

Algumas considerações sobre as recentes políticas de Saúde no Brasil em fase de transição democrática

Ponencia apresentada por Madel T. Luz, socióloga, profª del Instituto de Medicina Social de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ.

## I - Introdução

Do nosso ponto de vista, as políticas e instituições de Saúde tiveram um papel significativo na constituição e na estabilização da ordem política e social brasileira, com seus traços estruturais concentracionários de poder e excludentes das classes sociais subordinadas da vida econômica (no que concerne à participação na riqueza nacional), social e política. (\*)

Esse papel pode ser visto e analisado ao longo das principais conjunturas político-sociais por que passou o país, desde o momento da proclamação da República (15 de novembro de 1889) até a restauração do que se convencionou chamar de "Nova República" (março de 1985), quase um século depois.

Nessas "considerações" tentaremos analisar as princi-

---

(\*) Ver a este propósito; LUZ, M. T. As Instituições Médicas no Brasil, Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1979 (12 Ed.); LUZ, M. T. et al. Medicina e Ordem Política Brasileira, Ed. Graal, 1981

país tendências políticas de Saúde na conjuntura atual e o papel que poderá ter na organização de uma nova ordem política e social. No sentido de situar o papel histórico das instituições e políticas de saúde na ordem política brasileira, diremos algumas palavras sobre o papel das mesmas nas principais conjunturas porque passou o país.

## II - As conjunturas que precedem a ditadura militar de 64

No período da 1ª República, (1890-1930), com a organização dos serviços e programas de Saúde Pública, através de política sanitaria companhista que se iniciou com Oswaldo Cruz - com o modelo das "campanhas sanitárias" que instaurou como Diretor Geral de Saúde Pública no início deste século - as instituições e políticas públicas de saúde, em conjunto com uma política habitacional e de urbanização, lograram consolidar a estrutura burocrática verticalista, centralizadora de decisões e autoritária da oligárquica "República Velha". Estes traços até hoje permanecem em algumas instituições de saúde e na política de saúde como um todo.

No período posterior, que vai dos anos trinta aos anos 50, na conjuntura de vigência do regime populista, as políticas assistenciais instituídas nos serviços de atenção médica das Instituições da Previdência Social, destinadas a diversas categorias de trabalhadores (comerciários, ferroviários, marítimos, funcionários, trabalhadores da indústria, entre outras categori-

as) ajudaram a estabelecer uma estrutura clientelista e populista nos serviços de atenção médica, nos Institutos previdenciários e nos próprios sindicatos trabalhistas. Esta estrutura implantou-se através de um sistema normativo e de uma política de pessoal, expressa em atitudes e práticas de co-optação das elites sindicais na direção dessas Instituições, e no "aparelhamento" dos sindicatos e Institutos previdenciários pelo Estado ("Estado Novo" - 1937-1945) e, posteriormente, pelo partido do Governo (Partido Trabalhista Brasileiro, PTB, após 1946).

Autoritarismo, verticalismo, centralismo por um lado. Assistencialismo, clientelismo, populismo, por outro lado. Estavam assim constituídos, no período de meio século, as características principais das duas faces da moeda das políticas sociais e de saúde e, principalmente, da ordem política e social brasileira.

Na conjuntura imediatamente posterior, que vai da segunda metade dos anos cinquenta à 1ª metade dos anos sessenta, período conhecido na história brasileira como do "desenvolvimentismo", e de crise do populismo, as políticas de saúde exprimem essa dupla caracterização numa dicotomia institucional. O modelo companhista, já burocratizado aos limites do rotineiro é dominante nos serviços de Saúde Pública do Ministério de Saúde Pública, e o modelo assistencialista, de atenção médica individual, curativa, é dominante nos serviços previdenciários.

Uma tecnoburocracia médica com formação econômica gerencial proveniente dos EUA predomina na administração dos Insti

tutos, opondo-se a uma tecnocracia sanitaria, desenvolvimentista e nacionalista predominantes na administração dos serviços de Saúde Pública.

À duplicidade, repetição, inoperância e ineficácia dos serviços tenta-se responder com novos programas, serviços e campanhas que nada mais farão que reproduzir a dicotomia existente.

Se as condições de maior parte da população não se agravam, pelo menos a consciência de sua extrema penúria se torna duramente nítida nesta conjuntura.

Tal consciência, face à visão da impossibilidade de resposta às condições sanitárias da população pelas instituições gera uma situação de impasse nas políticas de saúde dessa conjuntura, impasse que é percebido no conjunto das políticas sociais como um "impasse estrutural".

A saída histórica foi um amplo movimento social no início dos anos sessenta, liderado pelas elites progressistas, reivindicando imediatas "reformas de base", entre as quais uma reforma consistente da política da saúde.

A reação política, como se sabe historicamente, foi o golpe militar de 1964.

### III - A conjuntura da ditadura militar (1964-1984) e o "Milagre Brasileiro"

O período posterior, que compreende os vinte anos de ditadura militar (1964-1984) foi atravessado por várias sub-conjunturas, principalmente no que concerne às políticas de saúde.

Nesta síntese introdutória, interessa-nos salientar a conjuntura que ficou conhecida como a do "Milagre Brasileiro" (1968-1974), conjuntura posterior à grande "limpeza" política dos aparelhos de Estado, inclusive aqueles relativos à Saúde, e de reorganização normativa institucional, operada entre os anos 64 e 67.

Com efeito, é no período do "Milagre" que se estabelece uma nova política de saúde no Brasil, original face aos dois modelos anteriores, embora não inédita, pois reorganizou os traços institucionais do sanitarismo campanhista proveniente da Velha República, e do assistencialismo, da atenção médica curativa previdenciária proveniente do Estado Novo e do populismo.

Esta conjuntura foi a mais autoritária, do ponto de vista político, que o país conheceu em seus tempos de República, e é marcada pelo temível Ato Institucional nº 5 (AI 5), que literalmente cassava os direitos de cidadania dos cidadãos dissidentes do Regime, e limitava o exercício dos poderes legislativo e judiciário, além de censurar a imprensa e demais meios de comunicação e expressão social. É assinalada, além disso, pela multiplicidade de decretos presidenciais que instituíam e destituíam políticas — e políticos — em função da vontade — geralmente arbitrária — de uma ordem institucional policial militar.

Este contexto — o da conjuntura do "milagre" — produziu uma política de saúde coerente com a política econômica de crescimento acelerado e alta produtividade, com salários baixos para a massa dos trabalhadores, embora os setores avançados da

produção econômica (bens de consumo duráveis e semi-duráveis, metalurgia, eletro-eletrônica) fossem bem remunerados, gerando uma tendência consumista na camada superior da classe operária.

A saúde passa a ser vista, neste contexto, como bem de consumo, e em termos de bem de consumo médico.

A generalização da consulta médica como forma de responder às graves condições sanitárias da população; o elogio da medicina como sinônimo de cura das doenças e restabelecimento da saúde; a multiplicação de clínicas e hospitais; a difusão de faculdades de medicina privadas ao longo de todo o país; a organização de convênios entre hospitais, clínicas e empresas de atenção médica e a Previdência Social são as diretrizes principais da política de Saúde da conjuntura do "milagre brasileiro".

Esta política teve como consequência a criação de uma medicina de massa; o predomínio absoluto de um sistema de atenção médica industrializada sobre uma proposta sanitarista preventiva que se desenvolvia desde a conjuntura anterior; a criação de um empresariado hospitalar e de empresas médicas centrados muito mais na lógica do lucro que na saúde (ou na doença) da população, garantido pelas verbas estatais da previdência social e — indiretamente — pela contribuição salarial dos trabalhadores; o desenvolvimento de um ensino médico voltado para a especialização, para a tecnologia dos exames e equipamentos médicos sofisticados, em detrimento da realidade sanitária da maior parte da população; a consolidação social de uma relação médico-paciente e serviço médico-população autoritária e mercantilista; final-

mente, uma grande insatisfação popular que pode ser percebida na fase final do "milagre" (1974-5), com a política de saúde assistencialista, centralista e privativista que caracteriza a conjuntura mais autoritária do período da ditadura.

São frequentes os quebras-quebras e os conflitos nas filas de espera de atendimento médico. A medicina como resposta milagrosa às condições de vida começa a ser vista como miragem que deve ser denunciada e desmascarada publicamente. Os primeiros movimentos de internos e residentes médicos começam a se articular no sentido de questionar a política de saúde do regime.

Finalmente, entre 1975 e 1982 assistimos a uma fase de intensa movimentação social e política em torno da questão da Saúde no país.

A corporação médica, insatisfeita com a massificação da consulta, denuncia a qualidade do atendimento.

Os estudantes de medicina, sobretudo internos e residentes, fazem várias greves e acusam a política de saúde de ser uma política que tenta repor com uma mão (a mão médica) o que toma com a outra (a mão econômica) das classes populares.

Os cientistas e tecnoburocratas progressistas discutem nos congressos, seminários, encontros nacionais e internacionais a piora das condições de saúde da população, com números e cifras assustadoras sobre endemias e epidemias.

Os movimentos sociais comunitários, de moradores, de associações, de mulheres, e as organizações sindicais e partidárias mais avançadas politicamente, mesmo não sendo ainda legais,

chamam a atenção para a questão da Saúde e das instituições de saúde.

Novamente, como no início dos anos sessenta, um grande movimento popular se eleva, comparando condições de saúde e políticas de saúde, no sentido de reivindicar a reforma das instituições e da política de saúde.

Em 1982, primeiro ano em muitos de eleições livres para o poder legislativo e para o governo dos estados (províncias) do Brasil, um grande número de parlamentares foi eleito com uma plataforma centrada em torno da questão da saúde. Além disto, esta questão foi o tema obrigatório dos programas dos candidatos a governador de Estado.

Assim, as instituições e serviços de saúde se tornam questão crítica na sociedade brasileira, na medida em que as condições de saúde se tornaram críticas, em face de uma política de saúde instaurada durante o regime militar autoritário.

No início dos anos oitenta, a crise das políticas sociais da ditadura era sinônimo da crise da política econômica e do regime político autoritário.

A partir de 1983 cresce na sociedade o movimento por novas políticas sociais e de saúde, e por uma Assembléia Nacional Constituinte livre e soberana, que garanta direitos plenos de cidadania a todos os brasileiros, incluindo nesses direitos o direito à saúde. Pela primeira vez a Saúde é tematizada na sociedade brasileira como direito universal e dever do Estado.

IV - A conjuntura da Nova República: a luta pela Reforma Sanitária e a definição de Saúde como fruto de condições sociais de existência dignas

A reorganização institucional do Brasil como um Estado de direito tem sido lenta e problemática, desenvolvendo-se mais recente e estritamente com as eleições parlamentares de 1982, havendo ainda muitas negociações entre as forças sociais mais conservadoras e as moderadas do país, ficando as forças progressistas, embora majoritárias na sociedade civil — o que pode ser comprovado com dados eleitorais (\*) — quase sempre em segundo plano.

É que, como vimos, a própria constituição da ordem republicana se instituiu com características acentuadamente anti-democráticas, ocupando as políticas sociais e de saúde um papel importante na constituição desta ordem.

A situação concentracionária de poder, verticalista, oligárquica, clientelista, assistencialista e populista tem, portanto, raízes estruturais na nossa vida política, fundamentando-se em interesses sociais ao mesmo tempo objetivos e profundos do ponto de vista histórico.

E não se pode mudar tal situação estrutural em poucos anos.

---

(\*) Apesar de nas últimas eleições (1986) para o parlamento, muitos deputados pertencerem aos setores sociais mais conservadores, a massa da população votou nas legendas partidárias que acreditava capazes de produzir mudanças sociais efetivas.

Os interesses contraditórios que se ancoram no solo social brasileiro se manifestam também atualmente — e quase diríamos principalmente — nas políticas de saúde, na medida mesma da importância histórica das políticas e instituições de saúde no Brasil.

As propostas de mudança estrutural, mesmo colocadas em termos de uma Reforma, esbarram nesses interesses contraditórios, dificultando transformações significativas na prática institucional. A transição de um regime autoritário para uma situação de plena estabilidade democrática é no fundo, a capacidade política para superar esses impasses.

No caso das propostas específicas para uma nova política de saúde, que se debatem de 1985 aos dias de hoje na conjuntura da "Nova República", convém sublinhar: a diversidade dos discursos, a originalidade de certas práticas institucionais e o imediatismo de algumas visões e definições.

Deve ser salientado, além disso, o confronto aberto de interesses econômicos e sociais, nesse campo, e a luta resultante desse confronto pelos diversos espaços políticos: no estabelecimento jurídico de leis e normas; no poder parlamentar; na Assembleia Constituinte; no poder executivo; nos Ministérios concernentes à questão de saúde; nos serviços institucionais de saúde; nas corporações profissionais envolvidas com a questão dos serviços médicos (médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos).

As lutas se desenvolvem tanto em macro nível como em

micro-nível social. Em outras palavras, no nível das macro-estruturas e das micro estruturas do poder, ministérios, justiça, parlamento, caracterizando o nível das macro-estruturas, hospitais, faculdades, ambulatórios, rede de serviços médicos municipais e estaduais por um lado; "corporações da saúde" versus população, corporações entre si e relação profissional - clientes, por outro lado, caracterizando a complexa rede das micro-estruturas de poder da área da Saúde nas políticas sociais.

Nesse duplo conjunto de estruturas de poder têm-se manifestado, na segunda metade da década de 80, os impasses principais de uma política de saúde para um país em contexto de transição democrática na América Latina, de que o Brasil é, sem dúvida, um elemento de grande significação. Esses impasses exprimem, evidentemente os interesses contraditórios, já mencionados nestas "considerações", mas que convém relembrar, indicando sua inserção na conjuntura presente.

Em primeiro lugar, convém mencionar a oposição básica entre os interesses de uma "burguesia na saúde" (empresários - proprietários de grandes unidades hospitalares; grupos médicos empresariais ligados às indústrias ou às atividades produtivas em geral como, prestadoras de serviços médicos; a indústria farmacêutica internacional, bem como a indústria de equipamentos médico-hospitalar; médicos privados proprietários de clínicas - convencionadas com os serviços de atenção médica da previdência social), e os da população trabalhadora previdenciária, organizada em partidos, sindicatos, associações e movimentos sociais de

tendências progressistas (trabalhistas, socialistas, comunistas, ecologistas).

Essa oposição atinge a forma, em termos de propostas, de uma política privatista versus uma política nacionalista e estatizante na área de saúde, com algumas nuances que provocam, às vezes, conflitos consideráveis nos dois grupos de defensores.

Assim, a tendência nacionalizante varia muito de acordo com os diversos grupos partidários ou sindicais, entre a definição do que deve e pode ser nacionalizado.

Do mesmo modo, sobre o que estatizar ou não, em termos, de serviços de saúde: se apenas a gestão, a gerência financeira, ou se também os próprios serviços e atos médicos, passando os hospitais e clínicas atualmente privados a parte integrante da rede pública, e os médicos neles exercendo a profissão, a funcionários da Saúde.

Nessas considerações não é nosso objetivo entrar em detalhes sobre as divergências e disputas dos grupos e classes envolvidas com a questão da Saúde, mas ao contrário, sublinhar o que há de comum, e de historicamente repetido ou novo nas propostas de política de Saúde.

Neste sentido, queremos chamar a atenção para o fato de que a oposição privado versus estatal e internacional versus nacional, em termos de luta de interesses é um tema de discurso e discussão desde os anos 50, no período desenvolvimentista.

O que é novo, em termos sociais e de discurso, é a emergência de um empresariado como ator político na Saúde, defendendo veementemente seus interesses, com lobbies no Parlamento, nos

Ministérios e com uma ligação orgânica com os serviços de Saúde, através da Previdência Social ou das Secretarias de Saúde.

O que é novo, por outro lado, é a tomada de consciência dos movimentos sociais e de sindicatos, para além de vanguardas partidárias, de que as instituições e os serviços médicos públicos lhes concernem diretamente, na medida mesma em que são mantidos por seus salários e impostos.

Esta tomada de consciência faz com que as oposições reais, bem como as divergências de ponto de vista, tornem-se mais agudas, tanto mais quando se percebe que tanto oposições como divergências não são recentes, tendo raízes em conjunturas anteriores.

Que é necessário preservar e ampliar o papel do Estado como responsável, coordenador e gerente dos serviços de Saúde é elemento consensual nos setores progressistas, que reivindicam a Reforma Sanitária. Esta reivindicação tem esbarrado, entretanto, nos obstáculos de uma estrutura privatista montada nas instituições de Saúde durante os anos setenta, como pleno apoio do regime militar, como vimos páginas anteriores.

Apesar disto, alguns avanços tem sido possíveis neste sentido, limitando-se nos últimos anos os subsídios e convênios com a rede privada de serviços, beneficiando-se prioritamente programas, serviços e instituições públicas de atenção médica.

Uma outra oposição básica reside na visão da Saúde como direito social de cidadania, universal, portanto, e como dever de Estado.

Alguns setores sociais, sobretudo de empresários, inclu

indo também sindicalistas, tendem a ver a saúde como "direito que se conquista" pelo trabalho. Esta é uma visão tradicional na história das políticas sociais brasileiras, visão que condicionou - os direitos sociais de cidadania ao exercício do trabalho, sobre tudo urbano.

Neste sentido, a percepção social da Saúde como direito universal de cidadania é um dado recente na história das políticas de saúde brasileiras, fruto das lutas e movimentos sociais - do final dos anos setenta e início dos anos oitenta, e tem sido a principal bandeira dos setores mais progressistas, que lutam pela reforma sanitária como elemento político instaurador de uma nova visão institucional da Saúde.

O binômio Saúde como direito de cidadania e dever do Estado é o primeiro lema consensual do movimento pela Reforma Sanitária brasileira.

Neste mesmo contexto há uma definição de Saúde como positividade, isto é, como estado positivo distinto de "ausência - de doenças", tradicional definição institucional de estado de saúde.

No novo contexto político, inaugurado pela Nova República, a visão da Saúde é a de efeito de um conjunto de condições sociais de existência, de direitos de cidadania (direito ao trabalho, ao salário justo, à educação e à informação, à liberdade política e cultural, à participação em níveis de gestão e decisão das políticas sociais, etc) e não a de um estado biológico abstrato de bem estar ou mal estar.

Esta percepção, inédita nas políticas sociais nos movimentos sociais, até o início dos anos oitenta, embora seja consensual nos setores progressistas das classes e grupos sociais, não é geral e tem motivado discussões e divergências, tanto no movimento sindical como na Assembléia Constituinte, instalada no início de 1987. Há de fato uma tendência permanente a definir - saúde medicamente, isto é, por oposição à doença, que se opõe a esta visão mais ampla e positiva de saúde.

Até aqui levantamos pontos de debate que abrangem interesses mais gerais que os interesses corporativos de área institucional da Saúde, pontos que se apresentam como bandeiras de luta pela Reforma Sanitária, no contexto da "Nova República"; a definição do conceito de Saúde; a visão da Saúde como direito de cidadania na nova Constituição do Brasil, direito assegurado pelo Estado; a gestão, gerência e propriedade (ou não) dos serviços de Saúde pelo Estado.

Interessa examinar, além desses, os pontos mais especificamente institucionais, referentes a uma política de saúde em regime de transição democrática. Isto não quer dizer que consideremos que tais pontos não digam respeito, em termos sociais e políticos, aos grupos e classes sociais mais abrangentes, e à própria infraestrutura da sociedade.

Entre esses pontos, convém destacar alguns que, apesar de serem recorrentes na história das políticas de saúde, têm sido colocados de forma original na conjuntura presente de transição democrática.

Assim, a questão do papel da Reforma Sanitária no estabelecimento de uma política da Saúde para um regime plenamente democrático, situa a própria Reforma como momento de transição institucional. Esta colocação da reforma da política de saúde - como momento inaugural de um contexto de democracia social é de grande originalidade política na história brasileira.

Mais que reivindicação de vanguardas, a Reforma Sanitária, é vista atualmente como exigência de mudanças estruturais solicitadas pela maior parte da sociedade. Opor-se à reforma, neste sentido, é opor-se ao próprio esforço de transição democrática que o país precisa assegurar, a partir da idéia que o regime democrático não poderá se sustentar sem políticas sociais capazes de liquidar a "dívida histórica" para com as classes oprimidas, idéia que é o fundamento mesmo da "Nova República". Entretanto, as oposições à reforma e as tentativas de diluí-la politicamente são reais e persistentes, com a tendência a se acusar as lideranças reformistas presentes no aparelho de Estado ligado à Saúde de anarquistas, comunistas, desagregadores da Ordem Social, etc, acusação recorrente na história brasileira às tentativas de reforma das políticas sociais, inclusive as de saúde.

Apesar disto, os dois grandes eventos políticos da "Nova República" na área da Saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde, e a Assembléia Nacional Constituinte, o primeiro de março de 86, e o segundo do ano de 87, partiram da tomada de posição da Reforma Sanitária como dado político inquestionável.

A discussão tem girado, portanto, em torno de como conduzir os rumos da Reforma, e como assegurar a manutenção de suas conquistas.

As divergências acontecem em função dos conteúdos dos pontos institucionais específicos, e de como desenvolver politicamente esses pontos.

Os principais pontos, a nosso ver são os seguintes:

1- A unificação dos Serviços de Saúde em um Ministério (o Ministério da Saúde) que passaria a ser o responsável, planejador e coordenador da Reforma Sanitária e dos Serviços de Saúde.

Embora esse seja também um ponto recorrente nas políticas de saúde, em diversas conjunturas (quem deve executar as reformas, como conduzi-las), recolocando implicitamente o problema do centralismo das políticas públicas brasileiras, há dados originais na colocação da atual conjuntura, que situam o tema como politicamente relevante para uma situação de transição democrática.

Entre esses dados novos convém ressaltar: a superação da dominância do modelo de atenção médica curativa nos serviços médicos previdenciários, e a conseqüente integração entre saúde pública e atenção médica (medicina preventiva e medicina curativa); a superação da dicotomia e repetição desordenada, financeiramente incontrolada e institucionalmente ineficaz de atividades similares em serviços diferentes, próprias de Ministérios diferentes; a retomada pelo Estado do controle da política de Saú-

de; o comando político unificado de Reforma Sanitária, que tornaria possível a superação dos lobbies, do clientelismo e do populismo típicos da atual estrutura pluri-institucional.

Esses dados novos esbarram, entretanto, nas velhas resistências dos interesses incrustados nos aparelhos de Estado - tradicionais da área de saúde. Sem mencionar os grandes interesses sociais, privatistas e outros, já mencionados anteriormente, neste trabalho.

Apesar dessas oposições, a tendência política do contexto atual é da unificação dos Serviços de Saúde num único Ministério, em vista do estabelecimento de um Sistema Unificado de Saúde e Previdência Social.

O consenso em torno da unificação do sistema existe; o que é polêmico, e fonte de divergências políticas no nível macro e micro institucional, é a questão do Ministério único (que Ministério? com que poderes?).

## 2- A descentralização dos Serviços de Saúde.

Embora o tema da descentralização seja recorrente desde o final do governo Vargas, na primeira metade dos anos cinquenta, alguns dados novos o situam como original na conjuntura de transição democrática.

Entre esses dados, o fato de situar a descentralização não apenas do ponto de vista geo-político, ou da execução dos serviços, mas de uma real transferência do poder central (federal) para os municípios e Estados (nessa ordem), superando-se os tradicionais centralismo e verticalismo dos programas institucionais,

presentes nas políticas de Saúde, desde o campanhismo da primeira república (República Velha). Por outro lado, a gestão municipal dos serviços implica em Conselhos Comunitários de Planejamento e gestão dos serviços de saúde, assegurando-se a participação da representação popular nesses Conselhos. Nesse sentido haverá a possibilidade de uma democratização real dos Serviços de Saúde, no que concerne seu planejamento, sua gestão, sua avaliação, o que é inédito na história das políticas de Saúde brasileiras.

Esses dados, somado ao fato de se tomarem as experiências de base (municipais) como zonas pilotos de planejamento, que seriam aos poucos tomados como elementos norteadores de uma programação geral dos serviços, re-situam a descentralização como elemento importante num projeto de transição democrática, no Planejamento de Saúde.

3- A hierarquização dos atos médicos e serviços de saúde (da atenção primária mais simples, à atenção terciária, mais sofisticada e complexa)

Este é outro tema historicamente recorrente nas políticas de saúde brasileira.

Na verdade, desde o período desenvolvimentista dos anos cinquenta a hierarquização dos serviços era solicitada pelos setores sanitaristas e previdenciários mais progressistas, como elemento fundamental de uma reforma sanitária.

A hierarquização tem dois sentidos institucionais precisos: a priorização da atenção médica primária, invertendo a

tendência histórica de medicina contemporânea para a sofisticação tecnológica e a atenção médica terciária, e a reordenação dos sistemas de saúde em função das necessidades indicadas pela nosologia predominante nas classes trabalhadoras.

Na presente conjuntura, além desses sentidos, o tema da hierarquização dos serviços implica na delicada questão da qualidade dos serviços de atenção médica dirigidos à assim chamada população de baixa renda.

Os movimentos sociais ligados à Saúde, formados por profissionais, associações de moradores, sindicatos, etc, têm questionado se a questão da atenção médica primária limita-se a ser a de uma "medicina pobre para os pobres".

O tema coloca, além disso, a não menos delicada questão da relação médico-doente, e instituição médica-clientela, muito discutida desde o final dos anos setenta no movimento social e entre profissionais da área de saúde.

No momento presente de transição democrática discute-se a relação entre os profissionais dos serviços de saúde, e destes com a população, como relação que precisa ser democratizada para se assegurar a democratização institucional na área da Saúde.

4- Finalmente, um quarto tema historicamente atuante nas reivindicações por uma reforma sanitária, desde o início dos anos 60, do período da crise final do populismo, é o tema da participação popular nos serviços de saúde.

O que tem sido original como postura política, é a ten

tativa de superação do conceito populista de "participação comunitária", pelo qual se compreende uma adesão da clientela popular aos programas para ela planejados por uma burocracia (ou tecnocracia) progressista.

A participação reivindicada pelo movimento social na área de Saúde é uma ação concreta da parte do Estado, no sentido da democratização das decisões na área do planejamento, da gestão, da execução e da avaliação dos programas dos Serviços de Saúde.

Os conselhos integrados de Saúde, formados por representantes das Instituições, da área privada e das associações de moradores e sindicatos serão a base de uma grande pirâmide institucional, de que se tenta inverter o vértice, mas até agora com muitas dificuldades, devido ao choque de interesse, à divergência de orientações ideológicas, e às tendências centralizante, clientelista e paternalista, dominantes nos aparelhos de Saúde há mais de meio século.

Algumas experiências, entretanto, têm funcionado, quando governos progressistas incentivam a discussão e a inovação da parte dos vários interlocutores políticos presentes.

Este seria, a nosso ver, o ponto mais transformador da Reforma Sanitária, aquele que significa uma real transição para um regime plenamente democrático.

E este, como os outros, tem despertado muitas controvérsias e encontrado muita resistência institucional, até mesmo pela inércia das estruturas burocráticas, que seguem sua própria

lógica, sem atentar para as mudanças no Sistema de Saúde requeridas por um regime de transição democrática.