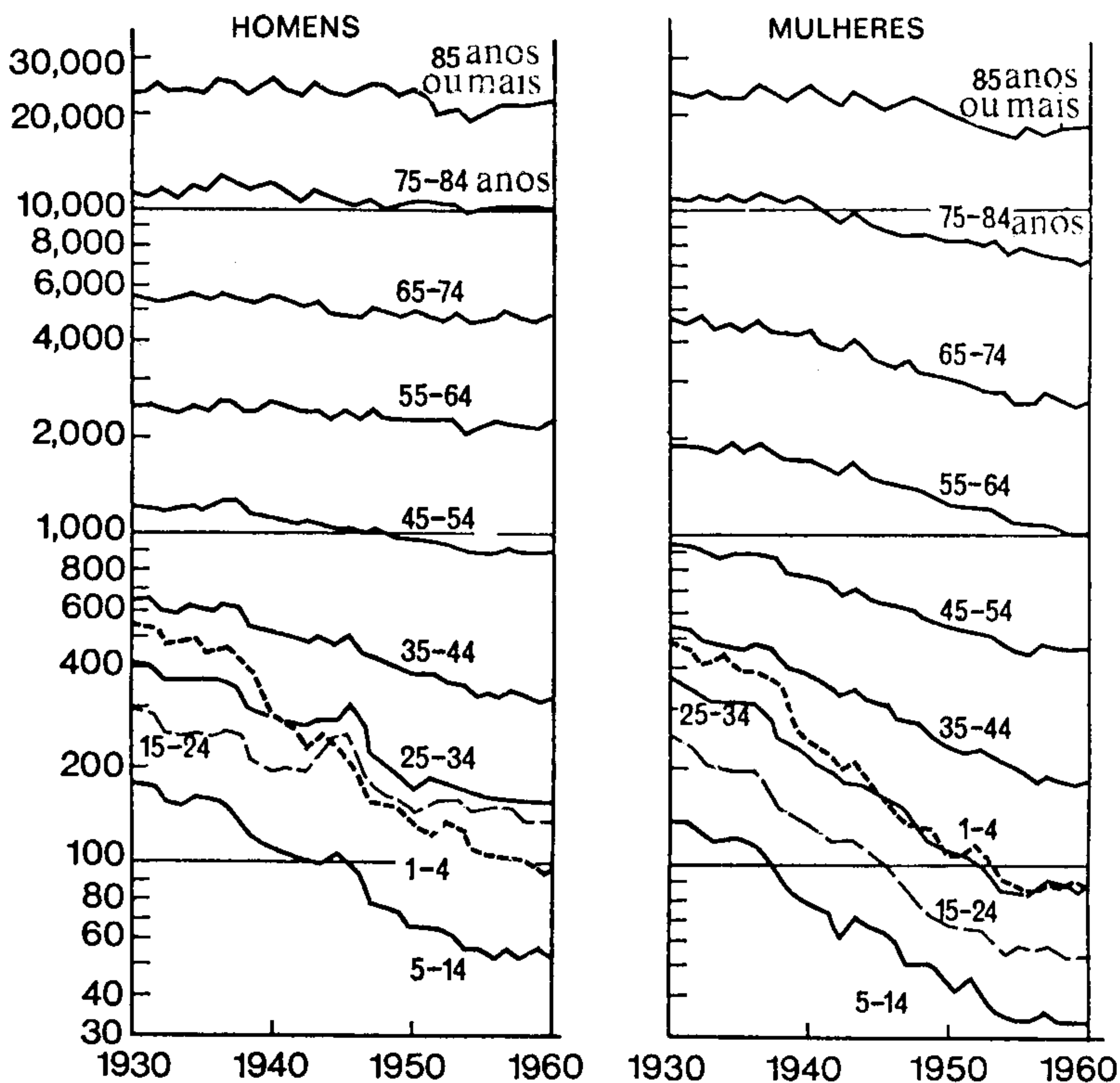


⁶ M. W. Susser, W. Watson, *Sociology in Medicine*, Oxford University Press, Londres, 1971, p. 405.

mos ver, no Gráfico 3,⁷ as várias curvas de sobrevivência dos *U.S. Whites* (os brancos; os negros eram considerados entidades negligenciáveis), dos anos 1900-1902 aos anos 1939-1941. Procedamos à comparação com o México e com a Índia, onde, ainda nos anos trinta, a metade dos nascidos morria antes de tornar-se adulta e mais de um terço morria nos primeiros anos de vida. Avaliando quantos, em cada 100 000 nascidos, podiam chegar à velhice, e traçando assim a curva de sobrevivência, fica bem claro que o resultado positivo para os homens estava ligado ao florescimento do capitalismo.

Mas esse fenômeno antes diminui de rapidez, a partir dos anos cinquenta, e depois, em alguns casos, inverte-se. Entre os *U.S. Whites* ainda existe algum progresso a favor dos jovens, das crianças e das mulheres. Para os homens em idade produtiva e pós-produ-

Gráfico 4

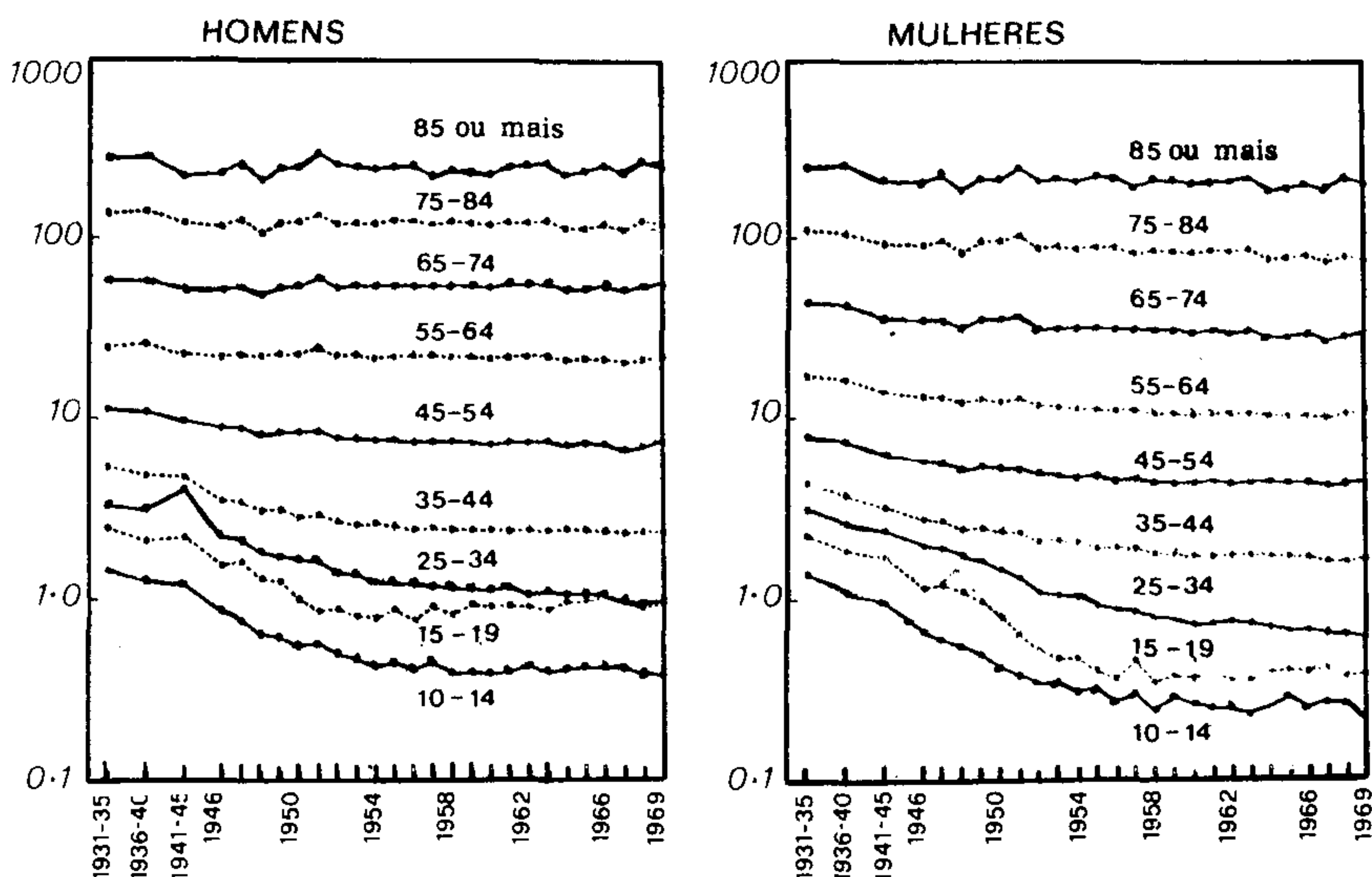


⁷ Susser, Watson, op. cit., p. 20.

tiva, porém, a curva descendente da mortalidade⁸ antes se atenua e depois se aplaina. O Gráfico 4 indica, antes para os homens e depois para as mulheres, os índices de mortalidade sobre 100 000 habitantes, nos anos de 1930 a 1960.

Apresentando dados semelhantes (mortalidade por 1 000 habitantes, no período de 1931 a 1969), os epidemiólogos ingleses observam⁹ que não se trata de condições especiais da Grã-Bretanha ou de falência do Serviço Sanitário Nacional: esse inconveniente (a palavra é *disappointment*: pode ser traduzida também por desilusão, desengano, insucesso) deve ser “o produto de forças muito gerais”, que não são melhor especificadas. Entretanto, o fenômeno ainda é muito recente para que as explicações possam ser definitivas e é preciso precaver-se contra interpretações unilaterais.

Gráfico 5



Quando pareceu evidente que o quadro das doenças dominantes começava a se modificar, que o desenvolvimento da ciência e da indústria conseguia reduzir drasticamente a mortalidade por moléstias infecciosas e carenciais, mas que as condições da produção capitalista abriam caminho a tumores, a doenças cardiovasculares, a intoxicações múltiplas, a violências e acidentes, ou seja, quando ficaram evidentes as vantagens e os limites dessa sociedade, foi

⁸ J. N. Morris, *Uses of epidemiology*, 1975, p. 65.

⁹ Susser, Watson, *op. cit.*, p. 403.

tentada uma operação conceitual de extrema simplicidade: atribuir as vitórias ao progresso social e os danos aos defeitos da natureza humana. Quase todos os estatísticos, devido a isso, ficaram enfeitiçados pela diferenciação das doenças em dois grupos: as *endógenas* e as *exógenas*, e afirmaram a “exigência de separar a mortalidade na qual predomina o componente biológico-individual da mortalidade que pode ser atribuída, de maneira geral, ao jogo dos fatores do ambiente social”.¹⁰ A análise que daí se tirava era a seguinte:

À gradual redução da mortalidade na Europa corresponde uma progressiva reviravolta da composição das causas de morte: as causas de ordem “exógena” tendem a desaparecer (sobretudo as de origem infecciosa e carencial), enquanto se impõem as formas “endógenas”, de caráter degenerativo-constitucional (entre as quais predominam as neoplasias e as doenças cardiovasculares).¹¹

Em seguida, começou-se a estudar mais acuradamente as moléstias modernas, em cuja etiologia há *também* herança familiar e reatividade individual, avaliando-se melhor as concausas sociais, comportamentais, ambientais. Também se fez uma tentativa de quantificar¹² os fatores ambientais na gênese das doenças mais difundidas, com os seguintes resultados, expressos em “percentuais de culpa”:

1. DOENÇAS CÁRDIO-VASCULARES

fumo	25%
tipo de alimentação	50%
trabalho	5-10%

2. CÂNCER

dieta	35%
cigarro	20%
trabalho	15-25%
poluição atmosférica	0,2-2%
hábitos pessoais	5%

¹⁰ I. Scardovi, A. Parmeggiani, *Sur l'évolution récente du profil nosologique de la mortalité chez les populations européennes, avec référence particulière à l'incidence de certains maladies endogènes et des causes accidentelles*, Conseil de l'Europe, Conférence démographique européenne, Strasbourg, 30 de agosto/6 de setembro de 1966, Vol. I, C 24, p. 1.

¹¹ Idem, p. 34.

¹² L. I. Boden, “The economic impact of environmental disease on health care delivery”, *Journal of occupational Medicine*, vol. 18, 1976, p. 469.

3. ACIDENTES

veículos motorizados	50%
acidentes domésticos	25%
trabalho	15%
incêndios	10%

4. MOLÉSTIAS PULMONARES

cigarro	40%
trabalho	10%
poluição atmosférica	2%
hábitos pessoais e domésticos	3%

Nesses valores numéricos também se exprimem interpretações arbitrárias, baseadas nos valores éticos defendidos pelos autores. Já nos últimos anos, por exemplo, o percentual dos tumores devidos à poluição ambiental e de trabalho foi calculado entre 70 e 80%, bem maior do que os dados da tabela; o que ao contrário, aparece supervalorizado (embora consistente, com certeza) é a incidência da fumaça de tabaco em relação às fumaças urbanas, se se calcula que um cidadão milanês absorve tanto benzopireno quanto o produzido por 200 cigarros. Disse Benedetto Terracini, epidemiologista de tumores:

se quem fuma corre 10 vezes mais riscos do que a média de contrair um câncer do pulmão, quem trabalha toda a vida com o amianto corre esse risco 200 vezes mais.¹³

Os percentuais de culpa deveriam, então, ser corretos. Mas a sugestão é válida: procurar na relação indivíduo-ambiente, mais do que somente nos fatores *endógenos* (o misterioso e imutável destino do homem) as causas das principais doenças modernas. Entre essas predominam dois grupos as afecções cardiovasculares e os tumores, aos quais são atribuídos dois terços das mortes: em 1977, na Itália, 46,2% ao primeiro grupo de causas e 20,1% ao segundo. Citarei ainda dois fatos, um para cada flagelo, como documentação posterior da predominância de fatores ambientais (em sentido lato, atmosfera, alimentação, trabalho, cultura, local de residência, família) na gênese das doenças.

¹³ Está no n.º 5, de 1 de fevereiro de 1979, de *L'Europeo*, numa ampla pesquisa sobre a saúde dos italianos, p. 49.

O primeiro é a pesquisa desenvolvida por M. G. Marmot e S. L. Syme sobre o enfarto do miocárdio entre os japoneses dos EUA.¹⁴ Já fora observado que a incidência dessa doença na linhagem étnica japonesa apresentava um aumento progressivo segundo o local de residência: menor no Japão, média no Havaí, máxima na Califórnia: deslocando-se para a América, o risco crescia. Não se conseguira abolir essa gradação controlando as diferenças no colesterol sérico, na pressão do sangue, nos hábitos de fumo. Os dois pesquisadores, então, partiram da hipótese de que aí havia um fator de proteção; a coesão de grupo e a estabilidade da terra de origem “contrastando com a típica ênfase americana na mobilidade social e geográfica e com o esforço individual de ambição, descrito como tendência comportamental de tipo A favorecedor do infarto”. Estudaram alguns milhares de japoneses-californianos, classificando-os com base no grau de tradicionalidade de sua cultura e chegando à conclusão de que os grupos mais ligados à terra de origem tinham um percentual de doenças coronárias semelhante ao dos residentes no Japão, e que os mais *aculturados*, com hábitos e aspirações de tipo americano, sofriam de três a cinco vezes mais tais ataques do miocárdio. A análise é documentada e as conclusões parecem indiscutíveis. O único reparo é que os autores, cientificamente livres mas lingüisticamente vinculados, continuam a usar a expressão “*modo de vida ocidental*” para descrever os EUA. Ironia verbal involuntária e dramática.

O outro fato é italiano: a tabela regional de mortalidade devida a tumores. Os números de 1976,¹⁵ calculados em mortes por cada 100 000 habitantes, são os seguintes:

Piemonte	248,7
Valle d’Aosta	215,6
Lombardia	245,5
Trentino-Alto Adige	197,2
Veneto	217,9
Friuli-Venezia-Giulia	303,1
Liguria	293,4
Emilia Romagna	269,4
<i>Itália setentrional</i>	248,9

¹⁴ M. G. Marmot, S. L. Syme, “Acculturation and coronary disease in japanese-americans”, *American Journal of Epidemiology*, n.º 3, setembro de 1976, pp. 225-47.

¹⁵ *XII Rapporto sulla situazione sociale del paese, predisposto dal Censis col patrocinio del CNEL*, CENSIS, Roma, 1978, p. 286.

Toscana	263,1
Umbria	200,4
Marcas	208,5
Lazio	184,0
<i>Itália central</i>	214,0
Abruzzi	154,7
Molise	128,9
Campania	120,9
Puglia	123,4
Basilicata	105,3
Calabria	105,1
Sicilia	130,4
Sardegna	130,9
<i>Itália meridional e insular</i>	124,9

Esses índices, que mostram uma dupla incidência de tumores no norte em relação ao sul, e tripla em algumas regiões em relação à Calábria e à Basilicata, por renda as mais pobres da Itália, estariam depurados, visando a clareza estatística, do fator perturbador da idade da população. O Friuli-Veneza Giulia, por exemplo, está entre as regiões que têm mais velhos e anciãos, mais atingidos por tumores. Mas, após essas correções, continuaria a existir, em medida ainda relevante, uma “*questão setentrional*”. Certamente no campo dos tumores, mas também em outros aspectos da saúde humana.

A verdade é que o desenvolvimento capitalista (e também, é preciso dizer, os processos de industrialização, de urbanização, de competição entre indivíduos que defendem tal modelo tecnológico e organizacional nos países socialistas) colocou em movimento processos incontrolláveis de alterações do equilíbrio homem-ambiente. Uma descrição, esquemática mas substancialmente válida, desse círculo vicioso e letal, foi feita em um relatório sobre higiene pública, por Sacchetti e Carreri:

O clínico francês Péquinot observava com muita eficácia que “o aparente paradoxo da nossa civilização está no fato de que nunca como hoje o homem teve tal possibilidade de sobrevivência, de saúde, de assistência e, não obstante, nunca houve tantos doentes”. É uma observação amplamente confirmada pelas estatísticas e desenvolvida pela literatura, que, contudo, nada tem de paradoxal se olharmos em volta e prestarmos atenção na degradação do ambiente físico e social no qual somos obrigados a viver.

As modificações ocorridas na tecnologia e nos modos de produção, depois da Segunda Guerra Mundial, com o uso incauto e desabusado da química e da petroquímica, levaram a um excepcional incremento dos fatores de nocividade ambiental e alimentar. Hoje comemos veneno, bebemos veneno,

respiramos veneno. Os resíduos de amianto nos pulmões já se tornaram norma. Nos ossos de um septuagenário não profissionalmente exposto, encontram-se acumuladas quantidades de chumbo cerca de trezentas vezes superiores às encontradas nos ossos de uma criança, e as fraturas não mais se soldam nos prazos indicados nos tratados de patologia cirúrgica e de ortopedia de apenas vinte anos atrás. A nossa gordura subcutânea já é um depósito de inseticidas organocloreto, de PCB (ácido bifenil policlorídrico) e de outras substâncias tóxicas e cancerígenas. A água de certos aquedutos tornou-se tão rica em nitratos, a ponto de constituir um perigo de meta-hemoglobinemia para os recém-nascidos e de formações de nitro-saminas cancerígenas no estômago de quem a bebe. O aumento rápido e contínuo dos tumores, da bronquite crônica, da asma e das doenças alérgicas, do enfisema pulmonar, certamente, está relacionado à poluição ambiental.

O perigo já é tão generalizado e imprevisível que penetra no interior do espaço doméstico, comprometendo até o leite materno, às vezes contaminado, como se sabe, por PCB e pesticidas cloreto.

O esforço enzimático requerido por uma agressão tão contínua e desumana é agravado pelo depauperamento contemporâneo dos fatores vitamínicos e protetores, consequência de uma alimentação artificial e fortemente controlada e medida pela indústria. A nossa milenar civilização do trigo, que também conheceu momentos de particular esplendor, reduziu-se ao cultivo de cereais de destinação zootécnica primária, para uma presumida superioridade nutritiva da carne, enquanto o trigo e o arroz reservados à alimentação humana são insensatamente despojados de toda a parte biologicamente mais preciosa (...). Esses são hoje os verdadeiros problemas da higiene pública. Problemas de tão grande amplitude que, junto aos ecológicos, com os quais estão estreitamente entrelaçados, pela primeira vez na história assumem o papel distintivo de uma época (...).

O impetuoso desenvolvimento da tecnologia industrial e das disponibilidades energéticas têm, pois, *projetado automaticamente a higiene pública e a ecologia no centro da problemática histórica contemporânea e futura* e é a partir dessa centralização que devemos orientar a análise das incumbências que hoje se colocam para as regiões, assim como para os partidos e toda a administração pública.¹⁶

Frente a tais incumbências, porém, temos uma organização estatal e um sistema sanitário que tendem a ficar atrasados, a deixar o campo livre à produção de fatores patogênicos por um lado, e por outro, à reparação médica das doenças, na vã esperança de que essas duas linhas possam confluír espontaneamente para um horizonte de bem-estar.

¹⁶ A. Sacchetti, V. Carreri, "Le Regioni di fronte ai problemi dell'igiene pubblica", relatório ao Colóquio *Asseto organizzativo dell'unità sanitaria locale con riguardo ai servizi di igiene e sanità pubblica*, Bolonha, 19-20 de janeiro de 1979.

As distorções da medicina

Chegamos assim ao segundo fenômeno anteriormente enumerado entre os impulsos que, negligenciados, comprometeriam inevitavelmente toda a reforma sanitária: as distorções da medicina. Estas se exprimem através de alguns paradoxos. Um é o de que a sociedade, a mesma que cria as doenças e as distribui desigualmente entre os homens, permite que eles se tratem na proporção direta das próprias riquezas materiais, mas na medida inversa às próprias necessidades de saúde: quem é mais saudável, na prática, pode ter acesso a terapias mais rápidas e eficazes. O outro é de que o doente que mais necessita reencontrar sua identidade psicobiológica e sem poder de controle sobre o próprio organismo, alterado por uma disfunção doentia, é inteiramente colocado nas mãos de um poder alheio: uma organização, um técnico, uma estrutura que sente como estranha, que até quando lhe ministra tratamentos eficazes o faz com métodos mais veterinários do que humanos;¹⁷ e o de que a doença, freqüentemente, produzida pelas leis do lucro, torna-se, por sua vez, fonte de novos lucros. Um paradoxo posterior, recentemente agravado, é que grande parte das doenças *modernas* (cardiovasculares, tumores, enfermidades mentais, intoxicações forçadas ou voluntárias etc.) só é vulnerável às ações preventivas ou, pelo menos, a uma associação precoce entre higiene e terapia, enquanto a tendência espontânea — não apenas dos médicos, mas das pessoas, que percebem o mal apenas quando o organismo está manifestamente lesado — é para os tratamentos, amiúde tardios.

Barro escreveu justamente que, para reformar a organização sanitária:

O primeiro inimigo a ser identificado, na lógica da mudança, é a *ideologia da quantidade*. Queremos dizer que o novo se deverá caracterizar, em relação ao velho, rechaçando qualquer presunção de que a sociedade deva responder aos problemas da saúde dando *mais*: mais consultas médicas, mais análises laboratoriais, mais exames radiográficos; e, naturalmente, mais médicos, mais enfermeiros, mais hospitais, mais automatização etc.

Obviamente, isso não significa negar a necessidade de intervir para reequilibrar, também em sentido quantitativo, as situações de maior carência que existem, especialmente no nosso Mezzogiorno. Mas, feitas exceções a essas situações, tudo somado e circunscrito, nada há a acrescentar ao que já temos

¹⁷ Cf. G. Bert, A. del Favero, M. Caglio, G. Jervis, R. Rozzi, M. Viviani, *I diritti del malato*, Feltrinelli, Milão, 1975.

no plano da quantidade, nem em termos de despesa sanitária, nem em termos de assistência médica.¹⁸

Entendamo-nos. O fato de que haja um esforço crescente (de despesa, de pessoal especializado, de demanda de saúde) em direção aos serviços sanitários é um sinal de progresso, assim como o esforço análogo na educação e na cultura. E, em absoluto, não é exato dizer que aí existe um excesso de consumo sanitário: o 'consumo' de meios sanitários para o controle da natalidade, por exemplo, é escasso, e freqüentemente se recorre a outro tipo de intervenção (dramático, cruel e tardio, além de mais dispendioso) que é o aborto; o 'consumo' de consultas médicas preventivas na gravidez (não as muitas, supérfluas, para poucas mulheres privilegiadas, mas as poucas consultas indispensáveis a todas as mulheres) é escasso e isso mantém alta a mortalidade infantil, favorece o nascimento de recém-nascidos malformados, produz até doenças e mortes por parto, com o fardo de dor, despesas, dramas pessoais e sociais daí advindos. O fato é que existe uma pressão industrial e profissional dirigida aos gastos sanitários que rendem dinheiro e prestígio, enquanto não há uma contrapressão dominante da sociedade e do Estado dirigida aos gastos sanitários que rendam saúde.

Existem dificuldades que não são fáceis de superar devido a diretrizes culturais que têm sido inculcadas no povo por antigas superstições ou pela moderna indústria sanitária. A medicina é vista como técnica mais ou menos milagrosa que, quanto mais dispendiosa e complicada, mais pode curar. Por isso é necessário substituir gradualmente tais idéias (sem perder de vista as necessidades imediatas do homem, quando está doente!) pelo conceito de que a saúde não se compra como um produto, mas pode ser criada mudando hábitos, tecnologias, alienações, incongruências ambientais e sociais. Em outras palavras: no campo da saúde, temos muito mais necessidade de cultura do que de mercadoria. Certamente, também há necessidade de tecnologias mais aperfeiçoadas, de novos produtos e aparelhamentos, com objetivos diagnósticos, terapêuticos e preventivos. Mas nos arriscamos a entrar em uma espiral sem fim, de tecnologias cada vez mais dispendiosas e sofisticadas, de despesas sempre crescentes, de benefícios sanitários cada vez mais escassos e, em contrapartida, de danos iatrogênicos cada vez mais difundidos.

Nesse campo há uma indústria em contínua expansão. E dois canais que, mais ou menos conscientemente, comandam as vendas

¹⁸ G. Barro, *La qualità de la salute*, Napoleoni, Roma, 1978, p. 15.

de suas mercadorias ou de seus próprios serviços: os médicos e os hospitais.

Um economista especializado em política sanitária, Antônio Brenna, definiu claramente o mecanismo de consumo que caracteriza esse setor em relação a outros:

No setor sanitário, não é o consumidor que exprime a demanda de serviços, mas o médico e, em primeira instância, o clínico-geral. Cabe a cada indivíduo a tarefa de candidatar-se a paciente, remetendo-se por decisões sucessivas à opinião do médico, intérprete por excelência das suas 'necessidades sanitárias'. É este quem decide se e em que medida converter as necessidades expressas em demanda de serviços.

Ora, a literatura especializada demonstra amplamente como, no comportamento do médico de base, influi uma série de fatores que bem pouco têm a ver com as condições objetivas de saúde do paciente (ou candidato a). Fatores como o nível de preparação escolar e de experiência profissional, a vinculação a determinadas 'escolas' (que amiúde 'estão na moda'), a disponibilidade de serviços especializados, a colocação do médico no sistema em que opera (médico particular, médico conveniado, médico dependente), as modalidades de remuneração adotadas e — para nos atermos ao mais recorrente —, a própria frequência dos médicos (isto é, a relação entre médicos e população) parecem exercer notável influência sobre as modalidades de conversão da necessidade expressa pelo paciente em demanda de serviços.

Está estatisticamente provado, por exemplo, que o número de encaminhamentos ao especialista (inclusive ao radiologista e ao laboratorista) aumenta de acordo com o aumento da frequência dos ambulatórios especializados. O mesmo vale para a assistência hospitalar: o número de diárias de internação *per-capita* aumenta com a expansão do número de leitos.

Ainda, o número de consultas e de prescrições farmacêuticas acompanha *pari passu* a frequência dos médicos: aumentando o número destes, a par da população, crescem as primeiras. Enfim, sabe-se como, no caso dos médicos conveniados, consultas e prescrições *per capita* são estavelmente mais elevadas sempre que os próprios médicos são remunerados de acordo com o sistema da *notula** (tanto por consulta) mais do que com o da *quota capitaria*** (tanto ao ano, por encargo).

É justamente a correlação mais intuitiva que ainda não encontrou nenhuma verificação estatística: a correlação entre condições de saúde da população e demanda de serviços sanitários disponíveis.¹⁹

O fato é que (sem ofensa) o médico é, entre as poucas categorias profissionais, aquele que consegue criar o objeto do próprio

* *Notula*: conta (N.T.).

** *Quota capitaria*: cota pessoal (N.T.).

¹⁹ A. Brenna, "Il medico di base comanda la spesa", *Il sole — 24 Ore*, 28 de dezembro de 1978.

trabalho. Um médico desempregado é uma raridade, mesmo quando a categoria expande-se além da medida. O CENSIS calculou²⁰ a relação entre os diplomados nas várias faculdades, no ano de 1976, e os inscritos nas listas de jovens desempregados para encaminhamento ao trabalho, no ano de 1977. O resultado percentual é o seguinte:

matérias literárias	60%
psicologia	43,6%
direito	42,4%
ciências biológicas	40,0%
ciências políticas	27,4%
arquitetura	19,7%
engenharia	17,3%
química	16,8%
economia e comércio	12,1%
agronomia	10,7%
física	10,7%
medicina e cirurgia	0,5%

Estudiosos de literatura, psicólogos (considerando-se que, por isso, o quadro profissional crie uma nova corporação), juristas e biólogos costumam a encontrar emprego. Os diplomados em matérias técnicas e aplicativas (engenheiros, químicos, físicos, agrônomos) têm menores dificuldades. Os médicos, ao contrário, trabalham todos (menos um em duzentos) ou não se inscrevem nas listas porque estão certos de logo encontrar uma tarefa adequada. E seu número cresceu na Itália, mais do que em qualquer outro país do mundo.

É difícil dizer com certeza qual é a necessidade de médicos, abstratamente: depende da difusão das doenças, da capacidade de reabsorver no tecido social os pequenos desvios de morbidade ou do impulso para transferi-las para terapias especializadas, da presença maior ou menor de outras figuras profissionais, como os enfermeiros. Entretanto, calcula-se que o número exato seja de um médico para cada 600 habitantes. Ora, a Itália demorou oitenta anos para atingir esse marco. Nos 17 anos posteriores, conseguiu-se um médico para cada 400 habitantes e, nos próximos anos, provavelmente este índice chegará a um médico para cada 200 habitantes. Os números são os seguintes: ²¹

²⁰ *XII Rapporto/1978 sulla situazione sociale del paese*, cit., p. 152.

²¹ Federazione nazionale degli Ordine dei medici, *Censimento dei medici italiani al 30 giugno 1978*, a cargo de D. Magi, E. Parodi, R. Bolognesi, Roma, 1979, pp. 24 e 49

ano	n.º de médicos	habitantes por médicos
1881	18 800	1 513
1921	32 900	1 154
1961	81 500	624
1978	143 700	394
1985*	280 000	215

* previsões

As previsões para 1985 podem ser excessivas, mas não muito: com efeito, são baseadas no considerável aumento dos inscritos nas faculdades médicas que, de 1962 a 1978, cresceu oito vezes, enquanto o número de estudantes de todas as faculdades cresceu três vezes; no número provável de formados, considerando a forte seleção enfrentada nos primeiros anos universitários; no fato de que as saídas da profissão (por morte: só assim, de fato, deixa-se de ser médico) felizmente são muito lentas (digo-o como membro da Ordem, mesmo não sendo praticante) e as entradas muito mais rápidas.

Algumas considerações sobre o desequilíbrio interno das profissões sanitárias, resultantes das estatísticas: temos, na Itália, um enfermeiro para cada médico; na França, 2,5; na Inglaterra e na Dinamarca, 3. Temos agora um médico para cada 380 habitantes, enquanto a média da CEE é para cada 520 habitantes, mas quanto aos dentistas ocorre o contrário: na Inglaterra, 1 para cada 8 567 habitantes; CEE, 1 para cada 2 860. A divisão territorial é muito centralizada: nas capitais de província, 42,4 médicos por 10 000 habitantes; nos outros municípios, menos de um terço (13,8), e há muitos municípios meridionais e insulares até sem o médico municipal.

Paralelamente ao crescimento do número de médicos, como é óbvio, aumentou sua atividade, traduzida às vezes (ou amiúde) em tratamentos eficazes, sempre legíveis nos orçamentos finais: ontem, das mútuas, amanhã, do Serviço Sanitário Nacional. Nos anos de 1964 a 1975, para cada segurado do INAM,²² houve o seguinte incremento de consultas, prescrições e internações:

	1964	1975
consultas domiciliares	2,3	2,4
consultas ambulatoriais	5,9	9,0
receitas de remédios	10,5	18,4
diárias hospitalares	1,2	2,4

²² Brenna, op. cit.

Atualmente, constata-se, para cada cem segurados, o crescimento do índice de realização de exames radiológicos de 8,6 para 12,0 (qual a dose de radiação absorvida? Certamente mais do que pelas centrais nucleares); de 4,7 consultas especializadas para 15,0; e, quanto aos exames de laboratório (sangue, urina, mas também líquido céfalo-raquidiano, biópsias e outras análises pouco simpáticas) de 16,4 a 71,2. Não tenho estatísticas referentes às cirurgias; mas, em outros países, há tempos já se documentou que sua frequência (além de um certo limite, obviamente; não tenho preconceitos contra os ferros, a cirurgia salva muitas vidas e devo, enfim, confessar, matriculei-me em Medicina com a ambição de ser cirurgião, mas depois, aquela doença de família que é a política saiu do estado de latência e procurei um ofício a meio caminho) tem bem poucas relações com a casuística clínica. Na Inglaterra, observou-se que as operações de amígdalas e adenóides variavam de 205 (por cem mil habitantes) na região de Sheffield, a 250 na região de Liverpool, e a 399 na região de Oxford.²³ E o livro *Costs, Risks and Benefits of Surgery*²⁴ documenta que nos EUA o número das operações é influenciado pelo número de cirurgiões, de organizações sanitárias, de modalidades de pagamento dos profissionais; que isso é verdade, sobretudo nas operações mais comuns como, por exemplo, adenoidectomia, apendicectomia, amidalectomia, histerectomia (do grego *ektomè*, extirpação: de órgãos recebidos da mãe natureza); que novíssimos e ousados procedimentos, como o *by pass* coronariano, nos casos de infarto, são não apenas testados mas aplicados em larga escala sem que haja um estudo científico-estatístico sobre sua eficiência comparativa em relação aos tratamentos clínicos para a mesma doença.

Falemos agora dos hospitais. Já foi dito que eles

constituem, não apenas na Itália, o centro das contradições dos sistemas sanitários modernos. Por um lado, e há anos, aponta-se com insistência crescente a necessidade de reduzir o papel representado por tais instituições na organização sanitária e, por outro, registra-se o crescimento da cota de recursos sanitários devorados anualmente pela assistência hospitalar. Por um lado, insiste-se na necessidade de descentralizar as atividades didáticas e de pesquisa junto a outros serviços sanitários e, por outro, é preciso constatar que o hospital — sobretudo o grande hospital privatizado — constitui, na prática, o único lugar de formação não apenas universitária, mas tam-

²³ D. J. P. Barker, G. Rose, *Epidemiology in Medical Practice*, Churchill Livingstone, Edimburgo, 1976, p. 125.

²⁴ J. P. Bunker, B. A. Barnes, F. Mosteller, *Costs, Risks and Benefits of Surgery*, Oxford University Press, Nova York, 1977, p. XXVI-402.

bém profissional, nas chamadas artes sanitárias. Por um lado se diz que o hospital de grande porte é sempre menos justificado, porque particularmente dispendioso e dificilmente administrável e, por outro, assiste-se à execução de projetos de hospitais com mais de 2 000 leitos. A exemplificação, obviamente, poderia continuar. É fato que o hospital representa uma concentração de poder, um aglutinamento de interesses, uma oportunidade de emprego, mais genericamente, um fator de desenvolvimento local, havendo poucos iguais na realidade atual

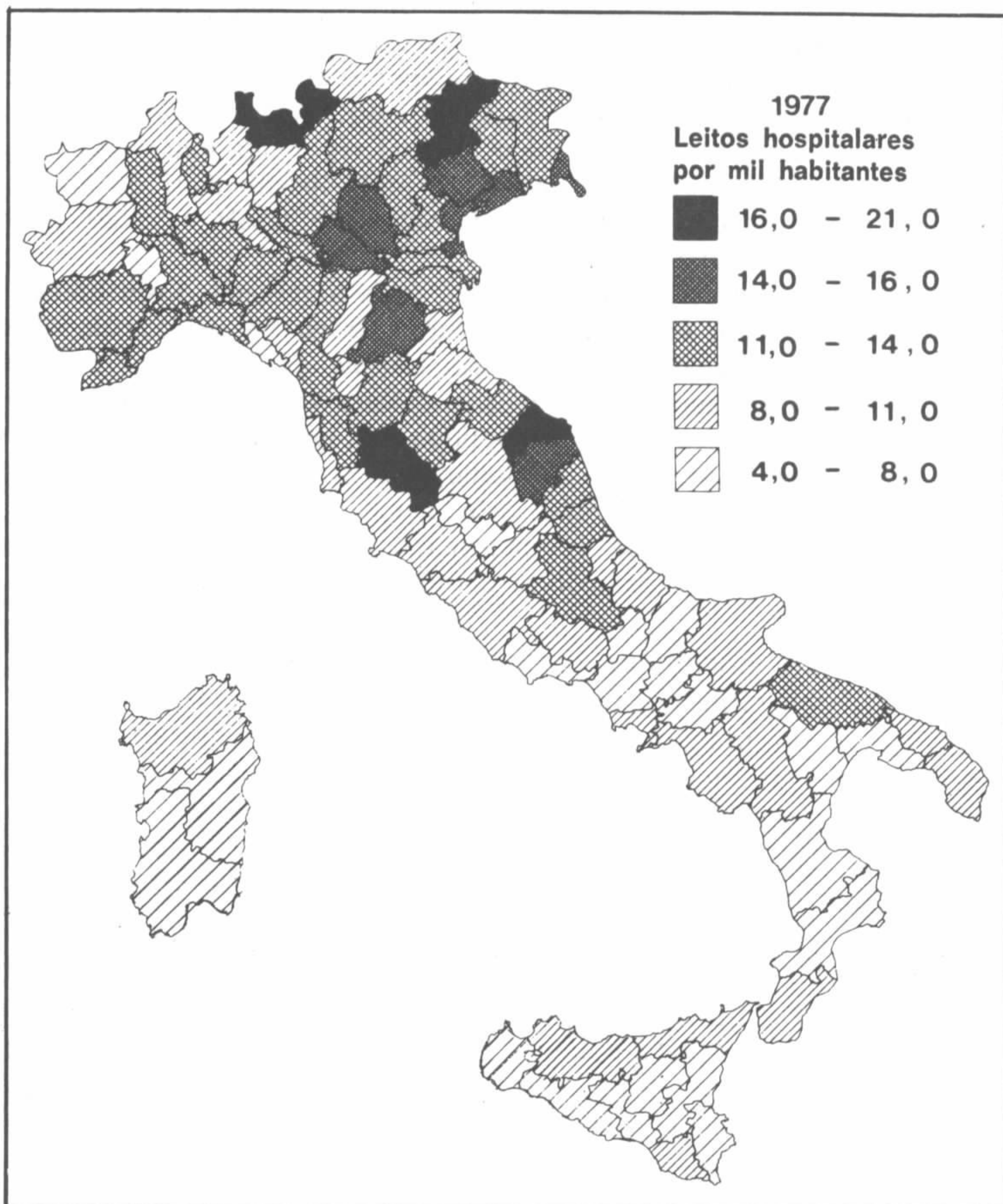
Na Itália, tal contradição agora parece mais acentuada. Com efeito, há pelo menos vinte anos se insiste particularmente na necessidade da 'desospitalização', do fortalecimento de serviços básicos, da 'territorialização' dos serviços (os termos entre aspas, de gosto discutível, constituem o condimento obrigatório de todo discurso político em matéria sanitária) e, contudo, *a posteriori*, é necessário constatar que enquanto a rede hospitalar sofreu um crescimento considerável, pelo menos em termos quantitativos, a organização sanitária de base, compreendida pelos serviços higiênicos fundamentais, continua depauperando-se constantemente.²⁵

O gigantismo hospitalar italiano, doença que contagia assessores, chefes, conselheiros, burocratas e políticos e que, às vezes, se espalha pela população (Que orgulho, o novo hospital! Ao invés disso, é raro semelhante bairrismo em casos de maior salubridade), pode ser documentado em números.

O mapa das províncias da Itália mostra que apenas algumas, concentradas no sul e nas ilhas, têm de 4 a 8 leitos por mil habitantes, enquanto a maioria tem entre 8 e 14 e algumas beiram e superam os 20. Também nesse caso, assim como no dos médicos, é difícil avaliar uma necessidade-padrão abstratamente. O *optimum* foi calculado, pela Organização Mundial da Saúde, em 10 leitos por mil: ou seja, 6 para doentes agudos, 3 para doentes mentais e 1 para crônicos. Depois viu-se que os doentes mentais não deveriam estar no manicômio e que os crônicos são melhor tratados em casa. De qualquer modo, assumamos esse valor de 10 como base. Com os hospitais em construção, quase nenhuma província italiana ficará abaixo desse índice e muitas estão a caminho de superá-lo em dobro.

O mal é que os hospitais, uma vez construídos, são ocupados. E, de fato, as regiões com mais hospitais são também aquelas onde é mais alta (independentemente da morbidade) a frequência das internações. Calculando a *taxa de saturação* dos leitos hospitalares, isto é, a ocupação média dos leitos, resulta que ela, felizmente, tende a diminuir um pouco (de 75,4% em 1975 a 71,2% em

²⁵ A. Brenna, "La spesa ospedaliera: uno sguardo al passato", *Prospettive sociali e sanitarie*, n.º 21-22, 1-15 de dezembro de 1978, p. 1.



1977), o que indica uma certa resistência dos doentes e dos sãos a se deixarem recolher ao hospital; mas que, curiosamente, esse cociente é quase igual no norte (71,7%), no centro (71,5%) e no sul (70,2%). Ao contrário, é mais baixo onde há menos leitos hospitalares. Onde há menos lugares, restam mais leitos vagos e onde são construídos mais hospitais, interna-se mais.

Depreende-se das estatísticas que os italianos parecem ter uma notável propensão à internação. Já em 1975, antes que aumentasse o *boom* hospitalar no sul (um entre os poucos índices de desen-

volvimento da região meridional), cada mil habitantes tinha, nos países europeus,²⁰ os seguintes casos de hospitalização:

França	91
Holanda	106
Inglaterra	115
Luxemburgo	119
Irlanda	141
Dinamarca	159
Alemanha	162
Itália	162

O relatório CENSIS, comentando esses dados, afirma que

é interessante notar que a coincidência entre a situação italiana e a alemã, no campo sanitário, não diz respeito apenas aos leitos, mas também se verifica em relação a outros parâmetros, tais como o elevado número de médicos por habitante contra um pequeno número de paramédicos, o elevado número de remédios comercializados e até em relação a alguns indicadores de saúde, como a elevada taxa de mortalidade infantil nos dois países.

Não acreditamos que se pretendesse insinuar que a mortalidade infantil é devida ao elevado número de médicos ou ao excesso de hospitais. Contudo, é certo que entre o nível de saúde e a quantidade de serviços (médicos, remédios, hospitais) não existe mais uma correlação estatística e nem uma concatenação causal.

O desequilíbrio entre custos e benefícios

Despesa ascendente, saúde descendente: chegamos assim ao terceiro obstáculo à concretização do Serviço Sanitário Nacional. O fenômeno é internacional, sobretudo nos países ocidentais; preocupa os governantes, mais porém devido às suas implicações econômicas do que às conseqüências humanas e políticas. O presidente francês, Giscard D'Estaing, em 29 de setembro de 1977, disse que "parte dos recursos que uma sociedade está disposta a consagrar à saúde não é determinada rigidamente, mas não é ilimitada"; teria sido muito mais correto falar, ao invés de *saúde*, de *despesas sanitárias*, conceitos que, como vimos, não coincidem. Preocupações análogas existem num país de economia e moeda forte, a Alemanha Ocidental, onde o custo do seguro-doença quase quadruplicou

²⁰ XII Rapporto/1978 sulla situazione sociale del paese, cit., pp. 302-3.

em dez anos: de 24,293 milhões de marcos em 1969 para 95,354 milhões previstos para 1979.²⁷ É claro que, se este aumento continuar nesse ritmo, chegar-se-á a um dilema: frear outras despesas sociais e investimentos produtivos ou cortar drasticamente os gastos sanitários públicos, reconduzindo a assistência à privatização e, com isso, aos privilégios de renda.

Mas falei de conseqüências humanas e políticas pouco consideradas. As humanas não consistem apenas nas doenças evitáveis mas não evitadas, nos tratamentos carentes ou mal feitos. Consistem, fenômeno emergente, de dramaticidade cada vez maior, nas doenças iatrogênicas: de *iatròs*, médico, e, por extensão, medicina. No *Dizionario medico*, editado em 1960 pelo Instituto de Colaboração Cultural, Vol. I, p. 674-675, a palavra *iatrogenética* é definida como “de origem médica; diz-se dos distúrbios autosugestivos induzidos no paciente pelas palavras e atitudes do médico durante o exame clínico”. Uma vez que os dicionários médicos são escritos por médicos, compreende-se a prudência (ou a hipocrisia): distúrbios sugestivos induzidos pelo médico e, por isso, dir-se-ia, por lógica formal, heterossugestivos. Mas devido ao aumento dos casos ou ao crescimento da compreensão, já se pode falar de tudo, menos de sugestão. Ou melhor: esta é exercida pelo médico ou pela indústria farmacêutica, ou ainda pelas clínicas particulares, a fim de induzir o paciente, são ou doente, a fazer extirpar de seu organismo partes ainda em funcionamento ou recuperáveis ou a introduzir nesse organismo substâncias mais ou menos nocivas (sem que haja, infelizmente, uma compensação entre aquelas saídas e estas entradas). Quanto ao primeiro caso, já falei sobre os excessos da cirurgia. Quanto ao segundo, podemos assinalar o dano provocado pelos remédios.

Já em 1965, um estudo feito sobre uma divisão de 120 leitos de um hospital americano²⁸ mostrou que 5% dos pacientes fora internado devido a reações a remédios, já então no 7.º lugar entre as causas de internação; entre os outros doentes, 14% apresentou reações a, pelo menos, um remédio ministrado durante a internação e 7% deles apresentou reações tais, que colocaram sua vida em perigo ou provocaram sua morte. Desde então, multiplicaram-se as pesquisas desse tipo e, infelizmente, as casuísticas. Consultando, por exemplo, uma obra de 1976 sobre doenças do sangue cau-

²⁷ Os dados foram elaborados por *Sozialbericht*, 1976, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bon, 1976.

²⁸ L. E. Cluff, G. Thornton, L. Seidl, “Epidemiological study of adverse drug reactions”, *Trans. Ass. Amer. Physicians*, vol. 78, 1965, p. 255.

sadas por fármacos,²⁹ encontrei grande parte dos quadros de morbidade que havia estudado há mais de trinta anos no curso de Patologia médica: anemia aplástica, agranulocitose, trombocitopenia, anemia hemolítica, anemia megaloplástica e outras palavras compostas e complexas que, para os pacientes, significam sangue infectado. Eu então as estudara como doenças naturais: agora são, com frequência, iatrogênicas. Um outro capítulo da patologia, que, já em 1968, ocupava em uma resenha mais de cinquenta páginas só bibliografia,³⁰ compreende os danos ao embrião, ao feto e ao recém-nascido: o caso da talidomida³¹ não é isolado. Outros danos têm sido atribuídos ao abuso (entendamo-nos: falamos sempre de abusos, longe de negar a validade e a utilidade dos medicamentos; mesmo as pessoas mais críticas, como sabemos, recorrem a eles quando sentem o mal) dos psicofármacos. Nesse caso, há o entrelaçamento do consumo de uma mercadoria, a obtenção de um lucro e o outro fator menosprezado no cálculo puramente econômico da relação custos-benefícios: a política, o poder. Del Favero e Loiacono afirmaram:

“O fármaco, reduzindo os sintomas, os sinais mais evidentes e recorrentes de um estado de malestar (irritabilidade, cefaléia, distúrbios da memória, insônia, fadiga intelectual, perturbação do caráter, incapacidade de concentração, esgotamento em idade escolar, apatia, atraso na elaboração da linguagem), elimina um distúrbio não apenas para o paciente, mas para quem está próximo dele, com ele trabalha, vive, produz. Torna-se possível para os ‘outros’ (a sociedade) viver e interagir com um indivíduo — talvez explorando-o — que apresenta problemas não resolvidos, que causa aborrecimentos ou que pode constituir ‘perigo’ para a ordem social, sem serem obrigados a tomar conhecimento das causas que estão na origem de tais sintomas e terem que contribuir para a sua eliminação.”³²

Mas a relação com a política tem também outros aspectos. Na prática, tem-se enfrentado cada necessidade emergente no campo social e cada reivindicação legítima de solidariedade pública, agin-

²⁹ G. C. De Grucy, “Emopatie da farmaci”, *Il pensiero scientifico*, Roma, 1976.

³⁰ L. Ferruggia, G. Fotunio, G. Cotronei, V. Arrigale, *Patologia embrionale, fetale e neonatale da farmaci*, Istituto italiano di Medicina sociale, Roma, 1968.

³¹ H. Sjoström, R. Nilsson, *Il talidomide e nl potere dell'industria farmaceutica*, Feltrinelli, Milão, 1973.

³² A. del Favero, G. Lojacono, *Farmaci, salute e profitti in Italia*, Feltrinelli, Milão, 1974.

do em três linhas: no plano operacional, criando novos instrumentos técnicos ou novas figuras de especialistas; no plano econômico, aumentando os saques sobre as remunerações (a altíssima incidência dos *encargos sociais* sobre os salários é uma das características, junto à *selva* do sistema de remuneração italiano); no plano institucional, criando novas entidades. O resultado conjunto dessa seleção foi uma acentuada sujeição cultural, monetária e política. A relação entre poder e saúde tem sido estudada em muitos países nos últimos anos,³³ e tem amplas implicações, sobre as quais voltarei mais adiante. O que podemos observar até agora é que o Serviço Sanitário Nacional tende a inverter as linhas até agora predominantes: a deslocar o plano operacional para a prevenção ambiental, ao invés de para a terapia especializada; a deslocar o financiamento para um sistema de fiscalização progressiva, ao invés de para a remuneração; a deslocar o poder para as instituições mais permeáveis ao controle comunitário, ao invés de para as entidades verticais e centralizadas. Essa tendência difícil e contrastante é, por outro lado, a única que pode reequilibrar em termos políticos, econômicos e humanos a relação custos/benefícios na organização sanitária.

Nesta, vale hoje a lei da *planificação inversa*: os esforços, as despesas, as pesquisas, o aparelhamento concentram-se naqueles setores em que são produzidos, em termos de saúde, os resultados menos eficazes.

Esse fenômeno foi estudado, entre outros, pelo epidemiólogo inglês Cochrane,³⁴ que cita muitos exemplos. O mais clamoroso e discutido é a comparação da mortalidade por infarto do miocárdio entre pacientes tratados domiciliarmente e pacientes internados nas modernas unidades intensivas de terapia coronariana estudado por Mather.³⁵ Para todos os sujeitos, homens de 35 a 69 anos, 220 para cada grupo, o número de mortes entre os primeiros 330 dias do infarto foi o seguinte, em percentual:

— tratados domiciliarmente	20,0%
— tratados em hospital	26,6%

³³ Cf., por exemplo, para os EUA, E. A. Krause, *Power and illness*, Elsevier, Nova York, 1977, e, para a Inglaterra, V. Navarro, *Class struggle, the State and Medicine*, Prodist, Nova York, 1978.

³⁴ A. L. Cochrane, *L'inflazione medica. Efficacia ed efficienza nella medicina*, Feltrinelli, Milão, 1978.

³⁵ H. G. Mather, D. C. Morgan e outros, "Myocardial infarction: a comparison between home and hospital care for patients, *British Medical Journal*, 1976, p. 25.

A diferença é ainda maior para os idosos com mais de 60 anos, não afetados por hipertensão:

— tratados domiciliarmente	17,4%
— tratados em hospital	31,7%

Cochrane afirma que

a hipótese mais simples para justificar os resultados de Mather é que alguns pacientes ficam tão amedrontados com a transferência da casa para o hospital e/ou para uma unidade coronariana, que apresentam uma parada cardíaca com mais frequência do que aqueles que ficam na própria casa”.³⁶

E acrescenta, em relação a essa perspectiva, que devem ser fechadas as unidades coronarianas:

pode ocorrer que, no futuro, acabem amedrontando menos, por mudanças na organização interna ou por uma modificação na atitude dos pacientes (...) por outro lado, poderiam ser descobertas novas drogas antiarrítmicas que facilitarão a terapia domiciliar”.

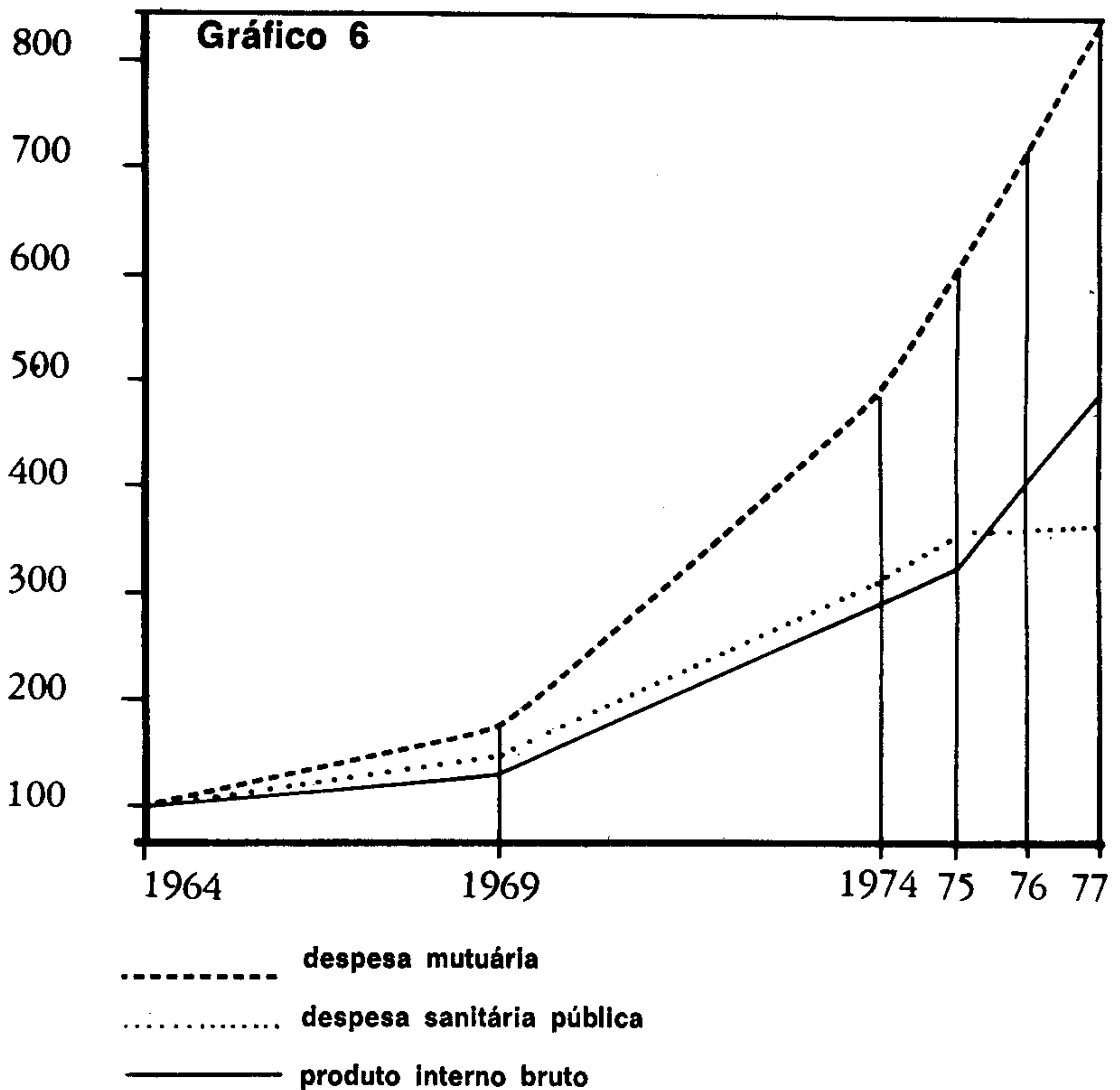
O essencial é poder verificar, com estatísticas cuidadosas (Cochrane é o criador do Randomized Control Trial, provas de controle casuais), a eficácia sanitária e a eficiência econômica dos vários tipos de atendimento. Se não, inevitavelmente, prevalecerão os métodos mais sofisticados, dispendiosos, rendosos para os técnicos e improdutivos para os pacientes.

Isso também ocorreu na Itália, nos últimos quinze anos, quando a despesa sanitária aumentou (calculando-se o ano de 1967 = 100) a um ritmo notavelmente mais rápido que o do produto nacional.³⁷

A despesa que mais cresceu, porque descontrolada e quase incontrollável, é a mutuária, enquanto a definida no Gráfico 6 como *pública* porque a cargo do Estado e das entidades locais, voltada para os serviços higiênico-sanitários e para a prevenção, cresceu bem menos e, nos últimos anos, ao contrário, parece estacionária. Justamente no período em que a reforma sanitária estava para ser encaminhada, as restrições atingiram aqueles setores que a reforma deveria expandir: que melhor prova de que a vontade política dos governantes tem sido hostil, ou de que os mecanismos espontâneos prejudicam a prevenção das doenças? Ou de que,

Cochrane, op. cit.

³⁷ Brenna, “Il costo della salut ein Italia”, *Prospettive sociali e sanitarie*, n.º 20, 15 de novembro de 1978, p. 2.



somando todos os fatores, atualmente agem contra a reforma os obstáculos do poder, as leis do mercado, a inércia do conservadorismo, as distorções da medicina?

Apesar disso, existem alguns sinais de uma possível inversão. O mais positivo consiste na redução, embora leve, no consumo de medicamentos. No número de 'unidades' consumidas na década de 1967-1976 registrou-se um aumento anual de 4,8%, enquanto em 1977 houve uma redução de 3,5% e, nos primeiros meses de 1978, uma queda posterior de 4,0%. Também se reduziu o número de especialidades farmacêuticas no mercado, de 12.500 para pouco menos de 8 000 (que representam, de qualquer forma, um *record* em relação às 4 500 da França, às 2 900 da Inglaterra, às 2 300 da Holanda e às 2 000 da Suécia). Entre os fatores que levaram a essa ligeira melhora da farmacomania está a modificação do sistema de pagamento dos médicos mutualistas; do sistema

de *notula*, isto é, para cada visita, ao da *quota capitaria*, ou seja, tanto por ano para cada assistido. Mas há também — penso, ou me iludo — o efeito de uma maior sensibilidade da população em relação aos riscos de abuso dos remédios e de alguns limites colocados à publicidade desses produtos. A introdução da guia, de uma cota para cada receita a cargo do paciente, teve um posterior efeito redutor sobre o número de remédios consumidos (que, entretanto, é um fenômeno anterior a essa medida): nos últimos meses de 1978, a queda das vendas nas farmácias foi de 10-12% em relação aos meses correspondentes do ano anterior.

De qualquer forma, os industriais não esmorecem: “A esperança de todos é que, depois de um período de ajustes, haja uma boa recuperação, como aconteceu em outros países,³⁸ declarou Alberto Aleotti, presidente da Farminústria. Essa esperança é alimentada pelo fato de que a queda das vendas, no fim de 1978, parece ter sido também devida “à baixa morbidade desses meses”; e é sempre possível que sobrevenha uma epidemia.

A reforma sanitária como luta social

Esse contraste entre lucro privado e saúde pública, ingênua ou cinicamente declarado pela Farminústria, está implícito na lógica da organização sanitária pré-reforma. E está presente, cada vez em maior medida, nas iniquidades sociais e nas deformações das relações humanas e ambientais que tal organização acobertava ou absorvia. Ofuscava-se, assim, no cidadão, a consciência de tais distorções e impedia-se a mudança social, mesmo estando ela historicamente madura. O Serviço Sanitário Nacional declara perseguir finalidades opostas:

O Serviço Sanitário Nacional, no âmbito da sua competência, tem como objetivos:

a) a superação dos desequilíbrios territoriais nas condições sócio-sanitárias do país;

b) a segurança do trabalho, com a participação dos trabalhadores e de suas organizações, para prevenir e eliminar condições prejudiciais à saúde e para garantir os instrumentos e os serviços necessários, nas fábricas e em outros locais de trabalho;

c) a escolha responsável e consciente de procriação e a tutela da maternidade e da infância, para assegurar a redução dos fatores de risco ligados à gravidez e ao parto, melhores condições de saúde para a mãe e

³⁸ Na entrevista de F. Verganano “Il ticket rischia di aggravare la crisi del settore farmaceutico”, *Il sole — 24 Ore*, 10 de novembro de 1978.

redução da taxa de patologia e de mortalidade perinatal e infantil;

d) a promoção da saúde na idade evolutiva, garantindo a atuação dos serviços médicos escolares nos institutos de educação pública e privada de toda ordem e grau, a partir da escola maternal, e favorecendo, por todos os meios, a integração dos deficientes;

e) a tutela sanitária das atividades esportivas;

f) a tutela da saúde dos idosos, também com o fim de prevenir e remover as condições que possam concorrer para a sua marginalização;

g) a tutela da saúde mental, privilegiando o momento preventivo e inserindo os serviços psiquiátricos nos serviços sanitários gerais, de modo a eliminar qualquer forma de discriminação e segregação, mesmo em relação à especificidade das medidas terapêuticas, e a favorecer a recuperação e a reintegração social dos perturbados psíquicos;

h) a identificação e a eliminação das causas da poluição da atmosfera, das águas e do solo.

Nem toda a lei é coerente com tais indicações; porém, mais ainda que essas incongruências internas, evidencia-se o conflito entre cada um dos objetivos enumerados e a rede de interesses, preconceitos, comportamentos, privilégios sociais e lentidão operacional que impedem sua atuação. Por isso, mesmo apreciando o conteúdo do livro escrito por Severino Delogu, às vésperas da nova lei,³⁹ contesto o título do volume, *La salute dietro l'angolo* (A saúde atrás da esquina), e do último capítulo "La riforma in retta d'arrivo" (A reforma na reta de chegada). Quando o corredor rompe a fita de chegada, especialmente depois de uma corrida tipo maratona, deita-se na grama para descansar. Não será suficiente erguer-se e dobrar a esquina para encontrar a saúde. Será um longo caminho.

Mesmo este percurso até agora não tem sido fácil nem linear, sobretudo pela incompreensão da relação entre saúde e sociedade, na atual fase de desenvolvimento do capitalismo. Por isso, durante muito tempo, as reivindicações populares orientaram-se para a extensão das formas assistenciais tradicionais em favor das categorias menos favorecidas. Para citar apenas um documento, essa é a linha expressa na ampla *Dichiarazione programmatica* do PCI, aprovada no seu VIII Congresso (1956). No capítulo "Introduzione di un sistema generale di sicurezza sociale" (Introdução de um sistema geral de seguro social) estava escrito:

Na Itália, para combater e fazer desaparecerem o atraso e a miséria, é indispensável que seja introduzido um sistema geral de seguro social, estendido não apenas aos operários, mas a todos os cidadãos trabalhadores, às

³⁹ S. Delogu, *La salute dietro l'angolo*, Roma, 1978.

donas-de-casa, aos trabalhadores agrícolas de todas as categorias. Esse sistema de seguro social deve garantir a todos os cidadãos, no espírito da nossa Constituição e a expensas do Estado, no quadro de uma reforma fiscal geral, uma tutela sanitária completa e eficaz, e uma adequada assistência econômica em todos os casos de necessidade, desemprego, indigência, doença, acidente, tuberculose, cegueira, maternidade, encargo de família, invalidez e velhice. A criação e a extensão de um seguro social eficiente a todos os trabalhadores ainda não é o socialismo, mas é, sobretudo em um país como o nosso, e sobretudo para as massas mais pobres das regiões montanhosas, do Mezzogiorno e das ilhas, uma medida indispensável de civilidade e de progresso social.

Nenhuma dessas afirmações parece errada; e o ponto de partida da Itália de 1956, com extensas regiões de pobreza e descaso, justificava o propósito de “combater e fazer desaparecerem o atraso e a miséria”. Mas já naqueles anos procedia-se a uma industrialização desordenada, com as vantagens e os danos do ‘milagre econômico’, e não se faz menção a isso. Admira mais ainda a afirmação de que o seguro social “ainda não é socialismo”: óbvia em alguns aspectos, introduz todavia uma separação temporal e uma distinção conceitual que contradiz as características de *processo histórico* e de *conquistas progressivas* que devem existir no socialismo do Ocidente.

Desde aquela época, apenas uma proposta fora apresentada ao Parlamento, a do Senador Bocassi (PCI), “Assistenza sanitaria gratuita ai non abbienti” (Assistência sanitária gratuita aos não habilitados), n.º 697, de 30 de julho de 1954, e numerosas leis para ampliar a mutualidade a novos sujeitos, como agricultores diretos, artesãos e comerciantes, ou a uma assistência maior, como os remédios e os tratamentos especializados. Foi a partir dos primeiros anos da década de sessenta que o movimento operário italiano adquiriu consciência da relação entre as exigências de saúde, a organização produtiva, as reformas legislativas e as mudanças no poder; compreendeu que a política sanitária e assistencial, como tem sido veículo e instrumento de distorções, pode tornar-se um estímulo para a melhoria do ambiente de trabalho e fora do trabalho, para a participação na vida democrática e para a transformação das instituições. E foi durante esse período que, na Itália, encaminhou-se a reforma sanitária.

Agora, o precioso (para as despesas) Centro de Estudos do Ministério da Saúde escreve esta história⁴⁰ enumerando as comissões

⁴⁰ Ministério da Saúde, *Rapporti/1 L'istituzione del Servizio sanitario nazionale*, Centro studi, agosto de 1974, p. 536.

de estudo do governo e do CNEEL, as propostas de lei e os documentos dos partidos. E omitindo, também nesse âmbito restrito, os fatos incômodos, tais como o primeiro Plano Sanitário Nacional, elaborado em 1963 pela Sociedade PRES por incumbência da Comissão Nacional para o planejamento,⁴¹ enterrado pela centro-esquerda por pelo menos dez anos; os esforços e os prazos não cumpridos pela longa série de ministros democratas-cristãos. O leitor poderá entediar-se com a monotonia de minhas objeções a esses esforços frustrados. Mas não me atribua toda a culpa. De qualquer forma, não teria polemizado sobre essa maneira de escrever a história da reforma sanitária, se dois fatos não tivessem intervindo.

Um deles pode parecer marginal: no número de março-abril de 1979 de *Lavoro e salute*, útil periódico da Câmara do Trabalho de Roma, apareceu um artigo de G. Corsale,⁴² no qual se fala de todas as comissões ministeriais instituídas no último século e meio, lembram-se leis sanitárias napoleônicas e chega-se aos nossos dias para assinalar que “em 1976, a Academia Internacional para as Ciências Econômicas e Sociais apresentou um estudo sobre a reforma sanitária, fruto de pesquisas e debates conduzidos por nomes conceituados na matéria específica ou no mundo do trabalho”. Suspeito que o mundo do trabalho tenha cometido o grave equívoco de ignorar essa Academia e seus estudos. Ela tem dado, porém, junto com os movimentos de massa e as idéias reformadoras, a maior contribuição ao Serviço Sanitário Nacional: mas não há traço disso no artigo. Então, surge a preocupação de que predomine uma historiografia que exalte os gabinetes ministeriais e subestime as classes trabalhadoras, em proporção inversa ao papel desempenhado na aproximação da reforma sanitária.

O outro fato é que essa deformação pode fazer penetrar, entre os cidadãos, a idéia de que assim, confiado o texto da lei ao governo e às regiões, o resto está cumprido, protestando depois — contra o governo e as regiões, porém mais ainda contra a reforma — se a saúde piora ou se a assistência vai mal. Por isso, seria útil escrever a história das lutas sociais, dos movimentos culturais, das iniciativas municipais, dos trabalhos internos dos partidos que

⁴¹ Cf. G. Fuà, P. Sylos Labini, *Idee per programmazione economica*, Laterza, Bari, 1963, e G. Berlinguer, *La sanità pubblica nella programmazione economica*, Leonardo edizioni scientifiche, Roma, 1964.

⁴² G. Corsale, “Dal regolamento napoleonico della sanità alla istituzione del Servizio sanitario nazionale”, *Lavoro e salute*, n.º 19, março-abril de 1979, pp. 9-10.

criaram a base do Serviço Sanitário Nacional, seja para reconstruir como a mutualidade foi superada na Itália, seja porque outras lutas sociais, elaborações culturais, atividades de entidades locais, lutas internas de partidos, mudanças governamentais e transformações sociais devem realizar-se antes que a saúde e a assistência atinjam o nível que a lei proclama.

Também em relação ao passado mais remoto, a história da medicina e da saúde foi interpretada, quase sempre, como desenvolvimento linear do conhecimento e das técnicas, por mérito de especialistas. Apenas nos últimos anos, na Itália, por um efeito cultural resultante das lutas atuais pela saúde, procura-se escrever uma história global: das doenças, das suas interligações com a vida social, da organização sanitária, das ciências, dos movimentos de massa.⁴³ Tais estudos já estavam num estágio avançado na França, na Inglaterra, na União Soviética, e levaram muitos historiadores a concluir que, para o declínio dos grandes flagelos (varíola, peste, cólera, tifo exantemático, sífilis, tuberculose etc) e para o considerável aumento da média de vida ocorrido entre os séculos XVIII e XX, o fator principal não foram as descobertas científicas, mas os movimentos de emancipação das classes e dos povos oprimidos,⁴⁴ com seus efeitos indiretos de promoção higiênica, com a melhoria das habitações, dos salários, da alimentação e com a difusão do conhecimento.

Deixamos à leitura dos textos indicados e sobretudo ao aprofundamento das pesquisas históricas a avaliação do peso comparativo desses vários fatores e a correção de eventuais excessos anticientíficos. Parece-me unilateral, por exemplo, querer apenas demonstrar

a mistificação e o ilusório de um discurso de tipo evolucionista-científico e seu correspondente político, o reformismo. De fato, nem o progresso das ciências médicas nem o progresso econômico puseram freio a esse abuso (da saúde dos trabalhadores) mas, ao contrário, propuseram-no em níveis mais refinados,⁴⁵

⁴³ Cf., por exemplo, "Storia della sanità in Italia. Metodo e indicazioni di ricerca", a cargo do CISO, *Il pensiero scientifico*, Roma, 1978, p. 312; "Il genocidio pacífico. Malattie di massa e capitale", fascículo 15, junho de 1978, da revista *Classe; Cenni storici dipatologia del lavoro*, a cargo de O. Conti, A. Smargiasse, G. Berlinguer, EPASA, Litografia Colitti, Roma, 1978, p. 110.

⁴⁴ Cf., por exemplo, H. Mc Keown, *L'aumento della popolazione nell'età moderna*, Feltrinelli, Milão, 1979, p. 240.

⁴⁵ Na apresentação, quarta capa da citada revista *Classe*.

sem levar em conta que grande parte das descobertas e das técnicas da medicina moderna têm valor real, universal; que os trabalhadores, hoje, vivem o dobro do que viviam há um século, certamente por mérito próprio, mas também devido aos progressos da ciência; que as melhorias mais rápidas foram realizadas quando os movimentos de emancipação souberam aliar-se às profissões sanitárias, às pesquisas científicas e às intervenções públicas para a promoção da saúde.

É certo que, nas últimas décadas, tais progressos quase se detiveram e, às vezes transformaram-se em retrocesso, de maneira a impor novas estratégias sanitárias. Isso é verdade para os países em vias de desenvolvimento, tanto que a Organização Mundial da Saúde está mudando radicalmente a própria orientação. Em uma resenha sobre o assunto, *La civiltà catolica* (A civilização católica), amiúde atenta para esses problemas, afirmou:

Uma crítica mais objetiva voltada à OMS diz respeito à sua incapacidade de vir em socorro de três quartos da humanidade, porque é organizada por médicos ocidentais e baseada em critérios da medicina ocidental. Depois de trinta anos de existência, a OMS finalmente decidiu inverter a direção de seu caminho. Em um relatório preparado pela Conferência de Alma Ata, o diretor geral da OMS, Halfdan Mahler, e o diretor da UNICEF, Henry R. Labouisse, reconheceram a falência que as organizações dirigidas por eles sofreram nos países em vias de desenvolvimento.

De acordo com estatísticas da própria OMS, mais de 80% da humanidade não tem nenhuma possibilidade de tratamento, mesmo rudimentar. Com exceção da varíola, nenhuma das grandes doenças infecciosas que devastam o Terceiro Mundo está hoje em regressão. O paludismo e as doenças venéreas registram um aumento que até nossos dias não se sabe como deter; parasitas e micróbios parecem absolutamente inatacáveis pelas medidas de prevenção ou pelos métodos de tratamento. A alimentação, insuficiente e não racional, ainda é o fator que tem conseqüências mais diretas sobre a maior parte das doenças infecciosas e continua a matar num ritmo espantoso, especialmente as crianças. A expectativa de vida, que é de 70 anos nos países industrializados, é de apenas 45 na África (excluindo a África do Sul) e 56 na Ásia.

A nova 'filosofia' dos responsáveis pela OMS e pela UNICEF reflete algumas realidades evidentes e, sobretudo, procura evitar os erros do passado. Onde faltam os aparelhos mais rudimentares, é inútil criar complexos importantes baseados em concepções e tecnologias de países de alto nível de desenvolvimento, porque a falta de pessoal qualificado torna impossível seu funcionamento e manutenção. Além disso, é necessário eliminar completamente até a noção de serviços de saúde centralizados em um grande hospital da capital ou baseados numa medicina de tipo universitário.

É uma 'filosofia' que não será bem recebida por muitos dos responsáveis de países em vias de desenvolvimento e, geralmente, de independência recente: o grandioso hospital na capital, o aeroporto internacional, a sede faraônica para o governo parecem, para muitos desses novos governantes, elementos indispensáveis para demonstrar aos próprios cidadãos e ao mundo o grau de desenvolvimento atingido por aquele país. Não tem importância se, depois, essas construções estarão em condições de funcionar ou se transformarão em perigosos ninhos de ratos. Mas o diretor da OMS parece decidido a continuar a obra empreendida: "Não é mais admissível que os governos (dos países em vias de desenvolvimento) concentrem seus esforços sanitários nas grandes cidades ou consagrem uma grande parte do seu orçamento para a saúde na construção de hospitais sofisticados ou na implantação de técnicas dispendiosas que, no final das contas, poderão salvar apenas algumas vidas.⁴⁶

É então preferível ter mais enfermarias descentralizadas do que grandes hospitais urbanos, mais aleitamento materno do que leite artificial diluído em água poluída, mais comida do que vitaminas em pílulas, mais vacinação do que rins artificiais, mais integração da cultura autóctone do que imposição de modelos sanitários ocidentais.

Mas o estancamento do progresso sanitário também é um fenómeno do Ocidente. Ao contrário, as margens para que tenhamos melhorias induzidas pelo aperfeiçoamento do conhecimento médico sem que haja transformações sociais, ou ainda induzidas pelos movimentos de emancipação sem que haja transformações da medicina são aqui mais restritos do que em outros lugares. Aqui, a indicação de Marx segundo a qual "a cada acumulação de capital corresponde uma acumulação de miséria, ainda que os salários cresçam", tem sido freqüentemente interpretada como *empobrecimento absoluto* ou como *empobrecimento relativo* dos trabalhadores, avaliável em termos puramente monetários. Ao contrário, a outros aspectos do empobrecimento (saúde, duração e qualidade de vida, segurança social, profissionalidade, poder) tem-se dado menor peso; para a saúde, com certeza, ou, provavelmente, para a profissionalidade e o poder; ocorreu assim uma troca entre coisas de valor desigual ou se teve a esperança de que uma organização externa à relação homem-trabalho-ambiente pudesse reparar aquilo que se vinha desgastando nessa relação. Concretamente: aos perigos para a saúde se fez corresponder o sistema das "indenizações de risco" e a demanda pela ampliação dos tratamentos mutuá-

⁴⁶ G. Rulli, "Strategie sanitarie nel mondo e in Italia", *La civiltà cattolica*. A. 129, vol. IV, Caderno 3081, 4 de novembro de 1978, pp. 293-4.

rios; aos danos à vida humana se contrapôs a exigência de ressarcimento por acidentes e doenças profissionais e de pensões por invalidez.

Portanto, é justo avaliar como uma verdadeira subversão cultural a passagem da consciência dos trabalhadores da tríade indenização-terapia-ressarcimento à política da prevenção, como frisa Montuschi.⁴⁷ Porém, ele se equivoca quanto ao passado, datando o início dessa passagem em 1967, quando já se iniciara alguns anos antes, seja nas experiências de luta pela saúde, seja nas duas fundamentais reuniões que anteciparam, uma no plano político e outra no plano sindical, os movimentos dos anos subseqüentes.⁴⁸ Além disso, ele demonstra um pessimismo total em relação ao futuro. Isso tem algumas raízes nas divisões da luta pela saúde causadas, a partir de 1973-1974, pelo predomínio das preocupações com a manutenção do posto de trabalho. Com efeito, ele afirma que:

a propensão à luta extingue-se, grassa a resignação e o descontentamento; a monetarização, bajuladora ou dissimuladamente, mostra-se de novo entre as dobras do contrato ou na prática aplicativa, e o absentéismo afirma-se como a única arma defensiva válida.⁴⁹

Montuschi não argumenta, de alguma forma, como o absentéismo — típico remédio individual, às vezes justificado pela fadiga residual e em outros casos procurado como fuga aos esforços de luta — possa valer como arma para tutelar a saúde, a qual justamente o amadurecimento cultural dos trabalhadores individuou como um bem coletivo. Enfim, ele atribui a queda da participação operária à “institucionalização dos modos de ser da gestão da saúde”, isto é, ao encaminhamento do problema de reforma sanitária. E conclui que:

⁴⁷ L. Montuschi, *Diritto alla salute e organizzazione del lavoro*, Franco Angeli, Milano, 1976, p. 216. Cf. também, do mesmo autor, o comentário ao art. 32 da Constituição, na coleção dirigida por G. Branca, Zanichelli, Milão, 1976, pp. 146-9.

⁴⁸ Refiro-me ao promovido pelo PCI, de 28 de fevereiro a 2 de março de 1963, cf. *Riforma sanitaria e sicurezza sociale*, Editori Riuniti, Roma, 1963, p. 272 e ao promovido pelo INCA-GGIL, de 17 a 19 de abril de 1964. Cf. *Il Rischio da lavoro*, Patronato Inca, Nápoles, 1964, p. 396. Para o movimento sindical, cf. também a crônica escrita por D. Francisconi, *Lavoratori e organizzazione sanitaria. Il contributo del sindacato alla riforma sanitaria*, De Donato, Bari, 1978.

⁴⁹ L. Montuschi, op. cit., p. 168.

delineia-se um processo de corrosão da linha reivindicatória ou, na melhor das hipóteses, uma situação sem saídas que não deixa entrever a possibilidade de recuperação ou de progressos apreciáveis e substanciais.⁵⁰

Pode-se discutir sobre o grau de corrosão e de falta de saídas que, mesmo compensado por uma retomada da combatividade em muitas instâncias e categorias, de qualquer maneira deve preocupar. Todavia, atribuir sua causa à “institucionalização”, isto é, à tentativa de envolver o Estado — até agora indiferente ou hostil — na tutela sanitária dos trabalhadores, parece-me uma inversão da verdade e da lógica. Se vemos a saúde como colocada numa partida entre dois jogadores, operários e patrões, os primeiros poderiam vencer alguns *rounds*, mas, no fim, seriam seguramente derrotados. Decerto o Estado não pode ser chamado para árbitro, porque nunca é neutro e porque os interesses em jogo (a saúde de um lado e o lucro ou a produtividade de outro) não são equivalentes. Mas mesmo essa não-equivalência sugere que os trabalhadores se proponham, mesmo se for difícil obtê-lo, a colocar na prevenção o eixo da intervenção pública em matéria sanitária; e, para isso, construir os sistemas de aliança necessários entre fábrica e população, que têm como base objetiva, natural e, ao mesmo tempo, tecnológica, a transformação das doenças profissionais em doenças sociais e a comunhão de muitas medidas preventivas; para isso, construir os canais de comunicação necessários para deslocar, por sua parte (que não é uma parte, mas o todo: a saúde), as profissões sanitárias, as ciências biomédicas, os aparelhos públicos.

Nem o sistema de alianças, nem os canais de comunicação estão até agora suficientemente abertos e sólidos: por dificuldades objetivas, por contraposição de interesses nem sempre componíveis, mas também por um fechamento do movimento sindical. Para que nos entendamos, o principal defeito parece-me ter sido exatamente aquele oposto à “institucionalização excessiva”. Há diferença entre as necessidades de se reapropriar da saúde, de participar como primeira pessoa da ação sanitária coletiva, de enfrentar, pela via social ao invés da médica, os modernos flagelos e o apelo à *autogestão da saúde*. Essa fórmula implica, no melhor dos casos, em separação e, no pior, em contraposição frente às profissões, às ciências, à organização sanitária; e receio que leve a um empobrecimento cultural e político e, depois, a desilusões e derrotas.

Em alguns casos, felizmente raros, esse empobrecimento chega a resultados assustadores. Lembro-me de que, em abril de 1978,

⁵⁰ Idem, p. 173.

por iniciativa do grupo estudo-trabalho dos estudantes de medicina de Roma, fui convocado para um seminário de quatro dias sobre a reforma sanitária, no curso de Higiene. Fui convidado como relator, junto a Jarvis, ao assessor regional Ranalli e outros. Em 10 de abril, véspera do seminário, um 'Coletivo de Medicina' divulgou uma cópia mimeografada, em uma de cujas páginas pretendia-se demonstrar que a "real política do PCI com relação à saúde é a de institucionalizar o controle cada vez mais capilar sobre a população"; a outra página é esta, aqui reproduzida:

INVITIAMO TUTTA L'OPPOSIZIONE DI CLASSE A
MOBILITARSI CONTRO QUESTA FARSA _

NO AL LAVORO SALARIATO, VERA CAUSA
DELLA MALATTIA _

SI ALL' AUTO DETERMINAZIONE DELLA
MALATTIA E ALL' AUTOGESTIONE
DEL PROPRIO CORPO _

NON DELEGHIAMO LA NOSTRA SALUTE
A MEDICI, TECNICI, LADRI E
ASSASSINI _

FUORI IL P.C.I. DALLA
UNIVERSITA' _

APPUNTAMENTO ORE 9, MARTEDI 11
AD IGIENE _

Não lamento o apelo para que me retirasse da Universidade onde estudo ou trabalho, com algum intervalo, desde 1944, sobretudo porque isso surtiu um efeito oposto: na aula, uma grande multidão, atenta e crítica, e fora dela, respeitosos porque pouquíssimos, os signatários do documento. Não me indigno vendo médicos e técnicos associados, em bloco, a ladrões e assassinos, porque estou certo de que, quando o escrevinhador tiver dor de barriga (ou de cabeça? quem sabe!) ⁵¹ recorrerá a algum deles, que, espero, não seja vingativo. O que me deixa verdadeiramente perplexo é o slogan “*Sim* à autodeterminação da doença”, cujo tom peremptório contrasta com a sutil ambigüidade do conceito. De fato, ele poderia significar que toda doença (sujeito) tem a faculdade de decidir em que organismo humano abrigar-se ou para onde transferir-se, com base em tropismos e simpatias fisiológicas, raciais e talvez políticas. Poderiam surgir graves perigos. A única esperança é de que os micróbios não sigam, em relação aos comunistas, a linha agressiva sugerida pelo ‘Coletivo de Medicina’. Contudo, ele poderia significar, ao contrário, que todo cidadão (sujeito) escolhe que doença contrair, com sintomas, decurso e desenlace a seu bel prazer. Após consultar longamente um dicionário médico, candidatar-me-ei, nesse caso, à *doença dos três dias*, sinônimo de febre de Pappataci, assim sararei logo; enquanto o redator do panfleto teria poucos concorrentes para a *doença de San Maturino*, sinônimo de idiotismo. ⁵²

Infelidmente, essa raiva atrasada fez-me perder o fio. Partíramos do fato que, nos últimos quinze anos, houve na Itália um amplo movimento pela saúde, o qual, mais do que partir da organização sanitária em sentido estrito, analisou as doenças, o inimigo a combater. Com base nisso, verificou-se se tal organização estava apta ou superada em relação à patologia social emergente. Portanto, focalizou-se a ação lá onde surgem as doenças. As experiências mais positivas, mesmo que precárias e incompletas, foram realizadas nas fábricas. Registrou-se algum progresso com a ampliação dos poderes e da iniciativa das administrações locais e regionais na gestão dos serviços e na tutela do ambiente; com a reforma da assistência psiquiátrica, que tende a desmantelar os velhos manicômios e a vincular a assistência à recuperação do doente; com as leis e as atividades para tutela da infância e da ma-

⁵¹ Segundo os antigos dicionários (cf., por ex., Rigutini e Fanfani, *Vocabolario italiano della lingua parlata*, Barbera, Firenze, 1903), a expressão *ma* é “forma apocopada de *mai*”). Segundo outros autores, é forma dubitativa.

⁵² Cf. o já citado *Dizionario medico*, vol. II, pp. 10 e 18.

ternidade (por exemplo, o desligamento da Obra Nacional Maternidade e Infância, embaraçosa herança do fascismo, e as leis para a mãe trabalhadora); com a lei sobre o aborto, que deveria funcionar essencialmente em sentido preventivo. Embora cada um desses pontos também tenha zonas de sombra, embora a cada progresso correspondam lados obscuros e ciladas retrógradas, é certo que a reforma sanitária não cai do céu, na Itália, e não encontra totalmente despreparados os quadros administrativos e políticos, os sanitaristas, os trabalhadores e a população.

A tarefa, agora, é mais árdua, e nessa fase emergem as lacunas e os limites da maturação atingida até aqui. Desde o início, falei dos obstáculos internos, e mais ainda externos, que poderiam fazer naufragar o Serviço Sanitário Nacional. Gostaria agora de enumerar algumas das condições para a sua decolagem, resumindo-as em cinco pontos:

1. ampliação das lutas pela saúde;
2. estabelecimento democrático dos poderes;
3. prioridade real à prevenção;
4. capacidade de programar os serviços;
5. qualificação técnico-científica.

Os objetivos de saúde

Em relação ao primeiro ponto, os objetivos principais já estão enumerados nos parágrafos de *a* a *h* do artigo 2 da lei. A superação dos desequilíbrios territoriais, a segurança do trabalho, a reprodução responsável, a tutela da maternidade e da infância, a saúde na idade de crescimento, a saúde do esporte, a tutela dos idosos, a saúde mental, a luta contra a poluição não são áridos parágrafos de lei, enumerados casualmente. Por um lado, representam a síntese de múltiplas avaliações epidemiológicas e de análise dos serviços sanitários; por outro, são temas em relação aos quais já foram realizadas lutas, experiências e mudanças parciais. Outros objetivos poderão surgir de avaliações posteriores: por exemplo, a luta contra a patologia psicossocial urbana e a ação contra as reagudizações periódicas das doenças infecciosas, que são endêmicas em várias regiões da Itália (salmoneloses, hepatites virais, doenças bronco-pulmonares).

Na prática, o ponto de partida deveria ser, sempre, a apropriação do conhecimento epidemiológico pelas massas; isto é, o salto de consciência que leva, a partir da doença de um indivíduo à de um outro indivíduo e de outro ainda, a estabelecer que se trata de um mal da coletividade e que como tal é combatido. Uma vez que

na Itália, país de alta tensão política, qualquer exigência de saúde torna-se facilmente motivo de reivindicação e de lutas, esse método epidemiológico-causal é o único que permite selecionar os objetivos e evitar distorções macroscópicas. Darei como exemplo duas *marchas pela saúde*, desenvolvidas nos primeiros meses de 1979, ambas originárias de zonas ricas em indústrias e em atividades artesanais, mas gravemente poluídas e insalubres. A primeira deu-se de Pordenone a Trieste, até a sede da região, para reivindicar que em Pordenone fosse construído um mega-hospital para cancerosos. A outra foi promovida em 21 de abril, pela FGCI toscana, na zona dos curtumes e dos calçados, de Fucecchio a Santa Croce Sull Arno, com a palavra de ordem *produzir sem poluir*. Na prática, é necessário escolher entre fazer as marchas ecológicas ou as marchas oncológicas. Obviamente, isso não significa descuidar os tratamentos e as urgências dos doentes. Mas, também para estes, mais valem terapias precoces e capilares do que longas internações.

Por outro lado, essas são as diretrizes da lei. Mas em relação a ela vale tudo quanto foi dito na Reunião CGIL—CISL—UIL, de 5-7 de fevereiro de 1979, por toda organização ou movimento que lutou pela saúde nesse ano:

Não se deve considerar a aprovação unicamente como ponto de chegada de um processo político-social que as forças sociais procuraram levar a cabo durante muitos anos; ela deve também ser vista como ponto de partida, marco inicial de uma longa estrada que é preciso percorrer inteiramente para que o sistema sanitário italiano seja libertado das incrustações de ineficiência, de parasitismo, de desigualdade que o levaram a um ponto extremamente baixo de funcionalidade e de correspondência às reais exigências da sociedade.

E se a luta e a mobilização dos trabalhadores e dos sindicatos para chegar a essa curva tem sido longa e dura, se-lo-á do mesmo modo, para que os conteúdos e as normas da própria lei sejam levados a termo.⁵³

Em outras intervenções, procurou-se individuar como os sindicatos podem tomar parte na ação reformadora, movendo-se no seu terreno específico e afirmou-se que eles têm três instrumentos que se podem revelar decisivos na aplicação correta da lei:

1. Os contratos nacionais e integradores administrativos, particularmente pela afirmação do pleno direito à informação e ao controle sobre o am-

⁵³ “Gonvegno nazionale sulla legge quadro di attuazione del Servizio sanitario nazionale”, *Ariccia*, 5-7 de fevereiro de 1979, relatório de D. Buttinelli, no *Notiziario AUSI*, A. IX, n.º 49, 25 de fevereiro de 1979, p. 7.

biente de trabalho e da metodologia operária de uma intervenção para a prevenção de acidentes e doenças profissionais.

A ação contratual tem um múltiplo peso de ataque às administrações e instituições. Alguns exemplos: o conveniamento das administrações com as estruturas públicas para os atos de prevenção; a intervenção sobre atos de informação, que as administrações devem executar em relação às estruturas públicas; a função de controles cruzados entre trabalhadores e estruturas públicas; a obrigação de as administrações executarem iniciativas de reabilitação juntamente com as estruturas públicas;

2. A participação dos trabalhadores na atividade e na programação de novos serviços, para que se realize um controle social eficaz;

3. A assunção do papel de protagonista pelos funcionários do Serviço Sanitário Nacional.⁵⁴

Gostaríamos que indicações análogas emanassem também de outras associações: femininas, juvenis, artesãs, esportivas, culturais, ecológicas; que se confiasse a elas — como estímulo e como verificação científica dos objetivos — a atividade de muitos especialistas; que também aqueles que criticaram a lei, como insuficiente ou ambígua, se esforçassem agora na ação sanitária de massa.

O poder e a participação

Não podemos dizer que os críticos extremistas tivessem a mão leve. Pouco antes que a lei fosse aprovada, a revista *Epidemiologia e prevenzione* (Epidemiologia e prevenção) publicou, por exemplo, um artigo de M. Mori⁵⁵ que parte da constatação de que “não é difícil atirar à queima-roupa contra a reforma sanitária, assim como se faz agora nas sessões do Parlamento”. O artigo afirma, depois, que “não se defende o desaparecimento do sistema mutuário, mas apenas o desaparecimento das mútuas” (qual é a diferença?); que “não se desfalca minimamente o poder da indústria farmacêutica” (vejam-se, a propósito, os artigos 29, 30 e 31); que “existe na lei uma veleidade revanchista e uma vontade punitiva em relação às classes e categorias (operários, estudantes, funcionários) que deram contribuições decisivas às lutas e às conquistas pela saúde” e que “se ataca a nova psiquiatria”; que os 18 pontos das novas normas para higiene e segurança do trabalho nos ambientes de trabalho (artigo 24) tendem a expropriar os trabalhadores “daquele poder contratual que, nos últimos dez anos, induziu a fábrica

⁵⁴ Idem, intervenção de M. Spandonaro, p. 9.

⁵⁵ M. Mori, “Della ‘riforma’ e di altro ancora”, *Epidemiologia e prevenzione*, n.º 4, 1978, p. 8-11.

a profundas modificações da organização do trabalho”, porque seria, inevitavelmente, “a ciência do médico e do Estado-patrão a ditar as normas”. Em suma: seria uma “contra-reforma”, porque se submete o resultado à lógica obreirista do *faça você mesmo* e às expectativas de uma regeneração da saúde por lei do Parlamento (conhecida instituição burguesa); e porque se negligencia que uma reforma — como a luterana, que precedeu o Concílio de Trento — no campo sanitário nunca ocorrera na Itália e que, ao contrário, estávamos parados nas instituições do fascismo. De qualquer modo, a conclusão de Mori é que, no fim

dever-se-á tomar a lei da reforma por aquilo que é e caminhar seriamente na gestão dos espaços por ela abertos e na contestação propositiva e alternativa daqueles que gostariam de fechá-los.

Esses espaços não são restritos. Com relação ao sistema mutuário (suprimido como corpo jurídico-administrativo, mas, bem ou mal, herdado, como chefes, pessoal, experiências e tradições), há maior clareza de atribuições e maior permeabilidade das instituições às exigências da população. Quando se afirma, no fim do art. 1, que a “realização do Serviço Sanitário Nacional compete ao Estado, às regiões e às entidades locais territoriais, garantindo a participação dos cidadãos”, e se determina, no art. 13, que as prefeituras deverão assegurar a mais ampla participação dos funcionários da saúde, das formações sociais existentes no território e dos cidadãos “em todas as fases da programação da atividade das Unidades Sanitárias Locais, na gestão social dos serviços sanitários, e também no controle de sua funcionalidade e correspondência às finalidades do Serviço Sanitário Nacional”, não compreendendo como isso possa causar perplexidade pelo “restrito espaço oferecido à participação”.⁵⁶ É difícil que esta possa ser estimulada ou reforçada por lei, se não há uma cultura, um movimento, uma organização que a promova.

Apenas uma dentre as formas de participação sugeridas nos *trâmites* pela lei foi descartada: aquela que, inicialmente proposta pela DC, confiava a gestão das Unidades Sanitárias Locais (USL) a órgãos diretamente eleitos pelo voto popular. A revista *La civiltà catolica*⁵⁷ coloca essa decisão entre as sombras da reforma, uma vez que, no art. 15, que configura e institui as USL, “os órgãos colegiados são constituídos pelas representações e maiorias dos Conselhos Municipais (sujeitos, pois, aos jogos políticos de maiorias e

⁵⁶ A. Seppilli, “Si discute la riforma sanitaria”, *idem*, p. 12.

⁵⁷ Rulli, *Strategie sanitarie nel mondo e in Italia*, cit., p. 300.

minorias aí presentes), e não pela expressão direta da comunidade dos usuários, como acontece com os órgãos colegiados da escola". Podemos observar, pela comparação com a escola, que seus órgãos colegiados têm incumbências bastante reduzidas em relação à administração escolar, que ainda é, com ou sem razão, muito centralizada e ministerial. Além disso, podemos perguntar se mesmo essa "expressão direta da comunidade dos usuários" que, na escola, às vezes, coincidiu com listas de direita ou de esquerda, católicas ou laicas, e, de qualquer forma, com alinhamentos políticos de maioria e minorias, se tal separação dos conselhos escolares dos órgãos do poder local não é, ao contrário, uma das razões da sua atual crise.

É certo que seria difícil administrar um Estado (ou uma comunidade local) na qual há um órgão eleito pela escola, outro pela saúde, um terceiro pelos transportes e outros por cada serviço ou setor da economia, com o acréscimo das complicações devidas à diferenciada delimitação topográfica: o território das USL não coincide com os distritos escolares, com as redes de transporte e assim por diante.⁵⁸ Mas, confiar a gestão da saúde a órgãos descentrados do Estado, mais do que a comissões eletivas *ad hoc*, é mais uma consequência direta da implantação conceitual e científica do Serviço Sanitário Nacional. Combater as doenças não é tarefa exclusiva de especialistas nem de uma organização separada; é um efeito indireto, possivelmente programado, de toda atividade econômica, de todo esforço dos poderes públicos, de toda política cultural.

Em outras palavras: se se queria apenas melhorar os tratamentos, tanto valia operar sobre a mutualidade ou sobre as entidades hospitalares para aprimorá-las. Nesse caso, perduraria a dificuldade de coordenar as intervenções, mas não sobreviriam os inevitáveis inconvenientes da transição de um sistema a outro. Uma vez, que, ao contrário, além de se pretender melhorar e unificar os tratamentos (o que será uma mudança muito lenta e difícil), pretendia-se criar uma circularidade entre terapia, prevenção e reabilitação e, por esse caminho, influir no conhecimento e na redução dos fatores de morbidade, o único instrumento capaz só poderia ser um serviço integrado — como órgãos e como funções — na articulação

⁵⁸ Devemos frisar que a lei da reforma sanitária introduz um pouco de ordem nesse caos, prevendo-se, no artigo 11, que na realização da definição territorial das USL, as regiões "providenciam também a adequação da delimitação dos distritos escolares e outras unidades de serviço, de modo que geralmente coincidam". Esperamos que esse "geralmente" não faça com que se espalhem as exceções.

do Estado e na vida social. Nos primeiros anos do debate sobre a reforma, por volta de 1963, a DC propôs a constituição de uma entidade sanitária nacional e a idéia até foi lançada oficialmente pelo Conselho Nacional da Economia e do Trabalho.⁵⁹ Foram anos de polêmica antes que se fizesse mudar o parecer da DC, e o argumento comprovador (além dos progressos políticos e eleitorais, que convencem os mais relutantes) foi justamente a necessidade de “que o Estado seja diretamente investido, sem delegações a uma ou a várias entidades, da responsabilidade pela saúde dos cidadãos”, como dizíamos há quinze anos.

Podemos também enunciar a seleção nos seguintes termos, que são os mais substanciais: sobre que matéria se deve exercer o poder dos cidadãos? Sobre a organização sanitária? Certo. Mas é suficiente? O poder mais difícil e mais relevante também para os fins da saúde se exerce sobre as condições de existência coletiva que geram os fenômenos mórbidos. A organização sanitária, se vitalizada pela democracia e tornada eficiente pela competência, pode patentear os múltiplos nexos de causalidade de tipo biológico, psicológico e ambiental que estão na origem das doenças e, portanto, consignar à dinâmica das lutas sociais, da produção e reprodução da vida material e da administração pública, os conhecimentos que hoje estão insuficientemente aprofundados ou insuficientemente socializados, porque sepultos na relação individual entre médico e doente. Esse poder sobre a doença, essa capacidade de partir das exigências de saúde para mudar tudo que se lhe opõe é o verdadeiro jogo da reforma sanitária e é a verdadeira razão que aconselhou a fazer coincidirem os poderes organizadores do novo Serviço com as articulações do Estado constitucional.

A implantação e a divisão de tais poderes nem sempre é linear, dentro da lei. Esta, seja como for, reserva alguma competência ao aparelho central do Estado (artigo 6), em muitos casos delegando suas funções administrativas às regiões (artigo 7), às quais são, pois, atribuídas as tarefas de legislar e programar, com as seguintes finalidades e modalidades:

a) coordenar a intervenção sanitária com as intervenções nos outros setores econômicos, sociais e de organização do território de competência das regiões;

⁵⁹ Cf. CNEL, *Osservazioni e proposte sulla riforma della previdenza sociale*, Assembléia de 3 de outubro de 1963, Roma, Instituto Poligráfico do Estado, e as minhas polêmicas anotações no capítulo “Autonomie locali e tutela della salute”, no vol. *Sicurezza e insicurezza sociale*, Leonardo edizioni scientifiche, Roma, 1968, p. 75-8.

b) unificar a organização sanitária na base territorial e funcional, adequando as normas às exigências de cada situação regional;

c) assegurar a correspondência entre custos dos serviços e benefícios relativos.

As regiões desenvolvem suas atividades segundo o método da programação plurianual e da mais ampla participação democrática, em harmonia com as respectivas normas estatutárias. Para tal fim, no âmbito dos programas regionais de desenvolvimento, preparam planos sanitários regionais, consultas prévias às entidades locais, às universidades presentes no território regional, às organizações mais representativas das forças sociais e dos trabalhadores da saúde, e também aos órgãos da saúde militar territorialmente competentes.

As prefeituras (art. 13) exercem todas as funções de assistência sanitária e hospitalar que não estejam reservadas ao Estado e às regiões e, sobretudo, agem através das Unidades Sanitárias Locais (USL), zonas sanitárias entre 50 mil e 200 mil habitantes, às quais a lei (art. 14) atribui a mais ampla competência em matéria de higiene, educação sanitária, assistência e reabilitação. Tanto a assembléia geral como a comissão de gestão das USL são expressão direta do Conselho Municipal ou dos conselhos dos pequenos municípios associados.

Os riscos dessa estrutura são numerosos. Não têm sido muitas as regiões e as prefeituras a darem prova, no âmbito das competências sanitárias que já lhes foram atribuídas antes da nova lei, de querer e saber exercê-las com espírito reformador. Frequentemente, têm prevalecido a passividade ou a rotina. Só porque os poderes eram limitados e agora estão subdivididos entre múltiplas entidades? É de se esperar que sua reunificação impulsione ou obrigue a agir de maneira diferente. Um outro risco é que a relação entre política e técnica, a nível administrativo, acabe na junção entre clientelas e corporações. Lembro, como exemplo, uma luta pela chefia cirúrgica do hospital de Cosenza, que acabou com a nomeação de três chefes, e que, em Nuoro, mais modestamente, uma luta semelhante fez surgir duas chefias. A descentralização do poder e as formas de participação democrática também apresentam riscos de ineficiência operacional, de acentuação das disparidades entre as zonas, de naufrágio em um mar de palavrório inconclusivo. Comentando as múltiplas mudanças advindas com a ruptura da centralização estatal, G. Galasso escreveu:

Na Itália, na primeira metade dos anos setenta, o valor da participação ampla e direta dos cidadãos no governo da coisa pública foi uma reivindicação que se cultivou difusamente um pouco em todos os estratos da socie-

dade. O emparelhamento da modernização com a democratização que aí parecia conseguir-se estava no sentido mais acorde com uma sociedade que alimentava a participação, que reivindicava direitos civis (episódio máximo: o divórcio) com decisão cada vez maior, que na obtenção de comodidades e bem-estar sempre mais amplos via também o caminho para a realização de um grau mais alto de liberdade individual.

Esse impulso era mal concebido e mal dirigido? Apenas timidez e demagogia levaram a classe política a favorecê-lo? Por mais que sejamos pessimistas em relação à Itália de hoje, é preciso responder não a esse estado de coisas. Tanto a descentralização como a participação representam valores altamente positivos, não apenas no geral, mas no particular, para um país como a Itália, cuja tendência pendular a passar continuamente do pólo do autoritarismo e do paternalismo ao pólo do particularismo mais frenético e do individualismo mais atomizante é um movimento secular. Decerto a realização não foi aquela que se poderia desejar. Basta pensar no tratamento selvagem que uma irresponsável demagogia e um revolucionarismo arrebatado deram aos órgãos de autogoverno escolar. As pessoas rapidamente se tornaram indiferentes e cansadas frente a organismos que eram tagarelices intermináveis, pretensões absurdas e comícios retumbantes, que não desenvolviam o serviço real e possível para o qual tinham sido instituídos.⁶⁰

A análise é válida em muitos aspectos, mas descuida de dois pontos essenciais. Primeiro, os órgãos do autogoverno tinham sido instituídos para servir a uma escola reformada e que, ao invés disso, tiveram que se mover na prisão dos velhos regulamentos. Segundo, a democracia funciona na base se existe uma cúpula que a orienta; de outra maneira, prevalece a desconfiança ou a confusão.

Os riscos, portanto, são reais. De qualquer modo, no confronto entre exercício de poder e desenvolvimento da democracia, a reforma sanitária introduz uma novidade processual e uma substancial, ambas suscetíveis de amplos desdobramentos. No plano processual, a passagem de uma organização por feudos (mútuas, hospitais, outras entidades) a um serviço unificado e administrado por órgãos eletivos pode contribuir para a correção da anomalia fundamental da política italiana. O jurista F. Bassanini coloca-a nos seguintes termos: por que nos outros países do Ocidente o poder enfraquece os partidos que o exercem, e na Itália não? E propõe a seguinte explicação:

A meu ver, a resposta não é difícil. As regras democráticas (o poder enfraquece) não valem na Itália porque o poder não é exercido de modo

⁶⁰ G. Galasso, "Scuola, sanità, quartieri. La partecipazione sì, ma senza chiacchiere", *La Stampa*, 1.º de maio de 1979.

democrático. Porque, a partir de 1948, a DC o geriu, hábil e prejudicialmente, para construir um mecanismo eficiente de organização do consenso. Distribuindo prebendas e privilégios, arrendando funções e recursos públicos a centros de poder clientelar e a organizações de categoria, dividindo incentivos e financiamentos públicos fora de qualquer lógica de programação, defendendo e potencializando os corpos separados herdados do fascismo, a classe dirigente democrata-cristã procurou formidáveis instrumentos para incidir sobre a livre escolha do eleitorado e impedir qualquer alternância efetiva de poder. É a ocupação do Estado por parte da DC, como escreveu um respeitável juiz constitucional democrata-cristão, Leopoldo Elia. Aqui está, bastante visível, uma das causas fundamentais da crise da administração pública, do esfacelamento das instituições e da desagregação corporativa da nossa República.⁶¹

A resposta é insuficiente porque negligencia as relações políticas: o fato de a DC conseguir encontrar amparo internacional e apoio interno para declarar 'fora do jogo' o seu maior antagonista, o PCI, tem dificultado a substituição, até agora, e tem agravado a crise do Estado. Mas no plano institucional, Bassanini acerta em cheio. No campo sanitário, a reforma pode multiplicar tais distorções, mas também oferece os canais para remediá-las. É um terreno, finalmente claro e explícito, para colocar à prova a criatividade, os vínculos de massa e a capacidade realizadora dos partidos. Também nesse sentido é um desafio para todos.

A novidade substancial é que a saúde e a doença irrompem na política. Até então permaneceram na esfera privada ou na zona das atividades sociais delegadas a entidades separadas. Neste momento, o Estado, os partidos, as administrações locais, mas também os movimentos sindicais, as organizações profissionais e as associações de massa devem responder em primeira pessoa pelo estado de saúde da população. Dificilmente poderão entrincheirar-se atrás da responsabilidade alheia. Abre-se um novo canal para vincular o sofrimento ou o bem-estar individual à gestão dos negócios públicos. A palavra latina *salus* tinha, ao mesmo tempo, o significado de "saúde, bem, salvamento, felicidade, manutenção da existência de cada pessoa, assim com de todo o Estado".⁶² Essa diretriz já estava especificada no art. 32 da Constituição: "A República tutela a saúde como fundamental *direito do indivíduo e interesse da coletividade*"; mas, agora, o artigo 1 da reforma sanitária acres-

⁶¹ F. Bassanini, "Il potere logora (ma non in Italia)", *Il Messaggero*, 30 de maio de 1979.

⁶² Georges Calonghi, *Dizionario della lingua latina*, Torino, Rosenberg e Sellier, 1939, p. 2407. O leitor me perdoará por essa inofensiva mania de citar velhos dicionários?

centa “mediante o Serviço Sanitário Nacional”. Estabelece o instrumento para atingir seu objetivo. Torna possível intervir com medidas específicas e verificar melhor, preliminar ou consecutivamente, quaisquer efeitos que a atividade industrial ou agrícola, o estado dos serviços públicos e o nível de cultura exerçam sobre a *salus populi*. Por isso pode corrigir o grau de indeterminação das opções sócio-econômicas, introduzindo um critério de verificação que tem, em relação aos outros, a vantagem de ser mais objetivável e mais acessível à experiência individual. A curto prazo, pode evidenciar a necessidade de modificações produtivas, sociais e culturais que, por outras vias, demoram a aparecer porque os danos dos velhos sistemas permanecem latentes por longo tempo.

Essa possibilidade de avaliar o impacto da base estrutural da sociedade sobre a saúde coletiva era mais árdua no passado. Por uma razão fundamental: “cada capitalista que domina a produção e a troca pode se preocupar apenas com os efeitos práticos imediatos de sua atividade”.⁶³ Mas também porque os conhecimentos científicos eram insuficientes ou distorcidos: quando, no Val Padana, a penetração do capitalismo alastrou a pelagra (para dar um único exemplo), rapidamente se afirmou que ela “desgraçadamente, é hereditária, sendo transmitida tanto pelo pai quanto pela mãe, por geração alternada e atavismo”; e foram necessárias décadas de lutas sociais e de pesquisas científicas antes de se verificar que, ao invés disso, ela era derivada da monofagia de milho (alimentação exclusiva com milho).⁶⁴ E, enfim, por uma razão institucional: o sistema sanitário, baseado em relações privadas ou em delegação a entidades semipúblicas, impedia a socialização do conhecimento e a circulação dos sintomas da doença, que teriam podido ser transmitidos do indivíduo para a coletividade, orientando suas decisões políticas. Hoje esse circuito pode ser restabelecido. Pode, mas decerto não será um caminho fácil.

Prioridade da prevenção

Até agora argumentei a respeito de duas dentre as cinco condições enunciadas anteriormente como necessárias para a decolagem do Serviço Sanitário Nacional: a ampliação das lutas pela saúde e a implantação democrática dos poderes. A terceira é a prioridade da atividade de prevenção. No art. 20, a lei prevê metodologias substancialmente inovadoras:

⁶³ F. Engels, *Dialettica della natura*, Ed. Rinascita, Roma, 1950, p. 218.

⁶⁴ R. Finzi, “La pellagra, una gloria capitalistica”, *Classe*, cit., p. 137-64.

a) a individuação, a verificação e o controle dos fatores de nocividade, de periculosidade e de deterioração nos ambientes de vida e de trabalho, com a aplicação das normas da lei vigentes na matéria, para garantir o respeito aos limites máximos obrigatórios, conforme o último inciso do artigo 4 (...);

b) a comunicação dos dados verificados e a difusão do seu conhecimento, também a nível de local de trabalho e de ambiente de residência, seja diretamente ou através dos órgãos de descentralização municipal (...);

c) a indicação das medidas aptas à eliminação dos fatores de risco e ao saneamento dos ambientes de vida e de trabalho, com a aplicação das normas da lei vigentes na matéria e o exercício das atividades delegadas no sentido do primeiro inciso, letras a), b), c), d) e e) do artigo 7;

d) a formulação de mapas de risco, com a obrigação, por parte das administrações, de comunicarem as substâncias presentes no ciclo produtivo e suas características toxicológicas, além dos possíveis efeitos sobre o homem e sobre o ambiente;

e) a profilaxia das ocorrências mórbidas, mediante a adoção das medidas capazes de prevenir seu aparecimento;

f) a verificação, segundo as modalidades previstas pela lei e pelos regulamentos, da compatibilidade entre os planos urbanísticos e os projetos de estabelecimentos industriais e atividades produtivas em geral e as exigências de tutela do ambiente sob o perfil higiênico-sanitário e de defesa da saúde da população e dos trabalhadores interessados.

Ou seja, prevê *finalidade, controle e sistemas informativos* (art. 27) que coloquem os cidadãos, os trabalhadores de modo específico e a administração pública, em condições de trabalhar para a adequação do ambiente à saúde. A polêmica, no período mais agudo dos *trâmites* legislativos deslocou-se, porém, para algumas incongruências da lei, reais e contudo marginais, a respeito de:

1. a encarniçada resistência e inércia que será preciso superar para aplicar as normas aprovadas, mesmo gradualmente;

2. o risco de que as restrições do orçamento, sugeridas pelo Programa Trienal 1979-1981,⁶⁵ conhecido como Plano Pandolfi, recaiam mais sobre as despesas preventivas do que sobre as despesas com tratamento, desde que as primeiras são programadas e as segundas crescem com base nos mecanismos de mercado;

3. as reais dificuldades, derivadas da viscosidade do sistema produtivo e da atual fase do ciclo econômico, para introduzir medidas preventivas eficazes.

⁶⁵ Câmara dos deputados, Programa trienal 1979-1981, apresentado pela presidência do Conselho dos Ministros, em 15 de janeiro de 1979, Doc. XXVI, n.º 1. Tal plano (e o governo que o apresentou) não teve o voto favorável do Parlamento.

Menciono, entretanto, algumas das controvérsias sobre essas partes da lei. Uma delas eclodiu a propósito do *inciso k*. Este, colocado no artigo 6, reserva ao Estado toda competência para “os controles sanitários sobre a produção de energia termoelétrica e nuclear e sobre produção, comércio e utilização de substâncias radioativas”. Até aqui, tudo lógico. Não se pode pensar que esse controle seja exercido com métodos diferentes e com permissividade variável em cada região do país. Mas que órgão do Estado deve providenciar isso? Até agora, o Instituto Superior de Saúde tivera um papel essencial com um bem aparelhado e qualificado laboratório de Física Sanitária. Quando, porém, foram fixadas as novas tarefas do Instituto (art. 9), as competências do *inciso k* foram-lhe subtraídas, nos últimos dias do acalorado debate no Senado, devido à pressão do governo e à culpada desatenção da esquerda. Portanto, o controle sobre a segurança das centrais nucleares, o maior dos cargos em jogo, corre o risco de ser atribuído unicamente à Comissão Nacional para a Energia Nuclear (CNEN), que é, justamente, a entidade promotora desse setor energético. Essa identificação entre desenvolvimento e controle, que também existia em outros países, foi corrigida em alguns lugares: nos EUA existem agora o Department of Energy e a Nuclear Regulatory Commission, na Inglaterra o Atomic Energy Authority e a Nuclear Installation Inspectorate. Na Itália, será necessário separar as funções de quem desenvolve pesquisa e promoções com fins produtivos e de quem efetua pesquisas e controles para fins sanitários e ambientais: de outra forma, será mais uma razão para desconfiar das centrais nucleares. Ainda uma vez, as pressões governamentais para impulsionar o ‘todo nuclear’, do qual foi protagonista o inglório ministro da Indústria, Donat Cattin, e para depreciar as exigências de segurança dos cidadãos debatem-se contra um obstáculo que pode se tornar insuperável.

Um outro tema controvertido tem sido o segredo industrial. Em uma sociedade baseada na concorrência, este deveria servir para garantir a administração que inova um produto ou um método da ‘cópia’ desleal por outra empresa, que não teve verbas para a pesquisa. Na prática, como escreveu Laura Conti, na maioria das vezes “significa esconder de quem trabalha que nos fustes do solvente há benzeno, venenoso, e não a solventina ou outra substância inventada”.

A lei sanitária, que no artigo 20 *d*) estabelece “a obrigação da administração de comunicar as substâncias presentes no ciclo produtivo, suas características toxicológicas e seus possíveis efeitos sobre o homem e sobre o ambiente”, acrescenta que as Unidades

Sanitárias Locais devem garantir atualmente a “tutela do segredo industrial”. A formulação, acrescida sob pressão das indústrias, através da DC, é seguramente ambígua. Entretanto, é tendencioso afirmar que “*agora há segredo administrativo*”: ⁶⁶ este existe há tempos em todos os países capitalistas, em todo o mundo, e existirá enquanto a economia for baseada na concorrência, ao invés de na socialização dos conhecimentos e da produção. Um país que o suprimisse sozinho, hoje, estaria condenado a um papel subalterno. Ao contrário, na Itália, primeiro o estatuto dos trabalhadores, depois os contratos de trabalho e, enfim, também o *inciso d* do artigo 20 introduziram um princípio desconhecido na legislação de outros países: o direito de conhecer procedimentos, substâncias e riscos que podem incidir sobre a saúde e sobre o ambiente. Teria sido melhor não colocar nenhum limite. Mas é claro que as administrações devem comunicar às Unidades Sanitárias Locais a composição e os possíveis efeitos de *todas* as substâncias utilizadas e as USL manterão segredo apenas quando não existirem riscos para a saúde e para o ambiente, isto é, em casos raríssimos. De qualquer forma, instauraram-se numerosas polêmicas, cujo êxito dependerá da capacidade cultural e sindical dos trabalhadores, do posicionamento dos pesquisadores e dos técnicos e das diretrizes dos órgãos de gestão do Serviço Sanitário.

A terceira controvérsia diz respeito aos institutos centrais, que devem auxiliar o Serviço com atividades de pesquisa, de controle, de padronização. A lei prevê dois deles: um já existentes, o Instituto Superior de Saúde, no qual o artigo 9 introduz ligeiras modificações, estando já em reforma mediante uma lei particular, em 1973; o outro é o Instituto Superior para a Prevenção e a Segurança do Trabalho (art. 23). Estão confiados a eles

tarefas de pesquisa, estudo, experimentação e elaboração de técnicas para a prevenção e segurança do trabalho em estreita conexão com a evolução tecnológica das instalações, dos materiais, do aparelhamento e dos processos produtivos e também da determinação dos critérios de segurança e dos métodos relativos de levantamento, com fins à homologação de máquinas, instalações, aparelhos, instrumentos, meios pessoais de proteção e modelos.

O Instituto, subordinado ao Ministério da Saúde, colabora com as USL e com as regiões nas suas reivindicações; além disso

também visando os programas de pesquisa e de experimentação, funciona em estreita ligação com o Instituto Superior de Saúde e coordena suas ati-

⁶⁶ B. Bocca, “Ora c’è anche il segreto industriale”, in *La Repubblica*, 10 de outubro de 1978.

vidades com o Conselho Nacional de Pesquisas e com a Comissão Nacional para a Energia Nuclear.

Teria sido preferível, para não separar a prevenção sanitária da prevenção tecnológica e para melhor integrar a ação nas fábricas com a ação no ambiente externo, concentrar as tarefas em um único instituto e criar uma seção, no Instituto Superior de Saúde, dirigida à segurança do trabalho. A DC não só se opôs como tentou aprofundar a separação entre as incumbências do Ministério do Trabalho (prevenção técnica e inspeção) e as da Saúde. Apenas depois de longas tensões e ajustes foi possível evitar que os dois institutos dependessem de vários ministérios e chegar à atual solução. O essencial, agora, é que eles estão em posição de desenvolver pesquisas e controles qualificados que efetivamente estimulem a atividade preventiva, que colaborem com uma clara subdivisão e integração das tarefas, como prescreve a lei. No artigo 21, fica claro que existe uma atribuição unitária: desde 1.º de janeiro de 1980 estão atribuídas às USL “as tarefas atualmente desenvolvidas pela Inspetoria do Trabalho em matéria de prevenção, de higiene e de controle sobre o estado de saúde dos trabalhadores”; e os seus adidos assumem a “qualificação de oficiais de polícia judiciária, em relação às funções de inspeção e controle exercidas relativamente à aplicação da legislação sobre a segurança do trabalho”.

Mas além dessa controvérsia sobre a ambigüidade da lei, é preciso constatar que as dificuldades da prevenção nascem de motivos bem mais profundos. Um deles é que não é fácil juntar, tornar imediatamente compatíveis a tutela da saúde e a manutenção e o desenvolvimento da ocupação. Em perspectiva, não existe conflito entre esses dois objetivos: pelo contrário, entre as próprias razões das dificuldades da economia está ter negligenciado a prioridade da tutela sanitária e ambiental. Mas, hoje, a discussão existe: nas políticas administrativas, na alocação dos recursos e no próprio ânimo dos trabalhadores. O outro motivo é que raramente estamos em condições de propor tecnologias alternativas frente àquelas que têm um alto grau de nocividade. Amíúde são paralisadas averiguações de danos, uma luta pelo ambiente, um movimento sindical ou científico, porque ainda não se está em condições de sugerir ou de impor modificações nas instalações, nas substâncias usadas, nos procedimentos. Então as esperanças se arrastam, a consciência e as lutas enfraquecem ou se estabelece uma rigidez nas relações de trabalho nas administrações onde é maior a vigilância pública e a força sindical, e a atividade produtiva se desloca para o trabalho negro ou cinza, para a clandestinidade e a fragmentação (de produção, mas também das consciências). E então

suportam-se condições de nocividade bem mais graves e difundidas, até nos núcleos familiares. Por isso surge o tema das *tecnologias saudáveis*, até agora negligenciado; e parece evidente que a saúde dos trabalhadores e a tutela do ambiente requerem *movimentos de massa com objetivos projetivos*, com a contribuição não apenas dos médicos, mas dos técnicos, químicos, biólogos, engenheiros e com o esforço de todas as instituições científicas.

Me detive mais aqui porque sobre isto há uma polêmica maior, como é natural, sobre dois pontos da prevenção: a energia nuclear e o trabalho. Assumem a mesma relevância as questões sanitárias suscitadas pela presença descontrolada da indústria química e petroquímica, que espalha substâncias xenobióticas (estranhas à troca orgânica normal, por natureza ou por dose) e pela ruptura operada entre agricultura e zootecnia que, ao invés de se integrarem, dependem agora da indústria: a agricultura da química e a criação de pastos sofisticados e tratados.

Atualmente, a lei confia ao Instituto Superior de Saúde (art. 9) a tarefa de preparar e atualizar “o inventário nacional das substâncias químicas, provido das características químico-físicas e toxicológicas necessárias para a avaliação do risco sanitário ligado à sua presença no ambiente” e afirma o princípio inovador da comunicação (art. 20), ou seja, da transmissão aos trabalhadores e aos cidadãos das informações sobre fatores de periculosidade, de nocividade e de deterioração presentes nos locais de trabalho e de residência. Para que essas diretrizes sejam aplicadas é necessário, entretanto, fortalecer e difundir os serviços de higiene pública, compreender as novas relações entre higiene e ecologia e programar a organização sanitária em função da prevenção.

Programar os serviços

O primeiro esforço político para a realização da reforma será a aprovação do Plano Sanitário Trienal, que deve ser proposto pelo governo e votado pelo Parlamento, com base no artigo 53.

Ele está sendo elaborado em conformidade com os objetivos do planejamento sócio-econômico nacional e tendo presente a exigência de superar as condições de atraso sócio-sanitário existentes no país, particularmente nas regiões meridionais.

Era difícil escrever de outra maneira, mas nessa formulação logo se nota alguma incongruência. Como fazer para planejar a saúde “em conformidade” com um planejamento sócio-econômico nacional inexistente? Seria como ancorar um navio numa boa onda no

mar. E os problemas sanitários, existem apenas no sul? E consistem apenas no atraso? Se a medida da saúde é o número de hospitais, essa avaliação seria exata; mas no rigor da lógica, deveria ser o oposto.

Uma população é mais sadia quando há menor necessidade de tratamentos e internações. Se desejamos avaliar comparativamente o estado de saúde entre o norte e o sul, é preciso escolher a medida adequada: escolhendo o índice de mortalidade infantil, o norte está melhor (não em toda parte!); tomando, ao invés disso, a cirrose hepática, o infarto do miocárdio e os tumores do aparelho respiratório, a classificação compilada por um semanário após uma pesquisa sobre onde se vive melhor, *Dove si vive meglio*,⁶⁷ aponta para uma situação mais favorável nas regiões meridionais. Com uma média de saúde nacional = 100, as regiões estão assim colocadas:

1. Sicília	122;	11. Toscana	97;
2. Campania	121;	12. Umbria	97;
3. Calábria	121;	13. Valle d'Aosta	97;
4. Basilicata	116;	14. Piemonte	95;
5. Sardegna	116;	15. Emília Romagna	94;
6. Puglia	115;	16. Liguria	92;
7. Molise	113;	17. Trentino-Alto Adige	89;
8. Abruzzo	105;	18. Lombardia	87;
9. Lázio	102;	19. Vêneto	87;
10. Marcas	100;	20. Friuli-Venezia-Giulia	80;

Pode haver maior ou menor arbitrariedade nessas gradações. Entretanto, afirmar que elas assinalam um “paradoxo: onde há bem-estar as doenças graves são mais freqüentes”, significa apenas admitir que a palavra *bem-estar* foi distorcida e mal-entendida. Se refere mais ao *ter* do que ao *ser*, mais ao possuir bens do que ao gozar a vida. Seja como for, resulta desses exemplos o quanto é difícil, antes de mais nada conhecer o nível sanitário das várias regiões do país e, depois, planejar para torná-lo melhor. Esse deveria ser o principal objetivo. Se esse critério fosse adotado, seria preciso estabelecer que, ao invés de se formular o plano sanitário em conformidade com os programas econômicos, estes fossem decididos com base nas exigências da saúde: mas, talvez, minha paixão profissional ou minha utopia do bem-estar real me arrastem, com freqüência, para além da medida justa . . .

⁶⁷ “Atlante sociale d'Italia. Dove si vive meglio”, *L'Europeo*, 1 de fevereiro de 1979, p. 21-52.

Limitemo-nos, por isso, aos serviços sanitários. Pelo menos nesse campo a lei tenta superar os desequilíbrios territoriais. O artigo 53 prevê que o plano estabeleça

os índices e os padrões nacionais a assumir para a distribuição do Fundo Sanitário Nacional entre as regiões, a fim de realizar, em todo território nacional, uma organização equilibrada dos serviços, também através de uma destinação dos recursos a setores fundamentais de assistência, com limites diferenciados para grupos de despesas correntes e para os investimentos, prevendo, particularmente, os índices nacionais e regionais relativos aos leitos e à divisão quantitativa dos mesmos. Quanto aos investimentos, o plano prevê que eles sejam destinados às regiões nas quais a dotação de leitos e outros auxílios e estruturas sanitárias seja inferior aos índices normais indicados pelo próprio plano. Com fins de avaliação da prioridade de investimentos, o plano também dá conta das disponibilidades de leitos, auxílios e estruturas sanitárias das instituições conveniadas, nas várias regiões. Além disso, o plano prevê a suspensão de todo investimento (a não ser para a complementação e reestruturação demonstradas absolutamente urgentes e indispensáveis) nas regiões em que a dotação de leitos e outros auxílios e estruturas sanitárias atinja ou supere os supracitados índices.

O artigo 55 prevê que os planos sanitários regionais também devem ter como objetivo “a eliminação dos desequilíbrios existentes nos serviços e na assistência no território regional”; e o artigo 57 estimula a unificação gradual das várias formas assistenciais “já distribuídas pelas entidades mutuárias, dissolvidas pelas mútuas administrativas e pelas entidades, caixa, serviços e gestões autônomas das entidades previdenciárias”.

Não será fácil reequilibrar os serviços, nem no território e nem entre as categorias. Será ainda mais árduo enfrentar a necessária conversão da organização sanitária visando reequilibrar a relação entre custos e benefícios. Nesse ponto, antes de qualquer outra coisa, pode ser útil o desenvolvimento da assistência de base.

De resto, vão se orientando nesse sentido os organismos internacionais prepostos à saúde. É expressão disso a “Dichiarazione di Alma Ata”, que concluiu a Conferência Internacional promovida de 6 a 12 de setembro de 1978, pela Organização Mundial de Saúde e pela UNICEF (Fundo da ONU para a Infância), na qual se afirma:

A assistência sanitária de base consiste naqueles serviços essenciais fundados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente válidas e aceitáveis no plano social; naqueles serviços que devem se tornar acessíveis, a todas as pessoas e famílias de uma comunidade, antes da sua plena participação e a custos que a coletividade e o país possam sustentar em qualquer fase do

desenvolvimento, num espírito de auto-responsabilização e autodeterminação. Ela faz parte integrante do Sistema Sanitário Nacional, do qual é o eixo e o ponto central, ou do conjunto do desenvolvimento econômico e social da comunidade; constitui, além disso, o primeiro nível em correspondência do qual os indivíduos, as famílias e a comunidade entram em contato com o Sistema Sanitário Nacional, aproximando o máximo possível os tratamentos sanitários dos locais em que as pessoas vivem e trabalham; é, enfim, o primeiro elemento de um processo contínuo de tutela sanitária.

A declaração continua indicando as atividades sanitárias mínimas a promover em toda parte: educação sanitária, alimentação, fornecimento de água, saneamento ambiental, tutela maternal e infantil e planejamento familiar, vacinações, luta contra endemias locais, tratamento de doenças correntes, distribuição de remédios. Enfim, indica a metodologia de assistência que, em grande parte, corresponde às elaborações anunciadas há tempos e, em alguma medida, aplicadas pelos movimentos que promoveram a reforma sanitária na Itália. Segundo a Dichiarazione, a assistência de base:

envolve, além do departamento sanitário, todos os departamentos ligados ao desenvolvimento nacional e da comunidade, particularmente a agricultura, a zootecnia, a produção alimentar e industrial, a educação, a urbanização e a moradia, os trabalhos públicos e as comunicações, requerendo uma ação coordenada em todos esse setores;

exige e favorece, no mais alto grau, a auto-responsabilização da coletividade e dos indivíduos e sua participação no planejamento, organização, funcionamento e controle da assistência de base, utilizando, na maior medida possível, os recursos locais, nacionais e aqueles de qualquer forma disponíveis; mobilizando, para esses objetivos, mediante uma iniciativa educacional apropriada, o posicionamento da coletividade;

deve ser sustentada por sistemas integrados de verificação e controle, funcionais e integrados, de modo a se atingir um aprimoramento progressivo dos serviços sanitários, a torná-los acessíveis a todos e a estabelecer as prioridades das intervenções em favor dos setores menos dotados;

deve envolver os funcionários sanitários (médicos, enfermeiros, obstetizes, auxiliares e funcionários da comunidade e, também — se necessário —, funcionários não-profissionais), assegurando-se de que todos tenham uma formação social e técnica apta para trabalharem em equipe e corresponderem às necessidades de saúde expressas pela coletividade.

Trabalhar em grupo, corresponder às necessidades de saúde da coletividade, concentrar as energias onde vivem as pessoas, envolver a população, verificar o rendimento sanitário dos serviços. Tais medidas tendem a reduzir os custos e a aumentar os benefícios, mas implicam numa profunda transformação do objeto, dos obje-

tivos e dos métodos de assistência sanitária. Houve, em anos recentes, muitas tentativas para enunciar, com alternativas claras, essa necessidade de mudança. De forma esquemática,⁶⁸ podemos enumerar, pelo menos, dez pontos nos quais se manifesta ou deveria manifestar-se essa transformação dos serviços sanitários e da atividade médica:

1. *O objetivo da tutela*: antes era o doente, isolado dos outros ou fechado no núcleo familiar; agora deverá ser o cidadão, integrado na coletividade.

2. *A promoção da intervenção sanitária*: antes, a iniciativa era do doente, com sintomatologia já percebida; agora, é do cidadão que demanda saúde ou do sanitarista que se volta para a população.

3. *O objetivo*: antes eram o diagnóstico e o tratamento; agora é o bem-estar, que compreende a prevenção primária (ação sobre as causas das doenças), o diagnóstico precoce, o tratamento, a reabilitação.

4. *A duração da intervenção*: antes era limitada ao episódio da doença; agora deve ser uma relação contínua.

5. *Escolha dos serviços*: antes era baseada em técnicas dispendiosas e em mercadorias (fármacos, alimentos artificiais etc.); agora, em tudo que serve estritamente para tratar e, sobretudo, num regime de vida mais saudável.

6. *Localização dos serviços*: antes, essencialmente nos hospitais; agora, em locais de trabalho e de residência.

7. *Quem é envolvido na ação*: antes, o médico e o doente; agora, grupos de pessoas sadias e funcionários sanitários trabalhando em grupo e individualmente.

8. *A gestão dos serviços*: antes, confiada a sanitaristas e funcionários administrativos; agora, à população, valorizando a competência dos técnicos.

9. *Como se avalia o serviço*: antes, com base no número de pessoas tratadas (raramente nos curados); agora, conforme as pessoas que não adoecem ou adquirem uma saúde melhor.

10. *Como a pesquisa científica é orientada*: antes, para os processos biológicos de cada organismo humano; agora, para a relação entre fatores biológicos e fatores sociais, entre homem e homem, entre homem e ambiente.

Essa lista contém esquematismos, imprecisões e lacunas, poderia ser ampliada e corrigida. Entretanto, muitos estão certos de que, nos próximos anos, a política sanitária mover-se-á mais ou menos

⁶⁸ Agradeço a colega Irene Figà Talamanca pelas sugestões que permitiram a formulação desses pontos.

nessa direção. De outra forma, a relação custos/benefícios será cada vez mais desequilibrada e resultados sanitários cada vez mais insatisfatórios corresponderão sempre a despesas maiores.

A qualificação técnico-científica

Quando se diz que “a reforma sanitária corre o risco de falir porque a medicina italiana é de má qualidade”, constata-se um fato, percebe-se um perigo, mas se faz uma inversão lógica. De fato, o ponto de partida deveria ser: “a medicina é de má qualidade porque a reforma sanitária foi até agora impedida”. A mutualidade, mantida viva pelo menos durante duas décadas além de seu ciclo fisiológico, incentivou os aspectos deteriorados da atividade médica, enfraquecendo a ética profissional, baixando o nível científico dos sanitaristas, mas também corrompendo a atitude da população em relação à saúde e aos serviços sanitários. Foi preciso vencer (mais do que com espontaneidade!) os condicionamentos histórico-psicológicos, que levam ao medo das doenças, e os condicionamentos publicitários da indústria sanitária, que levam ao sobreconsumo de remédios, tecnologias, consultas médicas. Só com muito cansaço e duras lutas nasceram movimentos pela saúde que tentavam afirmar, na prática, os pontos que apenas enumerei (de 1 a 10). Eles podem constituir a base para qualificar o pessoal e as realizações dos novos serviços, o que significa ter conhecimentos maiores, mas também melhores.

Qual tem sido, até agora, a atitude das profissões sanitárias e das instituições científicas em relação à reforma? Antes de mais nada, podem ser feitas duas constatações positivas. A primeira é a de que sem a contribuição dos especialistas, mesmo que, às vezes, isolados e minoritários em seu ambiente, não teria sido possível implantar os movimentos de massa e as experiências locais que precederam a criação do Serviço Sanitário Nacional. A segunda é a de que, no conjunto, as profissões sanitárias não tiveram, na Itália, uma posição de repúdio e de luta frontal em relação à reforma. As profissões auxiliares (técnicos, enfermeiro etc.) contribuíram para afirmar seus princípios, como categorias sindicais. E os médicos italianos, embora bastante solicitados pelo MSI e, às vezes, pela DC, não seguiram a linha que levou seus colegas ingleses a se oporem amplamente à introdução do National Health Service; que induziu a American Medical Association a financiar campanhas de massa contra as tímidas providências de extensão da medicina pública nos Estados Unidos; que impediu a maioria dos médicos chilenos a lutar contra a política sanitária e contra o gover-

no da Unidade Popular contribuindo, de forma relevante, para abrir caminho ao regime militar. Um estudo comparativo sobre as diretrizes políticas dos médicos, nos países capitalistas, e seu alinhamento nos momentos de maior tensão, não me parece ter sido feito até agora: e, no entanto, seria de grande importância. Quem quiser analisar a atitude de grande parte dos médicos italianos, a qual, até agora, foi diferente, podendo ser resumida na fórmula “nem aderir nem sabotar”, deverá, antes de tudo, considerar uma variação política em relação à Inglaterra, aos Estados Unidos e ao Chile: a estratégia e também a tática adotada frente aos médicos do PCI, do PSI e do movimento sindical.⁶⁹ Ela sempre partiu da idéia que “sem os médicos e contra os médicos não se faz a reforma”, da avaliação do peso, não apenas profissional mas político, dessa categoria e da confiança na possibilidade de associá-la (neutralizando as correntes mais reacionárias) aos processos reformadores. Nesse sentido, têm havido oscilações sectárias e oportunistas, que seria interessante reconstruir. Espero que outros o façam. Se eu insistisse nisso agora, me desviaria do tema atual: o papel das ciências e das profissões na aplicação da reforma sanitária.

A atitude não frontalmente hostil e nem plenamente participante dos médicos permitiu a difícil promulgação da lei; mas, agora, pode impedir sua realização, que requer seu consenso ativo. Podemos lembrar que, nas últimas fases legislativas, essa oscilação dos médicos entre o *pró* e o *contra* foi expressa de maneira clamorosa por duas manchetes sucessivas do jornal da Federação das Ordens, *Il medico d'Italia*.⁷⁰ Na primeira, a reforma era globalmente denunciada e apelava-se a Pertini, Andreotti e outros santos para a modificação substancial do custo dos eventos legislativos, de outra forma inelutáveis.

Na segunda, depois de aprovada a lei, sem que interviessem mudanças substanciais, não faltaram reservas, mas afirmou-se que aquela “poderia ser a ocasião para uma renovação profunda e qualificada”.

⁶⁹ Cf., por ex., minhas “Note sul rapporto fra classe operaia e professione medica”, *Rivista italiana di sicurezza sociale*, abril-junho de 1963, p. 326-52. Mas existe sobre o assunto uma vasta literatura, da qual valeria a pena fazer uma síntese.

⁷⁰ Cf. *Il medico d'Italia*, n.º 61-62 de 7-20 de dezembro de 1978 e n.º 1-2 de 1-10 de janeiro de 1979.

*Esplícita «denuncia» al Paese durante la conferenza-stampa
tenuta presso la FNOM dal presidente Parodi*

Riforma senza medici

Dalla parte del cittadino ignorato nelle sue esigenze primarie Esasperata impostazione burocratica attraverso una farraginosa impalcatura di gestione Le rappresentanze dei medici emarginate da tutti gli organismi del SSN Il medico impiegato nella medicina di base Non previsto il ruolo del medico né alcuna tutela per la sua professionalità

Il testo
della
conferenza

Abbiamo ritenuto opportuno, e
doveroso convocare questa Con-



Appello
a Pertini

Signor Presidente,

Lettera a
Andreotti

Ondorevole Presidente,

POTREBBE ESSERE LA GRANDE OCCASIONE PER UN PROFONDO E QUALIFICATO RINNOVAMENTO

La riforma sanitaria: un evento di grande rilievo politico e sociale

Permangono i gravi dubbi e le perplessità segnalate alla vigilia dell'approvazione della legge Mancano i medici negli organismi tecnici Incerto e confuso il ruolo professionale del medico: non si sa se le Regioni utilizzeranno medici impiegati per la « diagnosi e cura » In fase applicativa la riforma può essere votata all'insuccesso oppure migliorata e integrata in modo da chiarire le incertezze e da rendere possibile un

Como aproveitar essa disponibilidade? E o que se pode fazer sem ela? É um indubitável mérito do movimento popular ter promovido tendências inovadoras, não apenas na legislação mas na prática da medicina: as lutas pela saúde, nas fábricas, tiveram como protagonistas os sindicatos e os partidos de esquerda; a psiquiatria democrática teve, na vanguarda, alguns especialistas e algumas administrações locais; a tutela sanitária da mulher (controle dos nascimentos, aborto etc.) foi promovida pelos movimentos

femininos e feministas. Entretanto, o fato de tais processos ocorrerem essencialmente fora da universidade e, freqüentemente, contra a orientação acadêmica, o fato de a renovação sanitária ter ocorrido sem a participação de grande parte dos médicos e, amiúde, contra sua tradição, comportou limites e distorções que, hoje, aparecem e dificultam todo passo adiante e toda generalização dos resultados positivos.

Como superar isso? Que possibilidade a lei oferece e que impedimentos pode ela consolidar? A lei prevê relações de trabalho de dois tipos, para os sanitaristas: dependente e conveniado. Ou seja, evita fazer, na atual conjuntura, uma escolha definitiva em relação à passagem de todos os sanitaristas para a dependência direta do Serviço, mantendo a possibilidade de uma atividade tradicional, do tipo profissional liberal, regulada por um convênio coletivo. Assim como acontece agora com as mútuas, mas regida por normas uniformes, estimulada a assumir mais claramente uma função pública e incompatibilizada com interesses concomitantes na atividade sanitária de tipo empresarial. O artigo 48, que regulamenta essa relação de trabalho, de fato, prevê que o convênio único estabeleça:

1. a relação ótima médico-assistidos para a clínica geral e a pediátrica de livre escolha, para determinar o número dos clínicos gerais e dos pediatras que têm direito de serem conveniados, em cada Unidade Sanitária Local, excetuando o direito de livre escolha do médico por parte de todo cidadão;

2. a instituição e os critérios de formação de listas únicas para os clínicos gerais, para os pediatras, para os especialistas conveniados externos e para os especialistas e clínicos ambulatoriais;

3. o acesso ao convênio, permitido aos médicos com relação de emprego contínuo por tempo definido;

4. a disciplina das incompatibilidades e das limitações da relação de convênio referente a outras atividades médicas, para favorecer melhor distribuição do trabalho médico e qualificação dos serviços;

5. o número máximo de assistidos para cada clínico geral e pediatra de livre escolha por ciclo de confiança e o número máximo de horas para os médicos ambulatoriais, especialistas e clínicos, a determinar em relação a outros compromissos de trabalho compatíveis (...);

6. a incompatibilidade com qualquer forma de interesse concomitante, direto ou indireto, e com qualquer relação de interesse em clínicas particulares e na indústria farmacêutica. Ao contrário, no que se refere à relação de trabalho, aplicam-se as normas previstas no ponto 4 precedente;

7. a diferenciação do tratamento econômico conforme a quantidade e a qualidade do trabalho prestado, em relação às funções exercidas nos setores da prevenção, tratamento e reabilitação (...);

8. as formas de controle da atividade dos médicos conveniados e também as hipóteses de infração, por parte dos médicos, das obrigações derivadas do convênio e as sanções subseqüentes (...);

9. as formas de incentivo em favor dos médicos conveniados residentes em zonas particularmente trabalhosas, também com o objetivo de realizar uma melhor distribuição territorial dos médicos;

10. as modalidades para assegurar a atualização profissional obrigatória dos médicos conveniados;

11. as modalidades para assegurar a continuidade da assistência, também na ausência ou impedimento do médico em serviço;

12. as formas de colaboração entre os médicos, o trabalho médico de grupo e integrado nas estruturas sanitárias e a participação dos médicos em programas de prevenção e educação sanitária;

13. a colaboração dos médicos, no que se refere à sua competência, na compilação de libretos sanitários pessoais de risco.

Quem ler essas normas rapidamente perceberá que há afirmações e negações do mesmo princípio, uma linha após outra: assim, por exemplo, no ponto 1, garante-se a livre escolha do médico, mas no âmbito das “relações ótimas”, ou seja, distribuindo-se o trabalho entre os médicos e entre os pediatras de modo mais racional; nos pontos 3 e 4 admite-se, no convênio, também os médicos independentes, salvo aqueles de tempo integral e, depois, afirma-se a incompatibilidade. Em outros temas, ao contrário, existe uma direção clara.

Para o pessoal dependente das USL (art. 47), está prevista uma outra relação de trabalho, baseada nos seguintes pontos essenciais:

1. assegurar um único ordenamento do pessoal em todo o território nacional;

2. disciplinar os papéis do pessoal sanitário, profissional, técnico e administrativo;

3. definir as tabelas de equiparação para o pessoal proveniente de entidades e administrações cujas funções foram transferidas para as prefeituras (...);

4. garantir, com critérios uniformes, o direito ao livre exercício da atividade profissional de médicos e veterinários dependentes das USL, dos institutos universitários, das policlínicas conveniadas e dos institutos científicos de internação e tratamento, de acordo com o artigo 42. As modalidades e os limites para o exercício de tais atividades são estabelecidos em leis regionais;

5. prever medidas destinadas a favorecer o exercício de atividades didáticas e científicas e a obter, sob requisição, a permissão para atualização técnico-científica, particularmente para os médicos com dedicação integral.

6. fixar as modalidades de atualização profissional obrigatória do pessoal;

7. prever disposições para tornar homogêneo o tratamento econômico conjunto e para equiparar os institutos normativos de caráter econômico do pessoal sanitário universitário operante nas estruturas conveniadas aos do pessoal das Unidades Sanitárias Locais.

Embora não se proíba a 'profissão liberal' nem aos médicos dependentes das USL e não se transforme a relação conveniada, herdada das mútuas, em relação de emprego com o Serviço Sanitário Nacional, substancialmente, coloca-se alguns limites no modo tradicional de exercício individualista e, amiúde, mercantil da medicina. Mais ainda, criam-se alguns estímulos: seja para uma melhor qualificação profissional, seja para uma passagem lenta e gradual ao trabalho de tempo integral.

Seja como for, há uma seleção, mesmo que muitos compromissos tenham atenuado sua incisividade. Ocorreram atrasos na regulamentação, particularmente em relação às clínicas privadas; elas tiveram muitos advogados zelosos entre os parlamentares da DC, do PLI e, no Senado, também do PSI. Como resultado disso, o artigo 43 permite que as instituições particulares sejam consideradas, em qualquer caso, auxiliares das USL, embora determine que tenham uma regulamentação correspondente à dos hospitais, e embora o artigo 44 acrescente que essa utilização deve fazer parte dos planos sanitários regionais.

Ao contrário, no que concerne à regulamentação das atividades dos médicos (artigo 47 e 48), as normas aprovadas, na verdade, representam renúncia, acomodação, acordo interesseiro. Ou não serão, sob muitos aspectos, a expressão de um conflito entre duas maneiras de entender a medicina, ambas com uma motivação real e que, por isso, não permitem soluções apressadas e impositivas? Que eu saiba, em nenhuma época e em país algum o médico particular esteve livre de condicionamentos de classe, nem o médico empregado esteve livre dos aborrecimentos burocráticos e dos vínculos com o poder.

A contradição pode ser atenuada mas, em alguma medida, é intrínseca à atividade médica. Nas *Epidemie*,⁷¹ Hipócrates escreveu que a medicina é baseada "em tudo quanto há de comum e de individual na natureza humana". A essa primeira ambigüidade do sujeito, que é ao mesmo tempo pessoa individual e expressão de uma coletividade, soma-se, já no mito das duas filhas de Esculápio, Igéia e Panacéia, uma dicotomia no método: a higiene vem, no tempo, cada vez mais separada da clínica e da terapia, sendo a

⁷¹ *Opere*, de Hipócrates, a cargo de M. Vegetti, UTET, Turim, 1965, p. 311.

recomposição lenta e difícil. E deve ser recomposição, e não prevaricação ou sororicídio. É verdade que a terapêutica, até agora, progrediu sobrepondo-se à prevenção e, às vezes, esmagando-a. Hoje, em muitas doenças, a procura apenas do tratamento revela-se ineficaz. Mas nem por isso é legítimo cair no excesso oposto. As doenças somáticas e psíquicas (se é lícita a distinção) são dores e disfunções individuais, mais do que sintomas de opressão e inadequações da vida coletiva, e é preciso, ao mesmo tempo, atenuar os sofrimentos do indivíduo e proteger a saúde da comunidade.

Há um outro conflito entre a tradição do médico como único intermediário entre a ciência e o sujeito (sadio ou doente) e o aparecimento de novas figuras profissionais tais como enfermeiros, técnicos de laboratório, fisioterapeutas, biólogos, químicos, engenheiros, físicos e psicólogos que hoje se tornam indispensáveis na prevenção, tratamento e recuperação. A isso se soma a participação popular na tutela da saúde, que rompe o antigo exclusivismo da profissão, a relação de transferência de responsabilidade e de abandono que se pretendia do doente. A esse respeito, é verdade que Hipócrates definiu a medicina como “uma arte à qual ninguém é estranho, mas sobre a qual, em alguma medida, todos estão informados, caso seja necessário valer-se dela”,⁷² e prescreveu:

o médico é o ministro da arte: que o doente se oponha ao mal, juntamente com o médico.⁷³

Mas depois, nesse fato, definido como esquiliano, * nesse “encontro dos três protagonistas do drama — a doença, o doente e o médico —, no glorioso palco da luta pelo homem”,⁷⁴ um dos três protagonistas foi reduzido à condição passiva de terreno de disputa entre os outros dois, embora a luta se desenrole em sua carne viva.

Atualmente se reconhece que na terapia e, mais ainda, na prevenção, o reaparecimento desse ator é condição indispensável para que a doença não domine. Está claro que a obra do médico, expoente de uma profissão voltada, por definição, à luta pela saúde, revela-se simplesmente incapaz de controlar os quadros mórbidos que surgem na sociedade contemporânea. Mas a passagem da trans-

⁷² Idem, p. 137.

⁷³ Idem, p. 304.

* *Esquiliano*: referente a Ésquilo, o dramaturgo grego (N.T.).

⁷⁴ A observação é do organizador M. Vegetti, ibidem, em nota à pág. 304.

ferência de responsabilidades à participação é complexa, requer um amadurecimento concomitante dos dois sujeitos, o doente (ou o cidadão sadio) e o médico. No entanto, intervém no drama um quarto personagem, a sociedade industrial organizada, com seus fatores morbigênicos e suas instituições sanitárias, complicando os fatos e possibilitando eventos opostos, trágicos ou libertadores.

Esse emaranhado e essas contradições são reais, não podem ser exorcizadas nem diluídas com a aceitação. Se cada elemento do conflito fosse exacerbado ou caso se pretendesse resolvê-lo autoritariamente, abrir-se-iam fraturas insanáveis entre as leis escritas e a prática cotidiana; criar-se-iam disfunções maiores na atividade sanitária; alimentar-se-iam reações negativas (não apenas entre os médicos, mas entre a população) no plano político. Ao invés disso, a lei da reforma pode, apesar de suas contradições, mas talvez por causa delas, estimular processos positivos. Podemos buscar, no seu desenvolvimento, a integração entre indivíduo e comunidade, entre clínica e higiene, entre o médico e os outros técnicos, entre os sanitaristas e a população, entre a tutela da saúde e as mudanças sociais. E, quanto aos médicos, que representam talvez o ponto mais oscilante do complexo equilíbrio, podemos procurar substituir gradualmente os antigos privilégios profissionais por substanciais gratificações morais e culturais, muito mais válidas porque oriundas de uma maior eficácia de seu trabalho na luta contra as doenças.

O desenvolvimento positivo, o bloqueio ou a retração desses processos dependem de muitos fatores, mas, principalmente, do predomínio das forças progressistas ou reacionárias na direção do país; e, no plano específico, da possibilidade de qualificar ao mesmo tempo os serviços sanitários e seu pessoal: todo o pessoal, dos técnicos aos enfermeiros e médicos.

Quanto a esses últimos, com base na lei da reforma, a Federação CGIL-CISL-UIL solicita que as providências aplicativas sejam assim orientadas:

a) necessidade imediata de que o Instituto Superior de Saúde, em estreita colaboração com as universidades e as regiões programe, como prevê a lei, cursos de atualização profissional e de especialização, visando particularmente a preparação dos médicos no campo da medicina preventiva, sobretudo primária, que, no atual estado, é a mais carente;

b) garantia de que a progressão na carreira funcional ocorra com base em instrumentos de seleção válidos, sendo inaceitável que, nesse setor tão delicado, não haja, no que se refere ao uso, uma verificação periódica da validade cultural dos médicos; nessa tarefa, o método de seleção dos mé-

dicos parece, oportunamente modificado, bastante capaz, ainda que novos instrumentos de avaliação possam ser estudados e postos em prática;

c) confirmar a orientação que atribui aos médicos a relação de trabalho dependente com predominância do tempo integral;

d) assegurar concretamente aos médicos uma mobilidade funcional para que utilizem plenamente sua atividade e sua capacidade profissional;

e) com base em tais princípios prever, pois, uma plena igualdade efetiva nos tratamentos econômicos de todos os médicos com relação de trabalho dependente, também referente aos tratamentos econômicos dos médicos conveniados (ambulatoriais, conveniados externos etc.).⁷⁵

Isso pode ser feito, no âmbito das possibilidades da lei. Mas é preciso compreender que, até agora, o declínio do preparo técnico-cultural dos médicos italianos teve duas raízes: uma na organização sanitária, ou seja, na demanda de serviços; a outra, na universidade, isto é, na oferta de pessoal. Em relação ao primeiro aspecto, Rosaia escreveu:

Em última análise, as escolas médicas produzem sempre o tipo de médico que o sistema sanitário requer. Não se pode isolar a escola médica do sistema sanitário, assim como não se pode isolar o sistema sanitário da escola médica; num certo sentido, sua relação é a mesma que, na língua, ocorre entre o som e o pensamento. “A língua — escreveu Saussure — é comparável à uma folha de papel: o pensamento é o verso e o som é a frente; não se pode rasgar o verso sem rasgar a frente ao mesmo tempo; igualmente na língua, não se poderia isolar o som do pensamento nem o pensamento do som”. A escola médica e o sistema sanitário são justamente como as duas páginas de uma mesma folha de papel. O diploma ‘fácil’ é o verso de uma medicina ‘fácil’. O médico ‘errado’ que a universidade italiana produz é, exatamente, o tipo de médico requerido por um sistema sanitário ‘errado’. Cultura e preparo profissional não servem quando, para abrir caminho no sistema sanitário, é preciso sobretudo uma forte dose de espírito comercial: tornam-se dotes supérfluos numa ordem baseada no automatismo das carreiras, no aplainamento dos papéis e na confusão das responsabilidades. A escola médica produzirá um novo tipo de médico, apenas se e quando um novo sistema sanitário o requerer. Sem uma prévia reforma radical do sistema sanitário, não será possível efetuar uma autêntica e frutífera reforma dos estudos médicos.⁷⁶

Agora a primeira reforma existe e a demanda de médicos poderia ter novas diretrizes. Entretanto, por inércia, a oferta continua centralizada em velhas diretrizes, não tendo ocorrido nenhu-

⁷⁵ *Convegno nazionale sulla legge quadro di attuazione del Servizio sanitario nazionale*, cit. p. 8.

⁷⁶ L. Rosaia, “La fabbrica dei medici”, *Le scienze*, n.º 125, janeiro de 1970.

ma mudança substancial nas universidades e em sua relação com o Serviço Sanitário. Houve uma discussão sobre esse tema não apenas entre categorias e instituições (por exemplo, entre hospitais e universidades), mas entre os partidos e também no interior de todos os partidos, inclusive o PCI.

No Partido Comunista, durante alguns anos, de 1973 a 1975, houve elaborações, propostas e reuniões⁷⁷ que tendiam para uma solução radical: transferir para as escolas de Saúde ligadas ao Serviço Sanitário Nacional, as tarefas de formação de todas as profissões sanitárias. Depois, essa hipótese foi posta de lado: um pouco devido à preocupação de se cortar, com os vínculos universitários, também as raízes culturais e científicas da preparação do médico; um pouco pelo receio de abrir caminho a outras 'despesas' das escolas universitárias; um pouco pela escassa coragem para enfrentar a questão do 'número programado' necessário para qualificar bem os médicos efetivamente necessários, mais do que mal os supérfluos; enfim, um pouco pela hostilidade declarada dos outros partidos, que tornava a hipótese pouco prática no terreno político e legislativo. Tendo apoiado calorosamente essa hipótese, posso dizer, *scherzo ma non troppo*, ter ficado em minoria num dado momento. Sucessivamente, a linha das escolas de Saúde recobrou força e tornou-se explícita e oficial, com duas propostas de lei do PCI, uma sobre escolas de especialização e outra sobre formação de todo o pessoal.⁷⁸ No entanto, a ocasião de exprimir essa posição, na fase conclusiva da reforma sanitária — digo-o talvez com pouca objetividade —, estava perdida, além, talvez da oportunidade de incluir alguma diretriz mais inovadora.

O artigo 39, que diz respeito às relações do Serviço Sanitário Nacional com as clínicas universitárias, abre-se com a frase "até a reforma da ordem universitária e da faculdade de Medicina (...)", que remete tudo a um futuro indeterminado. Abre-se, porém, uma fresta com o sistema de convênios previsto entre regiões e universidade, que deverá disciplinar:

1. a contribuição, no setor assistencial das faculdades de Medicina, à realização dos objetivos da programação sanitária regional;

⁷⁷ "Le scuole di Sanità. La formazione del personale per il Servizio sanitario nazionale", *Il pensiero scientifico*, Roma, 1976.

⁷⁸ Ambas as propostas têm como primeiro signatário o Hon. Antonio Brusca e foram apresentadas à Câmara dos Deputados: a primeira, n.º 1549, intitulada *Nuovo ordinamento delle Scuole di specializzazione medico-chirurgiche*, é de 17 de junho de 1977; a segunda, n.º 2801, intitulada *Istituzione delle Scuole di medicina*, é de 22 de março de 1979.

2. a utilização, pelas faculdades de Medicina e para fins de ensino e pesquisa, das estruturas aptas das USL e a contribuição das últimas nas tarefas didáticas e de pesquisa da Universidade.

Tais convênios, por um lado, deverão indicar as estruturas das USL (não apenas hospitais, mas também poliambulatórios, serviços de prevenção, laboratórios) que poderão ser utilizadas com objetivos de ensino e pesquisa e, por outro, fazer com que os institutos universitários de internação e tratamento entrem na programação sanitária. Convênios semelhantes poderão ser firmados com entidades de pesquisa que operem no campo biomédico.

Esse sistema de acordos firmados entre entidades separadas entre si, dirigidas por orientações diferentes e dependentes de vários ministérios, embora voltado para o justo objetivo de aumentar o potencial didático-científico do Serviço Sanitário Nacional e de incluir, no planejamento, o desenvolvimento caótico das atividades assistenciais da universidade, pode dar ocasião a controvérsias desgastantes e dolorosas. Entretanto, contrariamente, pode encaminhar formas de colaboração até agora impedidas de preencher de alguma forma o crescente distanciamento entre a ciência e a prática da medicina, criando elos entre as duas atividades.

Elos entre duas tarefas que são diferentes, é preciso frisar. Ao contrário, nos últimos anos, tem se firmado a tendência a ver de maneira reducionista as relações entre ciências médicas e necessidades sociais, seja como método ou como cultura.

Sobre o método: quando afirmam que “nas universidades, estão sendo retomados o trabalho e a luta por uma pesquisa ‘particular’, submetida às necessidades e às indicações das massas populares”,⁷⁹ esquecem que *o particular*, no caso da saúde, é *o todo*. Ou seja, esquecem que o objetivo de toda pesquisa científica, no campo médico, deveria ser a aquisição de novos conhecimentos e sua aplicação para o bem do homem. E que, por isso, quando essa orientação é distorcida, o negativo, *o particular* (a exploração, a ignorância, o descaso do pesquisador pelo produto do seu trabalho) prevalece *sobre o todo*; é então que os próprios princípios das ciências biomédicas são esmagados. Além disso, descaram que *as necessidades e as indicações das massas populares*, mesmo sendo ponto essencial de referência, quase sempre negligenciado, não se apresentam em estado puro, limpo, incontaminado. Devem ser escolhidas e filtradas, seja porque nem sempre são espontâneas, enquanto amplamente influenciadas por sedimentações culturais e condicio-

⁷⁹ M. Mori, op. cit., p. 10.

namentos publicitários, seja porque, de maneira espontânea, estão preferencialmente voltadas para a utilidade imediata. Por isso, corre-se o risco de atenuar o impulso para interesses mais válidos, para pesquisas fundamentais, para projeções no futuro e até perde-se de vista os elementos potencialmente mais revolucionários da atividade científica. A ciência e a formação não podem, por isso, ter uma colocação *subalterna*: a ligação com *as necessidades e as indicações das massas* deve ser dialética e reciprocamente criativa.

Sobre a cultura: quando afirmam que “para um médico, que é médico da comunidade e não apenas do indivíduo, que deve se ocupar da prevenção e não só da terapêutica, que deve trabalhar em grupo, que deve ter uma preparação básica ampliada também em direção extra-médica, é preciso um ensino que parta da realidade e da sociedade”,⁸⁰ está sendo expressa uma orientação válida e inovadora. Mas o elenco de disciplinas sugerido para estudo, nos primeiros anos, em contato direto com a prática sanitária, é o seguinte: “Economia Política, Sociologia, Psicologia, Bioestatística, Medicina Social, Organização Sanitária”, acompanhado da afirmação de que esse ensino deve ser integrado “por *elementos fundamentais* de Morfologia e de Fisiopatologia, numa primeira fase, e pela formação preventiva e curativa numa segunda fase”. O equilíbrio parece deslocado na direção oposta e pode comportar o risco, após séculos de domínio das tendências biologistas na medicina, de se cair no domínio exclusivo da economia e da sociologia, ou seja, das ciências do homem social, descuidando a persistente, teimosa e não eliminável naturalidade do homem. Toda a orientação do Serviço Sanitário Nacional, ao contrário, parece mover-se na direção de uma síntese entre esses dois aspectos de nossa essência e existência; e, por isso, solicita diretrizes culturais e medidas práticas para atingir, sobre essa base, um bem-estar real.

Conclusões

Ao leitor que chegou a esta página devo muitas desculpas pelo caráter algo apressado dos raciocínios desenvolvidos. Posso apontar como atenuante a exigência de comentar rapidamente uma lei que entrou agora na fase mais delicada, quase convulsiva, de sua aplicação. Em contrapartida, meu livro sai com alguns meses de atraso em relação ao previsto, porque outros esforços impediram-me de completá-lo no tempo previsto. Essa defasagem entre sua

⁸⁰ Comissão operária-estudantil da Faculdade de Medicina e Cirurgia, Federação provincial GGIL-CISL-UIL de Bolonha, *Quale Facoltà di medicina per la tutela della salute*, dezembro de 1977 (mimeog.), p. 9-10.

divulgação e sua impressão efetiva produziu um curioso episódio: dois jornais, na Lombardia e na Sicília, atraídos pelo título e pelo índice, que já circulavam, publicaram amplas resenhas antes que eu terminasse de escrever...

Depois que o texto saiu, na coletânea *Riforma e potere*, pôde-se então recorrer às vicissitudes da reforma sanitária, tornando mais explícitos os nexos entre os dois termos. Espero que outros sejam induzidos a fazê-lo, porque o caso merece tal aprofundamento: pela intrínseca relevância da saúde como valor de referência pessoal/política, e pelo caráter emblemático de uma história que viu massas em movimento, trabalhos políticos infra e interpartidários, choques sociais, mudanças institucionais, batalhas culturais, em um nó ainda não desmanchado.

Mas a ponta do fio foi encontrada. A lei tem muitas lacunas, é fruto de acordos e até concessões (concessões de quem? A minha avaliação é: PCI, 20%; DC, 70%; outros, 10%: quem não estiver convencido, compare as posições iniciais). Mas esse cálculo não é essencial. Ao contrário, é preciso avaliar o que teria acontecido de imediato se a lei não chegasse ao porto em dezembro de 1978, no último ato, antes que o pano caísse, antecipadamente, sobre a VII legislatura. Tudo teria recomeçado do início, sobre bases mais difíceis, para desgaste das relações políticas e do tecido organizativo da saúde. É preciso, sobretudo, olhar adiante e considerar a lei como o início de um processo reformador real, que envolve todos, independentemente do percentual de concessão ou consenso e que pode ter êxito ou falir. É a saúde dos italianos que está em jogo, e também a capacidade de o Estado corresponder às exigências primordiais e profundas da coletividade.

Coloco entre as condições do sucesso, em primeiro plano, a orientação do movimento operário e democrático. E discutido isso partindo, talvez por egocentrismo, mas, sobretudo, por necessidade de esclarecimento, de duas observações que me foram dirigidas por Alberto Asor Rosa, numa discussão pública, em outubro de 1978. Ele afirmava que eu teria “uma concepção *linear* da história, à qual corresponde uma concepção *expansiva* da democracia, onde o marxismo apresenta-se sob a forma de ideologia iluminista racionalista”.⁸¹ Acrescentava que, nesse esquema, “a relação massas-movimento-partido, ou luta de massa-instituições-reforma prosse-

⁸¹ A. Asor Rosa, “Partito e intellettuali dopo il’68, *L’Unità*, 19 de outubro de 1978. O artigo resenha os meus trabalhos: *Dieci anni dopo. Cronache culturali 1968-1978*, De Donato, Bari, 1978 e *Il dominio dell’uomo*, Feltrinelli, Milão, 1978.

gue, mesmo nas dificuldades, fundamentalmente, em *uma direção*". A objeção a esse esquema é a seguinte:

Mesmo durante esta década, vimos, na prática, que não é assim, ou que não é sempre assim. Vimos grandes lutas de massa que não foram levadas a cabo para produzir reformas; vimos reformas que não produziam os efeitos esperados; vimos reformas que, empreendidas à custa de um extremo esforço e quase de um enfraquecimento nosso, nos deixaram como que desorientados frente ao resultado alcançado e quase impotentes para aproveitá-lo como deveríamos. Vimos que as instituições não eram tudo (e vimos isso no mesmo instante em que nos dávamos conta de nem mesmo tê-las totalmente conquistado). Vimos, enfim, que o constante esforço de racionalizar o real — esforço ao qual não podíamos renunciar — não deve sufocar a exigência, também forte, de colocar nossa racionalidade sob o crivo do real e transformá-la, modificá-la profundamente com base nessas verificações.

O processo nunca é unilinear ou unidirecional. Creio que a experiência da década nos ensinou a ter menos confiança na Reforma e mais nos processos de transformação conjunta que nós mesmos realizamos, quando conseguimos estabelecer um vínculo entre todos os elementos de uma estratégia.

Pode-se dizer que essa crítica é aplicável ao modo como tem sido orientado o movimento pela reforma sanitária? Nestas páginas, o leitor tem os instrumentos para essa avaliação. Mas, muito além da exigência de expressar votos de aprovação ou de censura, está a necessidade de que o movimento operário e democrático se empenhe para que esse processo envolva verdadeiramente massas e instituições, indivíduos e coletividade, especialistas e administradores e consiga, enfim, vincular efetivamente "todos os elementos de uma estratégia".

Entre esses elementos, em primeiro plano, está a força material constituída pelas idéias. Aqui dou razão a Asor Rosa quando se pergunta:

É possível *andar adiante* sem entrar no mérito da *cultura* da qual somos portadores? É possível estar conforme a ciência moderna, de um lado, e com os sujeitos históricos da transformação, de outro (operários, intelectuais, mulheres, jovens, marginalizados etc.), sem determinar os *objetivos* e os *conteúdos* de nossa pesquisa?

Não cabe a mim avaliar o quanto foi feito, em termos de saúde, e o quanto de elaboração se conseguiu no contato com as pessoas. O certo é que, em temas sanitários, representativos do aspecto mais emergente — porque mais imediatamente tangível, como sofrimento ou como bem-estar — da relação global homem-nature-

za-sociedade, a defasagem entre leis e cultura é muito profunda. Nós mesmos estamos apenas no início de um trabalho que pode se revelar extremamente fértil. Descontemos a tendência a desvalorizar as ciências naturais e a tradição que, impropriamente, é chamada de humanista, porque ela ignora aspectos vitais da existência concreta do homem (e da mulher). Menosprezemos a necessidade de adquirir uma consciência de massa que seja revolucionária ao mesmo tempo no plano científico e no plano político, para tornar críveis e irreversíveis os processos de transformação da sociedade e impedir retrocessos.

É desejável que a reforma sanitária sirva também para o seguinte: solicitarmos os aprofundamentos culturais necessários para que se possa compreender porque a promoção da saúde e do equilíbrio dinâmico entre o homem e o ambiente tornam-se cada dia mais incompatíveis com o capitalismo. E para perguntarmos: que socialismo está capacitado para atingir esses objetivos? Socializar ou estatizar os meios de produção não pode ser um *prius*, para além do qual as relações com a história, com a natureza, com o Estado ajustam-se quase que espontaneamente. Cada transformação está hoje concatenada às outras; e se o desenvolvimento não é concomitante e integrado, arriscamo-nos a defasagens e retrocessos.

QUAL MEDICINA PREVENTIVA?*

Uma vez que este Encontro é apresentado como continuação ideal de um outro, organizado pela União Interparlamentar em abril de 1973, cabe lembrar que o ministro da Saúde, o honorável Gaspari, declarou naquela ocasião: “Se as premissas se realizarem, estaremos às vésperas da aprovação da tão controvertida reforma sanitária, por parte do Conselho de Ministros.”¹ E houve uma agitada polêmica a respeito daqueles que “preferem permanecer em sua inércia, mesmo sendo uma inércia equivocada, uma posição incômoda e negativa para o progresso da civilização; de fato, a civilização é movimento, é andar adiante, é correr riscos”.²

As premissas não se realizaram. E assim acontece, todo ano, desde que a reforma foi inserida como proposta de governo, no *Programa di sviluppo economico per il quinquennio 1965-1969* (Programa de desenvolvimento econômico para o quinquênio 1965-1969). Dez anos. Imagino que nesse Encontro serão repetidos os esforços oriundos de fontes respeitáveis e serão anunciados outros prazos próximos.

Ao risco de andar adiante, que não se concretizou, somou-se aquele ainda maior, de permanecer imóvel. O imobilismo tradu-

* Exposição apresentada a 6 de junho de 1974, no Encontro *La medicina preventiva strumento di progresso sociale* (A medicina preventiva como instrumento de progresso social), promovido em Roma (sala da Prototeca, Campidoglio) pela União Interparlamentar de estudos para a Pesquisa Científica e Tecnológica. A exposição é inédita porque, apesar dos esforços da União Interparlamentar, as atas do Encontro não foram publicadas.

¹ *Prospetive del settore farmaceutico in Italia e sue dimensioni nel campo della ricerca scientifica*, Unione Interpalamentar di studi per la ricerca scientifica e tecnologica, Roma, 11.12 de abril de 1973, p. 9.

² *Idem*, p. 12.

ziu-se no agravamento do nível sanitário, da situação financeira, dos *padrões* de assistência. Cito apenas alguns exemplos:

a) *Nível sanitário*: destacamos a patologia do subdesenvolvimento (por exemplo, as gastroenterites bacterianas e virais), os acidentes de trabalho, que continuam a superar um milhão e meio de casos anuais; as doenças devidas à poluição e ao congestionamento urbano, que aumentam; a mortalidade infantil, que cai lentamente demais se comparada a outros países. Menos retórica sobre filhos em perigo e maior defesa sanitária das mães e das crianças teriam esclarecido mais — nas polêmicas sobre o divórcio — do que discutir sobre os deveres do Estado italiano e sobre qual deve ser a relação positiva entre família e sociedade.

b) *Situação econômica*: destacamos que o déficit dos hospitais superou três bilhões: que a política estritamente financeira pode fechar enfermarias, salas cirúrgicas, ambulatórios. Recentemente, foi retomada a sugestão contida no discurso programático do honorável Rumor, de se tomar uma providência urgente no sentido de um “depósito, por parte do Estado, de somas necessárias ao sistema mutuário para dar encaminhamento concreto ao saneamento econômico-financeiro das mútuas”.³ Mas já então, no debate sobre a confiança, essa idéia suscitou muitas oposições. O honorável Mariotti definiu-a como “um erro colossal porque, no momento em que se saldaram os débitos dos hospitais, é preciso também liquidar as mútuas”,⁴ e o honorável Orlandi declarou que concordava com essas observações.⁵

c) *Padrões técnicos*: sabemos que o principal ‘instrumento’ da ação sanitária, que ainda é o médico, sai da universidade sem qualificação, a ponto de constituir um perigo para a segurança pública; que no ano em curso estão inscritos nas faculdades médicas, 129.000 estudantes, grande parte sem perspectivas. Quase que como compensação dessa decadência dos homens responsáveis pela saúde, novas tecnologias são propostas, assim como aparelhos e automatismos nos campos operacional e preventivo.

Uma vez que parece ser esse o principal objetivo do atual Encontro, do outro Encontro do ISPE, e do SAGO sobre *Politica di piano e problemi dell'automazione della sanità* (Política de plano e problemas da automatização da saúde),⁶ e, sobretudo, da atividade das empresas industriais, públicas e privadas, que se apre-

³ Câmara dos Deputados, VI Legislatura, *Resoconto sommario* (Prestação de contas) da sessão de 21 de março de 1974, p. 8.

⁴ Idem, *Discussioni* (Discussões), sessão de 22 de março de 1974, p. 59.

⁵ Idem, p. 67.

⁶ O encontro ocorreu nos dias 19 e 20 de junho de 1973.

sentam no mercado sanitário com oferta de produtos e serviços, parece-me oportuno alguma referência à relação entre medicina preventiva e técnicas biomédicas. O interesse da indústria pela saúde é novo e requer um exame livre de preconceitos que se contra-põem: tecnocratas ou tecnoclastas.

Para completar esse exame, é oportuno considerar, antes, dois aspectos doutrinários:

1. O conceito de 'medicina preventiva' é, freqüentemente, usado de maneira ambígua, como se fosse sinônimo de 'prevenção das doenças' ou de 'promoção da saúde'. Na literatura científica, ao contrário, a medicina preventiva compreende mais estritamente o reconhecimento das predisposições e dos estados pré-mórbidos, as atividades diagnósticas e os controles sanitários mais ou menos precoces, as terapias que impedem o agravamento e a irreversibilidade de doenças em fase inicial: é, pois, uma tarefa primária do médico. A prevenção das doenças e, mais ainda, a promoção da saúde englobam essas e outras atividades do médico, mas estendem-se à luta contra as causas naturais e sociais das doenças, ao saneamento do ambiente e à modificação das relações entre os homens. É, então, uma tarefa de toda a sociedade, é um componente essencial (embora amiúde negligenciado) de toda atividade produtiva, de toda opção tecnológica, de toda intervenção estatal, de toda influência cultural. É dever e direito de todo cidadão; é, substancialmente, uma ação política que, contudo, deve estar apoiada em sólidos conhecimentos e em modernas instrumentações.

2. A crise da medicina moderna manifesta-se, principalmente, no seguinte paradoxo: ao excepcional desenvolvimento de técnicas diagnóstico-terapêuticas não corresponde, nos anos recentes, um aprimoramento paralelo do bem-estar psicofísico dos homens. Pelo contrário, registram-se quedas na qualidade e redução da expectativa de vida.⁷ O progresso da técnica sanitária não chega a compensar substancialmente a incongruência das relações sociais, o retrocesso das condições ambientais, a ampliação dos fatores morbigênicos produzidos pelo homem.

É preciso acrescentar, a esses pontos de referência gerais sobre a validade e os limites das técnicas biomédicas, algumas avaliações específicas para a Itália, onde a introdução de tecnologias modernas na atividade sanitária ocorre de maneira equivocada e distorcida. Entre as maiores distorções aparecem as seguintes:

a) *Discriminações territoriais e sociais*. Enquanto o número de

⁷ J. Powles, *On the limitations of moderne medicine*, "Science, Medicine and Man", vol. 1, n.º 1, p. 1-30.

médicos está distribuído desigualmente, mas nos limites de uma relação 1 para 2 entre as regiões mais adiantadas e as mais atrasadas, o número de leitos hospitalares está desigualmente distribuído numa relação de 1 para 5. A clínica geral e empírica é distribuída de maneira mais equânime do que a clínica especializada e instrumental.

Além disso, a difusão do aparelhamento diagnóstico e dos subsídios terapêuticos prosseguem como as águas de um rio: descem dos cumes e atingem lentamente o vale, freqüentemente turvas. Antes de atingir rapidamente as categorias mais necessitadas, as modernas descobertas da medicina são, antes, monopólio dos privilegiados; ao invés de seguir um critério científico, orientando-se para as classes que apresentam maior morbidade, respondem a um apelo de classe e orientam-se pela renda.

b) *Defasagem entre técnica e organização sanitária.* Temos a impressão de que, em certos casos, uma tutela científica e atualizada significa dotar as mútuas e os hospitais atuais de novos aparelhamentos e, talvez, de computadores. Mas um computador dá com base naquilo que recebe. Podemos, por acaso, obter um quadro epidemiológico do país processando no computador os diagnósticos mutuários? Podemos, por acaso, conhecer a patologia do trabalho quando, em Nápoles, em 1973, entre os operários intoxicados por triortocresilfosfato (TOCP), houve apenas 4 casos de diagnóstico correto, de polineurite tóxica, sendo os outros diagnósticos de apendicite cecal, reumatismo articular, hipotireoidismo, esgotamento, tifo, distrofia muscular, debilidade orgânica, câncer, dores reumáticas? ⁸ Podemos, por acaso, estudar a patologia comparada, que é a base de qualquer ação *visada* de saúde pública, quando, numa cidade da Sardenha, o Centro de Medicina Preventiva manda seus técnicos fazerem extirpações, escolhendo as prefeituras com base na recomendação dos assessores e muda sujeitos quando mudam os assessores?

Um dos maiores projetos americanos de computadores, o GIGO, foi ironicamente rebatizado de *Garbage in, Garbage out*: se entra imundície num computador, pode sair apenas imundície, não ciência. Se, na Itália, a organização sanitária não se transformar, as novas tecnologias perderão sua validade, tornando-se fonte de falso prestígio e mais desperdícios financeiros.

c) *Lucros privados e perdas públicas.* Como ainda não foi saneado o mercado farmacêutico, onde continuam a se verificar as

⁸ Cf. "Medicina e potere", separata de *Sapere*, n.º 768, janeiro de 1974, p. 4.

conhecidas duplicações, sobreconsumos e especulações, assistimos hoje ao encaminhamento de outras formas de equívocas intervenções industriais. *O comparaggio*,* por exemplo, estendeu-se dos remédios aos aparelhos científicos: vendedores assediam os hospitais e conseguem a aquisição de instrumentos supradimensionados em relação às exigências, ou inúteis como os remédios hepatoprotetores.

Mesmo na pesquisa científica, a constituição das *tecnofarmaci*,⁹ que deveriam manter-se sem laboratórios próprios, com fundos públicos e clientela privada de pesquisa nas universidades, tem sido assim comentada:

O Estado não se limita a dedicar sua atenção amorosa às indústrias privadas, mas chega ao ponto de lhes delegar a tarefa de financiar as próprias instituições.¹⁰

Na relação entre política sanitária e inovações técnico-científicas, que constitui um dos aspectos mais promissores da saúde pública, corremos, por isso, um grave risco de desorientação. Há aqueles que pensam que bastam algumas descobertas técnicas, mesmo o uso de telefones (ligados aos serviços automatizados de plantão médico mediante pequenos elaboradores eletrônicos),¹¹ para dar um passo adiante na saúde dos italianos e até para substituir a reforma sanitária. Há outros que, reagindo contra o mito tecnológico, renovam o mito antimáquina e fazem eco ao romantismo leopordiano, hostil a qualquer medicamento¹² e a qualquer instrumento sanitário.

Esses dois riscos apenas podem ser evitados se o desenvolvimento técnico-científico for colocado no quadro da transformação so-

* *Comparaggio*: esforço de um médico para promover, objetivando lucro, a difusão de produtos farmacêuticos (N.T.).

⁹ Cf. "Tecnofarmaci natura e funzioni della nuova società di ricerca", *La ricerca farmaceutica*, A. 3, n.º 1, 10 de abril de 1974, p. 9-11.

¹⁰ G. Tecce, "La ricerca pubblica ingrassa il privato", *L'Espresso*, 19 de maio de 1974, p. 119.

¹¹ E. R. Caianiello, *Commento di un non addetto ai lavori*, no Encontro *L'ambiente: economia e diritto* (O ambiente: economia e direito), Amalfi, 29-31 de março de 1974, p. 8-9.

¹² Em carta ao irmão Carlo, de Roma, 5 de fevereiro de 1823, G. Leopardi escreveu: "Não me diga mais para me tratar, pois estou curado e são como um peixe, graças a ter procedido à minha maneira, isto é, não ter usado nenhuma merda de remédio, como queríamos a qualquer custo (...)". O vocabulário é insólito, mas a atitude não. Cf. Leopardi, *Opere*, Ricciardi, Milão-Nápoles, 1966, vol. II, p. 1051.

cial, estimulando a indústria a operar no âmbito do interesse geral e de um poder democrático.

No campo médico-preventivo, para dar só um exemplo, instrumentos precisos de diagnóstico e aparelhos de cálculo rápido poderiam permitir (juntamente com a avaliação subjetiva das categorias e das populações interessadas) conhecer oportunamente os danos profissionais, as doenças causadas pela degradação ambiental, as patologias congênita, infecciosa e degenerativa, em outras palavras, ter um quadro constante do estado de saúde do país. Para isso poderiam orientar-se a organização sanitária, o Estado, toda a coletividade, não apenas no que concerne às medidas adequadas, mas, principalmente, no que concerne às opções produtivas e sociais baseadas em exigências de bem-estar. *O modelo de desenvolvimento* teria assim, como referência, um suporte de conhecimentos cientificamente fundado para substituir os cálculos de lucro que estiveram na base do velho modelo por valores humanos reais.

Se a indústria pública e também a indústria privada quiserem trabalhar nessa direção, encontrarão amplo espaço de intervenção, terão as facilidades necessárias e poderão se apoiar em consensos bem amplos.

Se o governo, ao invés de oxigenar e envernizar de modernidade as mútuas (baseadas no antigo princípio do seguro), ao invés de pretender racionalizar as entidades hospitalares (baseadas no irracional princípio da administração sanitária), perceber, finalmente, que nada é mais moderno nem mais racional do que um serviço sanitário público baseado na igualdade dos cidadãos e fundado na prevenção das doenças, será possível um confronto aberto sobre soluções técnicas e legislativas entre todas as forças políticas e sociais.

Todavia, a propensão ao adiamento em matéria de reforma sanitária, doença até agora incurável do *centro* e do *centro-esquerda*, parece predominar até agora. Partimos, com o quarto governo Rumor (1973), da afirmação de que a reforma sanitária era a mais urgente, entre todas. Com as declarações programáticas do quinto governo Rumor, passamos a colocá-la em terceiro plano e a adiá-la para julho de 1974. E chegamos às mais recentes declarações do governo, obscuras e contraditórias: o ministro Vittorino Colombo (Saúde) afirmou à Comissão de Saúde da Câmara (29 de maio) que serão *contextualmente* apresentadas ao Parlamento a lei da reforma e as providências para o replanejamento do déficit hospitalar. Mas, depois, acrescentou que as últimas “precederam em algumas semanas” (ou meses, ou anos, como aconteceu

no passado) a reforma. No mesmo dia, o ministro Emilio Colombo (Tesouro) procurava colocar na ordem do dia do Conselho de Ministros de 30 de maio um decreto-lei que atribuía 2,1 bilhões às mútuas. Por enquanto, está tudo parado: mas quais são as verdadeiras intenções do governo, na sua responsabilidade colegiada?

Atualmente, a principal diferença entre as propostas de reforma apresentadas pelo PSI e pelo PCI e aquela apresentada pelo governo é que as primeiras existem e a segunda não. Digo isso em dois sentidos: primeiro, para destacar criticamente que, até agora, nenhum projeto de lei governamental sobre o assunto chegou à Câmara; segundo, para notar, positivamente, que o último (?) projeto ministerial divulgado ¹³ poderia constituir uma base válida para discussão. Infelizmente, mantém muitas ambigüidades, tais como as relativas à segurança do trabalho, que não pode ser separada da tutela sanitária conjunta, como as relativas às fases da passagem da mutualidade para Serviço Sanitário Nacional, mas contém elaborações que nos últimos anos se tornaram patrimônio comum das ciências médico-sociais, das lutas dos trabalhadores pela saúde, do esforço das administrações locais, da contribuição dos especialistas. Existe, enfim, um programa suficientemente unitário, além de baseado em critérios solidamente científicos e realistas, para poder começar um útil e rápido trâmite na única sede constitucionalmente competente para legislar (que é também, paradoxalmente, a única na qual, entre tantos debates havidos em tantas sedes, nunca se falou da reforma sanitária), ou seja, o Parlamento.

Não é desejável que, nesse ponto, as categorias, as forças sociais e as administrações que se posicionaram e continuarão justamente a pesar durante todo o trâmite legislativo, forneçam um alibi para adiamentos ulteriores e dificultem o trabalho de síntese que espera as representações políticas do país no Parlamento.

No âmbito das concepções da medicina preventiva, da prevenção primária, das atuais incumbências da organização sanitária, ocorre, enfim, como em outros: a consciência do país é mais madura do que a dos governantes. Por isso, essa consciência acabará por prevalecer sobre as resistências, sobre a falta de uma vontade reformadora: mas é preciso que diminuam os prazos e que se determine os objetivos, para impedir que a saúde do povo italiano, a economia e a democracia paguem um preço demasiado alto, talvez insustentável.

¹³ Conhecido através do *Il medico d'Italia*, A, XI, n.º 11, 18 de abril de 1974.

O DESEQUILÍBRIO FINANCEIRO DA MUTALIDADE*

É a terceira vez, em poucos anos, que o Parlamento — sempre mediante decretos-leis e com a justificativa de que são intervenções necessárias, urgentes, extraordinárias, excepcionais e, portanto, imprevisíveis, e porque essa é a lógica constitucional, a única legitimação possível dos decretos-lei — é chamado a cobrir o déficit das mútuas, dos hospitais e de todo o sistema sanitário italiano.

Em 1967, foram gastos 467 milhões; em 1970, com o 'decretão', foram somados outros 500 milhões. Hoje falam em 2,7 trilhões mas, na verdade, o ônus que se pede aos trabalhadores e o débito conjunto das mútuas estão por volta dos 5 bilhões. Em sete anos, a cifra decuplicou.

Entretanto, ainda não foram esclarecidos a fundo os motivos desse déficit. As causas estão, em primeiro lugar, na carga de doenças e de acidentes evitáveis, cientificamente previsíveis e preveníveis, que podem ser abolidos com a tutela adequada da saúde dos italianos. Estão, em segundo lugar, no peso dos parasitismos e privilégios já suficientemente conhecidos, mas que ainda resistem. Estão, em terceiro lugar, na falta de filtros preventivos e nos defeitos da assistência sanitária domiciliar e ambulatorial, que impedem que se detecte a doença no início, fazendo com que ela se desenvolva até a máxima gravidade, para a saúde dos homens, e até a máxima incidência sobre a economia do sistema sanitário. Estão, enfim, no ônus financeiro e político — os dois termos são inseparáveis — de um poder que foi edificado de forma clientelar no campo assistencial e é ainda mais odioso porque construído à

* Discurso pronunciado na Câmara dos Deputados, na sessão de 10 de agosto de 1974, sobre o decreto-lei do governo para o replanejamento do déficit financeiro das mútuas e dos hospitais.

custa dos momentos mais frágeis e mais indefesos da vida dos indivíduos.

São sobretudo os trabalhadores que pagam por esses déficits, por essas disfunções, e pagam duas vezes: antes de mais nada, em termos de saúde; depois, em termos de tributos sobre suas contribuições. Além disso, paga o país, sob a forma do abuso e do esbanjamento do dinheiro público, do desequilíbrio contínuo da administração econômica do Estado, do impedimento à promoção de investimentos produtivos. Ainda recentemente, quando o Conselho de Ministros aprovou o projeto de lei da reforma sanitária, o Partido Republicano declarou que os custos dessa reforma não estariam claros. Pode ser que um esclarecimento seja necessário, mas o PRI, evidentemente, ainda não compreendeu que a única coisa clara e demonstrada, no campo sanitário, são os custos crescentes dos adiamentos e dos obstáculos à reforma sanitária.

O governo não quis um confronto aberto sobre esses temas, não quis um confronto explícito e democrático com os trabalhadores e com o país. É esse o verdadeiro motivo do contínuo recurso aos decretos-leis, que devem servir para evitar esse confronto.

Entretanto, em 1967 e 1970, a oposição era mais ampla, o amadurecimento da exigência de vincular o déficit das mútuas às perspectivas de uma nova política sanitária era mais profundo e expressou-se também em setores consistentes da maioria e do governo.

Por isso, na formulação do decreto-lei, houve sucessivos recuos e ajustamentos em relação às posições iniciais. No início, tentaram novamente o golpe de 1967: fingir dar dinheiro aos hospitais e, ao contrário, dá-lo às mútuas, as quais repassaram aos hospitais apenas 7% daquela quantia (467 milhões).

Depois, procuraram realizar uma operação mais enganosa, mais complexa: dar dinheiro aos hospitais, mas com excessiva lentidão; transferir para as regiões a assistência hospitalar, com o passivo do passado parcialmente liquidado e com imenso passivo do futuro. Isso explica o teto de 100 milhões, intransferível segundo o Ministério do Tesouro, para a verba a cargo do Estado destinada a integrar, nos orçamentos das regiões, as crescentes despesas hospitalares que, com certeza, superavam amplamente essa soma. Não sei se está e se ficou suficientemente claro para todos o projeto que estava por trás dessa proposta, as recônditas intenções que o honrável Morini não quis reconhecer. Insisto em algumas explicações porque tal projeto não foi inteiramente derrotado e os perigos ainda subsistem.

O projeto era o seguinte: sanear financeiramente as mútuas, cortando a parte mais passiva da assistência, ou seja, a hospitalar:

portanto, consolidá-la economicamente; esclarecendo, fazer uma espécie de 'operação Montedison' a favor das mútuas, aliviando o Estado e a coletividade, como se fez com a GEPI e outras operações similares, os ramos secos, permitindo então a Montedison prosperar em outros campos. Não sei se as mútuas seriam também postas em condições de comprar jornais, mas, provavelmente, outras operações suspeitas prosseguiriam. O projeto era criar, dessa maneira, um sistema dual de assistência sanitária, confiando os hospitais às regiões e a assistência ambulatorial e domiciliar às mútuas. Nesse sistema dual, uma das partes, as mútuas, podiam e ainda podem, com base no decreto, descarregar o passivo sobre a outra; descarregar no hospital os doentes, entenda-se, transferir todo doente, mesmo não grave, mesmo necessitando apenas de tratamentos domiciliares ou especializados e ambulatoriais. As regiões e os hospitais, obviamente, não podem fazer o contrário, ou seja, transferir para as mútuas os próprios assistidos. Dessa forma, além de criar um sistema dual de assistência, que ainda pode durar muito tempo, arruinando economicamente as regiões, poder-se-ia de um lado demonstrar que não se deve confiar no instituto regional para a gestão de atividades sérias e obrigatórias como a saúde; de outro, que a reforma sanitária é muito dispendiosa para poder ser verdadeiramente realizada e deve, então, ser adiada para depois.

Era esse o sentido fundamental da operação tentada com o decreto-lei. As regiões compreenderam essa operação, protestaram e solicitaram modificações substanciais no decreto-lei. Após numerosas pressões e após nossa iniciativa no país e no Parlamento, o decreto-lei foi conhecidamente emendado e saiu diferente dos trabalhos da Comissão. Isso se deve também ao frutífero trabalho desenvolvido na Comissão, presidida por Frasca, com a qual colaboraram o Partido Comunista e importantes forças da maioria. Permaneceu totalmente estranha a esse trabalho a atividade da direita, e foi substancialmente hostil e desestimuladora a atividade de uma oposição interna da democracia-cristã, que se manifestou em alguns momentos dos trabalhos da Comissão e ainda persiste nesta sessão.

Me pergunto, então: diante de tais resultados, diante do trabalho desenvolvido num confronto real, e positivo sob muitos aspectos, não teria sido melhor, tanto nesse caso como no de outras providências examinadas pelo Parlamento nesse período, um confronto preliminar com o Partido Comunista, que é a principal força de oposição? Não teria sido mais útil um entendimento com as organizações de trabalhadores, ao invés dos infundáveis encontros

com as federações, que eram seguidos de golpes de mão e medidas negativas; ao invés das discussões genéricas sobre os princípios da reforma, enquanto em outro centro de poder promulgava-se um decreto-lei hostil ou frustrante em relação à mesma? Não teria sido também mais sereno e conseqüente um encontro com as categorias sanitárias para debater o decreto-lei, ao invés de se proclamar severas medidas de redução de ganhos, suscitar reações corporativistas e greves impopulares, trocar insultos pouco edificantes e, afinal, empreender retiradas inglórias e ceder com emendas piores, como as introduzidas em diversos artigos?

Seja como for, o decreto-lei sai da Comissão de Saúde substancialmente melhorado em relação ao texto original. A propósito, quero citar, conforme o atual número do cotidiano da democracia-cristã, que publicou um comunicado do grupo do Partido Comunista, sem citar a fonte, os elementos de melhoria trazidos ao texto do governo: 1. Decisão sobre a dissolução de todas as mútuas e a passagem de suas funções ao Estado e às regiões. Foi estabelecida para esse fim a nomeação dos comissários dentro de um ano e foi fixado o prazo obrigatório de 1.º de julho de 1977 para a finalização da operação. 2. Esforço para o replanejamento dos débitos das prefeituras, além dos das mútuas, para os hospitais. 3. Reavaliação anual das somas que o Estado destina às regiões para a assistência hospitalar, de modo a impedir que os déficits posteriores dos hospitais desequilibrem os orçamentos regionais. 4. Redução, de 4.400 para 3.300 libras, na contribuição dos artesãos e comerciantes para a assistência sanitária e, no caso de seus familiares, de 4.400 a 1.650 libras. 5. Ampliação das funções das regiões no disciplinamento da atividade dos hospitais e das clínicas universitárias. 6. Diferenciação nas remunerações hospitalares para favorecer os médicos de tempo integral. 7. Criação de uma comissão de peritos, com a participação do diretor do Instituto Superior de Saúde e com o parecer do Conselho Superior de Saúde, para a revisão dos prontosuários farmacêuticos.

Detenho-me apenas no primeiro ponto, que é o mais significativo para nós. Gostaria de defender a proposta, que prega a necessidade da dissolução das mútuas, da acusação segundo a qual ela derivaria de uma nossa atitude punitiva, não se compreende bem contra que. As mútuas têm uma história, corresponderam a exigências de associação e de solidariedade: acusar-nos de ter, em relação a elas, uma atitude punitiva equivale quase a nos acusar de matricídio, desde que nós, como movimento operário, como movimento dos trabalhadores, também somos filhos dessa histó-

ria, das primeiras sociedades de socorro mútuo, da sua matriz democrática e solidária.

Quem puniu essa forma associativa dos trabalhadores foi o fascismo, que suprimiu seu caráter democrático, e a democracia-cristã, que nela introduziu o caráter clientelar. Hoje queremos que as velhas formas de associação democrática, de presença dos trabalhadores na tutela sanitária, exprimam-se não mais ao nível de categoria, de corpo particular, mas ao novo nível estatal, ao nível público geral, não apenas como autodefesa de cada grupo de trabalhadores, mas também como identificação entre as necessidades de tutela da saúde e de poder das classes trabalhadoras e as necessidades gerais do país. Isso significa soldar o movimento das classes trabalhadoras aos interesses de todo o país, como destacou também o honorável Signorile em sua intervenção.

Atitude punitiva contra quem? Certamente não contra as mútuas, por sua história, por seus aspectos positivos no passado. Certamente não contra a categoria de trabalhadores autônomos que têm mútuas diferentes daquelas dos trabalhadores dependentes, como os agricultores diretos. Direi que a democracia-cristã e a política governamental é que punem essas categorias com uma assistência inferior à dos trabalhadores dependentes; pune-os pela confiança que tiveram na democracia-cristã, que atualmente vacila, enquanto que nós queremos que os trabalhadores autônomos tenham uma assistência igual e direitos iguais aos de todos os outros trabalhadores.

Atitude punitiva contra quem? Contra os funcionários, empregados, médicos e administradores das entidades mutuárias? Na realidade, nada é mais punitivo, se se quer dar um sentido ao trabalho humano, ao trabalho de todo homem, do que constranger — como se faz atualmente — funcionários, médicos, administradores e empregados a girarem nas engrenagens gastas e vazias, mesmo que, às vezes, suas frustrações de trabalho sejam compensadas por ganhos desmedidos.

É esse o sentido da nossa posição em relação aos médicos. Certamente há diferenças de vencimentos, de posição, de colocação sindical e política entre os médicos. Entretanto, há algo em comum, e é o fato de que, hoje, o trabalho do médico — salvo para alguns — é, ao mesmo tempo, um trabalho burocratizado e alienado. Isso é verdade; mas o trabalho médico é burocratizado e alienado, antes de mais nada, porque essa sociedade é baseada na exploração do homem, na degradação do ambiente, provoca uma alta incidência de fatores patogênicos, gera fenômenos de morbidade frente aos quais a medicina e também o trabalho do médico

revelam-se impotentes. E é essa impotência da atividade específica, preventiva e terapêutica do médico que gera a burocratização e a alienação, agravada pelo sistema de poder clientelar, construído em toda a rede de assistência sanitária.

É preciso dizer claramente que as ordens profissionais e uma parte dos sindicatos médicos (não todos) estão mais preocupados em elevar os ganhos do que em dar fim a essa frustração e requalificar cultural, profissional e socialmente a atividade dos médicos. Gostaria também de dizer que, em diversas intervenções ouvidas nesta sessão, o elemento predominante, e até exclusivo daquele *slogan* no qual por longo tempo se resumiu o conjunto das reivindicações dos médicos, definido com a sigla DDT, *dignità, decoro, tariffe* (dignidade, decência, honorários), tem sido o T. Naturalmente, isso tem esmagado todo o resto; e, em troca de honorários amiúde mais elevados, os médicos perderam notavelmente em dignidade, em decência e em capacidade profissional. Nós, ao contrário, queremos requalificar a atividade dos médicos como uma função pública, como valorização das competências, como aproximação dos interesses não apenas de cada indivíduo, mas também da coletividade nacional.

Na luta para modificar esse decreto, obtivemos um resultado relevante, no conjunto. Gostaria também de dizer que a próxima, futura, eventual, iminente, pré-anunciada — mas até hoje, 10 de agosto, não realizada — apresentação do projeto de lei governamental sobre a reforma sanitária, representa um resultado não só de um esforço de muitos anos do Partido Comunista e do movimento operário, mas também da luta travada nessas últimas semanas em torno desse decreto-lei. Em contrapartida, parece que o ministro Vittorino Colombo, em artigo escrito no *Poppolo* de 1.º de agosto, remete todo mérito à maioria; o mesmo Vittorino Colombo que deu provas de muita tenacidade vencendo resistências internas da maioria e do governo à apresentação do projeto de lei. E afirma que a democracia-cristã quis essa reforma com muita firmeza. Não contarei de novo a história dessa pretensa firme vontade, mas acredito que, pelo menos, se deve reconhecer que uma vontade um pouco mais firme, tenaz e obstinada tem sido mostrada, há dez ou quinze anos, pelo Partido Comunista, por outras forças da esquerda e pelo movimento dos trabalhadores, que obrigaram a democracia-cristã, finalmente, a se descobrir e apresentar um projeto de reforma.

Por esse projeto, quando conhecido, avaliaremos atentamente o resto. Avaliaremos as finalidades que, em muitos aspectos gerais, ao que me parece, poderemos compartilhar amplamente; ava-

liaremos as divergências sobre as formas concretas da nova organização sanitária proposta, desvendaremos os ardis que parecem aflorar em muitos artigos do projeto e se disseminarão no decorrer de todo o trâmite legislativo: criticaremos as excessivas delegações — 24 em 50 artigos, se não me engano — que uma vez mais transformam um ato tão obrigatório da vontade do Parlamento e do país num encargo indefinido dado ao governo para decidir fora do controle democrático, segundo a vontade da maioria.

Sublinhei os aspectos positivos. O honorável Signorile admirou-se porque mantemos nossa oposição.

O ponto principal de divergência é o seguinte: com esse decreto-lei vós impusestes e quereis manter, indefinidamente, um novo ônus sobre a contribuição dos trabalhadores. Além das taxas previdenciárias que os trabalhadores italianos já pagam e que são as mais altas da Europa; além do encargo que criastes esta semana, com os decretos sobre contribuições e sobre despesas dos trabalhadores italianos; além da rápida inflação que está corroendo extremamente o poder aquisitivo dos salários e das pensões, impusestes um ônus crescente à saúde financiada pelas contribuições. Esse ônus foi calculado, no primeiro ano, em 475 bilhões para os trabalhadores dependentes e em algumas dezenas de milhões para os trabalhadores autônomos. Isso certamente crescerá em números absolutos, porque é um ônus proporcional à contribuição. Para avaliar o ritmo desse crescimento, basta considerar que o INAM recebeu contribuições previdenciárias dos trabalhadores dependentes no valor de 1 trilhão, em 1961, e de 1,9 trilhão, em 1970. Em quatro anos, essas contribuições aumentaram quase o dobro. O novo ônus que impusestes atualmente não tem prazo temporal.

Esse novo tributo, que prejudica os trabalhadores, foi imposto em oposição à vontade claramente manifesta dos sindicatos; em oposição ao parecer expresso por unanimidade pela Comissão do Trabalho da Câmara dos Deputados, do qual o governo e a maioria não tomaram conhecimento; em oposição à vontade expressa de passar, com a reforma, à fiscalização dos impostos destinados à assistência sanitária, ainda mais problematizada por esse imposto adicional: de fato, quando, no âmbito de um sistema de assistência sanitária já hoje em grande parte baseado em contribuições previdenciárias, aumenta-se o peso dessas contribuições em relação ao financiamento estatal, torna-se mais difícil encontrar, no futuro, entradas substitutivas no orçamento do Estado ou em outras formas de taxas e impostos.

Esse ônus também contrasta com a reforma do sistema de pensões que o governo está empenhado em realizar, porque as entradas têm a mesma origem e não se pode continuar a gravar com tributos adicionais as contribuições previdenciárias; enfim, está em explícito conflito — constitui uma espécie de declaração de guerra preventiva — com as justas exigências de adequação salarial renunciadas pelo retorno das férias coletivas da massa trabalhadora, que encontrará um patronato que já hoje apresenta a tese do custo crescente e geral do trabalho como álibi contra os aumentos. O patronato se oporá, pois, com mais um argumento às reivindicações de melhorias salariais dos trabalhadores. Seria preciso acrescentar, a essas observações, a avaliação negativa dos reflexos gerais que essa operação pode ter sobre a economia geral do país.

Substancialmente, é esse o sentido classista do procedimento. Portanto, o que admira não é nossa oposição, mas a atitude do Partido Socialista Italiano que, em outros pontos do decreto mostrou-se extremamente aberto e sensível às possibilidades de acordo com as propostas do grupo comunista e com as inovações reformadoras, mas neste ponto mostrou-se, ao contrário, um firme aliado da democracia-cristã, insensível a qualquer melhoria.

Pedem sacrifícios aos trabalhadores, mas em troca de quais certezas?

Antes de mais nada, no plano econômico. Com esse decreto, foi acionado um mecanismo que, se não for rapidamente substituído por um serviço sanitário unitário e por uma obra de prevenção comprometida e frutífera, pode perpetuar e agigantar o déficit dos hospitais e de toda a saúde pública. Foram postos obstáculos e limites às atividades de diversas organizações sanitárias e de muitos funcionários sanitários: isso pode constituir um dos aspectos positivos das propostas, se entendido como freio às despesas excessivas, mas pode vir a ser paralisador, se não for seguido pela reforma sanitária em curto prazo. Deslocaram para os hospitais, ou seja, para curas mais caras, aquilo que se define como fácil recurso aos serviços, ou seja, o incentivo aos gastos sanitários supérfluos que condenamos, que queremos corrigir, impedindo, por exemplo, a maléfica publicidade dos remédios e a proliferação dos produtos farmacêuticos, impedindo as consultas desnecessárias ou apenas formais.

A respeito do problema hospitalar, ouvi do honorável Nicolazzi a apresentação do projeto de lei do partido Social-Democrata que propõe, ao invés de um plano sanitário, um plano de construções hospitalares. Certamente elas são necessárias em muitas regiões

do Mezzogiorno, desprovidas de hospitais, mas decerto não na totalidade do país. Este país está se tornando o mais hospitalizado da Europa, e o partido Social-Democrata repete, um tanto maquinalmente, um *slogan* eleitoral que, se bem me lembro, foi cunhado em 1963, e que dizia que cada italiano precisa de uma casa, de uma escola e de um leito de hospital. Era, na verdade, um *slogan* um tanto estranho: tudo bem quanto à casa e à escola, mas o leito de hospital é dispensável.

Na verdade, diante de uma média de 9,8 leitos hospitalares por cada mil habitantes na Comunidade Econômica Européia, estamos num nível médio bastante superior: 10,07 por mil; estamos num nível superior ao da Inglaterra, que registra 9,6 por mil; quase o dobro em relação à Holanda, com 5,2 por mil; superior à Bélgica (7,9 por mil) e superior à Dinamarca (8,7 por mil). Se tivéssemos pelo menos uma assistência hospitalar de bom nível! Pelo contrário, temos o mais longo prazo de internação (16-18 dias de internação média, um terço dos quais, pelo menos, dedicado a longas esperas de diagnósticos, com grande perda econômica e de tempo). Em 1973, tivemos na Itália mais de 9 milhões e meio de diárias de internação, enquanto a França registrou 6 milhões. O custo diário da internação passou de 5.861 liras, em 1967, para 15.997, em 1972, e para mais de 22 mil liras atuais, ou seja, o custo de um hotel de luxo, mas com todo o desconforto que devem sofrer particularmente os trabalhadores mal internados e mal assistidos.

Perguntamo-nos então: como pretender conter essa despesa? Quando foi estabelecido o conceito de que o hospital é um negócio, chegou-se a situações paradoxais, incríveis.

Houve até um prefeito de um município que, baseando-se na idéia de que um hospital é um negócio e, portanto, seus ganhos são tanto maiores quanto mais numerosos forem os mutuários assistidos, publicou um manifesto à população no qual anunciava, triunfalmente, que seu hospital, partindo de 26 mil diárias de internação anuais, atingira, naquele ano, 50 mil internações. Tratava-se de um consórcio industrial que propusera, aos hospitais de Salerno, créditos, consultoria empresarial, *leasing*, sob a condição de que eles se empenhassem em aumentar as internações para um mínimo obrigatório de 636 mil por ano.

Ora, tenho lido com interesse as cifras citadas pelo honorável Vittorino Colombo, que previu o montante da futura despesa sanitária italiana, ano a ano, em bilhões, milhões e até em liras. Não sei se ele havia firmado um pacto de não-agressão com os micróbios, porque só assim haveria possibilidade real de prever a des-

pesa sanitária com tanta precisão. Mas, decerto, os administradores hospitalares fazem pactos de aliança com as doenças.

Portanto, estão sendo criados novos desperdícios, novas despesas não controladas, sem que sejam cortados os velhos desperdícios; sem, por exemplo, que se obrigue a indústria farmacêutica a reduzir seus lucros ou a pagar seus débitos.

A companheira Carmen Quagliotti Casapieri, com efeito, inquiriu o ministro para saber como a indústria ainda não havia pago os mais de 400 bilhões de débito para com a coletividade pelos descontos de lei concedidos às mútuas. A essa pergunta foi dada uma resposta “confindustrial”, segundo a qual a indústria teria pago apenas 255 bilhões em 401; mas o ministro da Saúde ainda não respondeu à pergunta.

São esses os riscos criados pelo decreto, no plano sanitário e no plano econômico. No plano institucional e político, enfim, a maioria e o governo rejeitaram a única medida correta, a ser adotada pelo Parlamento para garantir, de maneira inequívoca, a dissolução das mútuas; ou seja, a decisão, no contexto do decreto, de proceder à liquidação dessas entidades, enumerando-as de modo exato e de ver depois, naturalmente, o tempo e as medidas técnicas necessárias para a passagem das competências. Uma fase necessária é a de transferência da rede ambulatorial e de outras estruturas sanitárias às regiões, as quais, obviamente, deverão ser preparadas para essa operação, evitando-se atribuir-lhes uma massa de atividades sanitárias para a qual, atualmente, estão despreparadas sob muitos aspectos. Decerto, queremos evitar o risco de um esvaziamento da atividade sanitária, que atingiria gravemente os cidadãos e os trabalhadores italianos.

Essa proposta de dissolução das mútuas, no contexto do decreto, foi rejeitada e substituída por um sistema de obrigações e prazos — que consideramos, de maneira geral, positivo em relação à anterior recusa de examinar a possibilidade de dissolução das mútuas. Mas no artigo proposto pela maioria, a liquidação, a extinção das mútuas torna-se o último ato de um longo processo, com o risco — do qual os senhores mesmos se dão conta, colegas da maioria, que querem a reforma sanitária — de que nesta sessão e na clientela mutuária apareçam crescentes resistências, armadilhas e adiamentos, que prevaleça a arte do não fazer, na qual a democracia-cristã e o governo de centro-esquerda já são mestres, porque a experimentaram em muitos campos.

Essa é a principal razão que faz com que não nos sintamos suficientemente garantidos pelo decreto-lei. De resto, certamente não surgiu, no caso do decreto, uma vontade política reformadora por

parte do governo e nem uma linha unitária que possa dar garantias, nem atenuar nossa oposição; ao contrário, surgiu a vontade oposta.

De qualquer forma, há pontos de encontro e também sensíveis afastamentos, êxitos que consideramos não só nossos, mas de todas as forças renovadoras que, nessa circunstância, se moveram por iniciativa da oposição, e também no seio da maioria e no governo.

Nesse período, abriram-se perspectivas melhores na política sanitária, e foram assumidos compromissos formalmente categóricos. Nós estaremos vigilantes, sem esperar os últimos dias dos prazos estabelecidos; pelo contrário, desde já convocamos à iniciativa as forças sociais, as classes trabalhadoras, as próprias administrações interessadas numa maior funcionalidade do Serviço Sanitário; convocamos as categorias sanitárias que, através da reforma, podem entrever uma possibilidade de requalificação cultural e profissional; convocamos as regiões e as entidades territoriais para as quais não basta reivindicar ou atribuir poderes: devem, antes, aparelhar-se técnica, científica e funcionalmente, para depois exercer as tarefas e as funções que acreditamos ser sua atribuição, com plena correção e plena democracia.

OS MÉDICOS E A REFORMA*

1. Gostaria de partir da seguinte constatação: o momento atual da medicina e da saúde italianas representa uma ocasião histórica, que talvez não se repita, para enfrentarmos em termos positivos a questão da saúde dos italianos e para recompor, em termos frutíferos, uma colaboração entre os protagonistas da luta pelo bem-estar psíquico e físico: a população, os trabalhadores e aqueles que operam profissionalmente no campo sanitário, como médicos, como técnicos ou como administradores. Ou seja, uma ocasião para passar de uma fase de separação (no melhor dos casos) ou, mais freqüentemente, de antagonismo, a uma fase de eficaz sinergismo.

Desde ontem, por decisão do Parlamento, as funções das mútuas foram transferidas para as regiões. Ainda não é a reforma sanitária, mas ela se acelera e torna-se afinal, irreversível; podemos encaminhar rapidamente o processo de unificação dos serviços e da assistência. Entre outros tantos, este é um sinal de que a sociedade italiana, em meio a muitos contrastes e risco de regressão, progride essencialmente devido ao mérito dos trabalhadores e da unidade entre os partidos democráticos.

A decretada dissolução das mútuas encerra um longo ciclo histórico. Para construí-las, os trabalhadores empregaram mais de cem anos, desde que os tipógrafos milaneses se associaram, em 1804, para remediar os males que afligiam os operários “nas circunstâncias de doença, de cronicidade e de suspensão do trabalho”, até a decisão do Congresso Católico de Veneza, em 1874, de solicitar a criação de associações de socorro mútuo entre os operá-

* Exposição apresentada no Encontro *I medici e la riforma sanitaria*, promovido pelo PCI, em Roma (Teatro Central), 2-3 de julho de 1977.

rios católicos e até o fecundo laço entre a difusão da mutualidade voluntária e o surgimento do partido dos trabalhadores italianos, em 1892.

Mais de um século para construí-las; depois, vinte anos para sujeitá-las ao poder do fascismo e trinta anos para corrompê-las, durante os governos da democracia-cristã. As mútuas, quando surgiram por associação espontânea dos trabalhadores, além dos méritos da democracia, do respeito aos sócios e da eficiência, tinham o defeito de proteger apenas as categorias industriais mais fortes. Eram quase ausentes, sobretudo no campo e no Mezzogiorno. A transformação em seguro social obrigatório permitiu estender gradualmente a assistência à doença, ainda que de má qualidade, a todos os trabalhadores e a todas as regiões: progresso substancial e inegável. Quando nos perguntamos por que o fascismo e, de maneira diversa, a democracia-cristã, suscitaram consensos de massa, devemos ver sempre, junto ao peso da prepotência estatal, também o resultado de uma política social voltada para a satisfação das reais exigências do povo, ainda que de maneira distorcida.

Entretanto, a sujeição e a corrupção gradualmente esvaziaram a mutualidade, não apenas de sua vitalidade democrática, mas também de sua eficácia sanitária. Obviamente, não podemos atribuir nenhuma culpa às mútuas; e afinal, a 'sociedade do mal-estar' não existe apenas na Itália. Em 1967, D. D. Rutstein publicou nos EUA o livro *The coming revolution in medicine* (A próxima revolução na medicina), no qual se afirmava que

há cerca de vinte anos nossa saúde não conhece progressos e, estranhamente, isso coincide com uma enorme expansão dos programas de pesquisa científica no campo médico (...) essa experiência comum constitui o paradoxo da medicina moderna.

A exacerbação da cirurgia até os mais arriscados transplantes, a difusão dos remédios até a disseminação de doenças iatrogênicas (de origem médica), a multiplicação dos tratamentos e das internações não conseguiram, de fato, compensar a crescente nocividade do ambiente, a exploração 'científica' do trabalho, a desumanidade das relações sociais. A duração média da vida estacionou nos EUA e na Itália, e a morbidade é variável só porque algumas doenças se atenuam e outras se agravam, não devido a uma melhoria global da saúde.

A ocasião histórica de que falei no início deriva, pois, da contemporaneidade do encaminhamento da reforma sanitária e da

crise, entre as mais graves da sua história, que a medicina atravessou: crise em todos os países e, particularmente, na Itália.

2. Obviamente somos contrários — o PCI e *L'Unità* que, mesmo não tendo poupado críticas, sempre fizeram essa distinção — a imputar todos os males da medicina aos médicos, como fazem outros partidos e outros jornais, com o objetivo manifesto de absorver os governantes e as classes dominantes de suas responsabilidades primárias. Contudo, devemos olhar a realidade de frente: essa realidade nos diz que, provavelmente, nunca houve uma tão profunda decadência na atividade médica, antes de mais nada devido à regressão das suas funções essenciais (combater e prevenir as doenças), em secundariamente devido à queda de seu prestígio aos olhos da grande massa da população.

Talvez o único exemplo que temos, remontando a história, seja o do século XVII, tão precisa e pungentemente ilustrado pelas comédias de Molière *O médico forçado* e *O doente imaginário*. Mas se nos perguntarmos porque, no século XVII, houve essa representação tão satírica e tão destrutiva da atividade médica, podemos responder que isso não parece ser devido ao nível da profissão nesse período. Em suma, esse nível não era certamente pior do que o da medicina do século XVI ou XV; ao contrário, houve algum progresso.

Essa imagem negativa da medicina do século XVII vinha do fato de que, naquele século, houve o surgimento da ciência moderna e que aí começam a se manifestar os embriões de um desenvolvimento histórico e cultural que teria depois, no século das Luzes e no século XIX, a sua maior expansão. Novas classes, novas idéias e conhecimentos, novas forças e novas exigências ganhavam a cena. Ora, frente a esse desenvolvimento da ciência e da sociedade, a medicina prática estagnou e, por isso, parecia profundamente atrasada; aqueles defeitos que antes não tinham surgido, porque também a sociedade e a ciência eram fechadas e conservadoras, tornaram-se notórios e manifestaram-se aos olhos de todos. Ou seja, a medicina ficou para trás diante dos desenvolvimentos da ciência e da sociedade.

Apenas dois séculos depois, já no XIX, a medicina tornou-se uma ciência e, ao mesmo tempo, uma atividade social de vanguarda. Alcançou novos marcos na tutela da saúde e no esclarecimento das consciências, dando também sua contribuição à transformação da sociedade como nunca o fizera em épocas anteriores e, devido a isso, conheceu sua mais alta fase de prestígio e de eficácia.

Depois, começam crescentes dificuldades, principalmente no

combate às doenças. Modificou-se o quadro nosológico, surgiram os limites da terapia e não era mais suficiente uma profilaxia específica (aquela especificada no fim do século passado e depois também usada frutiferamente neste século para algumas doenças, como último exemplo, a poliomielite). Manifestou-se a absoluta necessidade de uma profilaxia ambiental e social muito mais profunda, com outros protagonistas e métodos que não fossem apenas os da medicina e coincidissem com as exigências de transformações da economia, da sociedade e do Estado.

Manifestaram-se crescentes dificuldades até no diagnóstico das moléstias, pois a embriaguez terapêutica (também fruto de progressos reais, mas exacerbada pelas pressões do lucro e das deformações profissionais) fez com que se negligenciasse também o diagnóstico, antes considerado necessidade suprema do tratamento e então quase sempre ignorado e aviltado.

Foram recentemente publicados, pela revista *Recenti progressi in medicina* (Recentes progressos em medicina), os resultados de duas pesquisas, uma de 1974 e outra trinta anos anterior, com o cotejo de autópsias de mil cadáveres, no Policlínica de Roma: o resultado é que, em 1974, foi constatado 33% de erro entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico autóptico; mas o mais grave é que, em 1944, o percentual de erro era de 27%, sensivelmente inferior. Façamos, porém, um desconto, um desconto social alucinante: certamente aqueles mil cadáveres eram, na maioria, de gente pobre e o diagnóstico feito em pessoas pertencentes a classes sociais mais elevadas teria mais resultados exatos. Mas o resultado substancial é que, apesar do extraordinário progresso das tecnologias diagnósticas (também exacerbadas pela pressão industrial e profissional), não se consegue na averiguação das doenças uma maior precisão que no passado.

Lembremos que Ramazzini, em seu texto sobre as doenças dos trabalhadores, examinou ponto por ponto a patologia de cada ofício. Curiosamente, há também um capítulo sobre as doenças dos coveiros, no qual ele escreve que esse é um dos trabalhos mais malsãos: “a sorte do coveiro é se lamentar, pois não vi nenhum coveiro ficar velho”, e conclui:

é preciso velar pela saúde dos coveiros e é justíssimo que a medicina preste algum serviço aos homens que lhe conservam a dignidade, enterrando, com os cadáveres, os erros dos médicos...

Hoje, infelizmente, o anátomo-patologista sucedeu o coveiro e, por isso, os erros às vezes vêm à luz. Os anátomo-patologistas tam-

bém trabalham no exterior, não apenas na Itália, e os dados não são muito melhores. Estatísticas do Hospital de Birmingham mostram que, entre 1959 e 1972, não houve progressos na precisão diagnóstica; em Massachusetts, entre 1922 e 1962, essa exatidão piorou. E falemos mal, uma vez apenas, da Suécia: no Hospital Universitário de Estocolmo, as necrópsias revelaram uma taxa de erro de 30%. Esses fatos demonstram que a crise da medicina, com certeza, é muito ampla em todos os países.

3. A questão atual é a seguinte: é possível que a medicina, que a organização e a política sanitária assumam de novo o papel positivo e de proa que tiveram em outros períodos da história, hoje, quando os limites do conhecimento das doenças e os limites da salubridade do indivíduo são mais passíveis de serem atingidos do que no passado? O conhecimento é possível devido aos extraordinários progressos, nas últimas décadas, de todas as ciências de base; podemos atingir a salubridade com a participação popular na tutela da saúde, que é o fato novo mais relevante da nossa época e que, principalmente na Itália, tem uma de suas pontas mais avançadas e desenvolvidas.

O que torna a Itália sanitária diferente dos EUA, da Inglaterra e da França é, em primeiro lugar, que “a questão é bem mais ampla e mais grave, pois junto a nós predominam enfermidades, ambientes e desequilíbrios fisiológicos que aquelas nações não conhecem mais”: assim dizia Luigi Devoto, em 1901, inaugurando, em Milão, o curso de Clínica do Trabalho; ainda hoje isso é verdade. Além disso, são o desequilíbrio econômico, a decadência científica e a corrupção moral que permeiam quase todas atividades sanitárias e que, através dela, difundem-se em todas as instituições sociais e até nos comportamentos individuais. Mas é também a amplitude e a profundidade — que não têm similares em nenhum outro país capitalista — dos movimentos populares e intelectuais pela prevenção das doenças e pela reforma dos serviços sanitários, em curso em nosso país, há dez ou quinze anos.

Esses movimentos conhecem pausas, vazios, dificuldades. Mas reflitamos sobre seu significado. Em uma sociedade onde predomina a exploração do trabalho, o esbanjamento de recursos e a destruição do ambiente, em que crescem episódios de violência, ódio e desagregação, a saúde se torna base de ação coletiva, de solidariedade humana, de impulso para melhorar a qualidade de vida nas fábricas, nas cidades e no campo. Quando um grupo de operários impõe uma redução da toxicidade ambiental, quando uma escola permite recuperar uma criança deficiente, quando uma comunidade acolhe um interno do manicômio, quando um bairro

conquista um espaço verde, isso não significa apenas mais saúde; implica também na afirmação de valores morais mais elevados, de uma igualdade mais substancial entre os cidadãos, de uma democracia que se enraíza na experiência cotidiana, de uma participação popular nas grandes opções da ciência.

Não creio que a grande maioria dos médicos italianos seja consciente e participe dessas transformações. E devemos constatar que, em muitos movimentos pelo progresso sanitário e em muitas experiências de participação popular, eficazes ou distorcidas, na luta pela saúde, tende-se cada vez mais a excluir os médicos.

Nós rejeitamos essa tendência, mas devemos registrá-la. Refiro-me a experiências positivas, como a dos trabalhadores que, nas fábricas, nem sempre requerem, por protesto legítimo ou por desconfiança enraizada, a contribuição qualificada, profissional e apaixonada dos sanitaristas. Refiro-me à experiência do movimento feminino e feminista, no qual a justa tendência à reapropriação da própria existência, à tutela da própria saúde e do próprio corpo, muito freqüentemente se manifestam como uma linha separatista, não apenas política mas também cientificamente; manifesta-se como impulso minimizador da medicina, partindo de uma justa crítica daquilo que ela tem representado de opressivo em relação à mulher, mas ignorando o que ela representou ou pode representar como função libertadora.

Se nesses casos há um movimento emancipador que critica (às vezes de forma excessiva ou destrutiva) a medicina existente, mas que, de alguma maneira, solicita a reconstrução de uma política sanitária em bases mais modernas e democráticas, outras experiências têm quase que exclusivamente conotações regressivas. Refiro-me, por exemplo, ao *boom* dos charlatães, que não são mais os curandeiros populares que podiam transmitir a medicina tradicional, mas trapaceiros modernos que usam os *mass media*, as *public relations* e as técnicas persuasivas da indústria. Aspectos similares vêm assumindo a venda de produtos autodiagnósticos, de instrumentos médicos para uso comum e amiúde de livros e revistas que, ao invés de desenvolver uma obra de educação sanitária, distorcem o conhecimento científico, estimulam o “Faça você mesmo” de modo individualista e distanciam os cidadãos do caminho essencial para combater as doenças: a luta social pela prevenção.

4. Devemos partir dessa realidade. Não queremos excluir a ciência e a atividade médica, nem a contribuição das profissões técnicas e de enfermagem da tutela da saúde. Mas para inseri-las efi-

cientemente é preciso transformar tanto a função do médico quanto a do sistema sanitário.

Isso é possível, Certamente é difícil, muito difícil, porque são profundos os desgastes produzidos nas últimas décadas. Por isso, o esforço de todos deve ser extraordinário. Como em todo momento de crise e de mudança da perspectiva histórica, procuramos nos orientar interrogando o passado, para ver que referências, se não que exemplos, podemos ter para hoje.

Entre as leituras que fiz para preparar este relatório, gostaria de mencionar três contribuições.

Uma é o livro publicado em 1976, na Inglaterra, por um autor italiano, Carlo M. Cipolla, historiador de economia que agora se dedica à história da saúde: *Public Health and the Medical Profession in the Renaissance*. Ele demonstra que, ao contrário do que está escrito em todos os tratados dos quais deriva a moderna saúde pública inglesa do século XIX, esta teve origem nas comunas italianas livres, como forma de colaboração entre elas e os médicos de extraordinário interesse científico e político. Depois ocorreu o sufocamento das comunas livres, veio a decadência da Itália, posterior também a um equilíbrio das forças que (diríamos hoje) não encontraram um acordo programático entre si. E sobreveio uma profunda decadência da profissão médica, da atividade sanitária e do nível de saúde das populações.

O segundo exemplo é um ensaio ainda não publicado de Luisa Dodi, discípula do historiador Della Perutta, intitulado *Medici e mondo del lavoro tra l'800 e il'900* (Os médicos e o mundo do trabalho entre 1800 e 1900). A autora demonstra com grande clareza que existia uma extraordinária colaboração, nas últimas décadas do século passado e no primeiro decênio deste século, entre os médicos (especialmente nas regiões do norte), as populações e as organizações sindicais; e lembra que muitos médicos, mesmo aqueles que hoje chamamos de 'barões', médicos de funções e qualificação mais elevadas, eram muito sensíveis às exigências populares. Lembra que o fundador da Clínica do Trabalho, de Milão, Luigi Devoto, estimulava os médicos a se interessarem pelas condições das classes populares, afirmando que não pode ser um médico completo quem não sente e não vê as relações mais amplas, quem apenas vê e sente o interesse do caso clínico e a relação da medicina individual e é surdo às interferências sociais e aos sofrimentos que existiram, existem e existirão. Essa experiência também foi sufocada pela repressão ao movimento operário, durante o fascismo, e pela sujeição da profissão médica aos interesses do poder e das classes dominantes.

O terceiro exemplo é um livro inglês intitulado *The battle against bacteria*, de Peter Baldry, recentemente publicado, no qual, entre as batalhas contra as bactérias, recorda-se uma experiência científica 'incompleta', ou seja, a descoberta feita em 1945 por um higienista de Cagliari, Brotzu, que também foi prefeito e presidente da região (democrata-cristão). Ele percebeu que na zona de escoamento dos esgotos no mar, ao invés de haver, como se pensava logicamente, uma extraordinária proliferação de micróbios, havia colônias de bactérias em número bastante reduzido. Pesquisando que fator — estimulado a isso pela descoberta e pelo uso da penicilina — poderia impedir essa proliferação microbiana, viu que se tratava de cefalosporinas. Dirigiu-se, então, ao Ministério da Saúde, ao Instituto Superior da Saúde, à indústria farmacêutica italiana, bateu em todas as portas e encontrou-as fechadas. Felizmente, um colega inglês, a quem mandara uma cópia do seu trabalho, deu-se conta da possível importância da descoberta. Houve mais pesquisas, aplicações, prêmios Nobel, desenvolvimento de indústrias, bem-estar econômico e sanitário em decorrência dessa nova linha de produção de antibióticos identificada por ele. Mas na Itália, para sufocar essa possibilidade de desenvolvimento científico, econômico e sanitário, erigiu-se um muro de incompreensão e de silêncio.

Concluindo, com base nessas experiências: como podemos ver a superação da crise da medicina atual? Ou seja, como podemos sair dessa época, das mais sombrias da profissão médica e da saúde pública?

Chegou o momento de estabelecer uma coligação orgânica entre as forças profissionais da medicina, livremente organizadas nos seus sindicatos, as prefeituras, hoje mais disponíveis e mais fortalecidas devido às funções assumidas pelas regiões, o movimento dos trabalhadores e dos cidadãos, as instituições formativas e científicas. Em cada um desses centros foram realizadas experiências positivas, mas devemos agora multiplicar sua eficácia, em uma situação da sociedade italiana na qual há riscos de retrocesso, mas também uma notável positividade.

Nesse quadrado, em cujos lados, podemos ver, respectivamente, as forças sanitárias, as administrações locais e regionais, o movimento dos trabalhadores e dos cidadãos e os progressos do conhecimento e das aplicações científicas, há um risco evidente de que cada um permaneça fechado no próprio ângulo, quando, ao contrário, devem estabelecer entre si inúmeras pontes e passagens, transformando cada uma dessas forças em um fator coordenado da luta pela saúde.

A situação é fluída e contraditória: morbidade estacionária ou agravada; organização sanitária desequilibrada; consciência coletiva e lutas pela saúde crescentes. Qual dessas tendências conflitantes prevalecerá? A ação reformadora conseguiu agora, com a decisão de dissolver as mútuas, um importante ponto a seu favor. Isso se deve à pressão dos cidadãos, dos sindicatos e das administrações locais; e foi possível, devemos dizê-lo, contra qualquer sectarismo e ceticismo, graças aos resultados eleitorais de 20 de junho de 1976 e ao clima político dos acordos programáticos entre o PCI, o PSI, a DC e outros partidos.

Existe o risco de que, se a instituição do Serviço Sanitário Nacional não for aprovada, sejam transferidas para a periferia (regiões e prefeituras) peças gastas de uma máquina sanitária envelhecida. Do contrário, poderá haver rapidamente uma maior coordenação do equipamento, do pessoal e das atividades sanitárias; mas é preciso um ou dois anos para a implantação dos serviços unificados e será preciso que o governo, as regiões e as entidades locais se empenhem a fundo para que não haja, entretanto, algum vácuo assistencial. De outra maneira, os inimigos de qualquer reforma terão fáceis argumentos e amplo consenso para impedir, nesse e em outros campos, a possibilidade que se apresenta. Serão necessários ainda mais anos para requalificar a atividade profissional dos sanitaristas, o funcionamento dos serviços, a atitude da população em relação à saúde e à medicina; e será ainda mais difícil prevenir as doenças que nascem de uma sociedade que oprime, explora e discrimina e que, por isso, é profundamente morbígena. Pensando bem, o principal dano produzido pelas mútuas foi ter escondido essa realidade, transformando um fenômeno social, a doença, em puro sofrimento individual, e criando mais frequentemente a ilusão da existência de um remédio terapêutico para cada mal. Agora será mais fácil para os trabalhadores e cidadãos verem o nexo doença-sociedade e lutarem pela salubridade do trabalho, do ambiente e das relações humanas. Essa poderá ser uma relevante contribuição à transformação do nosso país. E será mais fácil para a medicina ser, ao invés de desqualificada empresa mercantil, atividade humanitária voltada para o bem-estar dos indivíduos e para a transformação da sociedade.

OS ANOS DIFÍCEIS DA REFORMA SANITÁRIA

A SAÚDE NA CRISE DO WELFARE STATE

Premissa

Este texto é uma continuação, na argumentação e no tempo, de *Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del Servizio sanitario nazionale* (Uma reforma para a saúde. Trâmites e objetivos do Serviço Sanitário Nacional). Na ocasião, eu escrevi imediatamente após a aprovação da lei de reforma sanitária, de 23 de dezembro de 1978. Passados três anos, reúno formulações e polêmicas (inéditas ou já publicadas) desse período tumultuado, refletindo sobre as perspectivas da política sanitária.

Decerto não é consolador ter previsto, na declaração de voto à Câmara, de 16 de dezembro de 1978, as dificuldades que seriam criadas por uma lei “confiada a um governo que não reflete a maioria reformadora” e ter assinalado a ocorrência de “obstrucionismos e sabotagens, sob o risco de que a reforma sanitária se torne um inólcuro vazio, no interior do qual progrida a obra de destruição dos serviços existentes”. Aqui devemos talvez perguntar se foram cometidos erros na orientação e na atividade legislativa. Devemos, além disso, enquadrar o tema nas muitas novidades sobrevindas nesses anos: o crescente distanciamento entre os partidos, na política italiana; a crise do *Welfare State* em todo o Ocidente; a crítica, mas, sobretudo a persistência do modelo médico e da relação entre ciência e poder na sociedade capitalista.

Antes de ampliar o discurso e procurar motivações que vão muito além da paixão dos roedores pelo queijo (uma vez que a custódia da lei foi-lhes confiada), parece-me útil delinear as quatro fases dos ‘obstrucionismos e sabotagens’ passados, presentes e (receio) futuros:

a) *A fase dos atrasos.* Os prazos fixados pela lei, para execução governamental ou regional, são dilatados e, às vezes, ignorados, deixando a reforma a meio. A Lombardia e a Sicília, por exemplo, encaminharam a implantação das Unidades Sanitárias Locais dois ou três anos após o previsto. Em relação à saúde dos trabalhadores, o governo ainda não criou o Instituto Superior para Prevenção e Segurança do Trabalho (art. 23); e a obrigação de promulgar, até 31 de dezembro de 1979, “normas em matéria de higiene e segurança nos ambientes de trabalho e de vida” (art. 24), caiu no esquecimento.

b) *A fase das distorções.* Todos os elementos de ambivalência que existiam na lei, como resultado não apenas de acordos, mas de necessidades políticas, caminharam em sentido privatizante e centralizador. O decreto sobre o estado jurídico do pessoal (art. 47) e o convênio com os clínicos gerais, por exemplo, ampliaram os espaços profissionais-liberais no interior do serviço público; as normas relativas às instituições de asilo e cura de caráter científico (art. 42) foram usadas para subtrair às Unidades Sanitárias Locais hospitais bem dotados de patrimônios imobiliários (casas e terrenos) e muito pouco de laboratórios de pesquisa; o pessoal das corporações preventivas (ENPI e ANCC) foi relegado às dependências dos ministérios e forçado à inatividade, enquanto as USL arrastavam o andamento dessas diligências.

c) *A fase do machado e das guias.* Esta foi inaugurada com a lei orçamentária para 1982, com base em cujo texto “o setor da saúde acha-se pesadamente investido das providências de contenção de despesa pública. Pela primeira vez, desde a instituição do Fundo Sanitário Nacional, ele não será determinado com base nas previsões de despesa no setor, mas os níveis de despesa é que serão determinados com base nas disponibilidades financeiras que a complexa manobra econômica reserva à saúde”.¹ Essa operação está associada às guias de visitas médicas, de internações hospitalares e assistência especializada. De acordo com as piedosas intenções dos ministros proponentes, as medidas financeiras “serão acompanhadas por uma gestão psicológica desse tempo de sacrifício, baseada numa ampla e correta informação aos cidadãos sobre o alcance e os objetivos das medidas adotadas e, também, pela ratificação, sustentada por fatos significativos e politicamente relevantes, de que os princípios fundamentais da lei n.º 833 de 1978,

¹ *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982)*, Projeto de lei n.º 1583, Senado da República, anunciado a 30 de setembro de 1981, p. 15.

continuam válidos e que o processo de reforma não se detém, mas está ajustado às condições econômicas objetivas e modificadas do país”.²

d) *A fase da contra-reforma.* Esta já foi anunciada, por enquanto com prudência, pelos secretários dos dois partidos que aprovaram a lei: Piccoli e Craxi. Mas pode ser esse o inevitável desenlace da operação combinada de restrições à assistência e descrédito dos serviços. Até Guido Carli criticou tal operação: “permanecendo uma legislação como essa, a recusa em pagar agrava a crise das estruturas e difunde, nos cidadãos que a ele recorrem, a convicção da ineficiência do Estado: não porque qualquer coisa que ele faça seja necessariamente malfeita, mas porque a inadequação dos meios financeiros aos serviços a que todo cidadão tem direito diminui sua qualidade”.³ Permanecendo uma legislação como essa: aí está o dilema entre a destinação de meios suficientes e a revisão dos mecanismos da lei.

Mas, atenção: tais fases não podem ser comparadas a *um crime continuado*, tal como está definido no Código Penal: “mais ações ou preterições executivas de um mesmo desígnio criminoso”. Não são uma conspiração dos maus contra uma boa lei. Antes, são a expressão de uma crise que é similar em muitos países do mundo; e uma das maneiras possíveis (ou impossíveis) de superá-la.

Existe uma crise sanitária?

A interrogação é legítima. De fato, estatisticamente, as condições de saúde dos habitantes do planeta nunca foram tão boas como agora, em qualquer época da pré-história ou da história. Embora desigualmente distribuída, a salubridade é uma aquisição recente e, tudo somado, bastante difundida; a Organização Mundial da Saúde lançou recentemente uma campanha, *Saúde para todos no ano 2.000*, preñe de utopias, mas também de esperanças, até então quase impossíveis de formular.

Entretanto, nunca as doenças foram tão numerosas: porque a população aumentou e porque se entrelaçam novos e velhos fenômenos de morbidade. A verdadeira crise, por enquanto, não consiste na deterioração da saúde, mas: a) na diferenciação entre as possibilidades científicas e as reais condições da população; b) nos riscos de regressão, também esses sem precedentes na história

² Idem, 20.

³ G. Carli, “Andreatta con i conti in rosso”, in *La Repubblica*, 21/07/1981.

e na pré-história. Riscos repentinos (guerras) ou vagarosos (ambiente) para a vida e para a saúde; e riscos de perda das conquistas assistenciais gradualmente obtidas no último século. Esse último fenômeno tem raízes na situação atual da economia capitalista:

Fica difícil aumentar a taxa de exploração incrementando a produção de mais-valia absoluta. O maior desenvolvimento cultural e a organização das forças trabalhadoras não permitem o aumento da jornada nem a intensidade do trabalho, impedindo a redução dos salários. Em tais condições, o capital recorre ao desenvolvimento da tecnologia para obter um maior rendimento, e transfere para os países dependentes as indústrias que envolvem maiores riscos ambientais e requerem mais mão-de-obra, o que provoca redução de empregos e aumento da desocupação. Atua'mente, a necessidade de aumentar os investimentos para desenvolver a tecnologia impõe uma redução das despesas consideradas improdutivas, tais como serviços sociais e tratamentos médicos.⁴

Outros fenômenos associam-se a esse, fato pelo qual o campo sanitário apresenta os seguintes aspectos:

1. *Crise fiscal*: demanda crescente, com impossibilidade financeira de sustentá-la.

2. *Crise científica*: limites da concepção biologista na explicação e no enfrentamento do processo saúde-doença.

3. *Crise ético-social*: discriminação classista na distribuição dos serviços e mercantilização da prática médica.

4. *Crise institucional*: fragmentação e deterioração do sistema sanitário.⁵

É verdade que a palavra 'crise' simplifica excessivamente a realidade. Atualmente, há uma expansão, seja da economia ou do modelo médico, que cresceu na sociedade capitalista e que ainda tende a se difundir para novos países e novos setores da população; há, sobretudo, uma contínua reorganização, por influência das lutas sociais e dos progressos da ciência. Mas se a definição de *krisis* é aquela da antiga medicina grega, "escolha, decisão, fase decisiva de uma doença", este é o caso. A Alemanha Ocidental, por exemplo, teve o maior aumento das despesas sanitárias da Europa,

⁴ Conclusões dos Seminário de San Miguel Regla (México), do International Group for the Advanced Study of the Political Economy of Health, julho-agosto de 1981. O material básico será publicado no *International Journal of Health Services*. Será citado, doravante, como Seminário de San Miguel Regla.

⁵ Ibidem.

de 4% do produto nacional bruto, em 1960, aos 10% atuais. Todavia, agora ela se interroga a respeito da compatibilidade dessas despesas com o desenvolvimento da economia e, mais ainda, sobre sua eficácia *quoad valetudinem*: reconhece-se assim que mais valem as medidas de higiene e de prevenção para a saúde, quase ignoradas nos orçamentos estatais. A Grã-Bretanha, com o governo da senhora Thatcher, procurou comprimir as despesas sociais. Aí se conseguiu mais para a educação e menos para a saúde, devido à rigidez dos mecanismos financeiros, mas também porque o maior número de desocupados faz aumentar a carga do seguro-desemprego.

Substancialmente, nas décadas passadas, houve em quase toda parte um crescimento (ainda que desigual e precário) tanto do nível de saúde quanto da quantidade de atendimento médico. Agora, a *krisis* (escolha, decisão) ocorre entre a restrição e a requalificação; isto é, entre a supressão dos direitos que pareciam adquiridos para sempre e a transformação daquele 'modelo sanitário-ambiental' que parecia único e eterno. Pode ser útil observar como se tem vivido esse dilema em outros países do Ocidente, além da Itália.

As tendências nos Estados Unidos

O relatório sobre o estado sanitário dos EUA para o ano de 1979 começa com a seguinte frase: "A saúde do povo americano nunca esteve melhor".⁶ Embora países menos ricos tivessem índices de salubridade mais elevados, era verdade. Haviam contribuído para esse resultado: o progresso médico; as lutas sociais, que atenuaram o desnível de mortalidade entre as classes e as raças; a extensão dos serviços sociais, possibilitado pelo incremento produtivo e pela diminuição das despesas militares. Com Kennedy, 44% do orçamento estatal era destinado à defesa e 37% às despesas sociais.

Desenha-se agora uma nova inversão. Falam, impropriamente, de neoliberalismo, pois o deslocamento não é do público para o privado, mas do social para o militar. Não está em discussão a intervenção do governo na economia, mas quem deve beneficiar-

⁶ U.S. Department of Health, Education and Welfare, *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*, 1979, USGPO, Washington D.C. 1979. Ver também o comentário de Steen Lunde, "Health in the United States", in *The Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, janeiro de 1981, vol. 453, p. 28-69.

se dela.⁷ Nos próximos cinco anos, as despesas previstas para Defesa superam três trilhões de dólares, mais do que a soma gasta desde a Segunda Guerra Mundial até hoje: são, em grande parte, despesas constituídas pelas comissões estatais à indústria, na esperança de que sejam o veículo da inovação tecnológica e do impulso produtivo.

A administração Reagan destinou, a cada estado dos EUA, de 20 a 30% a menos para as despesas sociais, adotando o sistema dos *block grants*, dotações globais, que deixam aos estados não a decisão sobre o *se*, mas sobre *onde* cortar os serviços. O ministro da Saúde e Serviços Humanos, R. S. Schweiker, explicou com clareza quais os mecanismos políticos que se puseram em movimento. Primeiro: “todos os grupos de pressão que vinham a Washington e insistiam nos seus programas farão o mesmo para cada estado”. Segundo: “os estados, antes de gastar o dinheiro do *block grant*, devem tornar público um plano de despesa: ao ministério, ao Parlamento estatal e ao público. Assim darão às pessoas a possibilidade de comentar o plano e participar, em qualquer medida, das decisões políticas”.⁸ Ou seja, poderão escolher o tipo de assistência a suprimir.

A lei financeira italiana, propondo o corte dos fundos das USL, deixando as regiões ‘livres para decidir’ quais guias impor aos doentes, copiou, seis meses depois, o mesmo mecanismo: no período de expansão era o governo central que aumentava os financiamentos; em período recessivo, os poderes locais devem decidir as restrições e sofrer o choque do descontentamento popular. Nos EUA, o sistema dos *block grants* agora quer colocar as categorias assistidas umas contra as outras, numa ‘guerra de carências’ dilacerada por grupos, pelo estado, pela necessidade: ocupados contra desocupados, crianças contra velhos, brancos contra negros, mulheres contra homens, nativos contra imigrantes.⁹

Contam, evidentemente, com a dificuldade de organizar uma resposta política unitária, impedida pela dispersão organizativa dos

⁷ V. Navarro, “The Social Cost of National Security or Insecurity: An Analysis of Recent Events and Their Consequences for Public Health, in *American Journal of Public Health*, setembro de 1980, vol. 70, n.º 9, p. 961-3. Cf., também os outros artigos do mesmo fascículo, p. 949-61, sobre o mesmo argumento.

⁸ “What Reagan has in Mind for Welfare, Health Care”, in *U.S. News and World Report*, 27 de abril de 1981, p. 35-7.

⁹ Cf., por exemplo, com o *Status Report on the Impact on New York City of President Reagan Proposed Budget Cuts*, preparado pela Community Service Society, 28 de abril de 1981.

sujeitos atingidos ou pelo caráter dos partidos americanos. É cedo para avaliar como terminará a partida. Mas já foi observado, pelos próprios amigos do presidente, que a “segurança social constitui o calcanhar de Aquiles de Reagan e dos republicanos” e que isso poderia ser utilizado por seus adversários para ir à forra:

Os democratas dão sinais de lembrar a lição dos seus melhores dias, convencidos o bastante pelos impostos ou pela segurança social, de que são o partido que tem cuidado dos trabalhadores de renda fixa, dos viúvos e dos órfãos e que os republicanos são servos dos ricos. Não é um argumento sutil ou elevado, mas no passado funcionou. E (...) fornece o potencial para unificar a base das classes trabalhadoras além das barreiras raciais e ideológicas e para levar os democratas à vitória, agora e depois.¹⁰

Contudo, não é certo que o Partido Democrata tenha a força e a vontade para “unificar as classes trabalhadoras”. Sobretudo não existe a certeza de que o Estado e o cidadão americano possam, de qualquer forma, suportar o ônus de uma despesa sanitária cujos custos cresceram num ritmo assim elevado.

Na metade do século, de 1940 a 1990, as importâncias destinadas aos tratamentos médicos foram assim calculadas:

ano	milhares de dólares
1940	4,0
1950	12,7
1960	26,9
1970	74,9
1981	278,5
1985	462,2
1990	812,0

Fonte: Elaboração por “Health Care Financing Review”, in *Medicine and Profits: Unhealthy Mixture?*, “U.S. News and World Report”, 17 de agosto de 1981, p. 50-54.

O maior aumento ocorreu nos tratamentos hospitalares. Tomando como base = 100 o ano de 1967, o custo conjunto dos serviços médicos cresceu de 49,2, em 1950, para 274,4, em 1980, mas as despesas com internação hospitalar, de 30,3 para 395,3.¹¹ Com algumas vantagens para a saúde dos americanos, naturalmen-

¹⁰ D S. Broder, “Some Bumps Await The Reagan Wagon”, in *International Herald Tribune*, 21 de julho de 1981, p. 4.

¹¹ U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, *Consumer Price Index* (publicações de cada ano).

te. Mais ainda, porém, com lucro para as clínicas particulares. O ministro Schweiker tem teorizado que “a competição deve ser a nossa maior prioridade no campo sanitário” e que se deve “banir o preconceito de que o setor privado e quem auferir lucros não contribui para o bem público”. Mas isso, na prática, já ocorria há tempos. Os lucros dos hospitais privados, de 1970 a 1981, com um número de leitos reduplicados, foram aumentados em 763% e um médico explicou como eles se comportam em relação aos pacientes pobres:

Uma vez que os hospitais privados são empresas que pagam impostos, logicamente, não têm obrigações para com os doentes indigentes, assim como um padeiro não dá pão grátis aos desvalidos, sendo de esperar que estes procurem o governo para serem ajudados a comprar comida.¹²

Entretanto, se o governo, ao invés de assistir aos doentes com o dinheiro dos impostos, engorda os arsenais, é uma questão política.

Mas influi notavelmente na política do governo, por certo não para desenvolver a assistência pública, o “complexo médico-hospitalar” e, em particular, as cinco maiores sociedades hospitalares: American Medical International, Hospital Corporation of America, Humana, Lifemark, National Medical Enterprises. Muitos médicos são acionistas e empresários, e desde que são eles mesmos que aconselham e decidem sobre os meios diagnósticos, as cirurgias e os tratamentos que são úteis aos pacientes, é claro que abusos e corrupções são sempre muito frequentes. O proprietário de um laboratório de análises declarou: “Se eu puder dar ao médico uma contrapartida proporcional aos exames pedidos, ele os prescreverá como um Drácula”.¹³

Foi assim criada uma espiral de custos, interesses e atividades médicas em expansão e quase impossível de deter. A verdadeira tentativa de Reagan não é reduzir as despesas sanitárias, mas transferi-las do orçamento federal para o orçamento privado, aí incluindo as companhias de seguros. A competição, ou seja, a luta pela existência, no sentido literal do termo, tornar-se-á, por isso, mais aguçada e fará as suas vítimas.

¹² Elaboração dos dados pela Federation of American Hospital, rep. in *Medicine and Profits*, cit.

¹³ Idem, p. 53. Cf., também, sobre a violação dos princípios éticos da atividade médica, “The New Medical Industrial Complex”, de A.S. Relman, in *The New England Journal of Medicine*, vol. 303, 23 de outubro de 1980

Contudo, no plano macroeconômico e nas relações internacionais, o reforço do 'complexo médico-industrial' pode ocorrer *pari-passu* à influência crescente do complexo 'industrial-militar'. Mesmo no campo médico, a competição pode estimular a alta tecnologia, as exportações de produtos, aparelhos e conhecimentos, a hegemonia cultural do modelo americano e, com isso, consolidar formas de dominação baseadas, em certa medida, na admiração, no consenso, na imitação.

É verdade que permanecem outras formas de dominação, contra as quais, todavia, a rebelião é mais fácil e espontânea. Para ficar no campo da saúde e do seu valor no *import-export*, citarei apenas um exemplo. Sabemos que, na última fase da revolução sandinista na Nicarágua, o estopim da revolta geral foi o assassinato do diretor do diário *La Prensa*, Pedro Joaquim Chamorro, pelos somozistas. O processo foi realizado em junho de 1981 e o jornal da frente sandinista assim resumiu a sentença:

A corte, reunida durante quase vinte e quatro horas, julgou os assassinos e encerrou um capítulo negro da infâmia e da corrupção somozista. As sentenças variam de vinte a trinta anos e está pendente a extradição de alguns dos acusados do delito. Entre eles, o cubano norte-americano Pedro Ramos, mandante do assassinato de Chamorro. Ramos, proprietário da sociedade Plasmaferesis, exportava sangue nicaragüense para os Estados Unidos. Foi duramente criticado por Chamorro e, por isso, decidiu assassiná-lo, após ter obtido a aprovação de Somoza.¹⁴

O príncipe romeno Vlad II, chamado de Drácula pelos contemporâneos e depois celebrado no cinema, comparado a ele, era um modesto artesão.

As relações sanitárias entre os EUA e os países subdesenvolvidos mereceriam, entretanto, uma análise mais ampla,¹⁵ impossível neste livro que tem como tema a Itália, seus modelos e suas conexões com o Ocidente.

Outra via: Suécia e França

As tendências predominantes nos EUA, que lá poden. comportar maiores desigualdades mas também maior força, podem revelar-se desastrosas para nós. O impulso para aumentar as despesas militares, para reduzir os fundos sociais, comprimir os salários e

¹⁴ "30 años para asesinos de P.J. Chamorro", in *Barricada Internacional*, 5 de julho de 1981.

¹⁵ Algumas noções estão em G. Berlinguer, "Salute e lavoro", in *La Riforma della Scuola*, a. 27, n.º 4, abril de 1981, p. 24-7. Para uma abor-

diminuir o número de empregos choca-se contra a legislação protetora, a relativa rigidez dos orçamentos, a descentralização das decisões, a debilidade da economia e a força do movimento operário e democrático: o risco não é, pois, a desigualdade compensada pela força, mas a iniquidade agravada pela paralisia e pela impotência.

Tais diferenças, particularmente evidentes entre os EUA e a Itália, são também sensíveis em relação a um país que tem uma renda média semelhante à norte-americana: a Suécia. Numa descrição esquemática dos dois modelos, F. Diderichsen destaca as seguintes diversidades com os EUA:

- menores diferenças entre as classes no acesso aos tratamentos.
- maior ênfase na prevenção ambiental das doenças em relação às teorias americanas, que insistem nos *life styles* (estilos de vida) e na *victim blaming* (culpabilização das vítimas);
- tendência à planificação territorial dos serviços (mesmo com muita burocracia e resultados insuficientes);
- maior contato com a população e prioridade (mais teórica do que prática) à 'medicina comunitária' e aos tratamentos primários;
- redução dos serviços nas áreas de menor necessidade e direcionamento para as necessidades maiores;
- fortalecimento do papel do Estado e das administrações locais, seja na economia ou no 'poder sanitário'.¹⁶

Nos últimos anos, esse modelo, que representou uma das melhores realizações da social-democracia europeia, tem encontrado muitas dificuldades, seja pela mudança ocorrida no governo sueco, seja pelo impacto da crise. Há agora muita discussão sobre a oportunidade de insistir na alta tecnologia e no fortalecimento do poder das profissões sanitárias, na introdução do 'fator mercado' nos serviços (sobretudo educação e saúde), no quanto podem valor economicamente as necessidades humanas e a qualidade de vida, na exigência de uma maior participação popular no controle da produção ou dos serviços.¹⁷ Com relação a esses temas está em curso uma acirrada luta política.

Na França, durante a luta eleitoral que culminou com a vitória de Mitterand, seu antagonista Giscard afirmava:

dagem bem documentada, cf. o volume *Imperialism, Health and Medicine*, editado por Vicente Navarro, Baywood Publishing Company, Nova York, 1981.

¹⁶ Comunicação ao Seminário de San Miguel Regla.

¹⁷ F. Diderichsen, *The End of the Swedish Model. Ideologies and Health Politics*, *ibidem*.

Considero como um dos resultados mais positivos do meu mandato presidencial ter estendido a todos os franceses os benefícios da segurança social, ter melhorado notavelmente seu aparelhamento terapêutico, ter auxiliado o progresso médico, dando prioridade à pesquisa, ter, enfim, garantido o equilíbrio financeiro e, assim, o prosseguimento do nosso regime de segurança-saúde.¹⁸

Buscou-se corroborar tal afirmação com uma pesquisa demoscópica. À pergunta: “no final dos sete anos de M. Giscard d’Estaing, como pensa que os franceses são tratados, em relação a 1974?”, parece que 11% respondeu “muito melhor”; 63% “melhor”; 11% “pior”; 2% “muito pior” e 13% “não sei”.¹⁹

É difícil saber se essa pesquisa foi fraudada ou se os franceses, em sua decisão de voto, deram pouco peso às pretensas melhorias nos tratamentos. Algumas fraudes certamente estavam contidas no programa eleitoral de Giscard d’Estaing para a saúde, como para outros campos. Apenas um exemplo: ao enfrentar o alcoolismo, “tema primário para a França”, valorizavam-se dois fatos: que “de 1974 a 1978, o consumo médio de álcool passou dos 16,7 a 16 litros” e que “o consumo dos adultos de mais de 20 anos caiu de 24,3 para 23 litros”. Esquecia-se um terceiro fato, o mais negativo, facilmente dedutível por via aritmética: o aumento do alcoolismo entre os jovens.²⁰

Não obstante, após a eleição de Mitterand (e da nomeação de um comunista, Jack Ralite, para o Ministério da Saúde), a continuidade da política sanitária foi em parte interrompida. O programa do novo governo foi enunciado em dez pontos a perseguir “sem precipitação, mas sem hesitação”:

1. desenvolver uma verdadeira prevenção, com prioridade para o período do nascimento até o fim das obrigações escolares;
2. gratuidade dos tratamentos hospitalares;
3. revogação do convênio com os médicos e negociação de novas modalidades de convênio com todos os interessados;
4. promover realmente as funções do clínico geral;
5. nacionalização de três grandes grupos farmacêuticos (Rhône-Polenc, PUK, Roussel-Uclaf) e constituição de um pólo nacional de pesquisa e produção de medicamentos;
6. suprimir o setor privado nos hospitais públicos;

¹⁸ V. Giscard d’Estaing, *Allocution à l’Académie nationale de Médecine*, Paris, 17 de fevereiro de 1981.

¹⁹ “La politique de santé”, *Actualité-documents*, 1981, p. 4. É um opúsculo da série eleitoral publicada pelo Service d’Information et de Diffusion du Premier Ministre. Um outro é dedicado à *Securité Sociale*.

²⁰ Idem, p. 29.

7. negociar com a 'segurança social' e com a coletividade local a noção de 'valor da jornada';

8. considerar, entre as diversas formas de exercício da medicina, a criação de centros sanitários integrados que, com método pluridisciplinar, encarreguem-se globalmente dos programas sanitários resultantes das necessidades constatadas e combinadas;

9. colocar o problema das ordens profissionais e resolvê-lo segundo as propostas do presidente da República;

10. colocar os diversos níveis e formas de hospitalização em um contexto nacional, regional e local, em relação com os serviços ambulatoriais, de modo a tratar o melhor possível, nas melhores condições científicas, familiares e sociais.²¹

Essas medidas tendem, sobretudo, a circunscrever o 'poder privado' na medicina (indústria farmacêutica, ordens profissionais, leitos e consultas pagas nos hospitais públicos) e a vincular os serviços ambulatoriais e domiciliares. Pelo menos por enquanto não se pretende modificar o sistema baseado nos seguros sociais e na assistência indireta (pagamento e posterior reembolso de 70 a 80% das despesas feitas pelos doentes). Os primeiros atos do governo deram o sinal para um desenvolvimento quantitativo da assistência: aumento do número de estudantes de medicina, novas admissões de pessoal hospitalar, maiores verbas para os hospitais, isenções das guias para doenças longas e graves. Entretanto, já se delineiam algumas críticas:

A primeira diz respeito à evidente contradição entre as medidas assumidas e os programas anunciados. Enquanto os segundos manifestam conteúdos decididamente inovadores (diversificação da prática médica com a criação de centros sanitários e grupos integrados sócio-sanitários e desenvolvimento da pesquisa, por exemplo), a maior parte das medidas tomadas até agora se insere na tradição de cunho conservador e, algumas delas, têm matizes de demagogia; pensa-se no aumento dos ressarcimentos médicos, decidido a um mês do nascimento do novo governo, e na autorização para a instalação de 26 novos TAC. A impressão é a de que o novo governo visava a popularidade, antes de tudo.

A segunda consideração diz respeito às conseqüências econômicas do novo percurso. Também na França o sistema sanitário luta há anos para a contenção do déficit dentro de limites aceitáveis. Então, a opinião pública mais atenta se pergunta quanto tempo poderá durar essa política de saúde expansiva.²²

²¹ "M. Jack Ralite définit dix actions prioritaires dans le domain de la santé", in *Le Monde*, 11 de julho de 1981.

²² G. le Duc, "Francia: svolta in sanita con Mitterand?", in *Prospettive sociali e sanitarie*, a. XI, n.º 20, 15 de novembro de 1981, p. 2-3.

Não se trata somente de expansão, mas da tentativa de qualificar a intervenção: por exemplo, foi decidido um aumento consistente das verbas para a prevenção que, em curto espaço de tempo, deveriam passar de 3 para 7% da despesa sanitária. Além disso, na França, não há um déficit público comparável àquele, desastroso, existente na Itália e, por isso, a compatibilidade entre tais intervenções e a situação do orçamento coloca-se em termos menos aguçados. De qualquer modo, a questão da compatibilidade é o tema que predomina na discussão sobre a política sanitária nos países do Ocidente, particularmente na Itália.

Algumas opiniões questionáveis

Mas o tema é verdadeiramente essencial? Tenho a impressão de que têm sido muito negligenciados os dois reais objetos da disputa: no plano econômico, a eficácia da despesa (quanto, ou seja, cada lira, marco ou dólar se traduz em melhorias da vida de alguém); e, no plano ético-social, o valor da saúde (que quase sempre está em primeiro lugar, nas prioridades dos indivíduos, mas numa posição bastante inferior nas prioridades do Estado).

Isso é poesia? Contudo, mesmo a limitação dos orçamentos deveria aconselhar, no plano econômico, a destinação imediata de recursos àquelas intervenções nas quais a relação benefícios/custos se aproxime do primeiro, enquanto agora ela se expressa numa fração sempre menor;²³ e mesmo a temida separação entre os cidadãos e o Estado deveria induzir, no plano ético-social, a conciliar as prioridades individuais e coletivas, enquanto agora as limitações e as disfunções dos serviços sanitários podem alimentar mais o *qualunquismo* * do que a democracia.

Seria poesia se fosse mantida, como referência, a tão conhecida mas já obsoleta definição de saúde dada pela Organização Mundial de Saúde: “bem-estar físico, psíquico e social”. A medicina não pode garantir essa absoluta felicidade dos homens, nem resolver os conflitos entre as classes e os povos da terra; já cumpriria seu dever se suprimisse alguns motivos de infelicidade evitáveis e ate-

²³ Esse tema já foi desenvolvido na introdução a *Una riforma per la salute*, De Donato, Bari 1979, p. 37-44. Cf. também A.L. Cochrane, *L'inflazione medica. Efficacia ed efficienza della medicina*, Feltrinelli, Milão, 1978.

* *Qualunquismo*: movimento político surgido na Itália, no fim da Segunda Guerra Mundial (1946), cujo único objetivo era uma crítica desvalorizada dos sistemas democráticos (N.T.).

nuasse as desigualdades sociais na prevenção e no tratamento das doenças.

Seria poesia se se afirmasse apenas que a saúde é um 'bem ao qual não se renuncia, que 'não tem preço', ocultando por trás de princípios morais válidos as mil dificuldades para decidir em situações concretas. Tais concepções têm sido definidas como "simplistas e ingênuas", com alguma argumentação válida:

Um recente cálculo feito nos Estados Unidos sobre respostas técnicas que hoje já podem ser dadas às necessidades sanitárias totais eleva o custo a cerca de seis bilhões de libras por homem. Trata-se da hipótese de aplicação de técnicas avançadas, nos limites das possibilidades oferecidas pela eletrônica, bioquímica e cirurgia. Todavia, em certos casos, atinge-se uma despesa de centenas de milhões de libras por homem.

O desenvolvimento da biotecnologia será pleno na década em curso. Isso coloca problemas delicadíssimos sobre o uso social dos recursos econômicos: as possibilidades de intervenção sobre o homem desaparecem, nos dois extremos, no campo das necessidades estéticas (melhoria da forma e dos cuidados físicos, também essas necessidades) e no campo da alternativa entre a vida e a morte.²⁴

Ainda que o homem a tratar com seis bilhões fosse uma verdadeira mostra de males e de riquezas e ainda que sejam bem claros os limites entre saúde e beleza, entre vida e morte, a definição da OMS, na verdade, corre o risco de transferir a política sanitária para o campo da utopia.

Uma nova definição, sugerida por Seppilli, é esta: a saúde é "uma condição de harmônico equilíbrio funcional, físico e psíquico, do indivíduo dinamicamente integrado em seu ambiente natural e social".²⁵ Aparentemente, suprime o 'bem-estar', mas, na verdade, exalta-o, como finalidade a atingir mediante ações individuais e coletivas que não têm apenas custos, mas também vantagens.

Se a utilidade sanitária de tais ações fosse valorizada e exaltada, e se fosse perseguida a relação = 1 entre benefícios e custos da despesa sanitária, o tema da 'compatibilidade' seria reconduzido às suas justas (e válidas) dimensões. Se não, este tema seria imposto como uma opinião difundida e preponderante, mas continuaria questionável e, por isso, passível de refutação. Mas também há outras opiniões sobre isso: exponho-as sumariamente.

²⁴ R. Stefanelli, "Per una reimpostazione della spesa sanitaria", in *L'Assistenza sociale*, a. XXXV, n.º 1, 1981, p. 46.

²⁵ A. Seppilli, "L'educazione sanitaria nella difesa della salute", in *L'Educazione sanitaria*, a. XI, 1966, p. 339.

A reforma aumentou as despesas?

Enquanto liras, por certo. Todavia, calculando a desvalorização da moeda e o aumento do número de beneficiados (dois milhões e meio a mais, em relação às mútuas), a despesa estabilizou-se. Antes, crescera a cada ano, até 1975, quando a reforma sanitária começou a ser uma realidade parcial, com a passagem dos hospitais para as regiões. Depois diminuiu, em relação ao produto nacional bruto (PNB) e, agora, parece descendente ou estacionária. Eis os valores percentuais:

ano	percentual do PNB
1975	6,4
1976	6,2
1977	5,6
1978	5,7
1979	6,1
1980	5,7
1981 ¹	de 5,7 a 5,1
1982 ¹	de 5,6 a 4,7

¹As várias cifras de 1981 e 1982 correspondem a diversas previsões. Fonte: Censis, *XV rapporto 1981 sulla situazione sociale del paese*, Franco Angeli, Roma, 1981, p. 337.

A comparação com outros países da CEE, ²⁶ que despendem de 6% (Inglaterra) a 11% (Alemanha Ocidental), pode ser imprópria porque, de fato, a Itália tem recursos menores e um endividamento maior; mas a dinâmica da despesa, nesses anos, mostra que a reforma permitiu, em alguma medida, controlá-la.

A comparação com os anos das mútuas (quando os custos cresciam e periodicamente o governo decretava o “replanejamento do déficit” a cargo do Estado, enquanto agora a relação entre receita e despesa sanitárias está equilibrada e, ao contrário, intervém-se com cortes e guias) pode evidenciar dois fatos: subjetivamente, uma tentativa de punir a política da reforma; objetivamente, uma real dificuldade de as finanças públicas suportarem a carga crescente da despesa sanitária.

Essa cresce substancialmente, por dois motivos, que são fisiológicos. Primeiro, porque elevar todos os cidadãos ao nível das terapêuticas propiciadas pelas maiores possibilidades da ciência mo-

²⁶ A. Abbolito, “L’assistenza sanitaria nei paesi CEE. Confronto dei costi e delle prestazioni”, suplemento a *Il Medico d’Italia*, n.º 23-24, 16-31 de julho de 1981.

derna é dispendioso. Segundo, porque existe maior demanda de saúde. Com efeito, houve tempo em que se suportavam com resignação condições doentias às quais hoje se quer reagir. Basta pensar nos pequenos defeitos antes tolerados, como, por exemplo, o estrabismo ou a escoliose, ou outros, que hoje podem ser corrigidos. A recuperação dos deficientes, dos doentes mentais, dos toxicômanos também comporta pesados tributos.

Além disso, há muitas distorções e muito desperdício na despesa sanitária. Segundo os criadores das guias, isso depende da gratuidade do serviço. Certo, isso pode ter um fundo de verdade. Com efeito, autolimitar um consumo que não se paga diretamente requer um bom sistema de controle ou um altíssimo senso cívico, isto é, uma identificação do cidadão com as necessidades do Estado. Na Itália, essas duas condições não existem na medida adequada e seria preciso insistir para que se desenvolvessem. Acrescento que, todavia, trata-se apenas de um dos mecanismos de desenvolvimento da despesa que, muitas vezes, aparece artificialmente isolado dos outros. De fato, o mecanismo fundamental não é a gratuidade, mas a indução à despesa, promovida não pelo doente que deve proteger sua saúde e, por isso, logicamente, recorre a todos os meios disponíveis, mas por outros sujeitos: aqueles que incorporam a essa exigência, os interesses privados. Algumas empresas farmacêuticas, por exemplo, impelem os pacientes a um super-consumo de remédios; alguns médicos têm interesses em ambulatórios, laboratórios, clínicas particulares. Se esses mecanismos não forem controlados, aumentarão as distorções e os desperdícios; o resultado da política de restrição será apenas a transferência da despesa dos orçamentos públicos para os privados: só para quem pode.

A oposição é entre público e privado?

Se o dilema atual da economia é a escolha entre consumo e investimentos, essa operação de transferência da despesa poderá criar apenas injustiças maiores, sem todavia aumentar os fundos destinados às atividades produtivas.

Mas a relação entre o público e o privado, em medicina, tem também outros aspectos. Antes de mais nada, a saúde é um fato privado, é talvez o fenômeno mais íntimo da esfera individual. Uma vez que a doença perturba a relação comunitária normal, ela requer respostas coletivas em termos de prevenção e tratamento, de reabilitação e reintegração. Por isso, na própria doença há uma área de conflito ou de compensação entre público e privado.

Um outro terreno é a disponibilidade de meios para a saúde: eles provêm de cada cidadão, por via direta e pessoal; ou do Estado. Mas também provêm de fontes intermediárias: estas, por muito tempo, foram os seguros sociais e, em muitos países, são os seguros privados. Segundo Stefanelli, na Itália houve um erro: suprimiram o primeiro e não previram nem controlaram o desenvolvimento do segundo:

Fere a absoluta previsibilidade da expansão de seguros privados — e por isso a absoluta imprevidência de não tê-lo tratado explicitamente — no surgimento de um Serviço Sanitário. Quando se modelou o italiano, fez-se muita referência ao serviço sanitário inglês. Em 1980, na Inglaterra, o número das pessoas que recorreu a um seguro privado foi de três milhões e 337 mil. Dez anos antes, era muito menor: 1 milhão e 980 mil. O principal limite eram os custos das apólices, que variavam de 250 a 600 mil libras-ano para um jovem de 19 a 30 anos, crescendo a 600 mil — um milhão de libras para o grupo etário de 51 a 65 anos (além dos 65 anos, mesmo as seguradoras inglesas tendem a se retirar do mercado da medicina...). Os seguros-saúde proporcionavam arrecadações de 3,519 trilhões na Alemanha Ocidental, 1,283 trilhões na Holanda, 668 bilhões na França, enquanto na Itália arrecadavam apenas 65 bilhões (1977). Aí estavam, portanto — e aí estão —, todas as condições pelas quais, no caso da política sanitária (e sobretudo de política da despesa), preocupam-se em dar uma direção ao componente segurança da medicina. O campo privado é o instrumento da disciplina das condições de oferta das apólices e de tarifas. Hoje, a tarifa da segurança no campo sanitário é simplesmente *apresentada* ao Ministério da Indústria. Os seguros de interesse público requerem, ao contrário, que a tarifa e as condições que a acompanham sejam *aprovadas* pelo Ministério da Indústria. Por exemplo, é aceitável a discriminação aos velhos contida nas condições das apólices? São aceitáveis a oferta de indenizações por serviços sanitários na moda e a freqüente recusa de assegurar, ao invés disso, outros serviços (pensamos nos odontológicos), que teriam um valor integrativo efetivo dos cuidados oferecidos pelo Serviço Sanitário? No caso de aprovação das condições de apólice com intervenção da Saúde, podem-se dar respostas.

O Plano Sanitário, substancialmente, pode tentar conseguir seus objetivos através de uma disciplina da atividade dos agentes privados no mercado sanitário. Tal disciplina pode ter efeitos tanto sobre o volume quanto sobre a destinação da despesa sanitária.²⁷

Além disso, mantém-se um sistema misto entre contribuições previdenciárias, tributações pessoais e financiamentos estatais. Os últimos deveriam constituir a única fonte de receita, mediante o *fundo sanitário nacional* (art. 51). A confusão atual nem permite

²⁷ Stefanelli, art. cit., p. 42-3.

saber com certeza quantas são as quantias sacadas para fins sanitários: as estimativas para 1981 oscilam entre 22 e 28 trilhões, de qualquer modo, superiores às saídas.²⁸ Além disso, esse sistema permite desvios das contribuições, evasões fiscais, manipulações, que fazem considerar até as guias não como uma cobrança realizada, mas como uma dentre as possíveis fontes de financiamento do erário:²⁹ o projeto de lei financeira para 1982, dizia (art. 27) que “as quantias arrecadadas para utilização na despesa sanitária, previstas pelas leis nacionais e regionais, excedentes com relação aos custos fixados pelo CIPE, são pagas na receita do orçamento do Estado”.

A passagem ao financiamento público total, além de esclarecer a respeito das receitas, permitiria a emergência, também por essa via, da exigência de uma maior equidade fiscal e, além disso, controlaria melhor a relação entre poder central e poderes locais. Sobre esse ponto, Stefanelli observa:

Regiões e municípios continuam a separar a própria responsabilidade da do governo central, na definição e atuação da política fiscal. Não intervêm na receita, em sua tributação legislativa ou nas averiguações fiscais da gestão dos tributos; caracterizam-se como entes de despesa, fazem-se porta-vozes das necessidades da despesa, sem entrar em conflito com as categorias sociais que a financiam ou deveriam financiá-la. O governo central concorda de boa vontade com tal posição subordinada que, por sua vez, permite-lhe amplos espaços de manobra. Não é preciso fazer muitas considerações sobre essa não responsabilização das regiões e municípios. Quando observamos que a despesa sanitária — e ainda mais o aparelho sanitário — é muito menor em setores das regiões e municípios onde reside a população de mais baixa renda, não se pode ter ilusões a respeito do papel das entidades locais como automáticos ‘porta-vozes das necessidades’ da população. Se tais necessidades se traduzem simplesmente em demandas de despesa, já conhecemos o resultado: a discriminação a nível do Serviço Sanitário.³⁰

Enfim, a relação entre o público e o privado é complicada na escolha dos gastos sanitários: eles são influenciados pelo mercado, que age sobre os cidadãos e sobre os mediadores da despesa (médicos, direção dos serviços) e, em grande medida, são pagos por via estatal. As leis da oferta e da procura funcionam de maneira atípica, sendo deformadas pelo conhecimento científico ou

²⁸ G. Macciotta, “C’è un mistero nelle cifre del governo”, in *Rinascita*, 23 de outubro de 1981, p. 11-2.

²⁹ L. Di Mauro, “La sanità malata”, *idem*, p. 11.

³⁰ Stefanelli, *art. cit.*, p. 41-2.

pela moda, por interesses legítimos ou conivências escusas. Devido a isso, não podem ser programadas nem a despesa, nem a qualidade dos serviços, sem que se efetue, atualmente, um saneamento moral do Estado e uma elevação do nível cultural dos sanitaristas e da população.

Sua saúde depende de você?

O tema da *participação honesta e informada* (sem os dois adjetivos, o substantivo permanece vazio ou equívoco) subsiste para o funcionamento dos serviços, mas também para a ação preventiva. Nos EUA e, logo, também na Europa, vem ganhando peso a tese de que o indivíduo não é apenas consumidor de mercadorias e usuário de serviços sanitários, mas “provedor primário de saúde”.

Nisso reside a tendência a separar a saúde privada da coletiva, mesmo quando a interdependência entre as duas parece, ao contrário, mais evidente. Aí é ainda pior: a tentativa de atribuir todos os males sociais aos indivíduos, ao seu comportamento malsão ou nocivo. As doenças? Dependem dos estilos de vida.³¹ A marginalização? Deriva da inadaptação: dos velhos, das crianças, dos desocupados, dos deficientes, dos doentes mentais, dos imigrantes, das mulheres, dos jovens e assim por diante, considerando até que os únicos aptos a viver e a mandar são, como se diz nos EUA, os *white men over fifty*.³² E ainda: os desperdícios? Têm origem nos comportamentos consumistas e no hedonismo. A poluição? É culpa dos homens. A violência? É uma escolha de vida, que se origina na agressividade inerente à natureza humana, e que não se pode suprimir.

Poder-se-ia continuar longamente na enumeração, mas também na refutação de tais teses. Para ficar no campo das doenças, os riscos do *victim blaming* são notáveis. Navarro assinala que, na indústria química dos EUA, ao invés de controlarem as substâncias tóxicas, difundem os *screening* genéticos dos operários para individuar e eliminar os sujeitos mais sensíveis à poluição ambiental, considerada um dado imutável; e cita um comentário de Anthony Mazzocchi, responsável pela saúde do sindicato Chemical and Atomic Workers:

³¹ Para a crítica dessa tese, cfr. G. Berlinguer, “Life Styles and Health Alternative Paterns”, in *International Journal of Health Service*, vol. 11, n.º 1, 1981. p. 53-61.

³² Branco, masculino, com mais de 50 anos. Na URSS, esse limite temporal é prorrogado em 20-30 anos.

Acredito que, nos anos oitenta, veremos uma grande quantidade de *victim blaming*. A ênfase não será dada às substâncias com as quais se trabalhe: levar-se-á em conta quem era seu pai e sua mãe.³³

Mas o que representam essas tendências? Apenas “ideologias e culturas usadas para individualizar, atomizar e despolitizar a população, sobrepondo as respostas individuais às respostas coletivas e políticas aos problemas do povo?”³⁴

Em grande parte é assim. Mas também é verdade que os fatores pessoais, biológicos e sociais sempre se entrelaçam na origem das doenças. Além disso, também é verdade que, com o desenvolvimento das forças produtivas e a possibilidade de satisfazer as necessidades essenciais, 90% das quais dependem da saúde, a luta pela prevenção desenrola-se em dois campos, para decidir: a) se tal satisfação ocorre de modo salubre ou insalubre; b) se as novas necessidades, por sua vez, são salubres ou insalubres. Nem o ponto a), nem o ponto b) estão desvinculados das leis do mercado, das pressões dos *mass media*, dos condicionamentos. Mas a gama de livres escolhas, escassíssimas quando toda a vida estava vinculada às obrigações da pura subsistência, pode hoje ser aumentada. A tendência a exaltar os valores da ‘subjetividade consciente’, integrada e não contraposta à vontade coletiva, é antes uma das formas de enriquecer e não de anular a ação política, também no campo sanitário.

Experiências e defasagens

Na Itália, essa subjetividade e essa vontade têm sido expressas em altos e baixos pela política sanitária, nos últimos vinte anos, mas no conjunto, com tensões político-ideais e presenças prático-sociais que têm aí, em número e qualidade, bem poucos precedentes, assim como em outros lugares. Para documentar esse desenvolvimento, de 1978 a 1981, escrevi textos sobre a reforma sanitária *strictu sensu*, mas também sobre outros temas ligados a ela: drogas, doenças mentais, aborto, relação saúde-trabalho. Cada um deles evoca movimentos culturais, lutas sociais, discussões políticas e ações públicas de amplo alcance.

Com que resultados? Veremos, com o tempo. Mas não sugiro *wait and see*. Para que os frutos sejam positivos, mais do que espe-

³³ V. Navarro, “The Crisis of the International Capitalist Order and its Implications on the Welfare State”, revisto e ampliado, de *Catalys*, n.º 7, 1980, p. 9-25. No novo artigo (datilografado), a citação está na página 8.

³⁴ Idem, p. 9.

rar e ver, será preciso ir além, mas também refletir e corrigir o que acontece, avaliando sobretudo dois pontos: as *defasagens temporais e substanciais* entre o processo de reforma sanitária e outros fatores e os *desequilíbrios causados pela própria reforma*.

A enumeração esquemática de algumas defasagens pode mostrar o quanto elas refletem:

a) Defasagem temporal entre o crescimento das necessidades e das expectativas dos cidadãos, a partir dos anos sessenta, e mudança do ciclo econômico, a partir das disputas da crise de 1973, até a recessão atual. Esse é um fenômeno comum a quase todo o Ocidente.

b) Defasagem política, na Itália, entre a unidade das forças reformadoras, no período de 1976 a 1978, e a direção dos governos sucessivos. Isso também foi observado pela honorável democrata-cristã Maria Eletta Martitni:

O clima político mudou profundamente em relação a 1978, ano em que se criou a lei n.º 833: certas relações entre os partidos são mais ou menos aquelas de tantos anos atrás, rígidas, quase incomunicáveis. Portanto, refluíram todas as posições divergentes que há três anos atrás, no centro do debate, tinham encontrado um ponto de convergência. O futuro? Muito sombrio, se as forças políticas que desejaram a reforma não se perguntarem conjuntamente de que maneira deve ser levada adiante.³⁵

c) Defasagem entre as tendências demográficas presentes em toda parte (menor natalidade, mais velhos) e as necessidades de assistência e segurança social. Teoricamente, seria possível acumular maiores recursos, porque cresceu a produtividade *per capita* dos empregados, e reciclar despesas e serviços conforme as necessidades (da pediatria à geriatria, por exemplo): mas o aumento do desemprego e a rigidez da organização sanitária impedem tais possibilidades.

d) Defasagem cultural, particularmente acentuada na Itália, entre as novas capacidades profissionais requeridas dos sanitaristas para os serviços reformulados, e os conhecimentos, os comportamentos e as relações de trabalho existentes. Depois de ter objetado à tese de que “a reforma deliberada pelo Parlamento, em 1978, estaria falida” com a afirmação de que “na verdade, a reforma não foi realizada”, Lucio Rosaia acrescenta que foram cometidos alguns erros:

³⁵ “Un futuro molto buio”, in *Il Medico d'Italia*, n.º 31-32, 9-22 de outubro de 1981.

O primeiro é que nunca existiu uma política de pessoal. Ter alcançado os objetivos da reforma pressupõe, em relação ao passado, uma reorganização radical do trabalho administrativo, médico, técnico e de enfermagem. Tal organização, por sua vez, pressupõe, em primeiro lugar, contratos de trabalho baseados na seleção qualitativa (e não em escolas fáceis ou em leis de *sanatòria**), no respeito à competência (e não na destruição dos valores profissionais), em uma definição específica dos deveres e dos direitos de cada um (e não na anarquia dos papéis); em segundo lugar, pressupõe uma programação do recrutamento de pessoal, ordenado de acordo com objetivos predeterminados (e não o *far-West* das nomeações eleitorais).³⁶

e) Defasagem cultural também existentes na população. Não por culpa (a educação sanitária, por exemplo, foi introduzida na escola média só há pouco tempo e falta ainda na escola elementar), mas por tradição e, mais ainda, devido a uma pressão publicitária muito hábil e intensa, a demanda de serviços e cuidados é, freqüentemente, desviada para tratamentos muito dispendiosos e pouco eficazes.

f) Defasagem, no plano mundial, entre a corrida armamentista e a satisfação das necessidades fundamentais (trabalho, educação, saúde, habitação e também liberdade) das populações. Tal defasagem é, na verdade, *last, not least*: pelo contrário, é a primeira, porque até os processos culturais e políticos são por ela impedidos no seu desenvolvimento progressivo.

Certamente, a lista está incompleta. Porém, a atitude a assumir, com certeza, não é a espera de que tudo volte à harmonia da criação, para só depois enfrentar a política sanitária como qualquer outra exigência "parcial". Ao contrário, pode-se fazer pressão sobre cada um dos pontos enumerados, partindo também da saúde, para colocar um pouco mais 'em fase' aquilo que ocorre 'fora' com as exigências de bem-estar dos indivíduos.

Desequilíbrios causados pelas reformas

A expressão pode ser equívoca e até reacionária. Mas seria ingênuo sustentar que todos os defeitos atuais do sistema sanitário ita-

* *Sanatòria*: legitimação de um estado de coisas irregular, por parte da autoridade administrativa (N.T.).

³⁶ L. Rosaia, "Non si torna indietro nonostante gli errore", in *Corriere medico*, 19-20 de setembro de 1981. Não me detenho aqui sobre os problemas do pessoal sanitário, prometendo (ou ameaçando) fazê-lo num próximo livro: *La figura del medico, dalla libera professione al servizio sanitario nazionale*, em elaboração para a coleção "Medicina e potere", da Feltrinelli.

liano (e da 'questão moradia', da escola e de qualquer outro setor mais ou menos reformado) provêm ou da herança do passado ou da má administração central. Na saúde, além desses, existem novos desequilíbrios e distorções: por exemplo as USL, freqüentemente, não têm suas despesas controladas; as atividades privadas expandem-se não como integração ou concorrência, com relação ao serviço público, mas como suas formas parasitárias, como a pilhagem; as diferenças no nível dos serviços (e talvez da saúde) de região para região, de zona para zona, tendem a se acentuar. Sem abrir os olhos para essas novidades, é difícil contestá-las e manter vivas a esperança e a vontade de mudança.

A presença entrelaçada das *defasagens* e dos *desequilíbrios* pode criar uma série de *círculos viciosos* difíceis de interromper no seu progressivo agravamento. Por exemplo, a relação trabalho-saúde. Se aumenta o desemprego, pode diminuir o esforço pela prevenção das doenças: de qualquer forma, quem tem um trabalho ocupa um cargo; quem não tem, está disposto a trabalhar seja lá como for; quem oferece trabalho tem menos preocupações com o assegurar-lhe a salubridade. Mas se a prevenção é menor, crescem as doenças e a demanda de assistência. Se a pressão popular e a garantia jurídica ao direito de tratamento e assistência monetária forem mantidas, também crescerão a despesa sanitária e previdenciária e serão menores as possibilidades de investir para criar novas fontes de trabalho, aumentando o desemprego e as doenças...³⁷ Mas a intervenção pode também vir em sentido inverso. Se há luta social e controle público da prevenção, podemos não apenas melhorar as condições de trabalho (e assim reduzir a carga assistencial), mas criar novas oportunidades de emprego direto e indireto; assim, podem baixar o número de ausências por doença ou por 'indiferença ao trabalho' e aumentar a produtividade. Além disso, se os serviços sanitários funcionam bem, como incentivo à prevenção e como qualidade-rapidez dos tratamentos, cada

³⁷ Sobre a relação desemprego-doença (e prosperidade-doença), cf. P. Draper, "Unemployment Can Seriously Damage Your Health", in *Manchester Guardian*, 16 de novembro de 1981. Uma discussão mais aprofundada desenrolou-se no *The Lancet*, após o artigo de M.H. Brenner, "Mortality and the National Economy", 15 de setembro de 1979, o. 568-73. Uma outra discussão prossegue no *International Journal of Health Services*: cf. os artigos de J. Eyer, "Does Unemployment Cause the Death Rate Peak in Each Business Cycle", vol. 7., n.º 4, 1977, p. 625-62 e "Prosperity as a Cause of Death". vol. 7. n.º 1. p. 125-50. A questão é controvertida: o cálculo de 37.000 mortes nos EUA, por cada 1% a mais do índice de desemprego pode parecer excessivo. Mas há um relação entre os dois fenômenos.

administração será estimulada (e eventualmente coagida) a se mover sob uma ótica de produtividade aumentada, enquanto que os trabalhadores e suas organizações mover-se-ão sob uma ótica preventiva, não apenas centrada *na defesa* e no *conflito*, mas também *em projetos*. Para isso é necessário o empenho do Estado, com incentivos e controle; mas é também necessária a contribuição da ciência e de suas aplicações.

Também na gestão dos serviços e na participação democrática podem ser alimentados círculos viciosos e processos degenerativos. Quando, na Itália, passamos de um poder assistencial controlado de cima (mútuas e hospitais para a saúde, INPS e outras entidades previdenciárias) para uma transferência de poderes às entidades locais para a saúde e aos sindicatos (parcialmente) para a previdência, desencadeou-se a contra-ofensiva conservadora sobre esses setores. É verdade. Podíamos prever isso e agir mais oportunamente? Talvez. Mas podemos, sobretudo, evitar que aos obstáculos sejam somados os defeitos das forças reformadoras. Por exemplo, no que se refere à previdência, os sindicatos ocuparam-se muito mais em fazer crescer os próprios institutos de proteção do que em fazer funcionar e transformar o INPS, a serviço dos trabalhadores e dos aposentados.³⁸ Para a saúde, devemos perguntar-nos se a presença das entidades locais (logo, de todos os partidos) de alguma forma verdadeiramente aumentou a participação, ou se foi amiúde apenas um alargamento da 'classe política' e uma separação maior da população e dos usuários. Logo: ou regiões e municípios (e partidos) tornam-se, também eles, *instituições abertas*, ou a reforma significa retrocesso da democracia. Mas não basta: é preciso que sejam dadas maior confiança e responsabilidade ao pessoal que trabalha na saúde (obviamente combatendo a inércia e o parasitismo), e é preciso que a população e os usuários intervenham diretamente junto às USL e a cada serviço. Daí a importância daquilo que fazem (e não só de seus proclamas e programas) os sindicatos, os movimentos pelos direitos dos doentes, as associações de mulheres, as associações de bairro e assim por diante.

Uma das experiências mais interessantes é, por isso, a da lei sobre o aborto. Foi uma ação (cultural, social, parlamentar) para obter a lei. Depois, a própria lei. Em seguida, a ação para aplicá-

³⁸ A respeito desse tema, eu comecei uma polêmica no *Rinascita*, de 17 de outubro de 1975, p. 41-2, com o artigo "Assistenze para'elle o sicurezza sociale". Respondeu-me o então presidente do INCA-CGIL. Repliquei e tive a última palavra na revista, mas perdi a batalha. Pode-se retomar a conversa?

la, lugar a lugar. Finalmente, a contra-ofensiva prevista e a sua derrota no referendo. Se a reforma consistisse apenas no ato legislativo, teria sido fácil revogá-lo ou colocá-lo em desuso. Mas hoje também é verdade que, se não dermos um passo adiante no terreno mais árduo da prevenção do aborto, o risco de retrocesso ético e social, além de novas contra-ofensivas, estarão mais próximos.

Eis porque devemos encontrar estímulo para progredir posteriormente nas defasagens e desequilíbrios que surgem na política das reformas e que, por certo, não estão escondidas.

Tal política não é como comer uma alcachofra: primeiro as folhas duras e espinhentas, depois as mais tenras e doces e, enfim, o coração. Existem, nas reformas, a cada momento, espinhos e nutrientes agradáveis. Às vezes, em contrapartida, parece que as dificuldades aumentam a cada passo adiante que ousamos dar.

É óbvio que, tudo somado, seja assim. Quando pretendemos aumentar a igualdade dos cidadãos frente ao processo saúde-doença, deslocar o poder de poucos para muitos, modificar a tecnologia produtiva e os comportamentos individuais no sentido de uma maior salubridade, reciclar os serviços e as técnicas de intervenção, de tratamento e prevenção e impulsionar conscientemente outros processos de transformação (sem os quais toda e qualquer reforma permanece isolada e derrotada), é lógico que surjam imensas dificuldades e as maiores resistências. O consenso da população é a arma mais importante para superá-las.

OS DIREITOS DO DOENTE*

Giacarlo Quaranta, em L'uomo negato (O homem negado) fez a descrição política das condições do doente, com o auxílio das ciências humanas e sociais. Quais são os elementos novos que foram introduzidos nas costumeiras análises feitas na Itália acerca desse assunto? E, particularmente, pela noção de doença-instituição?

Por exemplo, uma das teses centrais do livro é a de que onde a sociedade política, mesmo de esquerda, vê apenas administração ou problemas técnicos (o hospital, a enfermagem, a conduta terapêutica), há, ao contrário, uma realidade eminentemente política e, portanto, um lugar de intervenção e de mobilização. Por que e em que medida o senhor concorda ou discorda dessa tese?

As novidades dessa análise, muito instigante, são substancialmente duas. Primeiro, ela introduz o tema dos direitos do doente, enfatizando a necessidade de estar presente, em toda atividade sanitária, o objetivo específico, sempre prioritário, do bem-estar de todo homem que recorre aos serviços sanitários e que tem uma necessidade. Segundo, a análise enfatiza que a tutela desses direitos não é apenas um dever social, mas deve ser também um processo de libertação, expressão de uma luta para afirmar direitos humanos que a sociedade não reconhece; e indica que esse movimento pode se alinhar e se integrar com outras lutas de libertação, mesmo que tenha sido, até então, um tema negligenciado.

Em contrapartida, não creio que seja exata — parece-me um pouco forçada — a tese de que a esquerda, ou a sociedade política, tenha visto apenas problemas técnicos ou administrativos nos

* Introdução-entrevista ao livro de G. Quaranta, *L'uomo negato*, Nuova Guaraldi editrice, Florença, 1980.

serviços sanitários. Não teriam estado presentes, durante todos esses anos, a paixão e o ímpeto humano e cultural que animaram as lutas pela reforma sanitária, não fosse esse substrato de direitos humanos, embora nem sempre evidente e explícito.

Gostaria, enfim, de comentar o advérbio “ao contrário”, em sua pergunta: “apenas administração ou problemas técnicos (...) existe, *ao contrário*, uma realidade eminentemente política (...)”. Pois bem, não concordo com esse advérbio. Nos hospitais, assim como em toda atividade terapêutica, há que considerar sempre três aspectos: administração, atividade sanitária em sentido estrito e política. O hospital, a enfermaria e o ambulatório podem sediar a intervenção social e a mobilização política somente se tal ação for intrínseca ao local onde elas se desenrolam; não é uma atividade superposta ou instrumental, como pode vir a ser se forcamos em demasia a hipótese de libertação dos doentes que, antes de tudo, têm necessidade de serem libertados da doença. Se a intervenção não for intrínseca, surgem desordens e confrontos nos locais de tratamento; além disso, ela se distancia dos protagonistas: principalmente dos próprios doentes, os quais querem o reconhecimento de suas exigências básicas e não uma propaganda que se misture artificialmente a tais necessidades. E, depois, distancia-se dos sanitaristas, que são indispensáveis, mesmo quando passíveis de elogios ou críticas. Ao contrário, é preciso que essas intervenções ajudem a qualificar a atividade sanitária e o papel do pessoal, mas não atrapalhem, mesmo tendo que, certamente, corrigir muitos comportamentos. Mas falaremos disso mais amplamente.

O que o senhor pensa do uso das ciências humanas conforme uma epistemologia sustentada por um ponto de vista partidário? Essas ciências não podem constituir um elemento de novidade no universo epistemológico da ciência médica, essencialmente baseado num uso exagerado da anatomia patológica?

A visão partidária é muito válida, desde que se entenda por ‘parte’ a parte *do doente*, e não se queira, ao invés disso, impor uma visão ideológica. Não obstante, parece-me justo integrar as noções puramente organicistas da fisiologia e da anatomia patológica a conhecimentos mais amplos; refiro-me, por exemplo, à sociologia, à antropologia, à psicologia.

Em L'uomo negato, muitas vezes, é abordado o tema dos símbolos, seja numa ótica analítica ou propositiva. O senhor está de acordo com o peso que vem sendo dado às estruturas simbólicas,

por exemplo, o poder ritual e simbólico do médico? Qual é, substancialmente, sua experiência de agente da política sanitária? E, em geral, como considera a relação entre medicina e cultura?

Parece-me justo assinalar que realmente existe esse poder ou função simbólica e ritual. Mas quando ele é abstraído da função sanitária, tipicamente profissional, exercida pelo médico, ou quando falamos de uma “força opressiva das instituições sanitárias” (que também existe), podemos esquecer porque esses fenômenos surgiram e como eles se mantêm na sociedade atual.

Substancialmente, sua origem está nos extraordinários êxitos da medicina científica, a partir da segunda metade do século XIX. Está na eficácia do trabalho do médico em salvar vidas humanas, em prolongar a existência, em poupar sofrimentos e dores: esse é um dos componentes de nossa história dos últimos decênios. Todavia, essa eficácia diminuiu, por duas razões fundamentais.

Modificou-se o quadro das doenças: elas hoje requerem mais do que uma atividade preventiva de tipo instrumental dirigida para o homem (por exemplo, soro ou vacinas), requerem modificações ambientais, exigem mudanças nas relações entre os homens, entre o homem e a natureza, entre o homem e a técnica, entre o homem e a cidade. Quanto a isso, o médico, sozinho, pode bem pouco.

Como dificuldade posterior no trabalho do médico, demonstrou-se a notável relevância dos aspectos psicológicos, seja na etiopatogênese, seja no decorrer da doença. Os médicos estão bem pouco preparados para tais temas, e toda a medicina é menos eficaz, exceto quanto às doenças tipicamente orgânicas.

Depois, ocorreu uma involução da medicina e têm sido mantidas instituições e poderes sanitários superados. Esse é o ponto de desequilíbrio. Mas esas instituições e esses poderes permanecem porque têm atrás de si uma história, que não está completamente esgotada. Existe ainda uma eficácia da atividade do médico, embora reduzida. De outra maneira, instituições e poderes não teriam mais nenhuma base de consenso e continuariam apenas como larvas, das quais devem nascer novas experiências; essas últimas já se fazem presentes, mas vão caminhando muito penosamente.

Sobre a relação entre medicina e cultura podemos fazer um discurso semelhante. Em determinados períodos, em particular entre o fim do século XIX e as primeiras décadas deste século, a medicina surgiu justamente como uma das janelas mais abertas sobre o saber global, foi uma das ciências de vanguarda, influenciando outros setores da cultura. Depois, gradativamente, a medicina perdeu essa capacidade, porque se transformou mais numa ciência de

controle do homem, do que numa ciência que ajuda a conhecer o homem e a libertar a sociedade das doenças. Entretanto, ainda hoje, a medicina é culturalmente influente e há setores onde há muito a dizer. O campo mais interessante é a possibilidade de sair do âmbito das doenças de cada indivíduo, das anomalias, dos sofrimentos, das distorções no desenvolvimento do ser humano para o da avaliação da sociedade. Aquilo que se apresenta ao médico como caso clínico é, amiúde, a exasperação individual de um conflito social, é quase sempre a ponta emergente de um *iceberg*, sob o qual podemos entrever um fenômeno que envolve toda a sociedade. A medicina pode individuar precocemente tais fenômenos e, assim, desenvolver uma função cultural bem ampla.

Voltemos um pouco à relação entre doença e instituição. Parece-nos que há aí duas ordens de problemas: de um lado, a relação entre doença e instituições da sociedade e do Estado, tais como o hospital; de outro, a afirmação de que a própria doença é uma instituição, com caracteres de sistematicidade, e produz papéis e status, de forma análoga à de outras instituições. Qual é o seu ponto de vista sobre esse assunto?

A relação entre doença e instituições deriva do fato de que, hoje, quase todas as doenças se derramam sobre a atividade pública. Até as relações entre médico e paciente são mediadas por uma intervenção do Estado ou pelo dinheiro — forma de comunicação social espúria. Os serviços sociais, o hospital e a tecnologia dão lugar a fenômenos complexos, que interferem negativa ou positivamente na relação médico-paciente, tão antiga. Eles podem permitir maior eficácia da atividade sanitária e fazer com que ela seja estendida a toda população que antes não podia usufruí-la. Contudo, podem reduzir o percentual de humanidade na relação médico-paciente, despersonalizá-la e acentuar seu caráter mercantil ou clientelar. Em suma, em tais mudanças, existem prós e contras.

Gigi Ghirotti, o jornalista morto de doença de Hodgkin, ficou famoso por suas reportagens sobre o “túnel da doença”; dizia que toda crise da sociedade desemboca nas enfermarias dos hospitais. O que pensa de tal afirmação?

Essa afirmação de Ghirotti já era válida ontem, quando pensávamos em males da sociedade tais como acidentes de trabalho ou infecções epidêmicas, nos deficientes físicos e psíquicos, nos tu-

mores ambientais etc. Hoje, ela não apenas se confirmou como se agigantou. Basta pensar no fenômeno mais amplo da hospitalização dos velhos: freqüentemente, ela supre a falta de tratamento domiciliar ou reflete relações familiares deterioradas. Basta pensar nas novas internações, não obstante temporárias, que as leis recomendaram aos hospitais, nos últimos anos. Refiro-me a três leis: aborto, psiquiatria e droga. Nesses três casos, são males sociais, que têm como expressão final um ato médico: a intervenção abortiva, as internações de urgência do 'louco' e a terapia da crise de abstinência. Grande parte desses casos poderia ser evitada ou solucionada em outro lugar e, ao contrário, recai sobre os hospitais.

Contudo, acrescento que não são apenas os males da sociedade que desembocam nas enfermarias dos hospitais: também a vida. É cada vez mais freqüente, que a vida nasça nos hospitais, com grande vantagem para os recém-nascidos e para as mulheres, porque o parto hospitalizado, em todos os países do mundo, reduziu consideravelmente a mortalidade materna no parto e, sobretudo, a mortalidade neonatal. Poderíamos reduzi-la mais ainda, se os nascimentos ocorressem em melhores condições.

Mas, ainda hoje, em grande medida, o parto é considerado uma doença.

Discutem atualmente a recuperação da função consciente da mãe no parto, falam até de participação paterna. Insistem na relação imediata que deve ser estabelecida, logo após o parto, entre a mãe e o recém-nascido, que são hoje internados em unidades separadas, obedecendo a uma função higiênica, mas podendo ter efeitos psicológicos negativos.

Um outro campo no qual a vida nasce nos hospitais, ou melhor, renasce, é constituído pelos restabelecimentos. Não devemos esquecer que, em muitíssimos casos (insuficientes, porque as técnicas terapêuticas deveriam ser mais eficazes e o erro diagnóstico poderia ser reduzido), estão aí pessoas que estariam mortas se não interviesse uma estrutura hospitalar eficiente. Todos nós conhecemos algum desses ressuscitados.

É justo destacar que, entre esses dois aspectos do trabalho hospitalar, acolher os males da sociedade ou propiciar a vida, infelizmente, o desenvolvimento dos hospitais é mais voltado para o primeiro do que para o segundo. Aquilo que mais solicita o desenvolvimento do hospital é o suprimenro das necessidades de assistência social. Podemos dizer, por exemplo, que um terço dos leitos

hospitalares, na Itália, são ocupados por idosos que não requerem tratamento intensivo, mas uma assistência médica que poderia muito bem ser feita em casa, com uma despesa imensamente inferior. Hoje, uma diária de internação hospitalar custa cerca de cem mil liras, 3 milhões por mês. Com três milhões mensais pagamos três enfermeiros especializados (com salários muito altos, encargos sociais, horas extras, despesas de reciclagem), os quais podem assistir trinta pessoas em suas casas, com um custo econômico bastante reduzido e também muitas vantagens, no plano humano e familiar. Naturalmente, é preciso que os idosos em domicílio sejam assistidos, não abandonados; de outra forma, seria uma crueldade mais grave de que a internação inútil.

Segundo alguns estudiosos americanos de sociologia da medicina, os doentes, enquanto tais, são desajustados (devianti), pelo menos em sentido amplo, na medida em que não se submetem às normas que regem a vida cotidiana nas sociedades ocidentais, chamadas de "controle social". O senhor está de acordo com a afirmação de que o hospital, longe de ser apenas um local de tratamento, é, na verdade, um sistema apto a controlar os desajustados em potencial? E, em todo caso, a reinseri-los numa ordem social normal?

Se o hospital fosse realmente um sistema para reinserir os doentes na ordem social normal, já seria uma vantagem em relação à realidade atual. De fato, às vezes, o hospital não trata; e se o doente se restabelece, sua reinserção não acontece na ordem, mas na desordem social; ou seja, ocorre numa situação doentia, que recria a moléstia.

Acolho, com essa ressalva, os argumentos de Quaranta, sobre os papéis; papel do doente e papel de controle das instituições. Isso é algo verdadeiro, e com frequência desvalorizado. Entretanto, é preciso articular melhor esse tema. As teses que predominam na sociedade americana, como a de Talcott Parsons sobre o papel impessoal do paciente, podem isolar, na doença, o comportamento social de seus outros aspectos, biológicos e psicológicos. Assinalo que as doenças e os doentes devem ser examinados sob três óticas, inseparáveis entre si. A primeira: a doença é um sofrimento do indivíduo, por isso do doente, de sua família, de um ambiente mais amplo no qual o doente vive e trabalha. Ai se nos esquecêssemos disso! A primeira tarefa, então, é enfrentar esse sofrimento e atenuá-lo e, com o tratamento, restaurar a situação de equilíbrio que existia ou deveria existir anteriormente.

Os movimentos de notável relevância ética e científica que con-

tribuíram para suprimir os manicômios e reinserir os deficientes no trabalho e na escola, certamente promoveram um aumento da solidariedade social e do apreço ao valor que tem o homem, mesmo em condições de abatimento ou segregação. Demonstraram o quanto podemos fazer para trazer de volta a uma vida mais rica aqueles que antes eram desprezados, isolados e abandonados. Isso representou um progresso da ética e, ao mesmo tempo, um progresso da ciência, porque algumas dessas conquistas foram possíveis devido a novos conhecimentos e novas tecnologias.

Mas, ai se nos esquecermos de que, nesse campo, é sempre um sofrimento individual que se trata de atenuar. As soluções também devem levar em conta essas necessidades pessoais. Por isso, um doente que sai do hospital psiquiátrico deve ser acompanhado e tratado; de outro modo, seu sofrimento e de seus familiares aumenta; um deficiente colocado numa escola comum, também deve ser ajudado e socorrido; de outra forma, determina-se para ele um sofrimento maior, que se alastra para toda a classe e para o corpo docente.

Essa é a primeira ótica. A segunda é que as doenças e os doentes (os senhores falaram, a propósito, de "ordem social normal") apresentam-se também como um desajuste (*devianza*). É um desajuste da normalidade biológica, mas também da normalidade social e cultural. A normalidade biológica, dentro de certos limites, é mais ou menos definível. Quando há alterações da respiração, do aparelho cardiorreatório, do sangue, da função digestiva, elas são avaliadas de modo semelhante, em qualquer sistema social, mesmo se tiverem diferentes determinações conforme a classe, as leis estatais, a situação econômica, a cultura. A normalidade social, ao contrário, está mais sujeita às avaliações políticas e às posições pessoais.

O desajuste é minimizado. Ou melhor, ao invés de reprimir, tratar ou isolar o desajustado, devemos passar a restringir ao máximo o conceito de desajuste. Enfim, isso já começa a ocorrer. Falei de doentes mentais, de deficientes; mas podemos falar de cegos, coxos ou míopes, todos eles considerados anormais e tolhidos em sua atividade. Hoje, muitos podem ser reconduzidos a uma capacitação e também a uma função que se aproxime da normalidade. Infelizmente, com muita frequência, a medicina, ao invés disso, serve para acentuar o desajuste.

Há, enfim, uma terceira ótica sob a qual considerar a doença, a mais negligenciada: a doença individual quase sempre é o sintoma de fenômenos sociais de alcance mais amplo. É um sinal de alarme, que ressoa no corpo e na psique dos indivíduos. A medi-

cina e, particularmente, o hospital, fazem todo o possível para atenuá-lo com um silenciador. O exemplo mais banal e cotidiano é a relação médico-paciente: em nosso sistema assistencial, o encontro entre o doente e seu médico de confiança dá margem a um único sinal de alarme, que atinge a instituição: o sinal monetário. O único dado contabilizado é a consulta, com a prescrição farmacêutica. Esse dado é elaborado nos serviços públicos, processado no computador: assim é aviada a análise da despesa sanitária, o cálculo do quanto deve receber o médico e do que cabe à farmácia e à indústria farmacêutica. Mas tudo isso nada tem a ver com a doença. Fica no campo puramente econômico. Tudo aquilo que realmente interessa ao doente e à sociedade, ou seja, a anamnese, o diagnóstico, o tratamento, o prognóstico, desaparece do conhecimento, é um sinal de alarme sufocado.

Por outro lado, também nos hospitais sabemos o quanto é difícil partir dos prontuários clínicos para chegar à história pessoal, social e de trabalho do doente. Isso interessa muito pouco para quem compila o prontuário médico e, depois, não é mais avaliado. Por isso parece-me interessante a possibilidade de 'utilizar' a doença, de transformar o mal em bem. Utilizá-la, antes de mais nada, como fonte de conhecimentos epidemiológicos, para saber quantos são os sinais de alarme, onde nascem e por quê. Além disso, utilizá-la como oportunidade de educação sanitária do doente. A condição do doente, que hoje suscita amiúde uma sujeição cultural frente ao médico, que consolida a ignorância programada da doença, pode ser, ao contrário, uma extraordinária ocasião para ampliar a esfera de seus conhecimentos. Falam muito de educação sanitária, mas ela é menos eficiente se completada fora do processo individual no qual está envolvido o doente por ocasião de seu mal. Cada caso de doença (e são milhões) pode ser um tema a desenvolver mas, ao invés disso, é esquecido. Enfim, devemos utilizar a doença como estímulo para a igualdade social e a expansão dos direitos democráticos. A doença coloca o doente em contato com um instituto social, o hospital. Se aí ele encontra uma ocasião para se manifestar, para crescer culturalmente, para adquirir direitos, isso será um estímulo positivo para sua consciência e para a transformação democrática das instituições.

Resumindo: se isolarmos esses três elementos, isto é, o sofrimento, o desajuste e o sinal de alarme (se olharmos outras interpretações da doença, observamos que, quase sempre, um dos três contém os outros ou o esclarece de veras), teremos uma ótica parcial e deformada. E não conseguiremos tirar proveito das doenças, nem como compreensão, nem como ação.

Aproveito a ocasião para comentar outros dois pontos, também relativos a esta análise. Um deles, é a contraposição entre fenômenos biológicos e sociais, e a polêmica contra a conduta terapêutica que “corta, substitui, trata este ou aquele pedaço”. Às vezes, isso é preciso! O tema é retomado contrapondo-se o que ocorre no interior do corpo e o que ocorre em torno do corpo: *interno e em torno*. Às vezes, perdem a conexão entre os dois fenômenos. O que acontece no corpo é, freqüentemente consequência do que acontece no ambiente. Além disso, atenuando o sofrimento, reconstituindo as funções corporais e mentais, podemos amiúde tornar mais visível o que acontece em torno e influir sobre seu desenvolvimento.

O outro ponto é a tendência à assimilação de todas as instituições como iguais entre si. Essa abstração difundiu-se por volta de 1968: o autoritarismo e o poder como categorias gerais, a instituição sempre como um fenômeno negativo, a identificação entre manicômio, cárcere, escola, exército, hospital, Estado. É preciso analisar o que essas instituições têm em comum, mas também aquilo que cada uma tem de específico.

Não lhe parece que, nesse ponto, cabe uma referência ao trabalho de Ivan Illich?

Ivan Illich destacou, justamente, que muitas instituições e profissões vivem por si mesmas, tendo perdido contato com a função para a qual nasceram, antes constituindo um obstáculo à finalidade declarada. É um fenômeno real. Mas cada instituição tem funções diferentes. Além disso, a relação com os objetivos não é totalmente cortada, e não podemos suprimir a função de muitas profissões. Até o manicômio pode ser suprimido como instituição, e muitos casos de patologia mental podem ser absorvidos pelo tecido social. Mas os tratamentos devem ser substituídos por outras intervenções especializadas, que deverão ter um caráter mais humano e mais integrado, enquanto existirem doenças mentais.

Considerando a situação dos hospitais italianos (não apenas seu desequilíbrio econômico — o caso de Roma é sintomático — mas também a agitação e o descontentamento entre os próprios doentes), como avalia a tese de Quaranta, de que os doentes são, assim como os jovens e as mulheres, uma expressão do impulso das classes populares para a gestão de uma mudança na qualidade de vida e no conjunto da cultura e da sociedade?

Concordo. Os doentes não são apenas indivíduos a tratar, podem tornar-se sujeitos políticos. Essa tese implica uma crítica às correntes marxistas que têm negligenciado algumas forças emergentes.

A luta social e política não é apenas obra das classes ou dos partidos que as representam, não é feita apenas de grandes associações que se contrapõem historicamente. Nela também interfere uma multidão de interesses e de grupos, definidos por uma relação menos restrita com a condição sócio-econômica, mas que têm dificuldades existenciais de caráter permanente (as mulheres) ou temporários (os doentes). Até essas forças podem hoje contribuir para a mudança da sociedade, partindo da própria experiência pessoal ou de grupo.

Naturalmente, as classes mantêm a sua fisionomia. Nos hospitais e na terapia, persistem muitas discriminações, entre outras. A experiência comum é que, em muitos hospitais, usam “você” para doentes das classes pobres; ao contrário, usam “senhor” nas clínicas particulares, às vezes até nos hospitais, para os doentes que se apresentam melhor vestidos, ou são mais ricos ou mais cultos.

Mas, além disso, podemos criticar a concepção de revolução, tradicional no patrimônio marxista, que identifica as forças motrizes do processo revolucionário exclusivamente nas forças produtivas. Partem da idéia, justíssima, de que as revoluções ocorrem quando o desenvolvimento das novas forças produtivas está impedido pela prisão das relações sociais precedentes. As novas forças rompem a prisão e emergem através de um processo revolucionário. Assim a burguesia rompeu a prisão do feudalismo e dos Estados absolutistas; assim emergiu o proletariado nos processos revolucionários modernos, aliando-se essencialmente a uma outra força produtiva, os trabalhadores do campo, os camponeses. Na Itália, acrescentamos alguma novidade a essa teoria, falando de classes médias e interessando-nos pela função dos intelectuais. Mas não nos demos conta de que um dos fenômenos típicos do capitalismo moderno (e, em certos aspectos, de toda sociedade industrial, sem com isso querer voltar ao arcaico) é que ele não apenas impede o desenvolvimento das forças produtivas, ou, freqüentemente, permite-o de maneira distorcida, mas desenvolve enormes forças destrutivas. Se isso é verdade, podemos pensar em uma nova aliança entre as forças produtivas, revolucionárias, aqueles homens, e até outros seres, cuja existência está ameaçada pelo desenvolvimento das tendências destrutivas.

Nesse contexto, tendo a doença uma evidente capacidade destrutiva, e sendo o doente, por definição, um sujeito interessado em se livrar do processo de morbidade, o conjunto dos doentes pode-se

tornar um sujeito político com o qual as classes que querem renovar a sociedade podem manter relações de colaboração e de estímulo recíproco.

Além dos doentes, o senhor, antes, se referiu também aos idosos, fenômeno totalmente novo. Pensa que é possível e desejável uma aliança também com essa categoria?

Os idosos não são uma classe social, são uma classe etária. O desenvolvimento da indústria e da ciência permitiu-lhes uma sobrevivência maior, a qual, em certa medida, estendeu-se também às classes trabalhadoras: nessas, porém os indivíduos têm menos possibilidade de se tornar idosos, porque amiúde têm uma mortalidade mais alta. Ao mesmo tempo, sobretudo nos últimos anos, o capitalismo introduziu elementos profundos de desequilíbrio, infelicidade e abandono na vida dos idosos. Por isso, é seu interesse que essas relações mudem. O movimento operário ocupou-se muito em assegurar aos idosos um mínimo vital, melhorando o nível das pensões; não soube empenhar-se numa ação mais ampla para recuperação de sua vida, de sua atividade, de suas relações interpessoais mais válidas. Há muito a corrigir.

À luz do que foi dito até agora, como podemos avaliar a reforma sanitária? Pode ser suficiente uma reforma que, mesmo sendo de cunho nitidamente socialista, de qualquer modo está ligada à idéia de que, abaixo do Parlamento e dos órgãos do governo local, os problemas são apenas administrativos? Como a reforma pode ser integrada e, sobretudo, ser realmente operante? O senhor pensa que é justo afirmar que o sistema sanitário pode ser mudado só se os próprios doentes se tornarem protagonistas, através de formas de poder popular nos hospitais e através da derrota da gestão burocrática destes? Admite-se a substancial politicidade da condição dos doentes no hospital, reconhece-se no hospital um local de intervenção política e se coloca o problema de como essa intervenção pode incidir sobre o conjunto da sociedade italiana. Como vê a relação entre o 'pequeno' e o 'grande' nesse caso?

Partamos da relação entre pequeno e grande, que é o tema mais interessante, do ponto de vista cultural. A reforma sanitária tende a valorizar sobretudo o médio.

Enquanto o sistema sanitário anterior estava todo voltado para o grande, num processo de forte centralização do poder nas mútuas nacionais e na terapia no hospital, valorizado como um mau-

soléu da saúde, a reforma sanitária rompeu esse sistema. Ela ampliou os poderes do governo local e desenvolveu os serviços territoriais das Unidades Sanitárias Locais, que serão mais descentralizadas. A reforma abriu a possibilidade de modificar a relação cotidiana entre os doentes e os serviços sanitários, além do campo da prevenção. Agora é preciso consolidar esse nível médio, que está registrado na reforma, mas totalmente por construir. É um grande processo de democracia sanitária, iniciado este ano; já se desenvolvera apenas em algumas regiões.

Todavia, também é preciso modificar o pequeno e o grande. Modificar o pequeno no sentido indicado pelos senhores: evitar a gestão burocrática das atividades sanitárias, fazer as populações participarem amplamente (e de maneira informada) da administração dos serviços. Isso pode ocorrer através das prefeituras, das comissões de consulta das Unidades Sanitárias Locais e também em cada serviço; por exemplo, participação dos alunos, das famílias e dos professores nos serviços de medicina escolar; dos trabalhadores e suas organizações nos serviços de medicina do trabalho; das mulheres nos serviços maternos e infantis. E, enfim, articulação das USL nos distritos mais longínquos.

Mas também é preciso modificar o grande, isto é, o governo do Estado. Uma das maiores experiências desses últimos meses, no fulcro da reforma sanitária, é que o nível médio funciona mal, não se desenvolve suficientemente se não mudar a direção do país. Não digo isso por espírito de oposição. Mesmo porque foi confiada aos poderes locais, nos níveis médios, uma tarefa essencial e unificadora como a da saúde; o princípio de descentralização não pode ser aplicado se não houver uma orientação política e cultural eficaz, coerente com as linhas da reforma e com as necessidades sanitárias da sociedade. De outra forma não temos um processo de descentralização, mas de dissolução e fragmentação. Não foi admitido, justamente, que a direção viesse por via administrativa, mediante intervenções burocráticas do alto; a direção, aqui, deve ser baseada em orientações políticas sólidas, em grande número de normas legais, que sejam coerentes com as necessidades dos níveis 'médio' e 'pequeno': conseqüentemente, deve ser baseada num aumento da capacidade técnico-científica. Os poderes podem ser descentralizados, mas não podem fragmentar o conhecimento científico especializado, nem descentralizar a formação do pessoal, que requer o amparo de organismos muito qualificados. Escolhida uma diretriz que não seja a burocrática, é preciso seguir o outro caminho com muita coragem. De outro modo, arriscamo-nos a registrar a falência das administrações chamadas a organizar a reforma

a nível local e a diminuir a microparticipação política na tutela da saúde, que é essencial, mas não se sustenta se os níveis superiores não forem coerentes. Tudo se tornaria episódico, ineficiente, uma veleidade.

Como avaliar a pequena participação da população nos órgãos de gestão de base, como os conselhos? O que os administradores das instituições deveriam fazer pela saúde?

Se, na verdade, há um distanciamento das pessoas, é porque a utilidade desses serviços não está clara. Nunca fui um defensor convicto dos conselhos. Compreendi a experiência e até a defendi. Mas deduzo que, embora tenha sido útil às mulheres, para que reivindicassem e obtivessem seus próprios espaços nas atividades sociais, para que se unissem e enfrentassem necessidades que as instituições negligenciaram ou trataram de maneira equivocada e repressiva, não podemos eludir a necessidade de fazer com que as mulheres e todos os outros cidadãos participem do conjunto das atividades sociais. A própria educação sanitária e científica, também no campo sexual, ou acontece através da escola, dos meios de comunicação de massa, das organizações políticas e religiosas, ou fica confinada apenas a um lugar específico. Mas assim permanece isolada, ineficaz.

Sobre a possibilidade de um movimento “pelo poder popular nos hospitais”, julgo-a um pouco arriscada. Controle, qualificação, abertura aos interesses sociais, respeito e reconhecimento dos direitos do doente, tudo isso me parece bastante válido. O primeiro passo foi dado porque, com a reforma sanitária, o hospital foi transformado de “entidade separada”, em serviço integrado. Antes, era institucionalmente impossível ou, pelo menos, difícil, qualquer forma de controle e comunicação. Agora decidiram inserir o hospital na rede sanitária: isso abre uma possibilidade antes inexistente. Naturalmente, há o risco de que ocorram as mesmas formas de gestão burocrática e desintegrada nas novas Unidades Sanitárias Locais.

Estão para ser eleitos cerca de 50.000 membros da assembleia das USL e cerca de 10.000 conselheiros de gestão. O que farão? Sentir-se-ão apenas representantes dos partidos que participam da sua designação, como é justo? Repetirão, nas USL, as divisões, o clientelismo, a corrupção que, às vezes, imperam nos hospitais? Ou a possibilidade de trabalhar abertamente, em contato direto com a população, sob o estímulo dos doentes e de suas associações produzirá resultados positivos? O problema está completamente

em aberto. No plano político, é interessante a possibilidade de que se reduza a cristalização dos alinhamentos partidários nas USL, de que se evite as divisões que impedem a funcionalidade de muitos órgãos, nos quais os partidos têm um papel proeminente.

Depende muito do que farão, concretamente, os novos administradores, no dia-a-dia. Cheguei a perguntar, a alguns conselheiros de administração dos hospitais, como passam seu expediente na entidade. Resultou que mais ou menos 30% de seu tempo é dedicado a reuniões dos órgãos colegiados, para debater problemas administrativos. Outros 30% são usados em contatos entre os partidos ou com o próprio partido. Ainda uns 30% são dedicados a problemas de pessoal: reivindicações, promoções, quadros. Sobram 10% do tempo, nos quais se ocupam dos problemas dos doentes que, ao contrário, deveriam preencher 90%. Se conseguíssemos modificar radicalmente essa divisão da jornada de trabalho dos conselheiros das USL, seria um enorme progresso, sobretudo porque as necessidades dos doentes são, em parte, necessidades terapêuticas, mas, em parte, necessidades humanas, muito simples de satisfazer.

O doente, disse-me o diretor de um hospital, quer, essencialmente, três coisas: primeiro, comer bem, ter comida suficiente, bem feita, ministrada decentemente e na hora certa; segundo: ter um hospital limpo, com paredes bem brancas, roupa de cama asseada, banheiros sem sujeira; terceiro: encontrar o médico ou o enfermeiro no seu posto, para ser socorrido quando necessário. Esses três pedidos são muito elementares. A eles, obviamente, devemos associar a eficácia da terapia, sobre a qual os administradores influem menos, porque ela depende sobretudo da qualificação do pessoal. A esses três pedidos elementares, iguais para todos, somam-se outras exigências relativas ao conforto, à cultura, à socialização. Lembro-me de um exemplo, contado pelo companheiro Fosco Bettarini. Quando ele foi nomeado diretor do hospital de Prato, a primeira coisa que observou, andando pelas enfermarias da maternidade, foi que algumas mulheres tinham flores sobre a mesinha de cabeceira e outras não. Fez, então, com que o Conselho Administrativo aceitasse uma deliberação, segundo a qual o hospital doaria a cada parturiente um ramo de flores. O resultado foi que algumas mulheres tinham dois, ou mesmo três, mas nenhuma ficou sem. Cada mulher tinha o próprio ramo de flores sobre a mesinha de cabeceira. É uma das muitas iniciativas simples, que podem ser tomadas, sem grandes aparatos científicos e sem alarde no *cast* do hospital.

Em seu modo de ver, qual poderia ser o 'inimigo' a combater, o oponente de um movimento que proponha mudar o sistema sanitário?

Não falarei de inimigo, a não ser metaforicamente; falarei de obstáculos à transformação. A palavra 'opponente' também é válida na linguagem sindical, quando existe um patrão e um assalariado. O nosso caso é diferente, mesmo havendo algumas afinidades. Falarei da necessidade de mudar as relações de poder, de atenuar os desníveis de conhecimento, de melhorar as relações humanas e de humanizar a tecnologia.

Com muita freqüência, os hospitais parecem feitos para os médicos, não para os pacientes: o setor de aparelhamento é muito aperfeiçoado, enquanto o setor de internação é bastante negligenciado. As novidades no conhecimento médico e psicológico não são suficientemente utilizadas nas estruturas técnico-aplicativas: por exemplo, há uma nítida diferença entre as salas de maternidade e as instalações de pediatria. Há uma clara diferença entre colocar um filho no mundo e acompanhá-lo na primeira fase de seu crescimento. O recém-nascido é retirado da mãe. Muitos sustentam que isso pode determinar conseqüências negativas. É verdade que isso é feito com objetivos higiênicos, mas amiúde abusam. Poderíamos procurar formas de maior contato, salvaguardando as exigências sanitárias. Além disso, está em discussão o tipo de construção hospitalar que tem prevalecido: o gigantismo. Toda a estrutura sanitária parece estar resumida no hospital ao invés de espalhar-se pelo território, com departamentos intermediários entre o hospital e a assistência domiciliar, tais como os poliambulatórios aparelhados e os hospitais-dia. É preciso modificar não apenas a atitude em relação aos doentes, mas as estruturas bastante consolidadas e até mesmo as partes da edificação e da tecnologia. Por isso, a mudança é muito complicada, mas necessária. Além do mais, em muitos casos, os tratamentos externos são mais eficientes e menos dispendiosos do que a internação hospitalar. Em certos casos, ao contrário, a internação é necessária. Não é preciso exagerar na "desospitalização".

Como pode ser resolvida a resistência dos setores católicos em verem nos doentes não apenas pessoas que sofrem fisicamente e precisam de conforto, mas também um sujeito portador de força política? Como se pode resolver a resistência análoga, dos setores comunistas, que vêem o problema da vida no hospital como algo "a deixar para os católicos" como problema apolítico ou absolutamente antipolítico?

Diferencio, na resposta, entre a questão católica e a comunista. No que concerne à visão católica, certamente há uma grande experiência histórica, pluricentenária, de assistência, conforto e orientação dos doentes. Mas também de controle, subordinação da moléstia e de sua cura a motivações espirituais ou religiosas, nem sempre coincidentes com o interesse direto do doente. Ou seja, há um conflito histórico na relação entre religião e assistência, entre tratamento da alma e tratamento do corpo, com implicações filosóficas e organizativas muito complexas.

Quero, porém, destacar, que esse conflito tem sido resolvido da forma mais negativa, há décadas. A assistência aos doentes, que antes era concebida como *beneficência*, freqüentemente acompanhada de um controle espiritual, tornou-se *maleficiência*, com finalidade de controle político. Não quero mover um processo contra a democracia-cristã, mas essa peça de acusação existe e nada tem em comum com a melhor tradição católica.

Posso dar um exemplo concreto, físico, extraído do deslocamento dos hospitais no território, que é o ponto de referência mais simples. Se examinarmos os hospitais romanos, veremos que eles foram erguidos durante séculos, a partir do ano mil, talvez antes, nos locais em que era preciso dar assistência aos viajantes, aos peregrinos, àqueles que chegavam a Roma. O primeiro foi o hospital Fatebenefratelli, erigido na ilha Tiberina; nesse lugar foi erguido um hospital religioso onde já havia um outro, que remonta, na verdade, a Esculápio: situado às margens do Tibre, na direção de sua foz, de onde chegavam, por mar, à antiga cidade. Os outros velhos hospitais são o Santo Spirito, na periferia noroeste, no começo da via Aurélia; o San Giacomo, ao norte, onde chegam a via Flamínia e a Tiberina; e o San Giovanni, ao sul, no início da via Ápia. Essa distribuição correspondia a uma função pública assistencial precisa. Mas isso foi o passado.

Se examinarmos agora, no mapa da Itália, as zonas onde a democracia-cristã dominou política e administrativamente, veremos que o deslocamento dos hospitais corresponde às zonas de influência de vários notáveis democratas-cristãos. A cada construção corresponde o nome de um ministro ou de um grande eleitor. O Vêneto, naturalmente, tornou-se a região da Itália que tem mais hospitais: há cerca de 20 leitos por mil habitantes, isto é, pelo menos três vezes mais do que o padrão julgado necessário pela Organização Mundial de Saúde. No sul, o maior departamento de cirurgia cardíaca, modernissimamente aparelhado, está no hospital de Potenza e, obviamente, foi construído por influência do honorável Emilio Colombo. O único defeito desse extraordinário departa-

mento de cirurgia cardíaca era a falta de um cardiologista. Por isso, os hospitais são instituições criadas mais para dar colocação a amigos íntimos, para ocupar uma certa mão-de-obra nos serviços públicos ou para satisfazer o desejo de poder ou de influência dos notáveis; raramente, com base em reais necessidades assistenciais.

Então, podemos inverter a observação segundo a qual a doença pode representar um perigo para a estabilidade das instituições. A doença tem sido usada para consolidar um poder baseado em razões clientelares, amiúde na corrupção. Não estão preocupados em tratar a doença, mas em utilizá-la: essa é a crítica que fazemos. Decerto existem também, em algumas zonas da Itália, administrações democratas-cristãs mais saudáveis, que promoveram um bom funcionamento dos hospitais, que foram fiéis à parte positiva da tradição católica. Todavia, não há dúvida de que, nas últimas décadas, ocorreu esse desvio negativo.

Na hipótese de uma união popular pela qualidade de vida, é possível pensar em reconduzir a melhor forma de assistencialismo católico aos problemas da saúde e da doença?

Sim, é possível. Mais do que na tradição católica, a hipótese se baseia na realidade das obras assistenciais e das associações voluntárias, nas quais os católicos estão amplamente presentes.

Talvez falte aos católicos, desta vez, o senso da politicidade.

A politicidade é positiva ou negativa. Uma parte dessas obras e associações colabora com as administrações, desenvolve funções integradoras e de estímulo. Outra parte se contrapõe, alimenta a tendência ao isolamento e quer consolidar uma realidade assistencial católica separada do Estado. Mas não há dúvida de que no mundo católico há uma energia extraordinária. É verdade que, nesse campo, constatamos uma ausência das esquerdas, compreendendo a tradição e a política comunistas, viciadas por excessos de estatização. Foram negligenciadas as associações voluntárias, as corporações intermediárias, as agremiações espontâneas, que poderiam ser bastante estimuladas.

Respondo, pois, à pergunta sobre os comunistas. Quero lembrar que, quando surgiram as primeiras dificuldades no encaminhamento da reforma sanitária, escrevi um artigo no *Unità* (9 de dezembro de 1979), intitulado “Il diritti del malato” (Os direitos do doente), que terminava justamente com a proposta de que nossos

administradores, nossos dirigentes promovessem esses direitos, nos hospitais e nos poliambulatórios. Devo dizer que não houve muitas respostas positivas a esse artigo. Pelo contrário, no próprio *Unità* recebi uma carta crítica, de Arpino Gerosolimo (Campobasso), que concluía:

Não estou de acordo com Berlinguer quando afirma que, no período do Natal, devemos promover jornadas pelos *direitos do doente*, e discutir, nos hospitais, nos ambulatórios, uma assistência mais humana e mais eficaz. Ao contrário, nós, como funcionários democráticos, devemos sempre discutir *junto* com as pessoas, no dia-a-dia, esforçando-nos para compreender os problemas e os vários acontecimentos. A proposta de Giovanni Berlinguer cheira a obra pia, a obscurantismo católico que, no caso, historicamente, não tentou mais um discurso alternativo com relação à saúde: a caridade, nesses casos, não serve, mas, ao contrário, a informação social (saúde) e política (reforma) servem. Dessa maneira é possível dar respostas às *necessidades* das pessoas.

A minha resposta, sempre no jornal, foi esta:

Evidentemente, meu artigo não foi claro na parte conclusiva. Mas reafirmo a proposta de que nossos administradores de hospitais, de mútuas, de municípios e nossos dirigentes da política sanitária se tornem promotores de iniciativas *pelos direitos dos doentes*.

A solidariedade humana não se deve esgotar na luta política e sindical e as reformas têm valor se melhoram as condições cotidianas de quem é espoliado, oprimido ou sofredor. Obscurantismo católico, isso? Não, é um posicionamento que se insere nas melhores tradições do movimento operário italiano. Mas também não nos podemos limitar a criticar os aspectos deteriorados do papel dos católicos na assistência, embora, talvez, eles prevaleçam hoje. É uma história de dedicação e de utilidade nunca negligenciada que explica a longa duração da influência da Igreja nesse campo. O nosso discurso pode ser alternativo apenas se conseguir enquadrar as respostas às necessidades cotidianas na perspectiva da renovação.

Espero ter mais êxito no futuro. Sendo teimoso e perseverante (um defeito ou virtude de muitos sardos), procurarei utilizar minha diminuta posição de poder para influir sobre o partido. Mas será uma batalha muito complexa, sobretudo por três motivos. Primeiro, porque não há uma tradição de voluntariado assistencial. É verdade que há o exemplo das santas casas toscanas, das mútuas voluntárias, da solidariedade política e sindical no movimento operário, que são formas superiores de voluntariado. Mas não é suficiente, não é valorizada, não é bastante estimulada. Segundo, porque é justa a crítica feita no período 1976-78: passando a administrar mais amplamente as entidades locais e também a influir

sobre as decisões governamentais, podemos nos curvar às instituições e descuidar as necessidades cotidianas, a vida das massas, a ação entre o povo. Ao invés disso, devemos mostrar uma capacidade de trabalhar em ambos os terrenos e associar as duas atuações. O terceiro motivo é mais complexo e devemos refletir sobre ele sem preconceitos.

A relação entre o cidadão e um serviço, quando o cidadão paga, tem um certo caráter de contratualidade, que lhe confere um poder. No momento em que, devido a uma conquista social, a relação adquire o caráter de gratuidade, há o risco de que seu poder diminua. O problema é como substituir o dinheiro por outros meios de participação, de presença cotidiana. Com efeito, é verdade que o pagamento representa uma forma de participação, mesmo que injusta ou seletiva. Não podemos descurar a afinidade entre um favor e um serviço. Como podemos substituir esse mecanismo? O problema não foi resolvido. Decerto é preciso suplantar o dinheiro e criar canais mais substanciais. Não defendo a moeda como veículo das relações humanas, porém, é também sacrifício de uma parte da pessoa; em troca, ela tem o direito de pedir que os outros também se sacrifiquem para satisfazer suas exigências. Como substituir essa relação? Que forma de democracia e de ética são necessárias? A tutela da saúde, como qualquer outro serviço público, não pode ser incluída apenas na esfera dos direitos sociais; deve ser integrada a uma visão muito mais profunda. Esses elementos de reflexão são muito apressados. Mas o problema existe, existe para todos. E, sobretudo, para aqueles que se propõem, como os comunistas, a transferir um conjunto de atividades antes profundamente condicionadas pela renda, de uma relação individual, viciada pelo dinheiro, para uma relação social, orientada para as necessidades. Hoje essas atividades devem ser liberadas desse vínculo, mas, ao mesmo tempo, aperfeiçoadas, não apenas do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista humano.

A esquerda italiana, nesses anos, com relação à saúde, deu ênfase à prevenção e desinteressou-se pela vida no hospital, como um problema destinado a desaparecer 'naturalmente'. Pelo contrário, esse problema não desapareceu, mas se acirrou. O senhor não acredita que chegou o tempo de a esquerda começar a reconsiderar o tema da prevenção, abandonando uma consideração demiúrgica e totalizante?

A observação é justa. Há aí duas grandes ilusões: uma é a ilusão terapêutica, ainda muito difundida, que ainda hoje domina a prá-

tica médica e que tem origem nos êxitos da medicina do século XIX e início do século XX. Pensaram que, para cada doença, pudesse haver uma tecnologia, um remédio, uma operação, uma internação para enfrentá-la de forma a resolvê-la. É justo que essa tendência perdure, não como ilusão, mas como consciência de uma possibilidade, porque a terapia ainda tem uma ampla margem de descobertas e de aplicações.

A outra é a ilusão preventiva. Ela se expressou com muitos cálculos econômicos sobre a conveniência da prevenção perante os tratamentos, e teve justamente uma sanção legislativa na prioridade da prevenção entre as tarefas do Serviço Sanitário Nacional. De fato, esse é o setor de vanguarda e é o mais negligenciado. Entretanto, a melhor prevenção não elimina a necessidade de tratamento. É preciso reconhecer com franqueza que, não apenas nos próximos dez anos, mas cem, talvez mil, a atividade sanitária principal ou, pelo menos, uma das principais, será o tratamento dos doentes. É impossível pensar numa sociedade sem conflitos. De outra forma, Benedetto Croce teria razão, quando criticava o marxismo como uma filosofia baseada na dialética que, num certo ponto, quando o comunismo vence, chega ao fim. Seja como for, sempre haverá conflitos e doenças, que sempre terão menos uma causa biológica e mais causas sociais e psicológicas.

Essas doenças e esses doentes sempre precisarão ser tratados. Podemos acrescentar que uma sociedade sem conflitos seria extremamente tediosa e talvez a causa das doenças fosse a monotonia da vida social. Ela precisaria de tratamento e assim nasceria a profissão de terapeuta do tédio. Mas, infelizmente, também existiriam doenças orgânicas e doenças genéticas.

Além dessas duas ilusões, tem havido muita negligência em relação à reabilitação e à reintegração, ou seja, à terceira etapa da atividade sanitária. Nesse campo, ninguém tem razão. A reabilitação é essencial para garantir uma passagem, menos traumática do que a atual, do hospital à vida comum, para reintegrar à vida social os pacientes curados ou em via de restabelecimento. Esse tema tem sido negligenciado também porque na Itália sempre houve desocupação em massa. É difícil conseguir trabalho e reintegração para pessoas que são consideradas (às vezes equivocadamente) menos aptas para o trabalho, quando este não é encontrado nem para as aptas. Mas essa não é uma justificativa, pode ser apenas uma explicação. Agora, a reforma sanitária é eficaz, pode ser eficaz, porque permite fortalecer a prevenção e melhorar o tratamento e, sobretudo, permite a circularidade dessas três atividades

sanitárias (prevenção, tratamento, reabilitação) que antes eram separadas, sem nenhuma forma de comunicação.

O que o senhor pensa da proposta, formulada por várias facções, que vê na desinstitucionalização do hospital a solução do problema sanitário? Uma política de saúde centrada na prevenção e, por isso, estreitamente ligada ao território, não pode evitar de se colocar os problemas dos hospitais. Que tipo de hospital é compatível com uma política de prevenção sanitária?

Essa palavra complicada, 'desinstitucionalização', quer dizer, substancialmente, redução ou, melhor, determinação das funções hospitalares. O hospital é um lugar de terapia ou de assistência intensiva que auxilia outras formas de terapia, assistência e reintegração. É preciso modificar a tendência a fazer do hospital o ponto de chegada de todos os dramas sociais e a base hipotética de recuperação de todos os doentes.

Um dos obstáculos é que o hospital era uma entidade separada, fora da rede das entidades locais; era baseado em administradores, expressão de velhas heranças patrimoniais ou de potentados sociais. Às vezes, funcionava bem; não dizemos que tudo seja descartável nessa tradição. A partir de 1968, o hospital passou a ser uma entidade mais integrada na vida dos municípios, das províncias e das regiões, mediante a nomeação dos conselheiros de administração. Mas essa era uma forma espúria de participação das administrações locais, porque mantinha a entidade separada e confiava-a aos partidos, cogitando que eles sempre poderiam ser um canal eficiente de comunicação com os interesses da população. Isso pode ser teoricamente verdadeiro, mas, na prática, com muita frequência não se realiza. Agora, finalmente, decidiu-se pela inserção do hospital nos serviços das Unidades Sanitárias Locais.

O tipo de hospital compatível com a reforma sanitária é um instituto redimensionado em seu gigantismo, altamente funcional, tecnicamente bem aparelhado, dotado de pessoal cientificamente qualificado e humanamente disponível às necessidades do doente. Esse hospital pode ser integrado na atividade sanitária do território, das administrações, das escolas. O hospital pode constituir um dos pilares disso tudo e continuará a modificar longamente sua função (como ocorreu em outras épocas históricas). Não podemos pensar na supressão dos hospitais, simplesmente; ao contrário, devido a certas necessidades, eles precisarão se desenvolver. Dou um exemplo: o hospital pode ter uma função bastante relevante na assistência aos idosos, em períodos agudos, para enfrentar fases

graves de moléstias crônicas. A internação temporária no hospital pode ser muito útil, desde que ele não se torne asilo de velhos. Há algum tempo, em Cagliari, uma família aí esteve para internar o próprio pai arruinado, dizendo não saber onde colocá-lo.

Para repouso, acontece sempre. É coisa comum. É comum chegarem crianças deficientes nos hospitais pediátricos, assim como velhos, nos hospitais comuns.

Esse é um elemento de crueldade familiar, mas também um motivo real. As famílias precisam ter suas férias. Se alguém não provê as férias dos idosos, com a família ou longe dela, infelizmente, as férias do idoso são no hospital, onde estará humanamente abandonado, mas pelo menos socorrido em suas necessidades elementares, se o hospital tem um mínimo de funcionalidade.

Não é esse o problema da comunicação entre as várias estruturas sanitárias e o problema da mobilidade dos próprios médicos?

A incomunicabilidade é uma típica herança da cisão das organizações sanitárias em entidades distintas. Até agora, a comunicação era administrativamente impossível e, por isso, não era estimulada culturalmente. Havia uma entidade que provia a assistência hospitalar, uma outra entidade para os tratamentos especializados, uma outra que fornecia os médicos de família. Agora, a comunicação administrativa está encaminhada; a cultural é muito mais complexa. Ela implica uma disponibilidade ético-social e, também, uma modificação na formação cultural e na atitude profissional. A mobilidade pode consistir em que o médico de confiança participe da vida hospitalar, e contrariamente: ser um médico de hospital que tenha uma atividade externa, num período de sua jornada. Será preciso experimentar várias formas de comunicação e de colaboração, sem as quais se provoca a fragmentação do doente. É a USL que deve promover esse trabalho; e deve ser o pessoal sanitário a se dar conta de que, multiplicando seu conhecimento, sua experiência, isto é, saindo do hospital (para os médicos de hospital) ou entrando nele (para os médicos externos), há maior possibilidade de qualificação, de formação cultural e científica e também um trabalho mais eficiente em relação ao doente. O estímulo deve provir das administrações e do próprio pessoal, que têm tudo a ganhar.

O que pensa do fenômeno — descrito em vários estudos, dentre os quais Nemesi medica, de Ivan Illich — das chamadas doenças

iatrogênicas, isto é, causadas pela conduta terapêutica? Não se trata apenas do hospital como estrutura de não reabilitação, mas também do hospital como gerador de doenças.

O fenômeno é real. Não esqueçamos porém que, além das doenças iatrogênicas, contraídas no hospital, há os tratamentos iatrogênicos. Não compartilho a tese de Illich, de que a medicina seja uma das causas da ruína da humanidade. Não posso compartilhar dessa tese, que não corresponde nem a sensibilidade popular, nem às estatísticas e às conquistas científicas.

Ao invés disso, como agravante, podemos dizer que, além das doenças iatrogênicas involuntárias (ou melhor, preterintencionais), há também as voluntárias. No primeiro caso, as doenças são geradas por incompetência ou por condições higiênicas insuficientes. O hospital, assim como o remédio, é um instrumento delicado que, se usado abusiva ou excessivamente, provoca danos. Mas há também doenças iatrogênicas deliberadamente causadas nos hospitais. O exemplo mais freqüente são as cirurgias inúteis. Em muitos casos, trata-se de uma lesão pessoal grave, porque, no código penal, a extirpação de um órgão é considerada lesão pessoal grave. Mas quantos são punidos por isso?

O senhor não pensa que a profissão médica é, num certo sentido, muito sem controle? Que não há, por exemplo, qualquer correspondência entre os anátomo-patologistas e os clínicos?

Se houver algum controle, é no plano puramente administrativo. Também nesse campo, os únicos indícios são os que colocam os mecanismos econômicos em movimento. Há intervenção quando se gasta muito, quando a internação é longa e custa bastante. Não há nenhum controle sobre a qualidade do tratamento. Nenhuma correspondência entre a precisão do diagnóstico, nem sobre a validade dos procedimentos terapêuticos. Quando existem tais controles, os resultados são verdadeiramente dramáticos: um altíssimo percentual de diagnósticos errados, não apenas nos hospitais italianos, mas também da Suécia e dos Estados Unidos. Cerca de um terço dos diagnósticos é inexato.

Na França, há um tipo de autocontrole médico. Cada um deles é responsável por seus pacientes; a cada semana, são discutidos nos hospitais os prontuários mais interessantes. Em seguida, na prática, os prontuários das pessoas que morrem. O médico deve se justificar diante de seus colegas e, de qualquer modo, é bastante pro-

tegido junto à opinião pública. Praticamente não há nenhum caso de malpractice na França e a obrigação de defender o próprio operado faz com que haja uma forte autoconsciência por parte do médico.

O critério é muito válido e seria preciso usá-lo como método rotineiro, corrente. Não para denunciar os médicos: o erro diagnóstico, assim como o erro terapêutico, infelizmente, fazem parte da medicina, que não é uma ciência exata. Contudo, os erros podem ser notavelmente reduzidos. Por enquanto, não sou favorável a admitir tais discussões em público. Apenas deveriam ser comunicados os resultados estatísticos. De outro modo, determinar-se-ia uma caça a cada médico, uma situação de alarme geral, uma desconfiança nas instituições sanitárias. Mas o controle é uma necessidade.

Uma pequena correção que se poderia introduzir é que os médicos devam justificar por escrito cada dia de internação do doente no hospital.

Seria extremamente útil. Permitiria um controle da qualidade e da eficiência dos serviços.

O que pensa das declarações dos direitos do doente, bastante difundida no norte da Europa e nos Estados Unidos? É possível uma aplicação de tais declarações também na Itália? Como evitar o risco de que elas sejam meramente 'defensivas' de direitos genéricos e abstratos do doente? De que maneira elas deveriam ser revistas?

Sou muito favorável à elaboração de declarações de direitos dos doentes. Apareceu também na Itália um dos melhores livros sobre esse assunto, escrito por Bert, Del Favero, Gaglio, Jervis, Rozzi e Viviani, editado pela Feltrinelli e intitulado *I diritti del malato* (Os direitos do doente), que mostra bem em que direção se mover. Nos EUA, há várias experiências que consistem, sobretudo, num apelo ao dever de informar e de fazer o paciente participar de todo o processo terapêutico e ao respeito à sua dignidade. Mas há também uma prática oposta a essa finalidade. É sobretudo o fenômeno de massa dos seguros privados contra a *malpractice*, que assumiu dimensões enormes. Os médicos, principalmente os cirurgiões, asseguram-se pagando dezenas de milhares de dólares por ano contra os próprios erros profissionais, para se colocarem a

salvo das denúncias e dos pedidos de ressarcimento dos pacientes que sofreram danos devido à sua incapacidade. Essa prática é muito perigosa: o médico é assegurado de qualquer risco e, por isso, privado da sua responsabilidade direta e pessoal; o doente, tudo somado, é indenizado. Monetariza-se, pois, toda perda de saúde. Felizmente, tal fenômeno ainda não se difundiu na Itália. Mas isso é um dos riscos de qualquer campanha pelos direitos do doente. Se essa campanha levasse à monetarização, como nos Estados Unidos, seria a falência. Não defenderia os direitos humanos do doente, mas apenas seus ganhos em caso de doença e os ganhos dos seus herdeiros em caso de morte. E protegeria o direito do médico ao erro.

Um dos defeitos de todas as declarações de direitos do doente é que elas têm sido escritas por médicos. Por pertencer à mesma categoria, não posso dizer quão efetivamente refletem os direitos e as aspirações dos doentes. Por exemplo, as exigências que referi como direitos fundamentais, primordiais: alimentação, limpeza e presença do pessoal não aparecem em nenhum lugar dessas declarações. Talvez se os doentes as tivessem redigido, teriam falado primordialmente disso. A proposta que podemos fazer é a de que na Itália se trabalhe para elaborar uma declaração escrita pelos próprios doentes. Essa poderia ser uma contribuição original. Temos, em relação aos outros países, a desvantagem de ter hospitais que funcionam medianamente pior (mas também temos ótimos hospitais). Contudo, temos a vantagem de ter uma parcela dos médicos, ainda uma minoria, que se preocupa muito ativamente, com os direitos do doente, por razões morais e sociais, e não apenas pela própria deontologia profissional. Temos a vantagem de possuir administrações locais permeáveis a essas exigências, que se podem fazer veículos desses direitos. Temos também, por parte da população italiana, uma elevada consciência dos direitos sociais. Essa consciência, em parte, perde-se quando se entra num hospital. É a própria instituição que tende a sufocá-la. Se conseguirmos despertá-la também aí, é possível que cresça em nosso país um movimento original, que poderia representar uma contribuição interessante à política sanitária e também aos direitos do homem em escala internacional.

TRÊS ANOS APÓS A APROVAÇÃO DA LEI *

Da aprovação da lei ao “salve-se quem puder”?

A lei de reforma sanitária foi aprovada há mais de trinta meses. Nesse período, houve alguns progressos na organização dos serviços, que devem ser mais divulgados. Houve, porém, um aumento das críticas públicas, não apenas nos jornais conservadores (por exemplo, *Il Giornale*, de Montanelli, dedicou amplo espaço a esse tema, em sua análise das reformas falidas), mas também em outros jornais. Por exemplo, *L'Espresso*, de 22 de março de 1981, trouxe um artigo intitulado “Ne uccide piú la riforma che le malattie” (A reforma mata mais do que as doenças).

Atualmente, sentimos crescer o descontentamento da população, em parte um pouco artificial e manipulado, mas também espontâneo. As pessoas julgam a reforma sanitária pelo funcionamento dos serviços, pela saúde que conseguem e também pela participação dos cidadãos, que aumentou em alguns casos e diminuiu em outros. Por exemplo, as associações de deficientes sustentam que, em grande parte do país, as relações com as Unidades Sanitárias Locais pioraram, em comparação ao passado. Antes havia canais entre essas associações, que defendem os direitos dos doentes e o poder sanitário; agora, as comissões de gestão das Unidades Sanitárias Locais absorvem tudo, não deixando espaço à inovação, fundamental do ponto de vista da democracia, que é a participação direta dos interessados no serviço.

Acredito que seja útil começar uma reflexão sobre a própria implantação da lei de reforma sanitária. Gostaria que ela fosse feita, sem preconceitos, por outros, além de seus protagonistas.

* Relatório à Comissão Ambiente e Saúde do PPI, Roma, 10 de julho de 1981.

O ponto de referência é que ela é uma grande reforma *social* e, ao mesmo tempo, *institucional*, uma daquelas reformas que deslocam poderes e, concomitantemente, podem melhorar as condições da vida cotidiana dos cidadãos. Mas, exatamente por isso, pode ser um ponto fraco ou uma zona de esboroamento de toda a política da reforma.

É preciso refletir não apenas sobre a aplicação, mas também sobre a própria orientação da reforma. Conforme F. Terranova,¹ grande parte das dificuldades deriva do fato de que “a estratégia ditada pelas forças contra-reformadoras, que se identificam com amplos componentes do corpo profissional, dos aparelhos burocráticos e do setor de biomedicina industrial” produziu “o esvaziamento — embora nem sempre alcançado — através da decretação dos conteúdos inovadores do Sistema Sanitário Nacional”. Mas ele destaca que, na própria lei, têm sido introduzidos elementos ambíguos ou contraditórios. Os núcleos essenciais seriam:

1. a poderosa decretação necessária para operacionalizar a reforma sanitária em suas partes; 2. a utopia de se poder gerir uma ‘transição’ da velha à nova ordem sanitária, insistindo na autonomia local, em complexos frágeis e despreparados — por exemplo, a legislação regional sobre a instituição, a constituição, a organização e a contabilidade das USL, além de determinar situações de desigualdades substanciais entre as regiões, comportou cerca de dois anos de atraso, com a sobrevivência das mútuas e, em algumas regiões, das entidades hospitalares; 3. a questão do pessoal nos seus aspectos normativo-contratuais e, especificamente, de ‘gestão médica’ que, de forma indubitável, configura-se como a esfera terminal de uma degeneração do espírito e dos conteúdos da reforma.

Tais opiniões devem ser atentamente avaliadas, sem, entretanto, descurarmos os efeitos, antes positivos e depois negativos, da mudança do quadro político e econômico, nos quais se inseriram as três fases: elaboração da reforma (1963-1976), aprovação da lei (1976-1978), atuação distorcida (1978-1981 e talvez além).

Mas nesse ponto, para delinear o que ocorreu nos últimos três anos, desenvolverei aquela metáfora marinheira que parte da expressão: ‘a reforma *lançada** em 1978.

Um dos primeiros atos governamentais foi confiar o navio a um almirante da frota inimiga, isto é, ao ministro liberal Altíssimo, um

¹ F. Terranova, *Il ruolo del sociologo nel servizio sanitario nazionale*, relatório à Convenção A.SO.ME.SA., Milão, 9-10 de 1987 (mimeo.), pp. 8-10.

* “*La riforma varata nel 1978*”. Trocadilho com o verbo *varare* que, em italiano, significa “lançar ao mar” (N.T.).

dos que tinham votado contra. Ele demonstrou uma certa lealdade formal em relação à rota estabelecida pela lei, mas certamente não foi um piloto entusiasta.

Outro ato foi tratar no estaleiro a construção do rebocador, isto é, a reforma da assistência e das entidades locais. Essas duas leis deviam acompanhar a reforma sanitária, dando-lhe força, enquadramento, vinculando-a ao conjunto das atividades sociais e oferecendo-lhe um ponto de apoio em entidades locais saneadas e fortalecidas.

Depois, foi nomeado um novo comandante, dessa vez socialista. Mas apenas empossado, foi verificar a estiva e apercebeu-se de que tinham reduzido seu combustível. Não teve coragem de protestar, de requerer dos fornecedores que lhe restituíssem as verbas necessárias para acionar as hélices. Inevitavelmente, para garantir que o navio navegasse, de qualquer forma, queimou nas caldeiras as partes mais novas e elegantes da construção. Ou seja, decepou os setores de ponta, aqueles que deveriam caracterizar a reforma.

Além disso, desde o início, houve assaltos de navios piratas. Começou com uma fronta pública: a primeira a avançar foi a Assitalia, que tentou, desde o começo, tirar os passageiros mais abastados do navio, lançando apólices contra a falência da reforma sanitária. Depois, houve um outro assalto, com a deliberação de 28 de abril de 1981, da Comissão Consultiva, sobre os seguros privados, junto ao Ministério da Indústria, que autorizou numerosas sociedades seguradoras, muitas das quais “companhias fantasmas”, a gerirem um novo tipo de *seguro-saúde*. Depois, foi multiplicada a flotilha privada dos laboratórios e clínicas particulares, que agiu com a cumplicidade de alguns oficiais de bordo, transferindo passageiros para o seu navio.

Enfim, a partir de janeiro de 1981, houve amotinamento a bordo. De fato, a tripulação era constituída de pessoas de várias nacionalidades. Procurando a todos privilegiar, mediante convênios e acordos firmados e depois violados, negociações sindicais e salariais, foi criado um estado de dificuldades gerais, como era inevitável. E aí também foram tomadas outras providências: deixando de lado a metáfora, as mais graves puniram os cidadãos através da multiplicação e do agravamento das guias.

O resultado disso tudo é que, hoje, todos gritam: “salve-se quem puder”. Mas podemos também chegar a uma constatação positiva: se esse navio, lançado ao mar em dezembro de 1978, resistiu a tantos assaltos e ainda não afundou, é porque tem uma construção sólida.

Certamente, chegamos agora a um ponto crítico, por dois motivos: o agravamento das disfunções e as restrições que querem impor à despesa sanitária. Restrições que são o ponto fundamental da linha do governo Spadolini e da moção motivada aprovada, em confiança, no Senado e na Câmara; e podem até levar à paralisação dos serviços.

As determinações precisas do discurso de Spadolini são: ² p. 10, fala-se em “reconduzir a necessidade interna geral ao nível de 37,5 bilhões, mediante *intervenções reequilibradoras do déficit nos setores da saúde, da previdência, da educação, das transferências*”; e, p. 13, afirma-se: “Política energética, política habitacional, política das participações estatais e, *por fim, política sanitária*, devem representar as prioridades máximas da ação governamental, nos setores específicos da economia”.

Não há nada além disso no programa do governo Spadolini. As 13 linhas elaboradas na fase anterior à formação do governo desapareceram, não sabemos porque. Talvez por discordâncias internas, certamente não por razões de síntese. Um fato significativo, de conseqüências imprevisíveis, é a nova mudança de ministro. Mas essa troca é agora freqüente no campo da saúde: creio que, em vinte anos, foram raríssimos os casos de reconfirmação. É curioso notar que desde que foi aprovada a reforma sanitária, a lista de ministros (Anselmi, Altissimo, Aniasi, Aniasi, Altissimo) assemelha-se muito a um anúncio econômico: *A.A.A.A.A. procura-se um ministro*; sem que até agora tenha mudado, não digo a pessoa, mas a política adotada, personificada por um governante que levasse a reforma adiante de maneira coerente.

Controle e qualificação da despesa sanitária

O ponto fundamental da linha do governo Spadolini é a restrição às despesas. É oportuno sublinhar que o Partido Comunista foi o primeiro e único entre os partidos que apresentou um documento para tornar a despesa sanitária mais racional e eficaz, propondo racionalização e maior eficiência dessa despesa que, certamente, é elevada. Mas não há traço dessa exigência de racionalidade e eficiência nos decretos aprovados pelo governo em maio, e nem no programa atual, cuja única palavra-símbolo é *restrição*.

Lembro os pontos essenciais da análise apresentada pelo PCI, em 24 de abril de 1981, e redigida por um grupo dirigido por Sergio Scarpa:

² *Dichiarazioni programmatiche del Governo*, Senado da República, 7 de julho de 1981.

A despesa sanitária é excessiva, naquilo que diz respeito a grande parte, inútil ou nociva do consumo sanitário; em contrapartida, é insuficiente nas formas de intervenção que podem gerar níveis mais elevados de tutela da saúde (prevenção, reabilitação, humanização das relações entre o serviço e o doente). Ou seja, até agora, o governo tem impedido, particularmente, o início real da reforma sanitária.

A despesa sanitária está num nível não muito diferente daquele de outros países da Europa ocidental (5,7% do produto interno bruto). Entretanto, revela superioridade em relação ao modelo de outros países (particularmente Grã-Bretanha, França e países escandinavos), de influências mercantis e especulativas. A despesa hospitalar acusou um crescimento contínuo (5% do total, no início dos anos setenta; 55% em 1977; 58% em 1980 ou 10,33 trilhões). Esse fenômeno está associado ao importante aumento do parque hospitalar, que atingiu o nível da Alemanha Federal (11 leitos por 1 000 habitantes, o mais elevado da Europa). Também está associado ao caráter de centro de poder e de interesses econômicos e clientelares assumido pelos hospitais.

A despesa farmacêutica, depois dos elevados níveis dos anos sessenta e de sua sucessiva contenção, recomeçou a onerar em medida exorbitante, perfazendo, em 1980, 3,685 trilhões, igual a 20,3% do total (despesa farmacêutica de base e despesa farmacêutica hospitalar.)

Até a despesa com análises clínicas e radiológicas atingiu, em 1980, o nível exorbitante de 1,6 trilhão.

As cifras que dão a medida do excessivo consumo sanitário italiano são: taxa de hospitalização, 170 por mil ao ano; duração da internação hospitalar média, 14,4 diárias; prescrições farmacêuticas, 20 anuais para cada 100 atendidos; análises clínicas, 72 anuais para cada 100 atendidos; exames radiológicos, 12 anuais para cada 100 atendidos; consultas especializadas, 15 anuais para cada 100 atendidos.

Esses níveis de consumo sanitário colocam-se no primeiro lugar na Europa ocidental e incluem grande volume de consumo inútil ou danoso, pois constituem um fator geral de nocividade. Acrescente-se que as disposições do governo para a realização da reforma sempre contiveram grandes incentivos à privatização e, particularmente, à prestação de serviços e auxílios privados conveniados, dentre os quais aumentou e aumenta o número de funcionários sanitários públicos co-interessados.

É essa uma das molas mercantis que agem em direção oposta à da reforma sanitária.

A introdução do mecanismo da guia não agiu, na Itália (nem em outros países do acidente europeu), como instrumento de redução de gastos, mas como um aparelho para arrecadação, por parte do Estado, de uma taxa sobre gastos sanitários. É fato que todos os gastos sanitários passam a ser intermediados pela prescrição do médico e que a opinião pública confere alto valor a esses gastos, devido à propaganda que se desenvolve em torno deles: disso resulta que a aplicação da guia não reduz nem o gasto com consultas médicas, nem com remédios, nem com análises clínicas ou radiográficas, nem com internações hospitalares. Ao contrário, o Estado,

interessado em receber os mais altos proventos das guias, torna-se uma força interessada na manutenção do mais elevado consumo sanitário. Prova disso tudo é a introdução das guias para os remédios (aumento dos gastos de 5% em quantidade e de 24% em valor, no último ano).

A essa análise, os governos dos últimos anos souberam apenas opor a fórmula mágica da restrição. Esta parece extraída das orientações que, atualmente, dominam a política do governo americano, inspiradas nas correntes livre-cambistas dos EUA, particularmente em Milton e Rose Freedman. No seu *Liberi di scegliere* (Livres para escolher),³ avaliado por Reagan como um livro esplêndido, um diagnóstico eficaz dos nossos problemas, com geniais propostas de mudança”, há uma severa crítica à assistência pública, que chega à seguinte conclusão:

A maior parte dos atuais programas assistenciais não deveria mais ser mantida. Se não existissem, muitos daqueles que agora dependem deles seriam indivíduos capazes de contar com suas próprias forças e depender menos da tutela do Estado. A curto prazo, isso poderia parecer cruel em relação a alguém (...). Mas, a longo prazo, seria inegavelmente mais humano.

A proposta genial de que falam os Freedman é a supressão gradual dos programas assistenciais, que nos EUA tem sido conduzida com coerência. Veremos os resultados disso no plano social, veremos também se isso garantirá efetivamente, nos EUA, uma retomada produtiva e uma racionalização da despesa pública. Veremos, particularmente, e isso nos concerne diretamente, se os Estados Unidos poderão descarregar suas dificuldades sobre os outros países ocidentais, mediante a elevação dos juros e a revalorização do dólar, ou se esses países estarão em condições de impugnar essa política.

Mas, na Itália, de qualquer modo, não há coerência no enfrentamento da dívida pública porque, juntamente com a alardeada linha restritiva, foi firmado um convênio com os clínicos gerais, de aspectos positivos e negativos, mas que tende a elevar muito a remuneração daquele setor, com inevitáveis efeitos sobre outros setores da despesa sanitária. Além disso, continua atualmente a proliferação dos hospitais, com resultados absurdos.

No Plano Sanitário Regional das Marcas, podemos ler que existem na região 68 hospitais, um para cada 20.000 habitantes. Dentre eles, o Hospital de Castelfidardo tem 60 postos de clínica geral,

³ M. e R. Friedman, *Liberi di scegliere*, Longanesi, Milão, 1981, p. 119.

dos quais apenas 14 ocupados; o Hospital de Montemarciano tem um departamento de cirurgia com 30 leitos e 5 internações diárias, apesar da tentativa dos cirurgiões para assegurar um índice maior; o Hospital de Ostra tem um departamento de Obstetrícia com 15 leitos e 0,69 internações diárias; o Hospital de Filottrano tem um departamento de Ortopedia com 18 leitos e 0,7 internações diárias.

Um outro exemplo foi assinalado no Abruzzo: o honorável Gaspari (DC) promoveu a construção de um grande hospital em sua aldeia de origem, que tem 2.000 habitantes: se ficar cheio de pessoal e de doentes, a população hospitalar tornar-se-á superior à da aldeia.

Nessas condições, é preciso exigir coerência da política de racionalização e eficiência da despesa sanitária; mas não podemos pedir o desmantelamento dos serviços, ainda que forçadamente inflados, sem oferecer alternativas àqueles que aí trabalham ou àqueles que, de qualquer forma, deles usufruí, mesmo de maneira parcial.

Recordo que, complementando a análise sobre a despesa sanitária, o PCI apresentou, a 24 de abril, suas propostas para racionalização dos orçamentos e redução das despesas inúteis e nocivas. Além do bloqueio às construções hospitalares e da redução dos leitos nas regiões "superdotadas" e, obviamente, das medidas de prevenção (que incidem de forma positiva sobre a despesa, mas só a longo prazo), foram propostos os pontos seguintes:

a) *despesa hospitalar*

1. Instituição, em todos os hospitais com mais de 200 leitos, de um departamento de recepção com atribuição deliberativa sobre todos os casos de internação, dentro de 24 horas, objetivando reduzir o número de internações na medida de 10, 15 e 18% nos próximos três anos, respectivamente.

2. Introdução do trabalho por turnos nos laboratórios de análises clínicas e radiologia hospitalar, para reduzir o tempo de diagnóstico. Disposições das USL para redução geral da duração da internação média, objetivando reduzir 3 jornadas, nos próximos dois anos.

3. Introdução do sistema de corporações para negociar, a nível regional ou plurirregional, os preços e os descontos mínimos no abastecimento dos hospitais (remédios, eletromédicos, combustíveis etc).

4. Introdução de medidas-filtro para reduzir as internações nas clínicas particulares conveniadas.

b) *despesa farmacêutica*

5. Aplicação efetiva da proibição da publicidade das especialidades medicinais.

6. Redução de 50% nas despesas de propaganda das indústrias farmacêuticas (através de preços administrados).

7. Cancelamento do prontuário dos remédios que não correspondem aos requisitos de eficácia e economia, e também dos remédios que, em relação à sua composição, apresentem preços muito elevados;

8. Imposição de um limite às prescrições (já contidas no prontuário) de remédios que associem a obrigatoriedade de um cuidadoso controle clínico a um alto custo.

9. Retomada do limite de prescrições de três unidades.

10. Revisão analítica dos preços das especialidades medicinais.

11. Adoção da fabricação estatal exclusiva dos remédios contidos no prontuário, introdução do método de atribuir ao usuário apenas o número de unidades (comprimidos, supositórios e ampolas) prescrito pelo médico para uma terapia.

12. Difusão de informação científica sobre remédios e obras do Serviço Sanitário Nacional.

c) Recurso a serviços privados ou indiretos

13. Introdução da norma geral que limite o recurso à prestação de serviços ou à assistência particular conveniada, as quais serão permitidas só quando não for possível proceder de outro modo ou quando o tempo de espera, nos serviços públicos, superar determinados limites.

14. A norma supracitada aplica-se rigorosamente aos laboratórios de análises clínicas e às repartições radiológicas privadas (conveniadas), às quais a região deve impor formas de controle obrigatórias, admitindo assim, no regime de convênios, apenas os laboratórios dotados da instrumentalização prevista pela corporação regional e aptos a fornecer serviços considerados ótimos pelos órgãos da região; são oportunos controles semelhantes também para os laboratórios públicos.

15. A limitação no recurso aos serviços privados ou conveniados também se aplica aos médicos especialistas, chamados conveniados externos, a cujos serviços se poderá recorrer apenas quando não for possível obter serviços especializados nos políambulatorios públicos. Quanto aos médicos especialistas conveniados externos, poderá ser introduzido um teto máximo de serviços, correspondente a 40 horas semanais.

16. Conjuntamente, podem ser introduzidos mecanismos de corresponsabilização dos clínicos gerais na redução dos gastos sanitários, mediante protocolos terapêuticos que estabeleçam os padrões ótimos de gastos e vinculem as remunerações médicas às variações dos gastos sanitários em relação a esses padrões.

17. Redução do regime de pluriencargos médicos, com a introdução de limites de compatibilidade na atividade médica, entre os quais: a) clínico geral compatível com serviços de plantão médico e com atividade especializada pública ambulatorial, até 40 horas semanais (compreendida a atividade de clínica geral), b) médico hospitalar de tempo definido compatível com serviços de plantão médico e com atividade especializada pública am-

bulatorial, até a participação de 40 horas semanais, mas não compatível com atividade de clínica geral.

Plano sanitário, decretos, pessoal

Eu quis relatar essas propostas de maneira detalhada, porque o confronto se dá em torno de sugestões concretas semelhantes, e não sobre o dilema 'cortar ou não cortar'.⁴

Devemos, pois, interrogar-nos mais sobre as distorções, do que sobre os excessos do *Welfare State*, do Estado assistencial. Mas na Itália, sobretudo, devemos ver claramente as razões políticas de uma linha econômico-financeira que golpeia, de preferência, a saúde e as entidades locais: de fato, estão nesse campo as restrições fundamentais propostas pelo governo. Não é por acaso que são dois daqueles setores que, no plano social, podem fornecer aos cidadãos serviços úteis, de forma igualitária; e são aqueles setores nos quais, nos últimos 5 ou 10 anos, verificou-se a maior transferência de poderes: seja do centro para a periferia, seja da democracia-cristã para outras forças, entre as quais o PCI, que neles participa com peso maior do que na cúpula do país. Essa é uma das razões por meio das quais se alimenta, na opinião pública, a sensação de que a saúde é hoje um poço sem fundo, por culpa das entidades locais.

Por exemplo, A. Mucci⁵ escreveu que a reforma sanitária abriu um sorvedouro na despesa pública:

A esperança custa a morrer; muitos ainda apostam e prometem. Mas os dados estão, de fato, diante de todos aqueles que os querem ler. A despesa sanitária corre desabaladamente: em 1980, foi de 17,2 *trilhões* (mas ninguém registrou o balanço); no orçamento do Estado, para 1981, registraram-se 20,292 *trilhões*, 19,91 dos quais afirma-se, do 'fundo sanitário nacional'. Esse teto será uma vez mais, ultrapassado? É provável.

Consideremos essas cifras verdadeiras: disso resultaria que, de 1980 a 1981, a despesa cresceu em 3,092 trilhões, o que equivale a cerca de 20% de aumento. Mais do que estimular o erário a "correr desabaladamente", a reforma teria introduzido (e talvez seja verdade) freios e mecanismos de controle antes inexistentes.

⁴ Cf. R. Stefanelli, "Per una reimpostazione della spesa sanitaria", in *La Assistenza Sociale*, a. 35, n.º 1, 1981, pp. 40-50.

⁵ A. Mucci, "Dopo l'economia abbiamo inventato la sanità 'sommersa'," in *Corriere della Sera*, 17 de março de 1981.

Como orientação geral, concordo com o que afirmaram os assessores regionais da Saúde ⁶ (mas quantos são coerentes?). Criticando os decretos governamentais, eles dizem:

Tais providências e outras, que as precederam nesse caminho, parecem ignorar que:

— é difícil que uma reforma como a implantada pela lei 833, não comporte, no início, custos adicionais, se os objetivos continuam sendo os de potencializar as intervenções de prevenção e assistência sanitária de base, além de obter níveis uniformes de serviços em todo o país e para toda a população;

— a incidência da despesa sanitária italiana sobre o produto nacional bruto não alcança 6% e é largamente inferior à de outros países da CEE.

Transparece, nessa seleção, uma concepção da saúde como setor de despesa improdutivo ou absolutamente parasitário, mais do que fator de promoção, também no plano econômico.

Tira-se daí uma avaliação da política sanitária como mera prática assistencialista a redimensionar, nos momentos de crise econômica, sobretudo através de medidas burocráticas e recuperações centralizadoras. Isso está em contradição com o próprio ditame constitucional, que coloca a tutela da saúde no plano dos direitos, a ser efetuada com amplos poderes pelos governos locais.

Também podemos ampliar o discurso, porque os cortes previstos no programa do governo Spadolini são, sobretudo, nos setores dedicados à valorização dos recursos humanos: saúde, educação e pesquisa científica, os três setores mais atingidos. Além disso, devemos reafirmar, com força, a relação entre despesas militares e despesas civis. A política do governo italiano e, particularmente, o aprofundamento, no sentido pró-americano, das formulações contidas no programa de Spadolini, leva de forma inevitável a um aumento das despesas militares e, por conseguinte, ao corte das despesas civis.

Contudo, essa argumentação torna-se mais válida e eficaz se, junto a essas críticas, tentarmos dirigir e controlar efetivamente a despesa das regiões e das Unidades Sanitárias Locais e se chegarmos a influir sobre o mercado, isto é, sobre a demanda de serviços.

Nós mesmos consideramos o mercado apenas como um fator a respeitar. Já o dissemos muitas vezes. Mas o mercado não é apenas um dado, é também um constructo. Ele cresce baseado em estímulos comerciais e diretrizes culturais. Os estímulos, no campo da saúde, diversamente de outros setores (ou mais do que em outros setores) não vêm apenas de fora, mas também de dentro

⁶ Assembléia de Isernia, 2-4 de julho de 1981, comunicado final.

do serviço público. O setor privado tem os seus 'agentes', que trabalham dentro do setor público.⁷

Então, sobre quais diretrizes podemos dar concretude a esse raciocínio? Destaco três pontos fundamentais de nossa iniciativa.

Primeiro: *a aprovação do Plano Sanitário Nacional*. Ninguém pode acreditar nas virtudes milagrosas desse plano, mas sua ausência pesa negativamente, seja porque continua indefinida a despesa de conjunto, seja porque falta um ponto de referência para as regiões e para as USL.

Devemos fazer com que o plano seja aprovado imediatamente, e nele procurar introduzir correções em algumas disfunções ou interpretações arbitrárias da lei 833, que permitem modificar, por exemplo, a questão da incompatibilidade.

Segundo: *os decretos-lei*. Eles são um misto de fiscalismo e confusão. Por exemplo, o decreto que fixa o teto de 12 milhões de renda para que se possa usufruir gratuitamente dos serviços de laboratório e das clínicas particulares criou um mecanismo burocrático que, por um lado, penaliza os cidadãos, obrigando-os a filas e peregrinações e, por outro, impõe um tal número de averiguações sucessivas (declarações do cidadão, controle dessas declarações nas agências fiscais, controle de que os serviços efetivamente sejam prestados a cidadãos isentos), que eles custarão muito mais do que a cobrança prevista, sem levar em conta os custos humanos de tais embaraços.

Se quiséssemos, todos os decretos poderiam ser rejeitados. Mas isso daria um alibi ao governo Spadolini para promulgar novos decretos, o que alteraria a relação governo-Parlamento, a qual, ao contrário, queremos manter num plano mais correto. Ao invés disso, seria útil conseguir que o governo retire os decretos apresentados, mantendo apenas as medidas verdadeiramente urgentes, sobre as quais há um consenso bastante amplo, e transforme as outras propostas em projetos-de-lei como, de resto, prometeu o ministro Aniasi, de maneira explícita.

Terceiro: *as questões do pessoal*. Reconhecemos e temos enfatizado que devem ser previstas, na reforma, duas relações de trabalho juridicamente diferentes: conveniada e de emprego. Mas é preciso chegar a uma coordenação entre esses dois setores, tanto da remuneração quanto do trabalho; evitar formas de simbiose parasitária, sempre mais frequentes; fazer uma política de pessoal que valorize a competência, para melhorar o serviço.

⁷ Cf. G. Ansuini (e outras colaborações), "La sanità al bivio tra riforma e controriforma", in *Politica ed economia*, n.º 6, maio-junho 1981, pp. 24-30.

Os questionamentos gerados pelas disfunções atuais foram resumidos por G. Coppa,⁸ com base na premissa de que *planejamento e participação* são “o instrumento principal para superar a cisão entre os agentes da saúde: o poder secular dos médicos, a ação de massa dos usuários da medicina, a obra da administração que organiza, gasta e arrecada”. Nesse contexto:

1. Como se interrelacionam planejamento e contratação? A contratação é, de fato, o instrumento que acaba por regular também o planejamento: e é esse — de fato — o único instrumento concreto de participação?

2. Como a política de pessoal torna-se um componente fundamental da política geral da despesa e não vice-versa, ou uma variável autônoma ou um fator determinante exclusivo?

3. Dentro de que limites a política sanitária pode se identificar com a política dos sanitaristas ou quando, ao contrário, isso acaba por se tornar um fator que impede um desenvolvimento de todas as potencialidades de um sistema?

4. Como tudo isso incide sobre a seleção real das prioridades e, ao contrário, pode impedir os programas globais de prevenção também *primária*?

5. Como, pois, mediar definitivamente os impulsos econômicos e as exigências culturais de educação sanitária e não de concessão às sereias da indústria da saúde?

É oportuno que a discussão sobre a *política de pessoal*, com muita freqüência confinada a minúsculas polêmicas, seja ampliada no que se refere a esses temas: ter proposto as *perguntas justas* já é uma ótima premissa.

Em relação aos aspectos mais imediatos, apresentamos algumas propostas, no período mais agudo da crise.

A primeira exigência é a garantia de que tudo o que for acordado deve ser feito através do presidente do Conselho ou através da atual presença dos três ministros competentes (Saúde, Tesouro e Funções Públicas) nas negociações; e que, assim, regiões, municípios e categorias sanitárias tenham um interlocutor válido, que faltou até agora.

Em seguida, propusemos o encaminhamento da discussão sobre o acordo único trienal do pessoal de serviço, verificando atualmente os trechos normativos do convênio com os clínicos gerais, de maneira que, junto com o aumento da remuneração também exista uma melhoria dos serviços; e que vença na mesma data, 1983 ou

⁸ G. Coppa, *Professioni sanitarie e servizi sanitari nazionali: tendenze, problemi e prospettive per gli anni '80*, introdução geral ao *Segundo Encontro Internacional de Estudos sobre a Reforma Sanitária*, CNEL, Roma, 2-4 de junho de 1981, pp. 10-11 (mimeo.).

1984, o conjunto dos acordos, convênios e contratos. Há muitos anos temos uma situação anômala, na qual os convênios precedem os contratos, guiando-os, pois, quando deveria haver contemporaneidade.

Há um ponto positivo no programa do governo Spadolini, no qual se afirma que o governo não entrará em negociações com sindicatos do setor público que não tenham promovido a auto-regulamentação das greves. Infelizmente, por enquanto, há um manifesto da Federação Italiana de Clínicos Gerais que auto-regulamenta a desobediência civil, mas não a greve, e que pode introduzir um desserviço nos limites da ilegalidade.⁹

Um outro ponto positivo são as propostas para o contrato único, formuladas num documento da CGIL, que deveria circular e ser amplamente discutido,¹⁰ e esperamos que possa servir de base para um acordo também no setor UIL-Saúde e CISL-Saúde, recentemente constituído por essas duas confederações.

Teremos, nas próximas semanas, momentos críticos nas negociações. Se não chegarmos a um acordo em todo o setor sanitário, há o risco de um agravamento no desserviço e de golpes graves na reforma, além de riscos mais graves.

Peço a atenção de todos, não apenas dos companheiros de Milão, Roma e Nápoles, para o fato de que, nos meses anteriores, fizeram-se mais insistentes os manifestos das Brigadas Vermelhas e o encaminhamento de uma ação político-militar no setor hospitalar. Em momentos de tensão, ela poderia encontrar um espaço mais amplo. Desde já é necessária uma mobilização de massa e não apenas uma vigilância específica.

A ação sanitária dos comunistas

Pelo número das iniciativas que se desenvolvem, reuniões, propaganda, debates, e pela amplitude do empenho, podemos dizer que, comparado a todas as fases do passado, não tem mais havido no PCI tanto interesse pela política sanitária.

Talvez em outros partidos exista um interesse maior, por razões políticas, mas também de poder: constatou-se o amplo espaço oferecido pela política sanitária para afirmar influências e para selecionar quadros.

⁹ Cf. "I medici Saub al contrattaco: ecco il loro piano di lotta", in *Corriere medico*, 9-10 de junho de 1981.

¹⁰ *Sintesi dei lavori della Commissione nominata dal CD della funzione pubblica per il primocontratto unico della sanità*, 21 de maio de 1981.

Mas há deformações e unilateralidades no empenho do PCI (e ainda mais dos outros partidos). Quero lembrar, como casos típicos, duas cartas aparecidas no *L'Unità*.

Uma foi endereçada a mim, pessoalmente,¹¹ por Luigi Vaj, de Milão, e dizia:

Caro companheiro, acompanhei, no passado, em Milão, algumas reuniões das quais você participou. Na sua visão, está presente com clareza aquela estrela polar que é o socialismo, onde, no plano sanitário, devemos todos ser cidadãos classe A. Bem, apesar de tudo, isso não basta, e explico por quê.

Nós, comunistas, somos extraordinários para fazer reuniões, traçar perspectivas, ver longe, mas depois, quando o homem comum (operário) topa com o problema cotidiano, ou seja, se tem que procurar a SAUB, percebe que nós falamos de telhados e que os alicerces não existem, e então morreremos afogados.

Eu digo: não seria melhor uma reunião a menos, ir à SAUB como um cidadão qualquer, ver as anomalias, partir delas para melhorá-las? Como um trabalhador se defende para achar lugar no hospital (pagando)? Como se defende quando, para pegar um número para consulta na SAUB, deve entrar na fila às 6,30h e o guichê só abre às 8,30h? Como se defende se o especialista deve consultar das 15 às 17h e chega às 16,15h e em dez minutos o 'consulta'? Como se defende se, para um exame de laboratório, deve andar metade da cidade atrás dos laboratórios particu'ares convenientes? Sei que há um inspetor sanitário da SAUB para quem reclamar, mas cachorro não morde cachorro e o mais fraco é o operário.

Para terminar, uma reunião a menos na cúpula e viver os problemas de base para entender a raiva das pessoas e perceber que, antes do teto numa casa, elas querem bases sólidas. Desculpe-me o desabafo. Cumprimento-o fraternalmente.

Infelizmente, essa carta acerta no alvo; infelizmente, para mim, coincide de maneira substancial com muitas diretrizes que tenho proposto na Assembléia Nacional da Saúde do PCI,¹² e têm sido parcamente aplicados e, de qualquer forma, não chegaram aos ouvidos desse companheiro.

A outra carta, fui obrigado a escrevê-la¹³ e é esta:

Recentemente vagou o lugar de primeiro-cirurgião em um hospital romano. Contaram-me que um candidato, decerto muito digno, apresentou-se

¹¹ "Un convegno di meno, e venire alla SAUB comme cittadino qualunque", in *L'Unità*, 5 de junho de 1981.

¹² Cf. *infra*, pp. 69-90.

¹³ "Guai si i partiti scegliessero i chirurghi", in *L'Unità*, 4 de julho de 1981.

sustentando ser 'meu candidato'. Ora, mesmo sendo responsável pelo ambiente e pela saúde da direção do PCI, justamente por isso, nunca expressei juízos de valor nem preferências por ninguém.

Ai se os partidos escolhessem até os primeiros-cirurgiões! Na sala de operações, vale a capacidade profissional e não as idéias políticas. A vida dos doentes está envolvida nisso. A escolha das pessoas aptas é feita através de concurso público, com empenho para que vença o melhor e combatendo qualquer discriminação política.

Essa determinação vale, obviamente, como objetivo de prevenção, para qualquer outro caso e em qualquer outra zona do país.

Recebi depois, do companheiro Luigi Vernoni, líder do PCI no município de Teano, uma carta pessoal que contém "alguns adendos", para evitar que eu "dê uma imagem da realidade menos articulada do que a real". Os adendos são estes:

Na região da Campanha, a DC e os outros partidos do governo escolhem não apenas os cirurgiões, mas também os obstetras, os cardiologistas, os oculistas e todos os outros sanitaristas. Não há ninguém que desconheça que, com raras exceções, não se entra para um hospital da região sem a proteção de parlamentares e notáveis democrata-cristãos ou, em menor medida, dos socialistas e laicos, que fizeram dos hospitais outras tantas fábricas de cargos e de votos. Daí o incentivo artificial às internações, a fim de manter elevado o número de internações, inflando desmedidamente o corpo de pessoal.

Mas não é só isso. O total desprezo pelo artigo 3 da lei n.º 130, de 1969, multiplicou práticas de admissões irregulares, tais como os cargos a jeton e os convênios (os primeiros completamente inventados, os demais previstos pela lei "apenas com as ordens religiosas para o esgotamento dos serviços particulares"); continuam a ser renovados (às vezes por anos) os cargos temporários confiados por parecer público, quando a duração dos mesmos não poderia superar 6 meses; permitiu-se e ainda se permite, definitivamente, que alguns diretores administrativos desempenhem suas funções junto a dois e até a três hospitais ao mesmo tempo. E poderia ainda continuar longamente a descrever essa maneira camorrística de administrar.

Lancei mão dessa carta para assinalar distorções que, às vezes, permeiam nosso partido e para enfatizar a relação entre moralização da vida pública, funções dos partidos e aprimoramento do aparelho estatal e dos serviços prestados aos cidadãos. Uma ação de massa deve ser dirigida nesse sentido, para evitar que a campanha de moralização da vida pública torne-se uma prédica ético-jurídica, mais do que uma iniciativa política que envolva o maior número de cidadãos, partindo dos seus interesses imediatos e procurando obter resultados imediatos.

De outra maneira, o clientelismo continuará a dominar, devido a uma norma muito bem formulada por Tácito: "*Tarda sunt quae in comune expostulantur: privatam gratiam statim mereare, statim recipias*".¹⁴ Há exceções a essa norma: favores obtidos sem merecimento e que por isso indignam a maioria dos mercedores; direitos reivindicados e rapidamente obtidos por todos, quando a pressão foi forte e concorde. São muitos os exemplos no campo sanitário: lembro-me da campanha pelos direitos dos doentes, da iniciativa tomada por Caltanissetta com a coleta de abaixo-assinados contra as guias, dos movimentos de massa pela prevenção que, em muitos casos, direcionaram os programas das Unidades Sanitárias Locais.

Assinalo que na relação entre o aprimoramento dos serviços e as reformas institucionais existem amplas possibilidades de unidade política. O exemplo mais avançado é o congresso ocorrido na região das Marcas, em 27 de junho, promovido pelos comitês regionais do Partido Comunista e do Partido Socialista, que reuniu cerca de 200 quadros não apenas sanitários, mas políticos e administrativos, dos dois partidos, para discutir o Plano Sanitário Regional.

No fim, foi aprovado um documento no qual os dois partidos exprimem a necessidade de um grande esforço para a aplicação da reforma sanitária e para resistir às tentativas de um retrocesso, também presentes no interior de forças políticas e sociais bem individuadas e, sobretudo, para favorecer o encaminhamento de uma organização sócio-sanitária que saiba dar respostas concretas e adequadas a uma das necessidades mais sentidas pe'os cidadãos: a tutela da própria saúde, do próprio bem-estar psíquico, físico e social. Para tal fim, considera-se fundamental levar adiante um novo método de planejamento e gestão da política sanitária, que supere as inúmeras intervenções dispersivas e decerto inadequadas à solução dos problemas e exigências no âmbito da saúde. O PCI e o PSI das Marcas convidam o novo governo e o Parlamento a definir, dentro em breve, o Plano Sanitário Nacional Trienal, a encaminhar as negociações para o acordo nacional único de todo o pessoal do Serviço Sanitário, a assumir todas as providências já previstas na lei 833 e até agora não adotadas e a proceder à discussão sobre a reforma da Assistência.

Ora, nesse período de dificuldades nas relações com os companheiros socialistas, parece-me que esse exemplo mostra que os acordos são possíveis e que, quando saímos da questão dos orga-

¹⁴ Tacito, *Annali*, Livro primeiro, XXVIII, 5; a tradução é: "As coisas reivindicadas por todos são lentamente obtidas, enquanto o favor particular, apenas merecido, imediatamente se obtém".

nogramas (que envolve não apenas as comissões de gestão mas, às vezes, até os serviços) é possível a ação unitária e a mobilização de massa.

Quais são as propostas para o trabalho concreto nos próximos meses? Substancialmente duas.

Antes de mais nada, é preciso partir das Unidades Sanitárias Locais.

Reafirmemos a necessidade de promover, em cada USL, um debate público com os cidadãos, possivelmente por iniciativa da esquerda e não apenas do PCI. Devemos partir dos cidadãos já organizados e não apenas dirigindo a população de maneira indiscriminada: organizados nos sindicatos (por exemplo, pensionistas, sindicatos dos negócios fundamentais das zonas), nos movimentos femininos, nas associações de deficientes, doentes e seus familiares etc.

A segunda orientação: promover lutas de massa que, com base nas necessidades dos doentes ou nas necessidades de prevenção, possam acompanhar e estimular a qualificação dos serviços, de maneira que os protagonistas não sejam apenas os partidos e os comitês de gestão das USL, mas também outras forças e movimentos.

Aceno apenas com algumas possibilidades. Tivemos, em 17 e 18 de maio de 1981, aquela que foi a maior luta contemporânea político-cultural de massa ocorrida na Itália, pela saúde. No voto para o referendo, que teve como centro a saúde e a dignidade da mulher (não o conduzimos apenas sob o aspecto da saúde), as motivações foram muito profundas. Ora, os 68% de não e também uma parte dos 32% de sim podem ser ligados à batalha pela prevenção, pela aplicação da lei 194 sobre o aborto, da lei sobre os conselhos e da lei de reforma sanitária, que oferece o quadro dos serviços nos quais as duas leis particulares poderiam operar melhor.

No campo da segurança e da higiene do trabalho, a situação agravou-se não só pelas inadimplências, mas também pela irresponsabilidade e, às vezes, despeito do governo. Tendo longamente insistido sobre a esperança da não aplicação da lei, quando então são rompidos os termos da passagem dos poderes às USL, houve até a tentativa de sabotar os serviços, retirando os cartões dos encarregados dos exames de segurança dos estabelecimentos, arriscando assim a colocar os trabalhadores em caixas de auxílio e a fechar as fábricas, deixando de qualquer forma, nas administrações, uma situação da maior insegurança.

As regiões e as organizações sindicais dos trabalhadores têm assumido uma posição firme. É desejável que se saia rapidamente desses apertos processuais, também por uma certa depreciação da luta pela saúde nas fábricas e nos campos, que tem ocorrido nos últimos tempos.

Um outro tema bastante grave, sobre o qual muito fizemos em comparação com o passado, mas ainda bem pouco com relação à necessidade de inverter a tendência, é a droga. Determináramos uma linha, não só em termos legislativos, mas também em termos de ação contra a oferta, para decepar o mercado na raiz. Nos próximos dias, apresentaremos uma moção ao Parlamento para forçar o governo a um debate urgente. Documenta-se, na moção, a ame-drontadora ascensão, nos últimos anos, dos índices relativos ao consumo e às mortes por droga, e a posição que a Itália, particularmente a Sicília, vem assumindo como base de importância mundial para o tráfico, o refino e a exportação do produto para os grandes mercados americanos e europeus. Lembra-se também o papel preeminente da máfia siciliana na direção e gestão do tráfico, cujas relações com os poderes públicos e com alguns setores da DC e outros partidos já foram documentadas pelo Parlamento. Lembra-se, ainda, o enorme âmbito de negócios da droga, que, com suas atividades especulativas, sobretudo no Mezzogiorno, tende a neutralizar os programas positivos de transformação produtiva. Lembra-se, por fim, as graves responsabilidades dos governos na não aplicação da lei antidroga, especialmente nos seguintes pontos: uso dos fundos de competência do Ministério da Saúde; coordenação falha das tarefas e das funções próprias das regiões; situação nas prisões, que são locais de consumo e venda; inadequação dos núcleos especiais antidroga e da orientação antidroga do Ministério do Interior; não funcionamento das normas relativas às tarefas e responsabilidades da escola e das que dizem respeito ao tratamento dos dependentes de tóxicos; falhas nas iniciativas de promoção e de coordenação das atividades públicas ou privadas referentes à prevenção.

Feito esse preâmbulo, e na consciência de que é necessária uma estratégia conjunta no que diz respeito ao tráfico, à prevenção e à recuperação, a moção comunista convida o governo a intervir em novas questões, particularmente:

1. estabelecer uma ordem nova e diferente nos núcleos antidroga; reorganizar um setor antidroga específico, nas dependências do Ministério do Interior, que tenha principalmente tarefas de informação sobre as atividades de tráfico e de produção que se desenvolvem em nosso país e também em

países estrangeiros, exportadores da matéria-prima e dos semielaborados; instituir um banco central de dados;

2. propor medidas para uma averiguação mais eficaz de ordem patrimonial e financeira a cargo dos traficantes e dos organizadores do mercado da droga e para impedir que o lucro do tráfico transforme-se em capital de empresa, com referência particular à prática de empreitadas e subempreitadas em obras públicas e, mais geralmente, no mercado da assistência pública;

3. dotar os departamentos judiciários dos meios necessários a uma pesquisa conjunta sobre o tráfico da droga, com medidas que tornem mais ágeis as missões do magistrado ao exterior e com propostas para a agilização das 'cartas rogatórias ao exterior', nas quais é oportuna a participação do magistrado italiano;

4. dotar os estabelecimentos carcerários de estruturas aptas para o tratamento dos toxicômanos e, de alguma forma, promover os convênios necessários entre as prisões e as regiões;

5. criar normas relativas às tarefas da escola e criar as estruturas previstas junto às Forças Armadas;

6. coordenar as iniciativas das regiões, exercendo o poder substitutivo nos casos previstos pela lei antidroga;

7. promover iniciativas e programas pela RAI-TV, para informação e prevenção;

8. coordenar as atividades e as iniciativas públicas e privadas para a prevenção, o tratamento e a recuperação dos toxicômanos, através de uma comissão de ministros com responsabilidades específicas;

9. adotar iniciativas para uma melhor colaboração internacional, no plano investigativo e judiciário; para uniformizar na CEE as diretrizes sobre o tratamento penal de grandes traficantes e dos pequenos consumidores 'passadores'; para um banco de dados e para uma cooperação com os países produtores de papoula.

Mecionei detalhadamente as propostas porque, a respeito delas, além de pressionar o governo e todos os órgãos do Estado, é necessária uma ampla mobilização no país, até para obter resultados parciais.

Um outro tema emergente é o da psiquiatria e dos problemas mentais. Propomos retomar, no Instituto Gramsci, a preleção cultural encaminhada na Convenção de 1969, sobre *Psicologia, psiquiatria e rapporti di potere* (Psicologia, psiquiatria e relações de poder), que hoje requer novos aprofundamentos em relação à emergência de maiores problemas, às novas descobertas científicas e às experiências dos serviços. Até agora, estamos limitados a dois protagonistas: funcionários do setor e administradores. Mas os familiares dos doentes agora tendem a se organizar, porque as disfunções recaem essencialmente sobre eles. Existe nessas organizações uma tendência reacionária, no sentido etimológico da

palavra: reação contra providências que aumentaram seus problemas; entretanto, há uma necessidade real de assistência, que, *por enquanto*, deveríamos ver no quadro da interpretação e da aplicação da lei, sem excluir *a priori* também uma reflexão sobre as formulações da própria lei.

Sobre cada uma dessas “lutas de massa que podem acompanhar e estimular a qualificação dos serviços” devemos verificar que forças empregar, quais idéias afirmar, que propaganda fazer com o uso mais inteligente dos meios de comunicação e que mudanças estruturais (que vão muito além do setor sanitário) implicam a satisfação dessas exigências.

Tem prevalecido na política italiana, nas cúpulas dos partidos e no próprio programa de governo, uma certa renúncia à obra de transformação geral da sociedade e até a programas de médio prazo que possam aproximar tal transformação. Mas ao invés disso, mesmo da necessidade de saúde pode emergir um impulso muito mais forte para a transformação geral, conquanto a saibamos captar e canalizar. Partamos da experiência feita no passado, quando a reforma sanitária não era apenas uma elaboração de cúpulas políticas ou de especialistas iluminados, mas a proposta institucional de um grande movimento de massa que teve no centro, como valor intrínseco, a saúde dos cidadãos e a necessidade de remover os obstáculos estruturais, culturais e institucionais que impediam a afirmação plena desses valores.

É esta, em substância, a alternativa de conteúdo, e não de forma, pela qual nos empenhamos. Conquistamos uma lei válida e fizemos progredir a nossa influência. Hoje nos encontramos em um delicado ponto de passagem, no qual é possível ir adiante, mas também retroceder.

A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

A REFORMA SANITÁRIA NECESSÁRIA

GASTÃO WAGNER DE SOUZA CAMPOS

A revista *Saúde em Debate*, n.º 20, publicou um instigante artigo de Jaime A. Oliveira, onde ele clama “por uma teoria da Reforma Sanitária”.¹ Concordamos com esse apelo do autor, o qual, de resto, tem influenciado e estimulado as investigações e indagações que vários pesquisadores vêm realizando ultimamente no campo das políticas de saúde. Contudo, discordamos da seqüência de seu raciocínio.

Para Jaime, poderíamos dividir a história recente da política de saúde em três períodos: o primeiro, de meados dos anos sessenta até meados da década de setenta, ter-se-ia caracterizado pela “constituição (...) de um dado modelo de organização do sistema de atenção à saúde. O qual (...) caminhou na direção da lógica do privilegiamento de interesses econômicos corporativos do empresariado privado que atua nesta área”.² O segundo teria sido marcado pela “crise político-financeira” do modelo assistencial e, conseqüentemente, pela elaboração de “proposições voltadas, todas, grosso modo, para a idéia de controle, reforma e racionalização do modelo assistencial anteriormente estabelecido”³; e, finalmente, o terceiro, teria tido início depois de 1986, “tendo, como marco de referência, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a partir da qual poderia estar se constituindo um ‘novo corte na história recente da questão’... , mediante a elaboração de um projeto de Reforma Sanitária “potencialmente inovador”. Esse novo proje-

¹ Oliveira, Jaime de Araujo: “Para uma teoria da reforma sanitária: democracia progressiva e políticas sociais”. In. *Revista Saúde em Debate*, n.º 20, abril de 1988-CEBES.

² Ver Oliveira, Jaime (1988) op. cit.

³ Ver Oliveira, Jaime (1988) op. cit.

to se diferenciaria do anterior, de “tendências racionalizadoras do modelo assistencial”, porque suas proposições apontariam “para além dos esforços de auto-reprodução deste Estado e das condições econômico-sociais que ele ajuda a sustentar”.⁴ Ou seja, estaria sendo elaborado um projeto de Reforma Sanitária que faria parte e estaria articulado à lógica da construção de uma “hegemonia alternativa” na sociedade brasileira.

Onde Jaime vê “cortes” tendemos a identificar continuidade, *sobre novas bases*, de um mesmo modelo de produção de serviços de saúde, servindo cada uma das alterações político-administrativas antes para radicalizar e consolidar o modelo assistencial do que para encerrá-lo. Assim, consideramos que os acontecimentos de meados dos anos sessenta (reforma administrativa e unificação dos institutos previdenciários, entre outros) contribuíram para tornar vitoriosa uma tendência que já vinha dos anos cinquenta, marcadamente no IAPI, de estender a assistência médico-hospitalar por meio do financiamento estatal, segundo lógicas do mercado. É óbvio que essa continuidade não é um movimento linear. O golpe militar reordenou a composição do poder estatal e imprimiu sua marca nas políticas sociais, alterando desde as questões de gestão (afastamento dos sindicatos da direção da Previdência) até os mecanismos de financiamento (ampliação das possibilidades de expansão da cobertura assistencial com a criação de inúmeros fundos financeiros extra-orçamentários). Nesse sentido, a periodização proposta pode ser útil ao estudo mais detalhado de cada época, desde que não se perca a noção da continuidade do modo de produção de serviços de saúde no Brasil, ao longo dos anos em pauta.

O mesmo raciocínio, até com maior pertinência, pode ser aplicado ao segundo período. Em 1975 e nos anos seguintes, não ocorreu qualquer ruptura com o modelo assistencial — e nem Jaime afirma isso explicitamente. No entanto, essa idéia de período sugere uma convicção de que, desde essa época, já estaria principiando a Reforma Sanitária brasileira. Ou, o que é mais grave do ponto de vista da construção de um projeto contra-hegemônico, ela traz embutida a noção de que o elenco de medidas racionalizadoras constituiria parte essencial de uma reforma sanitária viável, plausível e eficaz, e não o estabelecimentos de correções internas ao modelo privatista, necessárias à sua própria reprodução e expansão. Numa reflexão sobre a Reforma Sanitária e a transição, aparece a seguinte colocação, no texto em discussão: “Há, portanto, muito o que fazer, ainda, nesta direção. Isto é, na direção dos esforços

⁴ Ver Oliveira, Jaime (1988) op. cit.

racionalizadores, na linha de resolução da crise fiscal e de legitimidade”. Ora, seriam as medidas racionalizadoras capazes de resolver a crise fiscal? Em certa medida até que sim, desde que se entenda por problema fiscal apenas o equilíbrio entre receita e despesa, excluindo desse cálculo o tema da justiça social. O mesmo, contudo, não pode ser dito com relação à crise de legitimidade. Seriam esses projetos capazes de tornar palatável aos cidadãos um modelo que privilegia o lucro e não a satisfação de suas necessidades? Ou, pensando candidamente e com otimismo, seria possível, aproveitando a crise de legitimidade do regime político e do modelo assistencial, introduzir subrepticamente, por original *via prussiana*, modificações reformistas no modelo, no sentido de adequá-lo, lenta e inexoravelmente, ao projeto de Reforma Sanitária? Essa alternativa de prática política, na qual é difícil separar a ingenuidade — o *wishfulthinking* — do projeto deliberadamente articulado de dominação social, ignora o papel do Estado na manutenção e na reprodução do modo hegemônico de produção de serviços de saúde.

Essa polêmica é, também, central para a análise do terceiro “corte”, que parece estar delineando “proposições que apontam numa direção que se situa . . . para além destas preocupações e de suas limitações”. No caso, Jaime se refere aos limites dos projetos racionalizadores; portanto, o novo discurso da Reforma Sanitária conteria elementos inovadores, talvez próprios a uma nova sociedade. Diversamente, entendemos que, além das dificuldades políticas interpostas à implementação das medidas propostas pelos “racionalizadores” (“setores progresistas da burocracia governamental”), dificuldades decorrentes da resistência da iniciativa privada e de segmentos burocráticos do aparelho de Estado, existe uma série de dificuldades relacionadas aos próprios limites teóricos e da prática política do chamado “partido sanitário”. Limites que aparecem desde o momento em que são identificados os problemas a serem resolvidos — realiza-se, freqüentemente, um diagnóstico restrito — até a elaboração de propostas — via de regra, dentro da mesma lógica do pensamento racionalizador. Esses limites se tornam evidentes quando da escolha dos instrumentos para viabilizar as transformações.

Opta-se, quase sempre, pela tentativa de impor reformas “por cima”, por intermédio do aparelho estatal, o que requer a participação no governo, seja lá qual for a composição de forças que ele represente. Esse terceiro período poderia ser melhor caracterizado *não* pela elaboração de novas propostas, pela luta aberta em torno de modificações do modo de produção de serviços de saúde ou pela

alteração da correlação de forças no seio da sociedade: poderíamos dizer que esse tempo vem marcado por uma definição mais precisa das consignas do período anterior, por sua transformação em discurso e, às vezes, em diretrizes da política oficial e, ainda, pela transformação de parte significativa dos intelectuais que elaboraram o novo pensamento sanitário em dirigentes da máquina governamental.

Valeria a pena a realização de estudos mais elaborados sobre o espaço social no qual foi construída essa proposta de reorganização racionalizadora do sistema de saúde brasileiro e por que ela teve que assumir a roupagem e a aparência de uma Reforma Sanitária. Na verdade, foram os técnicos envolvidos com o estudo, a administração e o planejamento da atenção médico-sanitária os principais artífices e divulgadores dessa política, a maioria deles pertencente à burocracia governamental ou às universidades, os quais elegeram como principais interlocutores os ocupantes de cargos no poder executivo ou nos esquemas político-partidários dominantes. Utilizaram como principal critério, para avaliar uma diretriz política, a sua aplicabilidade imediata dentro de uma correlação de forças tida como um dado estrutural; portanto não sujeita a alteração em decorrência de opções feitas, em parte, por esse mesmo conjunto de profissionais. Resumindo: ao contrário de outros países capitalistas, que realizaram reformas na saúde, e nos quais os intelectuais progressistas tiveram que compor-se com o movimento sindical de trabalhadores ou com os partidos apoiados nessa classe, aqui, o principal agente das transformações teria sido o “partido sanitário” encastelado no aparelho estatal e apoiado, evidentemente, por autoridades constituídas. Ou seja, a própria eleição dos instrumentos para implementação das políticas, em larga medida, já diz de seus limites “transformistas” (no sentido gramsciano, de reforço do bloco politicamente dominante) e da renúncia, *a priori*, de qualquer veleidade de trabalhar, junto à sociedade, pela construção de uma nova hegemonia, de um novo bloco político, capaz de dar concretude, apesar dos constrangimentos impostos pela realidade brasileira, a um projeto de socialismo.

E aqui o debate já não é mais com Jaime de Oliveira, que nem imagina que a Reforma Sanitária esteja em curso e nem vê no poder executivo da Nova República a principal base de sustentação para essas mudanças. A discussão, agora, tem que ser travada com uma parcela do “partido sanitário”, instituição imaginada para reforçar a aparência de que essa linha de pensamento ou até mesmo esse movimento sanitário teriam um afastamento e uma independência das classes dominantes. Na verdade, esse movimento é com-

posto por um conjunto de intelectuais que pensa e elabora políticas de saúde segundo diferentes perspectivas, que poderão corresponder, pelo menos potencialmente, aos interesses de diversos blocos sociais. Esses planos e programas, elaborados pelos intelectuais de saúde, poderão ser apropriados por diferentes forças, conforme seu conteúdo realmente se identifique com certos interesses, segundo a capacidade de iniciativa e amadurecimento político desses agentes coletivos. Não existe, portanto, um “partido de saúde” colocado acima das classes, supostamente capaz de elaborar políticas em nome de e para “a sociedade”. De qualquer forma, é com uma parcela desse movimento que, agora, travamos a discussão.

A metodologia de investigação adotada neste trabalho fundou-se no estudo daquilo que poderíamos denominar de ‘teoria oficial da Reforma Sanitária’ e no estudo da execução dessas políticas teorizadas. Embora os limites do estudo realizado não impeçam a identificação das tendências gerais de desenvolvimento da política de saúde no Brasil contemporâneo, permitem apenas o levantamento de algumas observações, mais importantes na medida em que apontam limitações no pensamento oficial do que quando propõem análises definitivas. Assim, além do exame das recentes medidas adotadas pelas instituições públicas, fizemos uma leitura crítica do discurso dos “intelectuais com chancela oficial”, daqueles participantes do movimento sanitário que, circunstancialmente, *estavam* secretários de Saúde, assessores de várias autoridades do poder executivo, superintendentes ou presidentes de órgãos públicos.

Esse conjunto de técnicos organizou, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, uma das raras ocasiões em que buscou apoios para seus projetos junto a setores da sociedade civil potencialmente interessados na transformação do *status quo* na área da saúde. Como recomendação dessa Conferência, e através de uma portaria dos ministérios da Educação, Saúde e Previdência,⁵ foi criada uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que viria a se constituir em um dos principais instrumentos de atuação política do que poderia ser denominado o “partido sanitário da ordem”. A composição dessa Comissão era heterogênea, embora predominassem os “setores progressistas da burocracia governamental”. Faziam parte da CNRS nove representantes de ministérios do governo federal, dois representantes das secretarias estaduais e um por todas as secretarias municipais de saúde — somando, portanto, doze técnicos governamentais. O poder legislativo tinha dois

⁵ *Documento Oficial — Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS, n.º 02, publicado no DO de 22/08/86.*

representantes, os trabalhadores três, da CUT, CGT e CONTAG. O patronato também tinha três assentos, havendo mais duas vagas para os prestadores privados de serviços de saúde (uma para a Federação Brasileira de Hospitais e outra para a Confederação das Misericórdias). Os profissionais de saúde estavam representados pelos médicos, através da Federação Nacional dos Médicos. Finalmente, talvez pensando no usuário, foi assegurada uma vaga para o Conselho Nacional das Associações de Moradores. Seja pelo predomínio numérico dos representantes governamentais, seja pelo despreparo e omissão do movimento sindical, o pensamento oficial predominou largamente na produção dessa Comissão. Constituiu-se, por isso, em uma das principais fontes para a análise das propostas de Reforma Sanitária, particularmente o extenso material produzido por sua secretaria Técnica.

É interessante observar que a idéia de Jaime de Oliveira, de que estaria ocorrendo um “corte” entre as propostas denominadas de “racionalizadoras” e o que seria agora um projeto inovador de reformas, não é admitida pelos próprios ideólogos da Reforma Sanitária oficial. Assim, por exemplo, em um documento de síntese elaborado pela secretaria Técnica da CNRS, ao ser discutido um projeto de lei da Reforma Sanitária aparece a seguinte análise: “Com esta nova lei não se deverá pretender, numa perspectiva simplista, ‘fazer’ a Reforma Sanitária, mas sim criar as condições para desencadear e aprofundar um processo que, na verdade, teve *início com a unificação do INPS em 1967* e vem se ampliando em resposta às crescentes pressões pela universalização do acesso aos serviços de saúde”⁶ (grifos nossos). Ou seja, admite-se que a reforma atual seria uma continuidade e um desenvolvimento do mesmo processo que criou bases ampliadas para o desenvolvimento da capitalização dos serviços de saúde. Processo que, se por um lado assegurou a extensão da cobertura assistencial, por outro reforçou e modernizou as determinações privatizantes do modelo assistencial brasileiro.

A mesma idéia de continuidade entre as medidas racionalizadoras e a pretensa reforma aparece também quando, em várias ocasiões e através de diferentes interlocutores, o desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde é apresentado como estratégia para a

⁶ *Documento oficial* — “Síntese da Coordenação dos Grupos Técnicos como contribuição ao documento final a ser elaborado pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária” — Secretaria Técnica da CNRS. In. *Documentos III da CNRS*, março de 1988.

Reforma Sanitária.⁷ Até mesmo o ex-ministro da Previdência, Rafael de Almeida Magalhães, em discurso pronunciado em agosto de 1986, reconheceu as contradições intrínsecas a esta estratégia: “Eu os convido a repensarmos as Ações Integradas de Saúde, a recriá-las — elas são, enquanto proposta formal, uma herança do regime autoritário que abolimos”. Apesar dessa constatação, seguida do reconhecimento de que a política das AIS ter-se-ia desenvolvido “com a função racionalizadora de contenção de gastos”, o ministro terminou dizendo que, mediante algumas redefinições “as AIS representam uma estratégia importante para a Reforma Sanitária”.⁸

Essas colocações pretendem mais chamar a atenção para a autoimagem que os ideólogos têm do seu papel e do movimento que estariam criando, do que afirmar o caráter retrógrado ou conservador da política proposta nas Ações Integradas de Saúde. O que, de resto, não corresponderia ao nosso pensamento, uma vez que criticamos as AIS por suas insuficiências e omissões, não propriamente por seus objetivos. Queremos frisar, chamar a atenção para a noção de continuidade, de transformação dentro da ordem pré-estabelecida, que, de resto, os próprios dirigentes do movimento defendem e adotam como diretriz política.

Essa noção de reordenamento de um determinado modo de produção de serviços de saúde, sem rupturas importantes de sua lógica, se articula com outra, que também faz parte do universo teórico desses técnicos: a de tomar o Estado, e dentro dele especificamente o governo, como principal base de sustentação para o desenvolvimento da reorganização da assistência médico-sanitária. Em geral, faz-se referência a pressões difusas e indiretas da população, tomadas como estímulo para a ação governamental. Essas pressões são referidas como simplesmente resultantes de uma maior demanda por serviços médicos ou como fruto da expansão, entre os brasileiros, dos direitos considerados inerentes à cidadania. No

⁷ a) “Bases para o aperfeiçoamento das ações integradas de Saúde como estratégia para a Reforma Sanitária” — Grupo de Técnicos do MS e do INAMPS. In *Documentos I da CNRS*, julho/agosto de 1986.

b) Santos, Roberto Figueira, Min. da Saúde — “A Regionalização Assistencial no Aperfeiçoamento das AIS”. In *Documentos I da CNRS*, agosto de 1988.

c) Quase há consenso, entre estes técnicos, quanto ao entendimento de que as AIS seriam a principal estratégia para implantação da RS, aparecendo esse raciocínio em inúmeros outros textos.

⁸ Magalhães, Rafael de Almeida — Ministro da Previdência e Assistência Social. Pronunciamento em agosto de 1986. In *Documento I da CNRS*.

Documento Síntese da Secretaria Técnica da CNRS, por exemplo, no que se refere às bases concretas para o desenvolvimento da Reforma, é enfatizado o papel de “parcelas expressivas da população brasileira” no desenvolvimento da reforma, mediante a exigência de “medidas concretas e imediatas em relação à conquista da saúde e a melhoria da qualidade dos serviços a que têm direito”. Por outro lado, é também dito que “A vitória recente, nas últimas eleições, de representantes de setores progressistas da sociedade brasileira para os governos da maioria dos Estados, bem como para o Congresso Constituinte, confere ao debate de alternativas para o sistema de saúde uma base política que não pode ser ignorada e *que abre uma nova perspectiva ao projeto de uma Reforma Sanitária*”.⁹ (grifos nossos.)

Ora, só aqueles que trabalham com um conceito muito restrito de reforma sanitária poderiam imaginar que a atual composição de forças políticas, a nível federal e na maioria dos estados, abriria uma nova perspectiva. Esses intelectuais preferem ocultar, ou pelo menos não problematizar, a pequena inclinação que o poder executivo, nos últimos vinte e quatro anos, e a atual Assembléia Constituinte, têm demonstrado para realizar reformas que impliquem em limitação dos interesses econômicos ou políticos das elites. Ao fazer essa escolha, esses técnicos poderiam estar cometendo um equívoco político, se sua opção era por uma alteração radical do sistema de saúde, no sentido apontado por Jaime de Oliveira. Nesse caso, deveriam apostar no acirramento do debate, na possibilidade de uma mudança na correlação de forças através de lutas sociais e políticas, por exemplo, organizando uma campanha ancorada em propostas tecnicamente plausíveis e em forças politicamente comprometidas com as reformas, objetivando o isolamento e o enfraquecimento político da iniciativa privada na área da assistência médico-hospitalar. Ocorreu, contudo, o contrário. Não só não foram organizadas tais campanhas, como surgiu todo um discurso empolado para justificar a continuidade da prestação privada de serviços, teorizando-se, até, sobre a possibilidade de vir a organizar-se um sistema onde houvesse uma compatibilidade entre o funcionamento regulado de “leis de mercado” e o bem-estar comum.

Poderia ser o caso, também, de que nenhum equívoco político estivesse sendo cometido. O que seria verdade, caso o conteúdo dessas reformas fosse tão restrito que nem mesmo o Estado brasileiro, historicamente tão renitente às reformas de cunho democrá-

⁹ Artigo citado na nota 6.

tico, fosse politicamente capaz de realizá-las. Tais hipóteses merecem uma investigação mais cuidadosa.

Por enquanto, somos tentados a ficar com a hipótese de que, na verdade, esses técnicos estão adotando uma concepção restrita de reforma sanitária. Se não, vejamos.

“A Reforma Sanitária já é um processo em curso”.¹⁰ Hésio Cordeiro, destacado dirigente do movimento sanitário, já em julho de 1987 entendia que a série de medidas racionalizadoras que vinham sendo adotadas representavam, de fato, mudanças profundas na política de saúde. A esperada reforma já estaria ocorrendo enquanto processo institucional, caracterizado principalmente por “um vasto elenco de medidas no sentido da implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)”. Em março de 1988, quando de sua saída da presidência do Inamps, após dois anos e dez meses à frente desta instituição, ele não só voltou a afirmar que a implementação do SUDS era o início da Reforma Sanitária, como considerou este sistema “a maior revolução no setor saúde já ocorrida no Brasil”.¹¹ Essa sentença causa estranheza, não tanto pela afirmação de que o SUDS seria a maior reviravolta acontecida na saúde em terras brasileiras — raríssimas têm sido as reformas implementadas no Brasil, tal “egoísmo” e conservadorismo das nossas elites dirigentes... — mas pela referência ao conceito de *revolução* para um conjunto de medidas voltadas centralmente para uma reestruturação administrativa do aparelho público prestador de serviços de saúde. Causa estranheza a utilização desse conceito, dessa noção de revolução para caracterizar a Reforma Sanitária oficial, imaginada por seus próprios idealizadores como um processo restrito de mudanças.

No discurso de Hésio Cordeiro podemos encontrar evidências da concepção restrita do movimento de reformas. Na mesma ocasião, este professor afirmava que “a Reforma Sanitária é irreversível”. Ora, tal conclusão só é possível para aqueles que, vendo a reforma como um conjunto de procedimentos funcionais para modernização e reprodução ampliada do atual modelo assistencial, a imaginam estruturalmente determinada. Nenhum analista, considerando a história brasileira recente, poderia afirmar a irreversibilidade de um processo de mudanças que a maioria da sociedade civil sequer percebeu, baseado apenas no apoio político-institucional.

¹⁰ Cordeiro, Hésio — “A Reforma Sanitária — Propostas do Presidente do INAMPS”. Publicação do INAMPS, julho de 1987.

¹¹ Entrevista com Hésio Cordeiro. In. *Proposta — Jornal da Reforma Sanitária*, ano 2, n.º 7. p. 8.

Essa segurança, portanto, só pode decorrer da visão que, entendendo a reforma como uma continuidade dos “esforços racionalizadores”, a vê estruturalmente condicionada, quase transformada em “razão de Estado”. Daí a conclusão de que o Estado seria o primeiro e o maior interessado na “resolução da crise fiscal e de legitimidade” do setor saúde, de que tudo seria condicionado pela própria dinâmica do desenvolvimento capitalista: necessidade de estender a cobertura assistencial, de racionalizar os gastos etc.

Mais do que polemizar com o mecanismo inerente a essa linha analítica, interessa-nos apontar o caráter restrito do que está sendo denominado de reforma sanitária, que nada tem a ver com a idéia de tomar a reforma na saúde como parte da construção de uma contra-hegemonia fundada nos trabalhadores. Neste artigo, estaremos denominando esta concepção restrita de *Reforma Sanitária oficial*.

Na mesma entrevista, Hésio Cordeiro também colocou os princípios que ele esperava ver aprovados no texto final da nova Constituição brasileira: o da descentralização, da unificação e o da “manutenção das relações entre os setores público e privado dentro dos princípios do direito público”. É interessante observar que esses preceitos de política de saúde são comuns a todos os documentos onde predominou o pensamento dessa corrente.¹² Outro tema freqüente, e que talvez tenha sido a maior contribuição desse movimento ao amadurecimento da consciência sanitária dos brasileiros, é o da universalização da assistência médico-sanitária como decorrência de um direito à saúde inerente à noção de *cidadania plena*, ou *ampliada*. Aqui, a citada corrente conseguiu ampliar e superar uma tendência já presente em períodos anteriores, a da progressiva extensão de cobertura assistencial, apresentando-a, particularmente durante o processo constituinte, transformada no reconhecimento universal do direito à saúde e ao acesso aos meios necessários para conservá-la ou recuperá-la. Hoje, mesmo o discurso liberal-conservador tem que partir dessa premissa, tal é o enraizamento dessa idéia na sociedade.

A discussão dos modelos assistenciais alternativos ou das correções necessárias ao adequado funcionamento do modelo atual, é também freqüente. Contudo, quanto a isso, ocorre um fenômeno interessante: à medida que aumenta a densidade de “oficialismo”

¹² A este respeito, ver os seguintes documentos aprovados pela CNRS:

— “Proposta para o componente saúde da nova Constituição brasileira”.

— “Proposta de conteúdo para uma nova Lei do Sistema Nacional de Saúde”. In *Documentos II da CNRS*, 1987.

de cada documento, diminuem as referências ao tema e a complexidade com que é tratado. . . chegando a desaparecer quase completamente nos documentos aprovados, por exemplo, pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária ou pela Comissão de Sistematização da Assembléia Nacional Constituinte.¹³ Este “apagamento” do tema não é casual, uma vez que, ao não se discutir o modelo assistencial, está se dando por decidido a manutenção do modo de produção de serviços de saúde existente, e possibilitando, quando muito, correções técnicas ou administrativas.

De fato, é evidente a ênfase dada a dois princípios, o da descentralização e o da unificação, ambos voltados mais para a reorganização da estrutura do sistema do que para o seu conteúdo. A prioridade dessas diretrizes sobre as demais aparece até mesmo na denominação do novo sistema, tido como a encarnação da reforma, ou pelo menos, com seu marco inicial: nos referimos ao SUDS, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.¹⁴ Podemos ainda considerar que todos os projetos de lei ou leis aprovadas no período subsequente ao decreto presidencial que criou o SUDS, obedecem, em linhas gerais, ao mesmo espírito.

Cabem aqui algumas considerações que pretendem contribuir para a desobstrução de alguns canais deliberadamente bloqueados por alguns membros do “partido sanitário oficial”. Provavelmente irão atribuir esta análise, como tem ocorrido em outros episódios semelhantes, a alguns “inimigos do SUDS”. Ou irão identificar, nas críticas à política oficial, a intenção de simplesmente lançar acusações e anátemas contra a “burocracia progressista”. Essa postura é nociva ao próprio desenvolvimento do projeto de reforma, na medida em que tende a congelar a discussão, supondo que o conteúdo e a forma de se implantar esse projeto já estariam dados e que a proposta oficial é a única plausível. Escudados em um pensamento de fundo conservador, o da dialética do possível, imaginam que o máximo de inovações já estaria ocorrendo. Não consideram, no entanto, que essa “dialética” pouco tem a ver com

¹³ Referências ao “modelo assistencial” são evidentes em vários textos. Chega-se mesmo a conceber o “distrito sanitário” como unidade de planejamento, organização e prestação de serviços de saúde. Ver, entre outros:

— “Síntese da Coordenação de Grupos Técnicos como contribuição ao Documento Final a ser elaborado pela CNRS”. In. *Documento III*, 1987.

— Cordeiro, Hésio — “A administração da Saúde e o Distrito Sanitário”. In. *Folheto sobre a Reforma Sanitária III*, INAMPS, 1987.

¹⁴ *Decreto presidencial* n.º 94 657, de 20 de julho de 1987. SUDS — Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados. DOU de 21/julho/87.

a idéia de mudança, estando mais para uma lógica do tipo “pragmatismo responsável” (idealizada pelos burocratas do Itamaraty, mas que cai como uma luva em todos os técnicos que pretendem dar aos seus projetos uma “neutralidade” e um grau tal de racionalidade, que qualquer governo poderia, em tese, adotá-los). Essa razão é essencialmente conservadora, uma vez que não trabalha com a possibilidade de construção de uma nova correlação de forças capaz de estender os limites do possível para além daqueles convenientes às forças dominantes.

Talvez seja ainda mais grave a separação que essa postura defensiva (e às vezes ofensiva (...)) vem estabelecendo entre esses intelectuais e o conjunto de forças potencialmente capaz de impulsionar verdadeiras reformas. Referimo-nos aos sindicatos de trabalhadores, a significativas parcelas dos profissionais de saúde, aos partidos políticos que advogam reformas ou o socialismo, a outras forças organizadas da sociedade brasileira. Todos esses setores têm inúmeras razões para criticar o que até agora foi definido como Reforma Sanitária oficial, e muito mais razões têm para não se submeterem aos limites dados pelas tais “razões de Estado”. Na medida em que parcela do movimento sanitário assume como suas essas razões de Estado, está estabelecendo um conflito entre esses técnicos, nesse momento falando enquanto governo e até mesmo enquanto poder, e o movimento social. As formas de expressão desse conflito variam, desde aquelas de natureza mais ideológica até aquelas de ordem coercitiva, como a repressão, o não reconhecimento do movimento sindical dos trabalhadores de saúde, a negação de legitimidade — do poder de interlocução — às parcelas organizadas de trabalhadores e usuários do sistema etc. Quando isso ocorre, obviamente estamos diante de *intelectuais da ordem* e não de intelectuais ligados à construção de um projeto de democracia socialista. Essa constatação não contém, necessariamente, nenhuma reprimenda moral ou anátema. Pretende apenas contribuir, a nível da luta cultural e ideológica, para a construção de políticas sociais que contribuam para a libertação e a felicidade dos brasileiros e não para ampliar e reforçar os mecanismos que os subordinam ao bloco dominante.

Retornemos à discussão sobre os dois princípios centrais da reforma, agora materializando-se na nova estrutura do SUDS: o da descentralização e o da integração/unificação interinstitucional. O caráter marcadamente administrativo da Reforma Sanitária oficial é considerado uma qualidade, fruto do amadurecimento político dos técnicos interessados em realizá-la e encarregados de concebê-la. Explicitamente, diz-se que “Não se trata mais, na presente

conjuntura, da mera formulação, em gabinetes, de modelos de organização institucional como imagem objetiva a ser perseguida em uma perspectiva gradual e de longo prazo, como o foram anteriormente o PIASS e o PREV-SAÚDE”.¹⁵

A impotência política para reformular a fundo o modo de produção de serviços de saúde — dirigido, em todo o Brasil, segundo os interesses da iniciativa privada — é apresentada como uma superação do recorte tecnocrático dos projetos anteriores, que (segundo essa análise) teriam a pretensão de mudar o modelo assistencial hegemônico. Contudo, esses projetos eram tecnocráticos, não por seu conteúdo reformista, e sim por sua origem, pela maneira concebida para viabilizá-los: nasceram em gabinetes e, exatamente como os contemporâneos, imaginou-se implantá-los mediante o peso dos ministérios, das secretarias de Saúde e de outras autoridades governamentais — isto é, de cima para baixo. Como uma reedição do despotismo ilustrado do século XVIII.

“As dimensões continentais do Brasil e a grande heterogeneidade entre os Estados . . .”¹⁶ são apresentadas como razões impeditivas à proposição de mudanças no modelo assistencial ou nas diretrizes gerais para a organização dos serviços de saúde. Essas diretrizes seriam consideradas, caso adotadas, “um pacote de medidas a serem implementadas segundo uma estrita racionalidade de planejamento”. Um discurso aparentemente antitecnocracia e democrático, mas que procura racionalizar (palavra aqui empregada no seu sentido psicanalítico — como idealização construída para justificar a impotência frente à realidade) o interdito estabelecido à verdadeira Reforma Sanitária pelas forças dominantes. Não compartilhamos da análise segundo a qual já estariam dadas as condições para a implantação de amplas reformas no setor saúde. Longe disso, o que estamos sublinhando é que esta linha de análise antes dificulta e confunde do que ajuda a mudança da correlação de forças. E confunde porque atribui, implicitamente, à descentralização, uma função de guardião do *status-quo*: nenhuma mudança de fundo pode ser proposta porque seria antidemocrática . . .

Freqüentemente, a descentralização é referida como sinônimo de democratização. A dedução automática de que, uma vez instaurado o processo de descentralização, estaria garantida a gestão democrática do sistema, baseia-se na grande eficácia atribuída à gestão colegiada e à administração municipal. Em relação a esse poder local, difundem-se falácias, como, por exemplo: “É inquestio-

¹⁵ Idem ao *Documento* citado na nota 6.

¹⁶ Idem.

nável que o poder local expressa-se por a) — representatividade e legitimidade das lideranças locais; b) — maior acessibilidade da população aos seus líderes...”.¹⁷ A singeleza desse raciocínio oculta as graves contradições sociais que também se expressam na parcela municipal do aparelho de Estado. Não é sempre verdadeiro o pressuposto da maior representatividade das lideranças locais ou do poder executivo municipal. Também não é *necessariamente* verdade que o controle social é mais viável a nível local. O arbítrio, a prepotência e o clientelismo municipal nada ficam a dever ao estadual ou federal. Frequentemente, a capacidade de coação econômica dos poderosos locais é direta, muitas vezes cruel.

Essas simplificações tendem a “ocultar” o peso decisivo que a lógica de mercado e os interesses privados têm no modo como se articulam a distribuição e alocação de recursos, a produção e o consumo de serviços, e, até mesmo, no perfil de intervenção do Estado no mercado de saúde. Assim, são supervalorizados problemas secundários, decorrentes dessa lógica da mercantilização, sendo propostas soluções que não alteram, em absoluto, essa dinâmica. Sem dúvida, esse é o caso da falta de integração institucional, transformada em palavra-chave da reforma oficial. Segundo essa visão, um dos principais problemas do sistema de saúde brasileiro seria que “O emaranhado institucional, público e privado, em saúde no Brasil expressa sua irracionalidade — embora responda a lógica bem determinadas — na absurda pulverização dos recursos, fragmentação e sobreposição de ações, para o que contribui a ausência de comunicação entre os vários níveis do sistema”.¹⁸ Diagnóstico funcionalista que, seguindo a lógica da teoria de sistemas, termina por eleger a integração interinstitucional como principal estratégia para a superação dos problemas da saúde.

Mas a simplificação não termina aí: atribuem ao “autoritarismo — que promoveu o sucateamento das instituições públicas no país” a responsabilidade pela situação. De fato, esse quadro é resultado da dinâmica do desenvolvimento capitalista brasileiro, que atribuiu às diferentes instituições públicas papéis diversos. Ao Inamps coube, através da assistência médico-hospitalar, atender às demandas da força de trabalho, segundo o interesse mais geral do desenvolvimento econômico e o mais restrito dos produtores privados de serviços de saúde. O Inamps e mais alguns outros fundos financeiros públicos bancaram o processo de mercantilização da assistên-

¹⁷ Santos, Nelson Rodrigues — “A Saúde vista do município”. *Impresso*, s/d.

¹⁸ *Idem Documento* citado na nota 6.

cia médica. Já o Ministério e as secretarias de Saúde se ocuparam da saúde pública, entendida como um conjunto de programas voltado para as doenças endêmicas ou epidêmicas e para as populações colocadas à margem do mercado formal de trabalho. É evidente que o autoritarismo e os governos militares reforçaram e ampliaram essas tendências, mas é igualmente verdade que apenas a integração ou a unificação de comandos estaduais e municipais da Nova República dificilmente conseguirão reverter, por si mesmas, essas políticas. Não há nenhum antagonismo entre a nova estrutura do SUDS e a manutenção dessas orientações. Ao contrário, infelizmente, parece cada vez mais óbvio que a dinâmica do mercado, do não-funcionamento das instituições públicas tende a se reproduzir na maioria dos estados onde vêm se implantando os SUDS.

Finalmente, examinemos a preocupação da Reforma Sanitária oficial de exercer um maior controle do setor público sobre o privado. Convém lembrar que essa é uma velha utopia dos “burocratas progressistas” comprometidos com a política de racionalização do modelo. No entanto, parece que o mercado é resistente ao controle ainda que racional. Parece que o mercado tende a seguir a sua lógica de reprodução e de desenvolvimento, apesar das prédicas dos planejadores preocupados com a saúde da população. Nesse campo, o fracasso dos reformadores oficiais é patente. Pretenderam e pretendem subordinar os hospitais privados a um contrato de direito público, nada conseguindo até agora — a não ser a inclusão desta *possibilidade* no texto constitucional. Mesmo que essa possibilidade venha a ocorrer, conseguirão, com este instrumento, reverter a lógica de funcionamento das instituições?

Não conseguiram transformar as santas casas e hospitais filantrópicos em instituições públicas, unificadas ao sistema de saúde. O convênio atual favorece a mercantilização e obedece à mesma lógica do contrato privado, representando uma capitulação do SUDS frente aos interesses liberais e privatistas de grupos de médicos e de empresários.

Ao contrário do que pretendiam esses técnicos, acumulam-se indícios de que vem ocorrendo uma penetração progressiva do interesse privado no aparelho estatal de saúde, que cada vez mais deixaria de ser público. Vários hospitais municipais, por exemplo, vinculados ao SUDS, funcionam com o mesmo modelo assistencial e de custeio que os contratados, perpetrando uma verdadeira privatização da coisa pública. Esta é uma tendência em expansão, e tem, no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas de São Paulo (INCOR), o mais ilustre espécime. Outra evidência desse

processo é a imutabilidade do modelo organizacional dos postos de assistência médica do Inamps, que continuam a trabalhar com baixíssima capacidade para resolver problemas de saúde, funcionando como porta de entrada para os serviços privados. Finalmente, em 1988, com a estadualização do Inamps, verifica-se que intelectuais diretamente ligados aos produtores privados voltam a ocupar, em vários estados, os postos de comando do SUDS.

Essa hegemonia do padrão medicalizante de serviços, centrado na assistência médica individual, na valorização excessiva da “produtividade” e no atendimento curativo da demanda, terminou por transferir para as redes básicas municipais o modelo assistencial do “pronto-atendimento”. Nem de longe esse modelo se aproxima do conceito de integralidade das ações de saúde, tão presente no discurso oficial. Pelo contrário, mantém as ações de promoção e de prevenção restritas às campanhas e à vigilância epidemiológica — quando existem — exatamente como nos velhos tempos. . .

Não cogitamos que a resolução dos problemas listados seja simples e nem que todas as respostas estejam prontas. Discordamos, contudo, do tratamento que lhes tem sido dado pelo pensamento oficial — que não os considera essenciais ao desenvolvimento do processo de reforma, ou até os apresenta como vantagens do sistema vigente. Assim, é negada a necessidade da construção de um movimento de contra-hegemonia capaz de viabilizar saídas para essas contradições.

O DILEMA DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

SONIA MARIA FLEURY TEIXEIRA*

O título deste artigo inspira-se na tese do Prof. Sérgio Arouca, intitulada *O dilema preventivista — contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Essa analogia justifica-se na medida em que tal trabalho pode ser tomado como um dos principais fundamentos teóricos do movimento sanitário que deu início ao processo hoje denominado Reforma Sanitária. Por outro lado, sua acurada metodologia de análise do discurso preventivista merece ser retomada como fonte de reflexão sobre a ideologia e as práticas do movimento reformador da saúde.

Nesse sentido, resgatamos sua caracterização de medicina preventiva como movimento ideológico,¹ isto é, um “conjunto organizado de práticas ideológicas entendidas como aquelas atividades realizadas no sentido de transformar uma ideologia dada em outra ideologia”. No caso da medicina preventiva, parte-se de uma crítica da prática médica, demonstrando sua ineficiência baseada em uma leitura liberal² dos problemas representados pelo custo da atenção médica e como proposta à crescente intervenção estatal. A medicina preventiva promove uma reorganização do discurso médico,³ propondo-se a incorporar os conhecimentos como atitudes: “A medicina preventiva, como se fosse o partido de uma nova

* Chefe do Departamento de Pesquisas e Publicações da EBAP/FGV.

¹ Arouca, Antonio Sérgio Silva. *O dilema preventivista — contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese de doutorado. Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1975. p. 8.

² Id. *ibid.* p. 8.

³ Id. *ibid.* p. 17.

atitude”,⁴ toma o ensino médico como campo estratégico de transformação da sua prática.

Quais as relações que se podem estabelecer no movimento sanitário atual? Em primeiro lugar, é preciso identificar as diferenciações no nível conceitual.

A matriz teórico-conceitual do movimento sanitário pode ser encontrada na delimitação de sua área de conhecimento, expressa na adoção do conceito de *saúde coletiva*, uma originalidade nacional face à heterogeneidade de denominações habituais, tais como saúde pública, medicina social, medicina preventiva, medicina comunitária.

A área de conhecimento da saúde coletiva é delimitada pela especificidade de seu objeto e da metodologia adotada na produção de conhecimentos acerca do mesmo.⁵ O objeto é o coletivo, e o método, o histórico estrutural. O coletivo tomado como objeto pode ser referido como: “o meio objeto privilegiado das práticas de saneamento ambiental e do específico conhecimento que as fundamenta; o agente patogênico e seu campo de expansão e contenção reconstruídos a partir do saber biológico; o social como efeito do coletivo estruturador de práticas.”⁶

A heterogeneidade apontada não deve esconder a identidade que acarreta a adoção do coletivo como objeto, em qualquer de suas acepções, ou seja, a possibilidade e necessidade de tomá-lo em suas manifestações histórico-concretas, o que remete sempre à necessidade de construção do social como objeto de análise e campo de intervenção.⁷

Portanto, esse é o novo paradigma que dá origem ao movimento sanitário. Partindo da análise dos processos de trabalho e do conceito-chave de organização social da prática médica,⁸ tal movimento opera uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada, bem como da sua ineficiên-

⁴ Id. *ibid.* p. 20.

⁵ Teixeira, Sonia M. Fleury. *As ciências sociais em saúde no Brasil*. In: Nunes, Sveraldo, org. *As ciências sociais em saúde na América Latina*. OPS/OMS, Brasília, 1985.

⁶ Dounangelo, Maria Cecília F. *A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil: a década de 70*. In: Abrasco. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro, 1983. p. 20.

⁷ Id. *ibid.*

⁸ Nogueira, Roberto Passos. *Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica*. Rio de Janeiro, IMS/Uerj, 1987. Dissertação de Mestrado, Uerj, Rio de Janeiro.

cia, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder às demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento.

Mas, para além de sua base técnico-conceitual, a saúde coletiva organiza-se como movimento sanitário, isto é, como conjunto de práticas ideológicas, verdadeiro movimento contra-hegemônico, cuja estratégia é a alteração da correlação de forças a partir do aprofundamento da consciência sanitária dos vários atores políticos.

Esse movimento se insere, a partir de um setor específico, na luta pela redemocratização da sociedade brasileira, em uma perspectiva política que se caracteriza pela interpelação dos trabalhadores, quer sejam entendidos como profissionais de saúde quer como usuários do sistema, ambos submetidos a um processo de trabalho cuja lógica de acumulação determina suas condições de produção e de saúde/doença. São sujeitos, portanto, de um processo de ampliação da consciência sanitária, compreendida como “a tomada de consciência de que a saúde é um direito, mas, como esse direito é descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo”.⁹

Se a medicina preventiva foi o partido de uma nova atitude, a saúde coletiva e o movimento sanitário que lhe correspondem formam uma unidade dialética entre a construção do saber e as práticas políticas, cuja história merece ser contada.

Correndo o risco de sermos excessivamente analíticos, podemos separar essa trajetória em fases distintas, marcadas pelo espaço institucional, pelos principais atores e pelas estratégias políticas de atualização do projeto reformador. Esses momentos, definidos não por uma cronologia rígida, mas pela prevalência das estratégias, ocorreram, com frequência, de forma superposta.

Em um primeiro momento caracterizou-se como um movimento de desenvolvimento de um novo saber, no espaço acadêmico, um dos únicos redutos de resistência ao autoritarismo. Assim, aglutinaram-se profissionais de saúde dedicados à docência e à investigação, que procuraram recuperar, a partir da produção caracterizada como sanitarismo desenvolvimentista dos anos 60, as análises da determinação social da doença, rompendo, porém, com a ideologia industrializante-desenvolvimentista, para compreendê-la nos marcos da análise dos processos de trabalho.

⁹ Berlinguer, Giovanni. *Medicina e política*. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1983. p. 5.

A produção do saber não se dá, no entanto, desvinculada de uma prática política voltada a difusão do conhecimento, a ampliação da consciência sanitária e a organização do movimento sanitário. Esse é o triedro da saúde coletiva: o conhecimento, a consciência sanitária, a organização do movimento; saber, ideologia e prática política são as três faces da luta contra-hegemônica.

Os limites rígidos impostos pelo regime autoritário foram confrontados, ao final dos anos 70, com soluções inovadoras: a utilização dos recursos mais flexíveis e menos contaminados pela lógica repressiva imperante nas universidades, como os da Finep, propiciaram a criação de centros de pesquisa em saúde coletiva; a criação de uma entidade nacional, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, fornecia respaldo mínimo para a organização do movimento; a publicação da revista *Saúde em Debate* e de vários livros, as inúmeras conferências e debates respondiam à necessidade de difusão ideológica.

Em todos esses casos, a limitação imposta era dada pela base estrita, representada por profissionais ligados à produção de conhecimento. A busca de ampliação dessa base, de novos aliados, traduz-se nos projetos de medicina comunitária desenvolvidos pelos departamentos de medicina preventiva, abrindo espaço para uma prática, em saúde, mais próxima dos valores que inspiram a atuação do movimento sanitário. Trata-se de, na relação de cura, encontrar o aliado potencial: o trabalhador adoecido no processo de produção.

As múltiplas formas de resistência desse movimento, sua versatilidade em ocupar os espaços disponíveis, como os departamentos de medicina preventiva, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) etc., são responsáveis pela sua sobrevivência nesses anos de ferro. Porém, mais do que isso, o zelo para com a organização e organicidade parece ter sido o principal elemento de unidade, que se traduzia tanto na busca de bases materiais de sustentação do movimento, quanto no delineamento de uma utopia, jocosamente denominada, à época, de “projeto Andrômeda”, capaz de agregar o movimento. Era preciso sonhar, ao mesmo tempo em que se mantinha os pés no chão.

Por intermédio da utopia buscou-se desenhar uma proposta alternativa ao sistema de saúde vigente, de caráter fragmentário, discriminatório, subordinado à lógica mercantilista. Formulou-se a proposta de um sistema único de saúde, público, socializado, universal, integrado, de atenção integral e planejado de acordo com

as demandas existentes, utilizando, de forma hierarquizada e regionalizada, os recursos disponíveis.

A prática impunha a ampliação das adesões a essa proposta, e os médicos, destituídos da perspectiva da medicina liberal, assalariados e explorados, seriam, certamente, os primeiros a se sensibilizar. Assim, o segundo momento caracterizou-se pela luta dos profissionais de saúde e pelos movimentos de renovação médica nos seus sindicatos e conselhos.

A consciência sanitária aumentava ao incorporar aos movimentos profissionais a perspectiva mais ampla referente à política nacional de saúde. O médico precisava compreender que sua situação profissional era determinada pelas mesmas causas que afetavam as péssimas condições de saúde do paciente que ele atendia.

Entre o movimento médico, o movimento sanitário de origem acadêmica e o movimento popular pela saúde foram estabelecidas alianças históricas, capazes de transcender os limites corporativos dos profissionais, a cultura elitista dos cientistas e a ausência de uma visão mais abrangente do movimento popular.

A tensão entre saber e prática requeria que o conhecimento avançasse na direção da incorporação dos problemas colocados pelos movimentos profissionais e populares. Foi necessário que o projeto saísse da crítica genérica ao sistema de saúde para encaminhar propostas referentes à localização de unidades de serviços e às condições de exercício profissional, e se defrontasse com a ausência de alternativas para o saneamento ambiental das favelas e periferias.

O fortalecimento dos movimentos sociais, com o início da redemocratização, propiciou o revigoramento dos movimentos sindical, popular e sanitário, sem que, contudo, fosse possível aprofundar, da mesma forma, as relações orgânicas entre eles.

A democratização colocou em cena o Congresso, na busca de recuperar seu papel e suas ligações com a sociedade. Nesse momento, o movimento sanitário concentrou forças na difusão de suas bandeiras através dos simpósios de saúde realizados no Congresso pelas comissões de saúde da Câmara e do Senado. Este novo espaço de atualização do projeto sanitário possibilitou seu confronto com outros atores, exigindo sua tradução em uma linguagem não só mais formal, como mais próxima de um projeto governamental.

As experiências de implantação de um modelo local de administração da política de saúde, realizadas nas secretarias das prefeituras mais progressistas, foram analisadas e incorporadas, em seus elementos técnicos, ao novo formato do projeto sanitário. Te-

mas como descentralização, sistemas de informação e referência, controle popular etc. passaram ao centro dos debates.

À medida que o projeto sanitário se aproximou da prática de planejamento e organização dos serviços, defrontou-se com novos atores em um cenário mais amplo: por um lado, os agentes de saúde trabalhando na base dos projetos de extensão da cobertura e os políticos interagindo no âmbito dos sistemas locais e estaduais de saúde; por outro, os produtores privados, que até aquele momento mantinham-se afastados do debate, preservando privilégios a partir de sua ação em canais menos democráticos, como os anéis burocráticos incrustados em todos os níveis de direção do Inamps, sentiram que o avanço do movimento sanitário, representado pelo salto do discurso à prática, poderia vir a ameaçá-los, e participaram dos debates nos simpósios de saúde.

As táticas dos produtores privados, bem como o controle das informações que detêm acerca de produtividade, custos, oferta, demanda etc. representam mais um obstáculo a ser vencido no nível do conhecimento.

Durante todo esse processo, foi preservada a unidade dialética entre o saber, a ideologia e a prática política, alcançando-se, em cada etapa, a incorporação de novas questões em termos conceituais e técnicos, o aprofundamento da consciência sanitária e a articulação de uma ampla frente suprapartidária.

No entanto, ao se afirmar a unidade dialética entre o saber, a ideologia e a prática política que fundamentam a trajetória e o projeto do novo sanitarismo, não se pretende ocultar as contradições que floresceram ao longo desse percurso, e que serão analisadas ao final desse breve relato histórico.

Não se trata, também, de reduzir a ampliação da consciência sanitária e da organização popular a uma ação demiúrga de uma elite intelectual dirigente do movimento sanitário, como quando se utiliza a expressão “partido sanitário”, cunhada exatamente por aqueles que pretendiam ver a luta pela democratização da saúde como obra de manipulação de alguns indivíduos, e assim ignorar a organicidade desse movimento social.

A luta pela saúde é parte do processo atual de luta pela democratização, e para o qual concorreram inúmeras forças e atores sociais. O que se ressalta, no entanto, é que, no caso específico da saúde, houve o esforço de conduzir esse processo para uma aglutinação mais orgânica em torno de estratégia e projeto comuns. Não há como negar, em um movimento social, o lugar da direção na construção da unidade e da coesão; mas, com isso, não é preciso cair na simplificação de um fenômeno cuja natureza e dinâmica

complexas transcendem as pessoas e instituições que ocupam esse lugar.

Foram essas condições de unidade que fundamentaram a estratégia característica da terceira etapa do movimento sanitário, que poderia ser denominada ocupação de espaços estratégicos no aparelho governamental. Muitos intelectuais de várias áreas foram chamados a ocupar postos de direção com o início dos governos da autodenominada Nova República, e os profissionais vinculados ao movimento sanitário conseguiram, através de uma ampla mobilização, abrir espaços e ocupar, em todos os níveis, os principais postos responsáveis pela condução da política de saúde.

A eficácia dessa estratégia decorreu tanto da capacidade organizativa e de mobilização alcançada pelo movimento sanitário quanto do caráter racionalizador do projeto proposto, já que, desde o final do período autoritário, com a crise financeira do sistema previdenciário, que evidenciava a falência do sistema de atenção à saúde, abriram-se espaços de intervenção no aparelho previdenciário, na busca de um modelo mais racional e, portanto, menos oneroso, de atendimento médico.

A partir de 1985, com a absorção de um grande número de profissionais nos cargos de direção dos aparelhos responsáveis pela política de saúde, as questões relacionadas à administração dessa política passaram ao centro dos debates: integração, descentralização, gestão democrática, financiamento, vigilância sanitária produção e controle de insumos, tecnologia etc.

Mais do que as questões técnicas, o que se altera fundamentalmente é a lógica política na condução das mudanças propostas. Não se trata mais de organizar a sociedade em torno de um projeto de transformação do Estado, mas se requer a utilização, o manejo do aparelho estatal na direção proposta.

Nesse sentido, duas linhas de ação parecem ter sido as que mais claramente marcaram essa fase atual: a utilização dos instrumentos institucionais a fim de propiciar o aumento da organização técnico-política necessária para o avanço do projeto/processo da reforma sanitária e a transformação e/ou criação de mecanismos capazes de alterar, de maneira gradual e ascendente, a organização institucional do setor, em direção a um sistema público de saúde mais racional, eficiente e democrático.

Essas duas formas de condução da direção institucional, se bem que não estejam de maneira alguma isoladas — ao contrário, recondicionam-se mutuamente a cada momento —, são percebidas ora como complementares, ora como excludentes, enquanto possi-

bilidades de simultaneamente responderem pelo direcionamento e pela estratégia de construção da reforma sanitária.

No primeiro caso, tende-se a identificar a reforma sanitária com o movimento nacional que teve origem na preparação e realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde e em seus desdobramentos posteriores através das conferências de temas específicos, da produção da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, da atuação da Plenária das Entidades da Saúde na Constituinte e de todas as outras formas de atuação e pressão junto à Assembléia Nacional Constituinte. Todos esses eventos estão marcados pela bandeira de luta política e ideológica — e, portanto, técnica, ética e moral — do direito universal à saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos.

Em torno desse lema e das práticas que lhe correspondem, consolida-se a unidade de uma coalizão democrática, unificando, malgrado as diferenças, um conjunto ampliado de atores e forças sociais jamais alcançado em outros momentos dessa breve história do movimento sanitário.

A outra linha de atuação governamental, de caráter mais institucionalista, embora partindo dos mesmos pressupostos e diretrizes pactuados na Oitava Conferência Nacional de Saúde, busca traduzi-los em uma dinâmica administrativa que procure implementar medidas factíveis e viáveis, afirmando “a consolidação das Ações Integradas de Saúde como o elemento tático mais significativo, nesse momento, dentro da estratégia da reforma”.¹⁰

As inúmeras cisões no interior do movimento sanitário em torno do enfrentamento dessas duas linhas de condução da reforma sanitária foram sempre acompanhadas de tentativas de refazer o pacto original, impedindo a defecção de forças significativas no interior do movimento sanitário. Essa unidade é buscada e obtida pela aceitação dos pressupostos da reforma sanitária e pelo entendimento do processo da reforma “considerada (como) um dos caminhos da longa marcha através das instituições e do processo de transformação da sociedade e do Estado”.¹¹

A necessidade de, nesse fórum, buscar refazer, de maneira impressionista¹² o curso histórico da reforma sanitária, tem como

¹⁰ Brasil. MPAS/MS. *Exposição de motivos n. 31*, 10 out. 1987. p. 2.

¹¹ Berlinguer, Giovanni. Entrevista a *Proposta — Jornal da Reforma Sanitária*, 1(1), mar. 1987.

¹² Embora tenha utilizado as observações que Sarah Escorel vem desenvolvendo em sua tese sobre as origens do movimento sanitário, a quem agradeço e isento de compromisso com minhas interpretações.

objetivo, em primeiro lugar, tentar apreender a singularidade desse processo diante das demais propostas de reforma que incidem no campo social, enunciadas pelo governo da Nova República.

Assim, diferentemente das reformas previdenciária, administrativa, tributária e do ensino universitário, a reforma sanitária não teve origem em uma proposta governamental, distinguindo-se, inclusive, daquelas cuja elaboração se deu em comissões nas quais a participação de representantes da sociedade civil organizada foi considerada um teste de sensibilidade necessário para avaliar a receptividade ao projeto oriundo da burocracia.

A trajetória da reforma sanitária foi distinta em suas bases sociais e em sua condução política. Sua recente institucionalização representa um fenômeno de outra natureza, já que se trata mais de um projeto social contra-hegemônico que se impõe ao governo de transição. No entanto, é exatamente nesse encontro que residem os problemas, que serão abordados a partir da análise de alguns aspectos do denominado dilema reformista.

Sem pretensões de esgotar o tema, é possível enumerar alguns impasses, de diferentes naturezas, na construção e condução da reforma sanitária.

A construção do projeto da reforma sanitária funda-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde.

A estratégia de transformação da situação de crise, inspirada em uma leitura socializante da problemática da saúde, concretiza-se na perspectiva da luta pela democratização que se baseia na interpelação dos indivíduos enquanto cidadãos, capazes de aprofundar sua consciência sanitária e, assim, transformarem-se em atores sociais organizados na luta pelo direito à saúde como dever do Estado.

Ao lado da fundamentação política desse processo — “da longa marcha através das instituições e do processo de transformação da sociedade e do Estado”¹³ — e como parte da estratégia transformista, interpõem-se obstáculos que vão requerer, a cada passo, o aprofundamento da perspectiva racionalizante com a qual esse projeto contra-hegemônico se apresenta como solução para a “crise”.

A inserção dessa proposta no interior do governo de transição potencializa suas contradições com aquelas decorrentes da natureza do atual processo de transição. O caráter da transição brasi-

¹³ Berlinguer, Giovanni. *op. cit.*

leira, definido por O'Donnell¹⁴ como o melhor exemplo de transição pactuada, imprime características e delimita os espaços de atuação no nível governamental. Para esse autor, o relativo, embora perverso, êxito econômico da ditadura militar parece ser um fator crucial na preservação da credibilidade dos atores políticos que compactuaram com o regime militar, sendo, portanto, responsável pela manutenção desses grupos e suas vinculações, durante o processo de transição.

Desse fenômeno continuísta decorreriam as limitações para uma alteração mais generalizada dos programas políticos e dos aparelhos institucionais legais responsáveis pela formulação e execução de políticas sociais.

Seguindo essas acuradas observações, há que se constatar que a presença de dirigentes governamentais na área de saúde, em um governo com tais características, deve ser analisada à luz da interpretação de que *ser governo não é ser poder*. Ou seja, governo diz respeito às instituições; poder é uma categoria que remete à correlação das forças sociais.

Assim, ser dirigente governamental sem exercício efetivo do poder coloca a questão da perda de credibilidade da reforma sanitária, enquanto projeto que pressupõe uma legitimidade política por eficácia/eficiência do projeto.

Torna-se necessário retomar aqui algumas análises teóricas acerca da natureza e atuação do Estado capitalista, cuja lógica desarticuladora da organização popular transforma as demandas sociais em questões técnicas, destituindo-as de seu conteúdo político.

É nesse sentido que a atuação governamental tende a tornar absolutos os aspectos racionalizantes da reforma sanitária, minando, dessa forma, sua base política, imprescindível para que esse processo transcenda os limites administrativos.

Fenômeno inverso ocorre a partir da reação das forças conservadoras representadas pelos setores capitalistas produtores de insumos e serviços de saúde, mas com capacidade de sensibilizar frações da burocracia, que buscam impedir o avanço da reforma, caracterizando-a como uma mera proposta ideológica (e, portanto, inoperante) de grupos esquerdistas.

Mesmo no interior do movimento sanitário, essa tensão se expressa cada vez mais intensamente na cobrança de uma unidade de ação em torno da *dialética do possível*, como afirma Saraiva Felipe: "Acredito que, explorando o possível de forma decidida,

¹⁴ O'Donnell, Guillermo. Transição democrática e políticas sociais. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 21(4), set./dez. 1987.

vamos diminuindo a distância entre a intenção e o gesto. Mesmo porque não existe ação no futuro ou transformação substanciada apenas no desejo e nos *slogans*.”¹⁵

Ocupar os espaços institucionais e atuar de acordo com a dialética do possível aparece como uma decorrência natural de um projeto de transformação setorial em direção a uma democracia social fundada na concepção do cidadão como sujeito de um direito a ser garantido pelo Estado. No entanto, esse projeto também se fundamenta na concepção das classes como sujeito, não de um direito, mas de um processo de transformação da natureza do Estado capitalista enquanto pacto de dominação.

Se bem que urgente e necessária, a mudança institucional só pode ser executada, de forma profunda e conseqüente, a partir da existência de uma base social, uma coalizão de forças, cuja unidade é construída em torno do desejo, da utopia.

A contradição apontada nos debates corporifica-se institucionalmente nas tensões existentes entre os principais órgãos do governo responsáveis pela política de saúde: o Ministério da Saúde e o Inamps. Independentemente do perfil dos dirigentes, o que se impõe é a lógica institucional, sedimentada ao longo de mais de meio século, na qual, ao Ministério da Saúde foi reservada a função ideológica e à Previdência Social a função pragmática de atenção à saúde.

Evidentemente, quando se estabelece aqui essa divisão grosseira não se está tentando sugerir que a ideologia exista sem práticas institucionais, ou o inverso. No entanto, parece claro que os espaços estratégicos ocupados pelo movimento sanitário estão marcados pela inserção institucional no conjunto dos aparelhos do Estado, e que essa marca delimita as possibilidades e táticas adotadas.

Assiste-se, então, a um conjunto de avanços e recuos, cuja explicação precisa ser encontrada nessa perspectiva analítica, sob pena de se cair em uma divisão maquiavélica e fragmentadora, essência política da divisão institucional apontada.

Por um lado, há o avanço da discussão, propiciado pelas lutas travadas no espaço do Ministério da Saúde, tão bem expressas nos resultados da Oitava Conferência Nacional de Saúde. Ao mesmo tempo, constata-se a impossibilidade de transformação institucional desse espaço, como revelam os eventos relacionados à Ceme e Vigilância Sanitária.

¹⁵ Saraiva Felipe, José. *MPAS — o vilão da reforma sanitária*; depoimento. Brasília, 1987. mimeo.

De outro lado, avança o processo de integração dos serviços públicos de saúde, impulsionado pela Previdência Social a partir de uma perspectiva administrativa racionalizante que destitui esses avanços do caráter de conquistas do movimento sanitário, direcionando-os para o fortalecimento político da coalizão partidária majoritária.

Finalmente, o último aspecto a ser abordado refere-se ao resgate do elemento saber, no interior do triedro (saber-ideologia-prática política) que se encontra na base do processo da reforma sanitária.

Como se procurou demonstrar, a história da reforma sanitária pode ser lida a partir da relação dialética que se estabelece, em cada etapa, entre os três elementos apontados, de sorte que o avanço de um representou sempre um obstáculo a ser superado pelos demais.

Originado na crítica do saber e na prática médica realizada a partir da construção de um novo arcabouço teórico-conceitual, que se respalda na análise da determinação social da doença e da organização social da prática médica, esse processo requeria um projeto de transformação das práticas e instituições de saúde. As diferentes tentativas de implementação de novas práticas e formas de organização dos serviços passaram, por sua vez, a apresentar problemas e exigir o avanço do conhecimento necessário ao seu embasamento. Essa dinâmica não deixou de ser informada, a cada momento, pela dimensão ideológica do projeto, consequência e determinante dos rumos adotados na construção do saber e das práticas políticas.

A depuração ideológica que vai ocorrer nesse processo pode ser observada, no nível do conhecimento, como responsável pelo abandono de alguns esquemas teóricos que, embora tenham embasado as análises críticas da problemática saúde/doença, mostraram-se pouco efetivos na formulação de propostas transformistas. Essa questão é importante, e pode iluminar mais uma faceta do dilema reformista.

Atualmente, existe um consenso quanto à incapacidade de as medidas reformistas adotadas alterarem o conteúdo da prática médica, o “final da linha”, o “colóquio singular”. Explicações com base na atuação corporativa dos profissionais da saúde ou em sua deformação profissional apontam um problema, mas não uma solução.

O que se pode perguntar é em que medida o paradigma adotado na construção do projeto da reforma é capaz de dar conta de uma transformação das práticas sanitárias. Em outras palavras, a rup-

tura almejada em termos das relações técnicas e sociais que se reproduzem nas práticas sanitárias não parece encontrar respaldo teórico em um paradigma que assuma o poder como objeto de transformação.

Assim, é necessário repensar os pressupostos teóricos em conexão com as práticas políticas que surgem a cada momento na sociedade civil, como a indicar que os dilemas encontrados podem ser resolvidos a partir da capacidade coletiva de enfrentar as contradições atuais, reconstruindo, a cada passo, a unidade dialética saber-ideologia-prática.

*Impresso na
Gráfica A Tribuna de Santos Ltda.
Rua João Pessoa, 349
Telefones 32.8692 – 35.3627
CEP 11.013 – Santos*

Giovanni Berlinguer (Sassari, 1924) é médico, senador e professor de Fisiologia e Higiene do Trabalho na Universidade La Sapienza, de Roma. Autor de numerosíssimas publicações, entre as quais: *Malária Urbana - Patologia das Metrôpoles* (1977), *A Profissão do Médico* (1982), *A Saúde nas Fábricas* (1977; em português pela Hucitec, 1983), *Medicina e Política* (1973; Hucitec, 1978), *A Droga Entre Nós* (1980), *Uma Reforma para a Saúde* (1979) e *Os Anos Difíceis da Reforma Sanitária* (1982).

Sonia Maria Fleury Teixeira é psicóloga, mestra em Sociologia, professora da Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública.

Gastão Wagner de Souza Campos é médico sanitarista, mestre em Medicina Preventiva e Social e professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade de Campinas. Publicou pela Hucitec, em 1988, *Os Médicos e a Política de Saúde*.

Avançamos no rumo de uma reforma que ajudará a melhorar o padrão de saúde dos brasileiros? É possível construir um sistema de saúde livre da “lógica do mercado”? O serviço público, gratuito, pode ser de boa qualidade? Este livro ajuda você a discutir com conhecimento de causa.

HUCITEC-CEBES