

1ª Conferência Nacional de Saúde

17 A 21 DE MARÇO DE 1986.

DIREITO À SAÚDE, CIDADANIA
E ESTADO

JAIRNILSON SILVA PAIM



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

1. INTRODUÇÃO

A noção de "direito à saúde" vem sendo difundida em muitos países nas últimas décadas enquanto componente da doutrina dos Direitos Humanos. Considera-se que todo indivíduo, independentemente da cor, situação sócio-econômica, religião e credo político, deve ter a sua saúde preservada. Nesse sentido cabe ao esforço social visando a mobilização dos recursos necessários para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Embora não seja pertinente questionar a legitimidade de um direito nem a oportunidade dessa doutrina é importante avaliar as dificuldades encontradas para a sua concretização nas sociedades em desenvolvimento.

DIREITO À SAÚDE, CIDADANIA E ESTADO

A ideia que o reconhecimento desse direito se originasse em países capitalistas europeus que reorientaram as suas políticas sociais dentro do modelo do chamado "Estado de Bem-Estar Social", sempre lembrar que a manutenção da saúde não pode ser uma meta apenas que a economia vai mal ou quando as forças conservadoras assumem o poder. No caso dos países subdesenvolvidos onde o crescimento econômico tardio, as dificuldades são expressivas apesar dos esforços da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), junto aos respectivos governos, no intuito de estabelecer o "direito à saúde" para todos.

JAIRNILSON SILVA PAIM.*

* Prof. Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

1.- INTRODUÇÃO

A noção de "direito à saúde" vem sendo difundida em muitos países nas últimas décadas enquanto componente da doutrina dos Direitos Humanos. ⁴⁻⁴⁶ Considera que todo indivíduo, independentemente da cor, situação sócio-econômica, religião e credo político, deve ter a sua saúde preservada. Nesse sentido caberia um esforço social visando a mobilização dos recursos necessários para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Embora não seja pertinente questionar a legitimidade desse direito nem a oportunidade dessa doutrina é importante registrar as dificuldades encontradas para a sua concretização nas sociedades em que prevalece a lógica da economia de mercado. Ainda que o reconhecimento desse direito se originasse em países capitalistas europeus que reorientaram as suas políticas sociais dentro do modelo do chamado "Estado de Bem-Estar Social", cumpre lembrar que a manutenção dessas políticas tem sido ameaçada sempre que a economia vai mal ou quando as forças conservadoras assumem o poder. ³⁷⁻³⁹⁻⁶¹ No caso dos países subdesenvolvidos ou de crescimento econômico tardio, as dificuldades são expressivas apesar dos esforços da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), junto aos respectivos governos, no intuito de estender o "direito a saúde" para todos. ⁴⁸⁻⁶²



2.

2.- DIREITO A SAÚDE: CONCEITO BÁSICO PARA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE ?

Para se formular políticas de saúde é necessário compreender a natureza e o desempenho do Estado nas sociedades moderadas e interpretar o sentido da ação estatal no âmbito da saúde. O conhecimento da organização dos serviços de saúde, a elaboração de proposições e o desenho de estratégias são componentes complementares do processo de formulação de políticas de saúde.⁴⁶ Portanto, é o entendimento do papel do Estado capitalista diante das condições de saúde da população e na produção e distribuição de bens e serviços de saúde que permitirá considerar o direito a saúde como noção básica para a formulação de políticas.

2.1.- A NATUREZA DO ESTADO.

O Estado, numa sociedade estruturada em classes, não é neutro. Seu desempenho é orgânico aos interesses das classes hegemônicas que para evitar acúmulo de tensões sociais passa a contemplar, dentro de certos limites, determinadas necessidades das classes subalternas. Atua, dentro dos marcos estabelecidos, para a preservação da ordem econômica capitalista tendo como função primordial assegurar as condições para o desenvolvimento econômico.³⁶ Assim, quando tem de optar entre a saúde da economia e a saúde da coletividade privilegia, usualmente, a primeira.

O Estado também não é um instrumento que pode ser manipulado livremente pelos grupos que controlam o poder.⁵⁶ A presença de forças conservadoras ou progressistas no governo não muda, necessariamente, o caráter do Estado capitalista ainda que possa torná-lo permeável ou não a determinados interesses sociais ou mesmo viabilizar a execução de políticas que contemplem segmentos majoritários da população. A partir dos em-

bates que ocorrem na sociedade, o Estado pode dispor de uma autonomia relativa frente aos interesses imediatos das classes hegemônicas e, desse modo, atender as pressões "legítimas" das classes subalternas.

Assim, o Estado é mais que aparelhos repressivo, ideológico, econômico, ou burocrático. Enquanto expressão maior de organização política da sociedade, não se esgota nos seus ramos executivo, legislativo e judiciário nem nos seus níveis federal, estadual e municipal. Expressa, na realidade, uma relação de forças¹⁶⁻⁴² sociais em constante luta pela consecução dos seus objetivos históricos. Nessa perspectiva, o Estado *"é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente justifica e mantém não só o seu domínio mas consegue obter o consenso ativo dos governados"*²⁶

2.2. ESTADO E SAÚDE

No que diz respeito à saúde, o Estado tem variado entre uma ação fundamentalmente normatizadora e uma intervenção facilitadora do consumo de serviços. Para tanto pode contribuir parcialmente no financiamento do setor ou intervir totalmente na produção e distribuição de bens e serviços.²²

Esses modos de realização das políticas de saúde são historicamente determinados, resultando das peculiaridades do processo de desenvolvimento capitalista de cada sociedade e das formas de evolução dos enfrentamentos sociais presentes em cada conjuntura. Consequentemente, a intervenção ampliada do Estado na saúde não pode ser explicada exclusivamente através do reconhecimento das suas responsabilidades com o bem-estar e com os direitos humanos ou do culto à racionalidade para aumento de produtividade e redução dos custos da assistência.⁴⁶ Ao contrário, a análise da dinâmica das rela -

ções sociais permite destacar o " papel desempenhado pelo Estado de classe na manutenção da ordem social capitalista" ²² visando, sobretudo, evitar que pressões populares por consumo não se transformem em outras potencialmente negadoras dessa ordem. (1/2): 39-46, 1980.

2.3. DIREITO A SAÚDE E FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS.

Com base nessas considerações é possível resgatar a idéia do "direito à saúde" como noção básica para a formulação de políticas. Esta se justifica na medida em que não confunda o direito à saúde com o direito aos serviços de saúde ou mesmo com o direito à assistência médica.⁴

Esta ambiguidade também se faz presente na expressão "necessidade de saúde" quando se procede um deslocamento da dimensão do estado de saúde para a questão dos serviços.⁴⁶⁻⁴⁸ Tem o sentido de ocultar as condições necessárias para a obtenção da saúde permitindo "considerar-se a assistência médica como o principal fator determinante do nível de saúde".⁴

A saúde, independentemente de qualquer definição idealista que lhe possa ser atribuída, é produto de condições objetivas de existência. Resulta das condições de vida- biológica, social e cultural - e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho. Portanto, é através das relações sociais de produção que se erguem as formas concretas de vida social. E o estado de saúde corresponde a uma das revelações dessas formas de vida, isto é, " um modo de andar a vida".¹⁴

Nesse contexto, promover saúde implica em conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade para que seja possível intervir socialmente na sua modificação; enquanto respeitar o di-

reito à saúde significa mudanças na organização econômica determinante das condições de vida e trabalho insalubres e na estrutura jurídico-política perpetuadora de desigualdades na distribuição de bens e serviços.

A análise acima não visa subestimar a importância do setor saúde como componente das políticas sociais do Estado nem questionar o objetivo socialmente relevante de garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde. Os serviços de saúde têm uma responsabilidade intransferível¹⁹ para com a saúde da população e a equidade constitui-se num princípio fundamental para a formulação de políticas de saúde numa sociedade democrática. O que ela procura destacar é que o perfil de saúde de uma coletividade depende de condições vinculadas à própria estrutura da sociedade e que a manutenção do estado de saúde requer a ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas relativas ao emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer, etc.⁴⁶

Dentro desse entendimento, "direito a saúde" não corresponderia a uma noção básica exclusiva do processo setorial de formulação de políticas de saúde mas a um elo integrador que teria de permear todas as políticas sociais do Estado e balizar a elaboração e a implementação das políticas econômicas.

Ainda que seja questionável a dicotomia dos setores social e econômico³², não se pode negar a sua existência material através de instituições e de recursos. Portanto, assumir a saúde como eixo orientador das políticas sociais e articulá-la às políticas econômicas pode ser um passo importante, enquanto não prevalecer uma concepção globalizante do desenvolvimento na sociedade brasileira.

Por fim, com referência aos cidadãos, a noção de direito a saúde pode elevar a sua consciência sanitária⁷ traduzindo-se em lutas pela sua inscrição no texto constitucional e em legislação específica e pela re

definição das políticas de saúde com vistas à equidade e à democratização. Dispõe ainda de um potencial de mobilização de vontades no interior de movimentos sociais, do Parlamento, de instituições e de partidos políticos que propugnam pela modernização da sociedade ou pela sua transformação.

Na medida em que a definição das necessidades de saúde e da extensão e especificação de sua cobertura se processa num campo de forças com interesses distintos que ocupam o espaço social, cabe a população organizada, no exercício de sua cidadania, verificar, a cada momento histórico quais os grupos sociais que estão participando da definição de tais necessidades, bem como os mecanismos de utilização dos recursos a fim de atendê-las.⁴⁶ Nesse contexto, é possível identificar as proposições e as estratégias viabilizadoras de mudanças das condições de saúde, formulando política de saúde de consistentes com o projeto de uma sociedade efetivamente democrática.

3.- OS MOVIMENTOS SOCIAIS E A AMPLIAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NAS SOCIEDADES MODERNAS.

Data do século passado a emergência dos primeiros movimentos sociais pelo reconhecimento do direito à saúde. Nesse contexto, foram estabelecidos os princípios básicos da Medicina Social que se confundiam com um projeto mais amplo de reforma social,⁵⁸ a saber:

- 19) a saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social;
- 20) as condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença, devendo tais relações serem submetidas à investigação científica;

- 39) Devem ser tomadas medidas no sentido de promover a saúde e combater a doença e as providências relativas a tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas.

Na visão de Rudolf Virichow, cientista militante da Medicina Social emergente, "O Estado democrático requer que todos os cidadãos gozem de um estado de bem-estar, porque reconhece que todos têm iguais direitos. (...) Assim, não é suficiente que o Estado garanta a cada cidadão as necessidades básicas para a existência e que assista a cada um, cujo trabalho não basta para a satisfação dessas necessidades. O Estado deve fazer mais, deve assistir a qualquer um de forma que ele tenha as condições necessárias para uma existência saudável"⁵⁸.

3.1. O SANITARISMO E O SEGURO SOCIAL

Nas décadas seguintes aos movimentos sociais da França e da Alemanha tais propostas foram reduzidas a um programa de reforma sanitária, mais limitado, que veio a constituir o modelo clássico de Saúde Pública, desenvolvido na Inglaterra e nos Estados Unidos e transportado, no início do século XX, para os países sob a sua área de influência. Essa concepção liberal da Saúde Pública, em que a intervenção do Estado na saúde só é admitida para resolver problemas que os indivíduos por si só não fossem capazes de enfrentá-los, tornou-se dominante na organização dos serviços de saúde no Brasil na primeira metade do século atual, não obstante já fosse questionada nos Estados Unidos desde a década de 30²¹ e substituída na Inglaterra, durante a década de 40, pela idéia de "Estado do Bem-Estar Social" com o advento do Plano Beveridge.⁵³

Outro desdobramento do projeto original da Medicina Social foi o seguro social, instituído por Bismarck na Alemanha,⁵⁸ e que teve certa influência na organização da previdência social brasileira. Ainda que a noção de



seguro social se destacasse da idéia de "Estado democrático", presente nos movimentos sociais de 1848, reforçava, no entanto, a expansão dos direitos sociais.

De um modo esquemático pode-se dizer que os três elementos componentes da cidadania - os direitos civis, políticos e sociais, vão sendo reconhecidos progressivamente nos três últimos séculos.³⁴ A garantia dos direitos sociais no século atual estaria assim indicando um grau maior de civilização entre as sociedades modernas. O Estado do Bem-Estar Social, responsável por tal garantia, poderia ser definido como aquele "no qual o poder organizado é deliberadamente empregado (...) num esforço para modificar o jogo das forças do mercado em, pelo menos, três direções: subsistência, segurança e serviços sociais"³⁴ A essência dessas reformas, nos mercos do capitalismo monopolista foi "abandonar a noção de assistência social como algo na fronteira da política lidando com um pequeno grupo de párias e substituir pela idéia segundo a qual a política social era uma parte integrante da política total e se ocupava das necessidades normais de todos, ou quase todos os membros da sociedade"³⁴

3.2. SAÚDE E REDEFINIÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS

No caso da saúde, essa política social se expressa com a presença das organizações operárias no processo político e culmina com a implantação na Inglaterra do Serviço Nacional de Saúde em 1948, considerado "a estrutura mais estatizada e mais ampla da prestação de cuidados médicos individuais em sociedades capitalistas"²⁴ Nesse sentido, "o verdadeiro símbolo do Estado do Bem-Estar Social foi muito mais o National Health Service do que o seguro social"³⁴

Nos países subdesenvolvidos, particularmente da

América Latina, o status da cidadania não se desenvolveu de forma tão linear. Os direitos civis, embora formalmente reconhecidos, sofrem as oscilações da evolução política desses países. Assim, liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, por exemplo, são submetidas a cada surto autoritário que passa pela região. Os direitos políticos, como possibilidade de participar no exercício do poder político, de votar e de ser votado, se limitam, na maioria das vezes, a preâmbulos de constituições. No Brasil, por exemplo, somente com a Nova República os analfabetos passaram a ser cidadãos com direito de voto. Finalmente, quanto aos direitos sociais, que vão "desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, da herança social e levar a vida de um ser civilizado"³⁴ representam o componente mais sacrificado da noção de cidadania. Os esforços tem-se concentrado mais sobre o desenvolvimento econômico do que na garantia dos direitos sociais.

No caso da saúde, a grande questão posta no pós-guerra era se ela conduzia ao desenvolvimento ou se era um mero sub-produto do crescimento econômico.⁴⁸ A prestação dos serviços ficava ao jogo das forças do mercado e às expensas da filantropia combinada com a ação supletiva do Estado via previdência e assistência social. Somente no final da década de sessenta e durante os anos setenta, com o desenvolvimento da proposta da medicina comunitária e dos programas de extensão de cobertura de serviços de saúde, estimulados por organismos internacionais, os Estados latino-americanos passam a conferir alguma atenção a questão do direito a saúde.⁴⁸ Não como reconhecimento de um direito inerente à cidadania, mas fundamentalmente como forma de contornar certas tensões sociais resultantes do processo de desenvolvimento econômico através de uma "medicina simplificada" para o chamado quarto estrato residente nas zonas rurais e nas periferias urbanas.

Essas observações não devem, no entanto, obscure

cer as contradições geradas nesse processo. No caso brasileiro, por exemplo, a deteriorização das condições de vida da população no período do "milagre econômico" conduziu a um agravamento das condições de saúde ³⁸⁻⁴⁹ que desencadeou um amplo processo de denúncia, inicialmente ligado aos meios acadêmicos e estendido posteriormente para associações científicas, entidades sindicais e comunitárias. Foram-se constituindo movimentos sociais na área da saúde, quer dos trabalhadores do setor, quer de segmentos populares,²⁶ delineando-se um projeto de "democratização da saúde" vinculado as propostas políticas mais amplas das forças democráticas e populares.⁴⁹⁻⁶⁰

3.3. MOVIMENTOS SOCIAIS E A PROPOSTA DE SAÚDE PARA TODOS

Portanto, para os países subdesenvolvidos ou de desenvolvimento econômico tardio, a questão do direito a saúde permanece em aberto como campo de luta política e ideológica. O próprio Plano Beveridge já afirmava que *"libertar o homem da miséria é algo que não pode impor-se à democracia, nem ser a ela oferecido, mas que deve ser por ela conquistado"*⁵³ Assim, somente 30 anos após a Inglaterra criar o Serviço Nacional de Saúde e depois que os países socialistas provaram ser possível estender serviços de saúde para todos, mesmo em condições modestas de desenvolvimento econômico, foi firmada a Declaração de Alma-Ata, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, cujo artigo 1º estabelece:

*" A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde-estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde"*⁴¹

Os Estados signatários dessa Declaração ou aquelas que a ratificaram na Assembleia Mundial da Saúde em 1979 passam, portanto, a se comprometer com o reconhecimento do direito a saúde.²⁷⁻⁵² Cáberã, no entanto, as forças sociais organizadas as mudanças econômicas, políticas e sociais que o tornarão exequível. Isto porque não basta a adesão formal dos governos a esses princípios. Muitos países subscreveram a Declaração Universal dos Direitos Humanos e aprovaram a Constituição da Organização Mundial da Saúde no final da década de quarenta quando se destacava que "o gozo do mais alto nível possível de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano".⁴ No entanto, a realidade continuou distante da efetivação desse direito.

O Brasil, por exemplo, eximiu-se de formalizar o reconhecimento do direito a saúde nas constituições de 1891, de 1934, de 1937, de 1946 e de 1967. Explicita, no máximo, a assistência médico-sanitária ao trabalhador a través da previdência social e a competência da União para o estabelecimento de planos nacionais de saúde. Daí a importância de, ao lado da Declaração de Alma Ata e da proposta de Saúde para Todos no Ano 2.000 avalizadas pela OMS/OPAS, ter efetivamente ocorrido no Brasil um conjunto de movimentos sociais em torno da democratização da saúde que culminou com a bandeira "Saúde, direito do cidadão e dever do Estado". Dentro desses movimentos destacou-se como formuladores de proposições nos últimos 10 anos o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)⁴⁹ e mais recentemente a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).² No caso do CEBES, os seus documentos "A questão Democrática na Área da Saúde"¹⁹ de 1979 e "Assistência à Saúde numa sociedade democrática"²⁰ de 1984 representam os posicionamentos mais lúcidos e abrangentes apresentados a sociedade brasileira para a questão saúde. Quanto a ABRASCO vem ultimamente promovendo um conjunto de reuniões, discussões e articulações entre grupos e entidades com vistas a VIII Conferência Nacional de Saúde e a Assembleia Nacional

Constituinte.

Conforme o Documento de base para as discussões Técnicos da 37a. Assembleia Mundial da Saúde, em 1984, "os governos que adotaram a meta da saúde para todos na Assembleia Mundial da Saúde se comprometeram assim a fomentar o progresso de todos os cidadãos numa ampla frente de desenvolvimento e manifestaram sua decisão de estimular o cidadão individual a alcançar uma melhor qualidade de vida. Isto impõe uma mudança, porquanto o setor saúde necessita do consenso das instituições sociais para avançar até os objetivos da equidade, pertinência e eficácia dos serviços de saúde".^{2,8} Nessa perspectiva, até mesmo a proposta "Saúde para Todos no Ano 2.000" que originalmente poderia ter um sentido de controle social talvez seja recuperada por um estratégia política definida pelos trabalhadores e seus aliados históricos e recriada a partir de um novo conteúdo, potencialmente transformador.^{4,8}

4.- AS DESIGUALDADES NAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL, HOJE.

Ao se examinar a situação de saúde no Brasil, depara-se com um conjunto de problemas intimamente ligados às condições de vida dos diferentes grupos sociais e que refletem, em última análise, as desigualdades regionais, espaciais e sociais da distribuição da renda e dos recursos públicos.

No âmbito das condições de saúde, tem-se uma população apresentando um padrão "moderno" de morbidade, caracterizado pela expressiva frequência de doenças do coração, neoplasmas, acidentes e distúrbios mentais, e, simultaneamente, uma morbidade de pobreza, quando se destacam a desnutrição, as doenças infecciosas e parasitárias e, muito especialmente as doenças diarreicas. Embora tais patologias guardem uma relação consistente com as características de cada região do país, com o espaço urbano e rural e, fundamentalmente com as classes sociais a que pertencam os indivíduos, torna-se cada vez mais observável a concomitância de patologias modernas com aquelas i

nerentes à pobreza. Nesse particular, os modelos de industrialização e de exploração econômica do campo implantados no país fazem incidir sobre a mesma população, que antes sofria basicamente de desnutrição e de doenças infecciosas e parasitárias, os possíveis sinergismos das intoxicações por produtos e poluentes industriais, os acidentes de trabalho e por veículo automotor, e as doenças mentais, entre outros.

Apesar das deficiências das estatísticas sanitárias, cabe registrar a evolução da mortalidade proporcional nas capitais brasileiras nos últimos 50 anos, que aponta para um crescimento expressivo na proporção de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, contrastando com o crescimento da proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório, neoplasmas, e por causas externas, tais como acidentes de transporte, de trabalho e intoxicações. Em 1930, 45,7% dos óbitos eram por doenças infecciosas e parasitárias, 11,8% por doenças do coração e 2,6% por causas externas. Já em 1980, 30,8% do total de óbitos correspondem às doenças do coração, 11,4% às infecciosas e parasitárias, 11,2% aos neoplasmas e 7,7% às causas externas.³⁵

As 10 primeiras causas de óbitos ocorridas em 1980 no Brasil foram responsáveis pela perda de 5.228.324 anos potenciais de vida da nossa população. As doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 16,2% dessa perda, as pneumonias por 10,4%, os neoplasmas por 4,2% e os acidentes de trânsito de veículo a motor por 3,8%.

Quando são consideradas as grandes regiões do Brasil em 1980, verifica-se, que as doenças infecciosas e parasitárias constituem-se ainda na primeira causa de morte no norte e nordeste (26,0 e 21,0% respectivamente), enquanto as doenças do aparelho circulatório representam a primeira causa de morte no sudeste (34,5%), no sul (35,7%) e no centro-oeste (26,1%). Do mesmo modo, as enterites representam a causa mais importante de óbitos dos menores de 1 ano no norte e nordeste, enquanto as afecções perinatais contribuem como primeira causa de mortes infantis no sudeste, sul e centro-oeste.

Ainda que se admita, de modo otimista, uma taxa de mortalidade infantil de 70 por mil nascidos vivos no Brasil em 1980, constata-se que tal coeficiente foi alcançado no Japão em 47, no Canadá em 37, na Inglaterra em 29, nos EUA em 26 e na Suécia em 1915. Para que não sejam citados exemplos exclusivos de países desenvolvidos, lembre-se que em 1980 Cuba apresentava uma taxa de 18,3, Costa Rica 19,1, Chile 31,8 e Argentina 40,8. Somente o Paraguai apresentou um coeficiente superior ao Brasil, entre os países das Américas.

A mudança na estrutura de mortalidade, acompanhada da persistência de grandes endemias (malária, chagas, esquistossomose, febre amarela, leishmaniose, tracoma, filariose e peste) e da emergência de novos agravos à saúde, estão a exigir não só a revisão das políticas econômicas e do modelo de desenvolvimento do país mas, especialmente, a reorientação efetiva das políticas sociais do Estado no sentido da sua adequação às necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais.

Todavia, quando se examina a situação de saúde sob o ângulo dos serviços, observa-se a reprodução das desigualdades na distribuição dos recursos públicos, quer em termos regionais quanto sociais. Não obstante as iniciativas governamentais dos últimos 10 anos (Lei 6229 do Sistema Nacional de Saúde, PIASS, PREV-SAÚDE, Plano do CONASP e, recentemente, Ações Integradas de Saúde) os serviços de saúde, além de insuficientes e mal distribuídos, caracterizam-se pela inadequação, ineficiência, autoritarismo e baixa eficácia. Apesar dos Planos e programas enfatizarem reiteradamente as medidas preventivas, o financiamento das ações de saúde nos últimos 35 anos segue no sentido contrário. Em 1949, 12,9% dos gastos em saúde se faziam para assistência médico-hospitalar e 87,1% para os "serviços preventivos", enquanto em 1982, 84,6% dos gastos foram para a assistência médico-hospitalar e apenas 15,4% para os "serviços preventivos". A participação do Ministério da Saúde no orçamento da União vem decrescendo nas 2 últimas décadas, representando em 1984 o percentual de apenas 1,48%. No que se refere à Previdência Social, a participação dos gastos do INAMPS em relação à receita do SINPAS caiu de 29,8% em 1978 para 17,8 em 1984.

4.1.- SAÚDE E CONDIÇÕES DE VIDA

Face a consistente vinculação entre a situação de saúde e as condições de vida da população, o quadro sanitário do Brasil de hoje reproduz a distribuição desigual da renda entre as regiões, entre as unidades da Federação, entre capital e interior, entre as áreas urbanas e rurais, entre os bairros centrais e periféricos. Mesmo levando-se em conta as deficiências das estatísticas de saúde, as informações disponíveis são suficientemente reveladoras dessas disparidades regionais e sociais. De outro modo, investigações científicas efetuadas dão conta de que esse perfil sanitário pode ser explicada por processos sociais ligados ao modelo de desenvolvimento brasileiro, com o destaque para a urbanização, a industrialização, e as migrações, porém determinados, em última instância, pelas relações sociais de produção que conformam a distribuição de bens e serviços entre as classes e frações de classes sociais no Brasil.³⁰

4.2.- REPRODUÇÃO DE DESIGUALDADES.

No que diz respeito a oferta de serviços de saúde, cujas políticas sociais do Estado poderiam dispor de uma função compensatória através de uma adequada distribuição dos recursos públicos, na realidade reproduz as mesmas desigualdades observadas no quadro sanitário. Apesar da intensa presença do Estado no setor saúde, a oferta de serviços é determinada pelas características sociais da clientela. Assim, as classes proprietárias e os segmentos superiores da classe média podem comprar os serviços médico-hospitalares a preços do mercado, exercer a livre-escolha de profissionais prestigiados consumindo a tecnologia de ponta, ou recorrer a planos especiais e ao padrão "executivo" de se

guro saúde privado. Já os trabalhadores urbanos e o restante da classe média utilizam os serviços financiados pela previdência social cujas modalidades assistenciais apresentam lógicas distintas de funcionamento. Por último, os trabalhadores rurais e os outros grupos sociais inseridos irregularmente no mercado de trabalho ou são atendidos através de convênios do FUNRURAL com instituições filantrópicas e hospitalares privados de pequeno porte ou são assistidos precariamente pelos serviços públicos de saúde dos estados e municípios. Mesmo as iniciativas mais progressistas de universalização do atendimento e de unificação dos serviços como é o caso das Ações Integradas de Saúde (AIS), não conseguiram reverter essa estratificação na estrutura de prestação de serviços de saúde.

Assim, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde no Brasil, hoje, expressam-se através da discriminação de clientela e muito especialmente mediante a exclusão na cobertura de serviços básicos de saúde de uma população estimada em mais de 40 milhões de brasileiros. Além disso, a assimétrica distribuição espacial de leitos hospitalares, consultórios, laboratórios, profissionais de saúde e pessoal auxiliar tendem a configurar uma cobertura simbólica da atenção médico-sanitária ao invés de uma acessibilidade física, social e cultural, requisito básico para a consecução do princípio da equidade na formulação de políticas de saúde.

Os esforços iniciais da Nova República relativos ao aumento do orçamento do Ministério da Saúde para 1986, o programa de suplementação alimentar e a expansão das Ações Integradas de Saúde para todo o Brasil, embora importantes, ainda não foram suficientes para promover alguma reversão no quadro descrito.

5.- PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO, POLÍTICAS SOCIAIS E SAÚDE NO BRASIL DEMOCRÁTICO

Para o alívio das tensões acumuladas pelo desenvolvimento capitalista brasileiro e enquanto tentativa de suavização dos efeitos perversos das políticas de saúde anti-populares, os dois governos autoritários do pós-74 acenaram para a "abertura social" utilizando-se de políticas racionalizadoras, subalternas as políticas dominantes de capitalização do setor saúde.⁵⁰

Com o anúncio da Nova República por Tancredino Neves, diversas forças da sociedade civil elaboraram propostas para o V Simpósio de Política Nacional de Saúde, promovido pelo Parlamento em novembro de 1984.⁹ O documento final do evento apresentou um conjunto articulado de proposições políticas para a saúde com vistas ao Programa do Governo de Transição Democrática. Diversos documentos foram, posteriormente, encaminhados ao Escritório Técnico do Presidente Tancredino Neves, que, a partir de tais contribuições, elaborou o Programa de Ação do governo - Setor Saúde.⁸

5.1.- SAÚDE NA NOVA REPÚBLICA

Assim, a proposta de saúde para a Nova República contemplava um programa de emergência que, entre outras medidas, deveria privilegiar a suplementação alimentar para crianças e nutrízes e a expansão, para todo território nacional, da estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS). A médio prazo o Programa sugeria alternativas para o financiamento do setor, para a reorganização institucional com vistas ao estabelecimento de um Sistema Único de Saúde, para a redefinição da política de recursos humanos e para a reorientação das políticas científicas e tecnológicas, particularmente nos setores de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares.⁸

No ano de 1985, o Congresso Nacional delegou poderes ao Presidente da República para a reestruturação dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social¹² o que permitiu, posteriormente, a transferência da CEME (Central de Medicamentos) para o Ministério da Saúde; a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) ratificou a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS) mediante Portaria interministerial;¹¹ o Ministério da Saúde lançou o Programa de Suplementação alimentar priorizando nutrízes e crianças com até 30 meses pertencentes a famílias com rendimentos inferiores a 2 salários mínimos;¹⁰ o Ministério da Previdência e Assistência Social, através do INAMPS, ampliou significativamente os recursos para as AIS e redefiniu as bases do Convênio Padrão com os Hospitais Universitários beneficiando-os com o Índice de Valorização Hospitalar (IVH);⁵¹ finalmente, o Presidente Sarney aprovou o orçamento de 1986 contemplando o aumento da participação do Ministério da Saúde na distribuição dos recursos da União.

Essas e outras medidas preliminares, como a luta contra a fraude pela Previdência Social, o restabelecimento da credibilidade e do equilíbrio financeiro do Ministério da Previdência e Assistência Social, o combate a recessão e a descompressão da política salarial podem conferir ao Novo Governo o apoio de forças sociais no sentido de fazer avançar as mudanças necessárias à concretização de políticas sociais que ampliem e aprofundam o estatuto da cidadania.

5.2.- DEMOCRATIZAÇÃO DA SOCIEDADE E REDEFINIÇÃO DO ESTADO

A democratização da sociedade brasileira passa, desse modo, a requerer um Estado Moderno, relativamente autônomo por referência aos interesses imediatos da economia capitalista, que seja capaz de reorientar a distri

buição de bens e serviços mediante a implementação de políticas econômico-sociais consistentes e articuladas. A opção por políticas sociais que não reproduzam as desigualdades produzidas pela ordem econômica capitalista constitui-se numa expectativa relativamente modesta das forças democráticas e populares para um Governo de Transição. Tais políticas sociais, para elevarem à condição de cidadãos os milhões de brasileiros excluídos dos benefícios do desenvolvimento, terão de rejeitar o recurso tentador à assistência social, patrocinado pelo velho liberalismo, que na área da saúde reduz-se a mera doação de alimentos, de remédios e de "medicina simplificada". Ao contrário, as políticas sociais de uma República que se quer verdadeiramente nova deverão ampliar os canais para a democratização da saúde de modo que os indigentes de ontem e os consumidores de hoje possam amanhã, enquanto cidadãos, lutar e defender os seus direitos e organizar-se politicamente para conquistá-los.

O fato de a sociedade brasileira encontrar-se num processo constituinte estimula a sistematização das idéias que poderão dar materialidade ao direito à saúde que precisa ser reconhecido e inscrito na Nova Constituição. Tais idéias já permeiam um conjunto de proposições políticas referentes ao financiamento do setor saúde, à participação social em saúde e à Reformulação do Sistema Nacional de Saúde devendo ser objeto de ampla discussão durante a VIII Conferência Nacional de Saúde.

Este momento histórico é de significativa importância pois poderá estabelecer através da Nova Carta, um novo relacionamento entre Estado e Sociedade civil no Brasil que faça avançar o processo de democratização da sociedade.

5.3. AS AIS E A REFORMA SANITÁRIA

Na medida em que é impensável uma reforma sanitária substantiva que desconheça os interesses e necessidades diversificados da sociedade brasileira, o avanço das políticas de saúde e a reorganização institucional que lhe dará suporte requer a mobilização de forças sociais e a definição de compromissos e alianças com vistas a Assembleia Nacional Constituinte e a nova composição do Congresso Nacional a partir de 1987. Ou seja, qualquer reforma mais ampla nas políticas de saúde e na reorganização do setor, para ser efetiva, passa necessariamente pelos políticos e seus partidos, ainda que para ser eficaz necessite do avanço dos movimentos sociais e da organização dos cidadãos com vistas ao controle democrático sobre os serviços de saúde.

Como lembrava Cecilia Donnângelo já não é lícito desconhecer onde radica economicamente e politicamente a medicina convencional²³. Já está bastante estudada a invasão dos interesses capitalista no setor saúde e particularmente nas suas estruturas de poder. Esses interesses cristalizados dispõem de força política não desprezível disposta a acionar os instrumentos que possuem para se opor as mudanças que se fazem necessárias. Do lado dos usuários dos serviços de saúde, também não é possível ignorar o fato de que na base da sua estratificação encontra-se a estrutura de classes da sociedade brasileira, com distintos mecanismos e padrões de consumo médico, e também com diferentes possibilidades de pressão política. Assim, políticas de saúde que não pretendam reproduzir tais desigualdades terão - para obter apoio de um amplo leque de segmentos sociais e políticos, que assegurar, ainda no governo atual e antes mesmo da Nova Constituição, a facilidade de acesso aos serviços e um padrão digno de qualidade às parcelas da população servidas pelos distintos esquemas de atenção médico-sanitária vigentes.

Para se conseguir apoio político em favor das mudanças há que se dispor de alternativas concretas que incidam em melhorias objetivas para os trabalhadores de saúde e para segmentos consideráveis dos usuários dos serviços. Essas alternativas tem que ser progressivamente postas em prática e simultaneamente pensadas numa articulação com as propostas das forças sociais e políticas que se organizam para a eleição dos representantes na Assembleia Nacional Constituinte e dos governadores, deputados estaduais e vereadores a serem escolhidos em novembro de 1986.

Nessa perspectiva, as Ações Integradas de Saúde podem ser entendidas, presentemente, como a estratégia-ponte para a redefinição das políticas de saúde e para a reorganização do setor⁵⁰. Nunca como "lenitivo" para o caos do sistema de saúde, ou fonte-tampão de recursos para prefeituras combatidas ou como mero remendo por não ter o Presidente Sarney transferido o INAMPS para o Ministério da Saúde em 1985. As AIS, por estarem presentes na realidade mediante aporte significativo de recursos financeiros, convênios e medidas político-administrativas e não apenas na ideologia de técnicos e de intelectuais, poderão permitir por em prática as melhorias objetivas requeridas pelos usuários e trabalhadores de saúde. Na perspectiva política têm potencialmente a capacidade de ampliar as bases de apoio para as mudanças mais profundas a serem viabilizadas a partir da Constituinte e do Novo Congresso eleito em 1986.

Na medida em que a efetivação das mudanças propostas pela Assembleia Nacional Constituinte requer tempo, tanto no sentido cronológico quanto na idéia de tempo político de viabilização, as Ações Integradas de Saúde enquanto expressão das políticas de saúde do governo Sarney, poderão prestar os serviços de que a população necessita.

6.- A SAÚDE É UM DEVER DO INDIVÍDUO, DA FAMÍLIA, DO ESTADO OU DA SOCIEDADE ?

A resposta a essa questão demanda por uma discussão que recortaria os campos da moral, da ética, da filosofia, do direito, e da política, difícil de ser levada a cabo nos limites do presente texto. Todavia, não é possível dissimular as questões do fundo entre o público e o privado⁴⁰, entre o Estado de direito liberal e o "Estado Social"³¹, entre a democracia "relativa" e a "democracia substantiva".¹⁵

Nas sociedades modernas em que predomina o modo de produção capitalista já não é mais possível confinar a responsabilidade com a saúde entre o indivíduo e a família. Mesmo nos Estados Unidos em que são elaboradas as mais refinadas ideologias sanitárias neo-liberais para combater a intervenção do Estado no setor saúde⁴⁸ observa-se, na realidade, uma ampla participação estatal no financiamento do setor saúde, uma significativa rede de hospitais públicos e de serviços de saúde comunitários, bem como a execução de programas governamentais visando assegurar o mínimo de consumo de serviços de saúde para os seus milhões de pobres.²¹

Nos países europeus, que desde a 2a. guerra assumiram o modelo de Estado de Bem-Estar Social, já se reconhece a saúde como assunto de inequívoca responsabilidade social, tal como propugnava o movimento da Medicina Social na França e na Alemanha do século passado. O Estado, enquanto sociedade politicamente organizada, passa a ter o dever de assegurar o direito a saúde dos cidadãos facilitando os serviços necessários ao atendimento das necessidades sociais. Países como a Inglaterra, Alemanha, França, Suécia⁵⁷, mais recentemente, a Itália⁷⁻¹³ tem reservado parte substancial do seu Produto Interno Bruto para a saúde a organizado sistemas nacionais de saúde com forte participação estatal na produção direta dos serviços.⁵⁷

Quanto aos países socialistas já são conhecidas as experiências bem sucedidas de reorganização dos serviços de saúde³³.

que permitiram a universalização da cobertura para a população com custos compatíveis para as respectivas economias. O caso da China, pela sua extensão territorial e preservação da medicina popular, e o caso de Cuba, pelos sucessos obtidos nos últimos 25 anos em comparação aos demais da América Latina e do Caribe representam, exemplos consistentes da exequibilidade de sistemas de saúde efetivos em países economicamente pouco desenvolvidos.

6.1. ESTATIZAR PARA PRIVATIZAR ?

No caso brasileiro, a julgar pelas constantes pressões dos empresários da saúde sobre o Estado para o financiamento das suas empresas e para a ampliação da compra de serviços para a população previdenciária, não seria completamente inteligível uma oposição ao dever do Estado para com a saúde dos cidadãos. Ainda mais porque a ampliação da intervenção estatal no setor saúde, proporcionada pelos governos do autoritarismo, "desenvolveu um padrão de organização da prática médica orientada a lucratividade, favorecendo os produtores privados destes serviços"⁵⁹. Consequentemente, descontando-se as discussões ideológicas entre os liberais e os estatizantes, o que importa é analisar a pertinência da manutenção de uma política que recolhe recursos públicos para promover um setor privado incapaz de se manter no mercado sem a proteção paternalista do Estado. O aparente paradoxo dessa política tornou-se claro com as palavras do arguto Gentile de Melo: estatizar para privatizar.

Ainda que setores empresariais defendam a saúde como dever da sociedade, para desse modo justificar o fortalecimento da iniciativa privada no campo da saúde e o controle da saúde da força de trabalho pelo capitalista seria compreensível que esses mesmos setores pudessem conciliar com a tese da saúde como dever do Estado caso este se dispusesse a sustentar as empresas médicas privadas através da transferências de recursos públicos.



A tendência maior que se expressa, tanto no documento final do V Simpósio de Política Nacional de Saúde, promovido pela Câmara dos Deputados, como no Programa de Ação do Governo-Setor Saúde da Nova Republica, bem como nos discursos dos Ministros da Saúde e da Previdência e Assistência Social do Governo Sarney é, no entanto, pelo reconhecimento da SAÚDE como DIREITO do cidadão e DEVER do Estado.⁸

6.2. ESTADO, SAÚDE, LEGITIMIDADE E PARTICIPAÇÃO POLÍTICA

O que permanece aberto, todavia, para discussão é se os serviços de saúde devem ser uma concessão do Poder Público e se a saúde pode ser considerada essencialmente como um serviço público. Nesse particular, a questão não parece fundamentalmente doutrinária. Trata-se, na realidade, de questionar se o Estado capitalista moderno pode dispensar os efeitos ideológicos de legitimidade conferidos pelo reconhecimento dos direitos sociais e pela melhoria dos serviços de saúde, numa sociedade clivada por contradições e desigualdades como a brasileira.

Uma última observação merece registro: público não significa estatal.⁵⁻¹⁷ Na realidade, o que se tem observado na história brasileira é a gestão privada das coisas públicas. Mesmo os serviços de saúde estatais podem não ser efetivamente públicos enquanto forem impeditivos da gestão pública das instituições.⁴⁰ Nessa perspectiva, com vem a retomada da discussão do significado da cidadania plena ou para usar a expressão de CARDOSO⁵⁻¹⁸, cabe apró fundar o debate sobre democracia substantiva. A garantia dos direitos sociais não deve reduzir os cidadãos a meros peticionários da administração ou da burocracia.³¹⁻⁴² Ou seja, a prestação de serviços por parte do Estado não pode deslocar a participação política dos cidadãos

para reivindicações específicas, a merô das oscilações comportamen-
tais da tecno-burocracia.³⁻²⁵⁻⁴⁴. A transparência dos apa-
relhos de Estado ã informação do público, o controle pù-
blico dos serviços estatais e a gestão pública das insti-
tuições (mesmo as empresas privadas) é que poderão con-
tracenar com os riscos do "estatismo autoritário" ou
"democracia autoritária e romper os limites da participa-
ção dos cidadãos na vida política.⁴³

Para que o direito a saúde e a democracia não sejam
palavras gastas e vazias, o momento histórico requer a
ação de um protagonista fundamental e insubstituível: o po-
vo.

"POVO também é uma palavra gasta
Mas o povo - o povo mesmo - despertou
Quando lhe prometeste uma Nova República
Iluminada ao sol do novo mundo "

(Ferreira Gullar)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ABRASCO. Contribuição da ABRASCO para análise do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social. In: Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social, 2. ABRASCO, PEC/ENSP, Rio de Janeiro, 1983 p. 103-107.
02. ABRASCO. CEBES. SESB/PR. Relatório final da Reunião de Trabalho sobre Ações Integradas de Saúde. Saúde em Debate; Belo Horizonte, 17: 23-24, 1985.
03. ALMEIDA, M. H. T. de. É tempo de novos direitos. Novos Estudos CEBRAP, São Paulo, 2 (2): 1, 1983.
04. ARAUJO, J. D. de. O direito à saúde: um problema de administração e de política. Rev. brasil. Educ. Med., Rio de Janeiro, 3(3): 7-21, 1979.
05. AQUINO, J. R. O processo constituinte e a saúde. In: ABM Notícias, Salvador 153: 6-7, 1985.
06. BASES financeiras da política de saúde. RADIS - Tema, Rio de Janeiro, 6: 1-7, abril 1984.
07. BERLINGUER, G. Medicina e Política CEBES/HUCIFEC. São Paulo 1978, 199p.
08. BORBA, E. (coordenador). Programa de Ação do Governo - Setor Saúde. Documento elaborado pelo Escritório Técnico do Presidente Tancredo Neves. s.n.t. 65p.
09. BRASIL, Câmara dos Deputados. Comissão de Saúde. Proposta Política para um programa de saúde. Saúde em Debate. Belo Horizonte, 17: 33-36, 1985.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 635 de 3.9.85. Aprova as normas e atribuições para a execução do Programa de Suplementação Alimentar - PSA. DO 4.9.85 p. 13012/13013.

11. BRASIL. MS. MPAS. ME Portaria interministerial. Ratifica a estratégia da Ações Integradas de Saúde, entre outros. Brasília 7.6.85. In: Informação para a Saúde. Brasília, 6 (7):94, jul. 1985.
12. BRASIL, Senado Federal. Resolução nº 1 de 28.5.85 - CN. "Delega poderes ao Senhor Presidente da República para elaboração da Lei dispoendo sobre a reestruturação dos Ministérios de Saúde e da Previdência e Assistência Social". DOU 30.5.1985. In: Saúde em Debate; Belo Horizonte 17 : 52, 1985.
13. BROWN, L. D. Health reform, Italian - style. Health Affairs 3 (3): 75-101, 1984.
14. CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico. Forense - Universitária. Rio de Janeiro. 1978, 270p.
15. CARDOSO, F. H. Autoritarismo e democratização. Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1975. 240p.
16. _____. Poulantzas e os Partidos do Brasil. Novos Estudos CEBRAP, São Paulo 1 (2): 3-7, 1982.
17. _____. La Sociedad y el Estado. Pensamiento Iberoamericano. Revista de Economía Política. Nº 5, enero/junio 1984.
18. _____. A democracia na América Latina. Novos Estudos CEBRAP. São Paulo 10:45-56, 1984.
19. CEBES. A questão democrática na área de Saúde. Saúde em Debate. Rio de Janeiro 9:11-13, 1980.
20. _____. Assistência a Saúde numa Sociedade Democrática. Saúde em Debate. Belo Horizonte, 17 : 8-11, 1985.
21. COUTO, R. A. Poverty, Politics, and Health Care. (Praeger special studies in U.S. economic, social, and political issues). Praeger Publishers, USA 1975, 197p.

- 28.
22. DONNÂNGELO, M. C. F. Medicina e Sociedade. O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo. Pioneira, 1975, 174p.
23. _____. (debatedora). Uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. In: BRASIL - Câmara dos Deputados. Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Brasília, 1980, p 83-88.
24. _____.; PEREIRA, L. Saúde e Sociedade. Duas Cidades. São Paulo, 1976, 124p.
25. DURHAM, E. R. Movimentos sociais, a construção da cidadania. Novos Estudos CEBRAP. São Paulo, 10:24-30, 1984.
26. ENCONTRO popular para saúde. Saúde em Debate. 11:48-49, 1981.
27. ESTRATÉGIA mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra, OMS, 1981. (Salud para Todos, 3).
28. FUNCION de las universidades en las estrategias de salud para todos. Contribución al desarrollo humano y a la justicia social. - Documento de para las Discusiones Técnicas de la 37ª Asamblea Mundial de la Salud. Educ. Méd Salud. Washington 19(1):85-113, 1985.
29. GRAMSCI, A. Maquiavel, a política e o Estado moderno. 2ª ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1976 p. 11-132.
30. GUIMARÃES, R. (organizador). Saúde e Medicina no Brasil : contribuição para um debate. 2ª ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979, 296p.
31. HABERMAS, H. Concepto de participacion politica. In: CAPITAL monopolista y sociedad autoritaria. La involucion autoritaria en la R.F.A. Barcelona, Fontanella, 1973, p17-61 (Libros de Confrontación, Sociológica, 2).
32. KOWARICK, L. Estratégia do planejamento social no Brasil. São Paulo, 1976, 48p. (Cadernos CEBRAP, 2).

33. LISITSIN, Y. La sanidad en la URSS. Editorial Progreso, Moscú, s.d. 141p.
34. MARSHALL, T. H. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1967 p 57-220.
35. MORTALIDADE nas Capitais Brasileiras 1959 - 1980. RADIS. Dados, Rio de Janeiro, 2(7): 1-8, ago 1984.
36. NAVARRO, V. Classe social, poder político e o Estado e suas implicações na medicina. In: Textos de Apoio. Ciências Sociais 1. PEC/ENSP. ABRASCO. Rio de Janeiro 1983, p 81-161.
37. _____. Selected Myths Guiding the Reagan Administration's Health Policies. J. Pub Hlth Pol. 65-73 March 1984.
38. _____. A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and The Alma Ata Declaration. Int. J. Hlth Serv, 14(2): 159-172, 1984.
39. _____. The crisis of the international capitalist under and implications in the welfare state. Int. J. Health Serv. 12(1): 185, 1982.
40. OFFE, C. Problemas estruturais do Estado capitalista. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro 1984 p 10-53.
41. OMS. UNICEF. Alma - Ata 1978. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma - Ata, URSS 6-12 de setembro de 1978. UNICEF. Brasília 1979, 64p.
42. OLIVEIRA, F. de. Da paixão de Poulantzas. Novos Estudos CEBRAP, São Paulo. 1(2): 7-11, 1982.
43. _____. Além da transição, quem da imaginação. Novos Estudos CEBRAP, São Paulo. 12: 2-15, 1985.
- _____. Crise econômica - pacto social. Novos Estudos CEBRAP, São Paulo. 13: 3-13, 1985.

- 30.
45. OPS. Centro Panamericano de Planificacion de la Salud. Formulacion de politicas de salud. Santiago, 1975, 72p.
46. PAIM, J. S. As ambiguidades da noção de necessidades de saúde. Planejamento. Salvador, 8 (1/2): 39-46, 1980.
47. _____. A crise do planejamento autocritário em saúde. Rev. Assoc. Psiqu. da Bahia, 4: 56-61, 1981.
48. _____. A dupla face da proposta "Saúde para Todos". Indicadores Sociais. Salvador, 6: 33-46, 1982.
49. _____. As políticas de saúde e a conjuntura atual. Saúde em Debate. Rio de Janeiro 15/16: 8-15, 1984.
50. _____. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. Trabalho apresentado no III Congresso Médico-Social da Bahia, Salvador 18-22 de novembro 1985, 22p (mimeo).
51. PIRES, W. Novas diretrizes do Ministério da Previdência e Assistência Social e papel das Ações Integradas de Saúde (AIS). Discurso profundo na reunião do CONASS em Curitiba, 9.5.85 (mimeo) 14p.
52. PLAN de acion para aplicar la Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra, OMS 1982 (Salud para Todos 7).
53. PLANO BEVERIDGE. Tradução de Almir de Andrade. (Edição integral conforme o texto oficial publicado pelo Governo Britânico). Rio de Janeiro, José Olympio, 1943, 458p.
54. PMDB. Diretório Central de São Paulo - Grupo Saúde. Diretrizes básicas para o setor saúde no Governo Democrático. Saúde em Debate, Belo Horizonte 17: 18-20, 1985.
55. PMDB. Grupo de Trabalho Parlamentar Saúde. Brasília - A Nova República e o Setor Saúde. Propostas - Saúde em Debate. Belo Horizonte, 17: 42-48, 1985.

56. POULANTZAS, N. O Estado, O Poder e o Socialismo. Graal. Rio de Janeiro 1980, 307p.
57. ROEMER, M. I. Practica de la medicina privada: um obstáculo en el camino de la salud para todos. Foro Mundial de la Salud 5(3): 227-244, 1984.
58. ROSEN, G. Da Políicia Médica à Medicina Social. Graal, Rio de Janeiro, 1980 p 77-141, 213-242.
59. TEIXEIRA, S. M. F. Reorientação da assistência médica previdenciária: um passo adiante ou dois atrás? Rio de Janeiro EBAP/FGV Agosto 1984, 15p. (mimeo)
60. _____. Política Social em crise na América Latina. Trabalho apresentado no III Seminário Latinoamericano de Medicina Social Ouro Preto, nov. 1984, 56 p. (mimeo)
61. TOWNSEND, P.; DAVIDSON, N. Inequalities in health. The Black Report. England, Penguin Books, 1982. 240p.
62. WOODWARD, R. S. Atención medica en Brasil durante un periodo de recesión económica. Bol. Of. Sanit. Pan, Washington 98(2): 107-116, 1985.