

A HIPERCRISE SANITÁRIA

*Sergio Arouca**

O Brasil vive hoje uma verdadeira tragédia sanitária, fruto de anos de um desenvolvimento econômico perverso que privilegiou a concentração de renda, em detrimento da solução dos problemas sociais.

Como se expressa essa tragédia?

Os problemas que o Brasil vivia no começo do século, como desnutrição, poliparasitoses, febre amarela urbana, doença de Chagas, varíola, esquistossomose, malária e os que foram surgindo com o processo de ocupação do espaço como a leishmaniose, ou as típicas de infância, como sarampo, difteria, etc., com exceção da varíola que foi erradicada no Mundo, persistem seja em risco potencial, seja nas suas transformações dadas pela história. História dos homens e das suas doenças.

A malária encontra-se em fase de ampliação, pelas novas frentes de expansão agrícola, pecuária, mineral; as grandes endemias, como a esquistossomose, doença de Chagas, leishmaniose, mantêm sua importância e também se urbanizaram. Inclusive um dos principais mecanismos de transmissão da doença de Chagas, como também da malária, são transfusões não controladas de sangue. Se atualmente não temos febre amarela urbana, o seu transmissor, o *Aedes Aegypti*, prolifera-se nas principais capitais de nossos estados, mantendo permanentemente o risco de uma nova epidemia, e convivemos hoje com a dengue endêmica e a sua forma hemorrágica.

Vejamos alguns dados do Ministério da Saúde sobre as grandes endemias em 1990:

malária - 600.000 casos/ano; 8.000 óbitos/ano;

Chagas - 5 milhões casos infectados; 7.000 óbitos/ano;

leishmaniose - 10.000 casos nos últimos 10 anos; 100 óbitos;

esquistossomose - 5 milhões infectados;

tracoma - 182.000 casos/ano.

Tivemos grandes sucessos nas campanhas de vacinação contra a poliomielite, mas convivemos ainda com óbitos por tétano, difteria e sarampo, doenças que são preveníveis por vacinas, um dos instrumentos mais eficazes e eficientes da saúde pública.

Assim, segundo o Plano Quinquenal do Ministério da Saúde, tivemos:

sarampo - 60.000 casos/ano, com uma mortalidade de crianças abaixo de seis anos de idade de seis óbitos/100.000;

tétano - neonatal de 400 casos/ano e o acidental de 1.500 casos/ano;

difteria - 1.000 casos/ano e 200 óbitos/ano;

coqueluche - 10.000 casos/ano e 150 óbitos.

* Médico Sanitarista e Deputado Federal.

Devemos considerar que esses dados são subestimados pela precariedade dos sistemas de informação, mas bem que todos poderiam ser próximos de zero.

No entanto temos o maior número de casos novos de hanseníase em toda a América Latina, amplia-se a mortalidade por tuberculose, o que demonstra a precariedade no tratamento. Conseguimos conquistar campeonatos mundiais de epidemias, como as de leptospirose ocorridas no Rio de Janeiro.

As taxas de desnutrição diminuíram nos últimos anos, mas mesmo assim permanecem assustadoras.

Os últimos dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde, de março de 1990, realizada pelo INAN, IBGE e IPEA, revelaram que tínhamos, em 1989, aproximadamente 5 milhões de crianças menores de cinco anos desnutridas, sendo 32.885 de forma moderada e grave.

No Brasil, 30,7% de crianças com menos de cinco anos estavam desnutridas, sendo 46% no Nordeste; 20,6%, no Sul-Sudeste; e 31,3%, no Norte e Centro-Oeste. Enquanto nas Regiões Sul e Sudeste somente 2,4% são casos moderados e graves, no Nordeste esse percentual salta para 10%.

Se Oswaldo Cruz, Carlos Chagas e outros voltassem ao Brasil neste final de século, encontrariam nosso país — com exceção da varíola que já foi erradicada do Planeta e com a ausência de casos de febre amarela urbana (mas com risco persistente) — em condições próximas às das primeiras décadas do início do século. Em outras palavras, as doenças da miséria prosseguem com a permanência da miséria em nosso país.

Mas, simultaneamente, com o processo de industrialização, das migrações, da explosão urbana, enfim, da constituição de novas formas de vida neste processo dramático da industrialização, retardatária e dependente, dentro de um ciclo endêmico de autoritarismo e corrupção, nos integramos às doenças da industrialização, da modernidade dos trabalhadores e dos miseráveis.

As péssimas condições de trabalho no processo de industrialização, somadas à repressão dos movimentos operários e a um capitalismo predador e selvagem, tornaram-nos campeões em acidentes de trabalho e doenças profissionais. Vitórias estas muitas vezes escamoteadas nas farsas oficialistas de manipulações estatísticas.

Assim, em 1990, estimavam-se um milhão de casos de acidentes de trabalho por ano, com 5.000 casos ao ano de doenças profissionais. Além das doenças absolutamente preveníveis, como o câncer da mama e o ginecológico, nossas mulheres agora também são submetidas à esterilização, já não só através dos incentivos dos programas de planejamento familiar financiados internacionalmente, mas também por estratégia de sobrevivência, por desejo da própria mulher. Temos ainda a alta mortalidade materna por precárias condições de atendimento à gravidez e ao parto, assassinatos por abortos provocados. Agora, as mulheres brasileiras, colocadas nas mesmas condições de disputa no mercado de trabalho, somam à "dupla jornada" o duplo risco do feminino/masculino na determinação da doença e da morte. Temos intoxicações por agrotóxicos, depósitos de BHC abandonados em uma "Cidade dos Meninos em Duque de Caxiás", riscos de acidentes nucleares e os "acidentados" radioativos de Goiás, abandonados a sua própria sorte.

As doenças cardíacas e crônico-degenerativas estão em expansão e em geral desassistidas, assim multiplicam-se em mortes precoces e evitáveis. Os nossos incapitadores são entregues a raras entidades filantrópicas de recuperação, sempre

esmolando escassas verbas, colostomizados em luta por bolsas; paraplégicos, por cadeiras; deficientes, por proteção. Enfim, o Brasil possui uma multidão de enfermos que somam no mesmo corpo dezenas de doenças, nas mais trágicas combinações.

Mas o final deste século reservou-nos novos desafios: o surgimento da AIDS, provocada pela miséria, e a modernidade da doença. Inicialmente, a AIDS desenvolveu-se a partir de drogadictos, homossexuais e utilizadores de sangue, como os hemofílicos ou pessoas submetidas a cirurgias, consideradas, a partir de então, "grupos de risco". Porém, devido ao comércio de sangue existente em nosso País e aos canais do tráfico e da prostituição, a doença (síndrome) denominada AIDS já caminha a passos largos para a "africanização", ou seja, a sua transmissão heterossexual que percorre — novamente — os trajetos da miséria.

Ainda é preciso lembrar que nós enfrentamos, com a moderna epidemia, o que significou a febre amarela no final do século passado — as chamadas "causas externas de mortalidade", que, de acordo com o Código Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS), são os acidentes, os suicídios, os assassinatos, enfim, um conjunto de "causas" de morte que caracterizam a violência da cidade moderna. Em algumas capitais, o atropelamento é a principal causa de morte em crianças de idade escolar, e a violência, a primeira ou segunda causa de morte em pessoas na idade produtiva (15-49 anos).

O Brasil parece ser um terreno fértil para a implantação e explosão de epidemias. No verão, temos dengue, diarreia e desidratação; se chove, febre tifóide e leptospirose; no inverno, meningite A ou C; bronco-pneumonia; e, pior de tudo, corrupção durante o ano inteiro.

Parodiando nossos economistas, que permanentemente nos ameaçam com a hiperinflação, acredito que hoje estamos vivendo uma hiper crise da saúde. Se o que caracteriza a hiperinflação é a perda do valor de troca da moeda, o que caracteriza a hiper crise sanitária?

Ela está caracterizada, do ponto de vista do quadro sanitário, quando encontramos condições precárias de saúde, expressas por altas taxas de mortalidade; permanência de grandes endemias (doença de Chagas, malária, leishmaniose, esquistossomose, hanseníase, etc.); altos níveis de doenças e mortes evitáveis (tétano, sarampo, câncer ginecológico e de mama, etc.) somados a surtos de mortes e de doenças.

À guerra civil silenciosa que vivemos com mortes violentas, como o extermínio de menores, acidentes de trânsito e de trabalho, esquadrões de extermínio e outras, associam-se os riscos de epidemias da dengue, da febre amarela urbana, de leptospirose e agora de cólera. Já foram confirmados, no Brasil, 455 casos de cólera, oito mortes provocadas pela doença, a chegada de um primeiro caso no Rio de Janeiro e a identificação pela FIOCRUZ do vibrão no esgoto. Esses são graves índices de riscos epidêmicos em grandes centros urbanos.

Do ponto de vista dos serviços de saúde, a hiper crise sanitária ocorre quando sobre condições precárias de seu funcionamento, expressas por filás, fechamento de leitos, ociosidade, desumanização, falta de equipamentos e medicamentos, infecções, ineficiência e baixa produtividade hospitalares, erros médicos, omissões de socorro, soma-se uma crise aguda de financiamento.

A profunda crise da Previdência Social, que hoje financia a quase-totalidade dos serviços de saúde, significa que os recursos disponíveis são suficientes para financiar os benefícios dos aposentados, mas dificilmente cobrirão os serviços de saúde. Aos atrasos do pagamento das contas hospitalares, dos repasses para estados e municí-

pios, à ausência de novos investimentos, à paralisação de programas soma-se o sucateamento acumulado. Serviços estatais e privados unem-se na corrente de desfinanciamento.

Os hospitais privados param no Ceará, o Município do Rio de Janeiro recusa-se a aceitar a municipalização dos hospitais federais, e o Governo ameaça privatizá-los. O hospital de Bonsucesso, no Rio de Janeiro, poderá ser paralisado por falta de comida para os pacientes. O Ministério da Saúde vem retendo pagamentos da ordem de Cr\$ 197.688.622,00. Esses atrasos de pagamentos fazem com que o setor privado tenha que buscar empréstimos no sistema financeiro a juros tão altos que não podem ser saldados. Aliam-se a isso os preços pagos por serviços hospitalares, que não são suficientes para pagar diárias em pensões de beira de estrada.

Desde outubro, os relatórios do INAMPS revelam que os repasses a terceiros, ou seja, que os recursos de convênios para estados, municípios e outros, foram zero. Esses fatos, como diria o saudoso Carlos Gentile de Melo, são fatores incontroláveis de corrupção, de superfaturamento, de desvios e, principalmente, de sucateamento.

Mas, além disso, a situação na rede hospitalar é tão séria que está fazendo com que o setor privado se afaste e o setor público se acabe, ou seja, os setores estatal e privado estão juntos no mesmo processo de destruição. Hospitais privados sérios e competentes, que recebem recursos do Ministério da Saúde, estão sendo destruídos da mesma forma que competentes hospitais públicos.

No Rio de Janeiro, os Governos Estadual e Municipal recusam-se a receber os hospitais federais no processo de descentralização, e o Governo Federal, por sua vez, não alocou recursos para esses hospitais no orçamento de 1992. Repete-se nos hospitais a farsa da discussão: se o mosquito da dengue é federal, municipal ou estadual. Ao paciente acidentado, colérico, com dengue, não importa a natureza do serviço, se é municipal, estadual ou federal, ou, ainda, se é estatal ou privado, o fundamental é o direito de ser atendido. Esta, sim, é uma questão pública.

O que será feito nesse maldito impasse? Fecharemos hospitais como os de Bonsucesso, Lagoa e Ipanema? Ou iremos leiloá-los para os seguros de saúde?

O crime de responsabilidade é compartilhado. Collor e Brizola, que se acertaram na Linha Vermelha e nos CIACs, têm a responsabilidade de resolver a questão da saúde do Estado do Rio de Janeiro. Mas as responsabilidades ou irresponsabilidades não param na questão hospitalar. Os agentes sanitários (mata-mosquitos) foram demitidos pelo Ministro da Saúde e os Governos do Estado e municípios do Rio de Janeiro recusam-se a contratá-los. Diante dessa irresponsabilidade estatal, a FAMERJ assume as contratações.

Mas, infelizmente, a crise continua. Está fechada a emergência do Hospital Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense, único serviço desse tipo para todo o interior do Estado. O Governo Estadual até agora não teve coragem de intervir no horror anti-humano, apresentado em todos os canais de televisão, da Casa de Saúde Dr. Eiras, de Paracambi. Hospitais competentes, como o de Itaperuna, entidades filantrópicas, todos estão falindo.

A crise assume tal proporção que nos contracheques do funcionalismo da Previdência houve uma redução de 30% dos salários por falta de recursos financeiros. Mais uma vez os funcionários pagam a dívida da incompetência.

Hoje, a falência do parque hospitalar público e privado é uma realidade que comprova a grave crise do setor em todo o País. A essa grave crise financeira somam-se denúncias de contratos sem licitação (caso Master), aplicações de recursos públicos no mercado financeiro (Central de Medicamentos) e agora o caso Caloi, onde, segundo denúncias publicadas hoje no Correio Brasiliense, o Ministério da Saúde comprou de firma paranaense 22.500 bicicletas a um preço quase 50% acima daquele do mercado.

Mas, simultaneamente, enfrentamos uma crise de recursos humanos. Os profissionais de saúde mal pagos, sem programas de aperfeiçoamento, tratados pelos grandes teóricos da Administração Pública (João Santana e Carlos Garcia) como inimigos número um do Estado, chegam ao limite do desespero, e as greves correm no limite perigoso de parar emergências, campanhas de vacinação, combate à dengue, etc.

A hipercrise sanitária caracteriza-se pelo risco das epidemias, pelo desfinanciamento e pelas greves, tudo isso envolvido no quadro de um governo que se desgovernou.

O sistema de saúde brasileiro herdado do autoritarismo foi uma rara obra de arquitetura institucional da corrupção, da descoordenação, da concentração, da mercantilização e de várias outras distorções da patologia autoritária. Mas pior que isso, a luta pelo poder resultou no casamento — ou bacanal — do autoritarismo-fisiologismo-corrupção, que fez da área social o império da incompetência.

Não queremos gastar nosso tempo em diagnósticos, mas gostaríamos de dizer que no tempo da ditadura, como contrapartida às políticas sociais de exclusão, foi gestado um movimento de lutas no campo da saúde, movimento que travou a luta pela democracia e pela justiça social. O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira acumulou, nos últimos anos, importantes vitórias, criando as bases constitucionais e legais que permitem a consolidação de um sistema de saúde moderno, democrático, humanizado e eficiente.

A Constituição de 1988 determina que a "saúde é um direito de todos e um dever do Estado" e que isso deve ser garantido através de políticas econômicas e sociais que visem à diminuição dos riscos das doenças e ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Determinou também o fim do comércio do sangue e hemoderivados, abrindo espaço para acabar com uma das mais indignas formas de mercantilização da vida humana. O Congresso Nacional aprovou, no final de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), estabelecendo o Sistema Único de Saúde como instrumento para garantir aquelas determinações constitucionais.

As bases doutrinárias para esses avanços surgiram na VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada o evento mais importante na história recente da reforma sanitária brasileira, quando aproximadamente 5.000 pessoas discutiram, durante cinco dias, um projeto democrático para o sistema de saúde brasileiro.

Por tudo isso, exatamente quando o Ministério da Saúde, na contramão da História, inviabilizou a realização da etapa nacional da IX Conferência, prevista para o mês de novembro, mesmo depois de as conferências municipais e estaduais terem sido realizadas com êxito e em tempo hábil, num processo sem similar neste País, não se pode deixar de fazer duas considerações sobre o papel do Conselho Nacional de Saúde e da Conferência Nacional de Saúde (CNS).

1 - A democratização da saúde como contribuição para um modelo de reforma do Estado brasileiro

A proposta da reforma sanitária está baseada em uma concepção de reforma do Estado, em que este é duplamente controlado pela via representativa das assembléias legislativas — e, portanto, dos partidos políticos — e pela sociedade civil através de suas diferentes formas de organização — entidades não governamentais e movimentos sociais. A LOS definiu as bases para a democratização do Sistema de Saúde, criando um novo Conselho Nacional de Saúde com composição paritária entre representantes dos usuários (associações de moradores, centrais sindicais, federação de mulheres, de pacientes portadores de diferentes enfermidades, etc.) e representantes dos prestadores de serviços (Governo, profissionais da saúde e setor privado). Também ficou definido por esse texto legal que a cada quatro anos será convocada uma Conferência Nacional de Saúde, com composição também paritária, para definir as diretrizes das políticas de saúde em nosso país. Trata-se de uma proposta que não quer a estatização do social, mas, sim, o controle social do Estado.

As conferências e os conselhos de saúde são princípios de novas formas de gestão, que permitem a participação e o controle da cidadania no sentido de fazer prevalecer os interesses públicos sobre os privados.

2 - As instâncias de democratização como momentos estratégicos do planejamento em saúde

O planejamento é tradicionalmente visto como um conjunto de métodos e técnicas para definição e obtenção racional de determinados objetivos. É, portanto, o campo por excelência da tecnoburocracia. Entendemos que, em uma visão moderna, o planejamento não deve ser encarado dessa maneira restrita, como uma simples definição de métodos e técnicas, mas principalmente como um espaço aberto para a resolução dos conflitos inevitáveis entre os diferentes interesses existentes na sociedade, sempre tendo o consenso como principal objetivo. Nessa visão, o planejamento em uma sociedade democrática deve também ser democratizado, ou seja, servir de mecanismos de participação social.

Os conselhos paritários de saúde e as conferências são elementos que permitem a participação da cidadania na definição de diretrizes, de prioridades, na distribuição de recursos, na elaboração de programas e na fiscalização dos serviços de saúde e, portanto, constituem-se em sujeitos do planejamento da saúde.

A existência legal dessas instâncias na estrutura do sistema de saúde estabelece relações conflituosas com o Poder Executivo, que tem tradição autoritária na figura do Ministro; com a tecnoburocracia, que se vê invadida em seus domínios, e até com partidos políticos, que não entendem a sua legitimidade, a qual é distinta da legitimidade do voto.

Acreditamos, porém, que a experiência que vem sendo desenvolvida no setor da saúde contribuirá em muito para a reforma democrática do Estado brasileiro, a qual se opõe ao modelo de reforma autoritária tecnoburocrática e excludente do Governo

Collor. Porém acreditamos também que esse movimento não será suficiente para provocar um impacto significativo nas nossas condições sanitárias por dois motivos fundamentais.

O primeiro deles é que o atual modelo de organização dos serviços de saúde não consegue, nas condições da nossa sociedade, dar conta dos problemas de saúde, ou seja, está falido por vários motivos:

- as faculdades de medicina, odontologia, farmácia, com suas organizações centradas nos hospitais, não conseguem formar profissionais capazes para solucionar problemas de saúde;
- os grandes centros urbanos colocam em crise os grandes hospitais e os serviços de emergência;
- os postos e os centros de saúde são ociosos e de baixa produtividade — o mercado de trabalho dispar, com uma multiplicidade de vínculos, duplicidade de lealdade pública/privada, desembocou em um corporativismo distorcido e conservador;
- o modelo estatal de serviços de saúde, o modelo privado contratado, a diminuição gradual de clínica privada e a mercantilização da saúde a partir dos seguros se superpõem em um modelo exaurido de conflitos e de baixa resolutividade;
- e, finalmente, acreditamos que a própria teoria da saúde, ao perder a dimensão integral do homem e suas relações com a sociedade e natureza, caminha a passos largos para o seu fim como paradigma do conhecimento.

O desafio neste momento é repensar a própria formação de recursos e a organização dos serviços de saúde a partir de uma visão integradora, rompendo com falsos dilemas, como o estatal "versus" privado, o preventivo "versus" curativo, o biológico "versus" social, o interesse profissional e a necessidade social. Enfim, temos que, dentro das bases legais, pensar uma nova forma de ser setor saúde, retomando, quem sabe, a concepção ecológica da saúde como idéia-força para sua transformação.

O segundo motivo pelo qual não acreditamos no impacto das atuais medidas sobre nosso quadro de saúde é que este não pode ser resolvido única e exclusivamente a partir do seu próprio campo.

A saúde não se resolve a partir do setor saúde.

A grave crise por que passa nosso país é uma crise global. Ela não se restringe a problemas fiscais, à dívida externa ou à crise agrícola.

A globalidade da crise ocorre por ela se dar no econômico, no político, no ético, no social, ou seja, atravessa toda a sociedade. O que falta é um projeto que recoloca prioridades a objetivos e a procedimentos da Nação. Ou seja, precisamos urgentemente de um projeto de Nação que dê condições ao Brasil de recuperar o tempo perdido e ser passageiro desta maravilhosa aventura que pode ser o futuro milênio.

O Mundo passa por intensas modificações, e, pela primeira vez, começamos a ter consciência de que ele não é uma nave que carrega homens pelo espaço, mas um ser vivo integrado e que determinadas soluções de problemas são planetárias; não podemos manter este desenvolvimento, predador e excludente. Se faliu o socialismo autoritário, o capitalismo também não é promessa do desenvolvimento humano. A crise do socialismo autoritário não é solitária, é também a crise da social-democracia, das ditaduras e também do capitalismo. Portanto, uma crise da humanidade.

O Presidente da Câmara dos Deputados afirmou em um debate no PCB que "a falência do socialismo na Albânia não significa a vitória do capitalismo no Paraguai". A mortalidade infantil em Cuba é menor que na "capital do capitalismo", em Washington.

Se hoje assistimos a um novo movimento do capital internacionalizador na economia, criando grandes mercados, o capitalismo, como sistema, empurra a sua periferia capitalista para o aprofundamento do subdesenvolvimento.

A miséria nos Estados Unidos, a perda relativa do seu poder econômico e sua transformação em gendarme mundial, o racismo na Europa, os movimentos migratórios da miséria, a destruição do meio ambiente, a consciência de que o modelo do desenvolvimento capitalista é gradativamente incompatível com a preservação do nosso ecossistema.

A revolução científica e tecnológica que vivemos se diferencia das anteriores, porque não se trata de utilização de energia mecânica, mas da capacidade de dominar os códigos da vida e da velocidade da informação.

Poderemos saber mais e mais rapidamente e poderemos influenciar as formas de vida.

Temos hoje, simultaneamente, a capacidade de destruir a humanidade pelo poder nuclear, pelas guerras químicas e bacteriológicas, como também, a capacidade de acabar com inúmeras doenças e com a fome no Mundo.

A obra **1984** pressupunha um grande senhor centralizando as informações e as vidas; os microcomputadores permitiram a descentralização das informações para o fortalecimento da cidadania. Hoje são possíveis TVs comunitárias, rádios livres, imprensa alternativa, que fazem, pela tecnologia do libertário, pensar numa sociedade mais democrática.

O desenvolvimento recente da ciência e tecnologia não é, como pensam alguns, um simples avanço da dominação burguesa e outras bobagens mais; é uma profunda transformação de paradigmas do saber.

A física moderna recolocou o homem como observador dos movimentos no interior dos átomos, a biologia transita no código genético, novos materiais colocam em questão os fornecedores de matérias-primas. O saber do inconsciente e da cultura não permite mais idéias economicistas e reducionistas do ser humano.

A questão fundamental é saber se esses novos horizontes do conhecimento, esse processo maravilhoso de abrir novos paradigmas será um caminho também para o fim das dificuldades ou para o "apartheid" planetário.

Isso não significa imaginar que acabaram conflitos, contradições e lutas de classe no modo de produção capitalista, mas, sim, dizer que a solução dos problemas da humanidade não se esgotam na luta de classes.

A luta do "feminino" no entendimento da sociedade não fica restrita às lutas feministas, assim como o "radical" não se esgota nas lutas contra as discriminações. Recolocar a "cultura", a paixão, a fé e a diversidade no centro da reconstrução do socialismo coloca a "cidadania" ampla e irrestrita como indicador da democracia política e econômica.

O processo de pensar uma sociedade em que o trabalhador seja proprietário da riqueza produzida, em que o feminino e o masculino se encontrem, em que o "radical" se liberte, em que o saber se transfigure, é o processo da radicalidade democrática. Raízes e poder popular construindo novas utopias.