



ANA CLÁUDIA MORAES BARROS LEITE MOR

**AS DEMOCRACIAS POSSÍVEIS:
UM ESTUDO LATOURIANO DA ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE E DE
SUAS PROPOSTAS DE DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL**

**CAMPINAS
2014**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

ANA CLÁUDIA MORAES BARROS LEITE MOR

**AS DEMOCRACIAS POSSÍVEIS:
UM ESTUDO LATOURIANO DA ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE E DE
SUAS PROPOSTAS DE DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL**

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Luporini do Nascimento

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção de título de Mestra em Saúde Coletiva na área de concentração Ciências Sociais em Saúde

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE A VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA ANA CLÁUDIA MORAES BARROS
LEITE MOR E ORIENTADA PELA PROFa. DRa.
JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO**

Assinatura do orientador

**CAMPINAS
2014**

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

L536d Leite-Mor, Ana Cláudia Moraes Barros, 1987-
As democracias possíveis : um estudo latouriano da Assembleia Nacional Constituinte e de suas propostas de democratização da saúde no Brasil / Ana Cláudia Moraes Barros Leite Mor. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Juliana Luporini do Nascimento.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Democracia. 2. Saúde coletiva. 3. Sistema Único de Saúde. I. Nascimento, Juliana Luporini. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The possible democracies : a latourian study of national constituent assembly and its proposals for the democratization of health care in Brazil

Palavras-chave em inglês:

Democracy
Public health
Unified Health System

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Juliana Luporini do Nascimento [Orientador]
Stélio Alessandro Marras
Gustavo Tenório Cunha

Data de defesa: 24-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO
ANA CLÁUDIA MORAES BARROS LEITE MOR

Orientador (a) PROF(A). DR(A). JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO

MEMBROS:

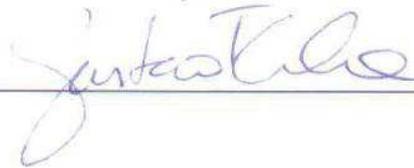
1. PROF(A). DR(A). JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO



2. PROF(A). DR(A). STÉLIO ALESSANDRO MARRAS



3. PROF(A). DR(A). GUSTAVO TENÓRIO CUNHA



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 24 de fevereiro de 2014

Aos grandes amigos colhidos neste longo percurso.

Dedico aos nossos sonhos.

Ao(s) povo(s) do(s) outro(s) mundo(s)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a integridade dos meus pais e dos demais mestres da minha infância, também as suas fraquezas.

Agradeço a paciência do meu Amor.

Durante o ensino médio inventei um País em um trabalho da disciplina de Geografia. O meu País não tinha sistema político, pois não era necessário. As pessoas assumiam como base o reconhecimento do(s) outro(s). A sinceridade das relações tornava dispensável o Estado e seu aparelho administrativo.

Agradeço a oportunidade de continuar a sonhar.

*Qual a diferença entre o encantamento pela paisagem
e o encantamento pelo caminho?*

Este trabalho ambiciona os mundos possíveis

PRÓLOGO

Enuncio o tema desta peça: as democracias possíveis.

Estamos no limiar entre sonho e realidade. Nele quero permanecer e dele extrair o melhor proveito.

Com “limiar” quero significar o *espaço* entre o que estamos e o que podemos. Isso mesmo. Não um limite, não um fio, mas um espaço.... O campo do possível (ou um ainda não).

Objetivo: explorar o limiar. Desdobrá-lo. Fazê-lo crescer em tamanho e potência.

O desafio:

Como suportar a tensão? Como equilibrar-se no fio e não recorrer as prontas soluções de dois mundos? Como fazer ampliar o limiar, proliferar o entremeio?

Não queremos dois, mas todos os mundos possíveis.

Não a máxima fantasia do sonho ou a máxima dureza da realidade, mas *o(s) sonho(s) possível(is) e a(s) realidade(s) necessária(s)*.

Quem me permitirá brincar assim?

Dirão: isso não é Ciência.

Tudo bem, não é exatamente essa Ciência, mesmo, que queremos fazer...

(Quem ainda a quer?)

Queremos mais brincar com seu limite. Ver o que dela é possível aproveitar. Talvez, inventar o resto.

Quem me permite?

Este trabalho surge do encontro de uma pós-moderna criatura, a que vos escreve; um não-moderno autor, Bruno Latour; e um campo apinhado de sonhos, mas com dura realidade, a Saúde Coletiva. Três personagens que contarão essa história.

A criatura que vos escreve descobriu-se pós-moderna nos últimos anos, com as leituras do (auto-referido) não-moderno. Vive a dor do sonho perdido, do mundo que não veio. Lamenta a dura

realidade do poder pelo poder, desespera, assim como os pós-modernos que afundam-se ao constatar (e só enxergar) as mesquinhas que, inelutavelmente, vencem.

O que ela quer? Soltar as amarras e enxergar um mundo novo ou novos mundos, se for capaz.

Um não-moderno autor, audacioso, polêmico, atrevido... quer acabar com a Natureza, a Sociedade e reinventar a ciência (o conhecimento). Só um tão audacioso pode querer enfrentar a audácia do moderno, revogar séculos de história filosófica e política, e ainda não ter-se (assumir-se) como continuidade pós-moderna. Tanta audácia teve, que instigou curiosidade e plantou perspectivas. E se fossemos outros? Ficção demais... Melhor: Se não tivémos sido o que pensamos ser? Se isso, que é dura realidade pós-moderna, for o que não passou de uma invenção? O que ele quer? Neste trabalho, revelar-se profícuo, ou não. Quer instigar, colocar em cheque, levar o que veio (e o que não veio) a ser às últimas consequências.

Promete soltar as amarras que prendem os sonhos modernos e proliferar as realidades sonhadas.

Terceiro personagem (o que mais importa): Saúde Coletiva. Um campo de conhecimento e prática, derivado de um movimento militante por direitos, igualdade, universalidade e saúde. Saúde é Democracia, bradavam.

Quanto de sonho e quanto de realidade carregaram?

Aconteceu(?) que o mundo foi moderno demais, para abraçar todas as realidades sonhadas... esquartejaram-se.

O que ela quer? Espaço. Espaço para recriar-se. Reformar-se.

Enuncio o subtema desta peça: A proliferação das democracias sonhadas, a reinvenção das realidades inventadas, o desprendimento das amarras modernas, da realidade produzida: a exploração das democracias não-modernas possíveis para a saúde coletiva.

Audacioso demais!

Mas audácia até aqui tem-me parecido uma virtude... (não vamos abrir mão dela).

Alguns avisos mais objetivos podem ser importantes aos desconhecedores do nosso referencial teórico. Vamos brincar com os limites(limiaries) da escrita acadêmica e literária; assim como com os da dúvida sistemática e do *cogitatio*. Trataremos de explorar as interfaces da ficção e da realidade - os mundos sonhados e o mundo(s) acontecido(s). Tudo isso, na tentativa de levar a cabo (a sério) os que nos instigaram novas expectativas e perspectivas quanto as problemáticas atuais, Bruno Latour e Gabriel Tarde.

Dos orientadores, leitores e avaliadores peço neste início um voto de confiança e talvez um pouco de paciência com este experimento que Latour me permite, e que, espero, esteja bem argumentado e realizado nas páginas que seguem.

RESUMO

Nosso trabalho trata de explorar, através da perspectiva teórico e metodológica de Bruno Latour, as perspectivas de democracia e democratização da saúde propostas durante a Assembléia Nacional Constituinte (ANC). A Constituição de 1988 é considerada marco da instituição da Saúde como Direito, da criação e normatização do SUS, bem como de seu postulado de controle social. É o momento no qual o movimento da Reforma Sanitária (RS) alcança seu arcabouço legal com a garantia da *saúde como direito de todos e dever do Estado*. A constituição de 88 é, portanto, marco da democratização da saúde no Brasil. No entanto, diversas são as dificuldades que o SUS enfrenta ainda hoje, após vinte anos de sua instituição, quanto a garantir a universalidade da atenção a saúde e a eficácia de seus mecanismos de controle social. O SUS revela o quão complexo é o projeto democrático e para o enfrentamento de suas dificuldades, é necessário um paradigma aberto a diferentes pólos de decisão, criação e controle social, que possibilite uma organização política descentralizada, que responda a demandas locais específicas e compreenda as diferentes necessidades envolvidas em um mesmo espaço organizado, sendo oportuna aos diferentes agentes sociais envolvidos. Diante destas dificuldades, nosso trabalho propõe retornar à ANC, local de produção da Constituição de 88, para abordar as propostas de democracia e democratização da saúde que existiram antes da normatização do SUS, a fim de discuti-las por uma perspectiva política ainda pouco conhecida na Saúde Coletiva: a proposta da Epistemologia Política de Bruno Latour. O sociólogo Bruno Latour reformulou epistemologicamente a noção de política, propondo uma série de conceitos teórico-operacionais que visam renovar as possibilidades de se concretizar a democracia. Tendo partido dos estudos de ciência e tecnologia, este autor produziu uma densa reflexão acerca do pensamento e constituição da modernidade. Latour mostra como a cisão instituída entre Natureza e Sociedade, a concepção do mundo em duas câmaras distintas, a das coisas e a dos humanos, suprime as possibilidades de uma política deliberativa e propriamente democrática. Latour também formula uma nova constituição e outra ciência social, reelaborando sua relevância política. Não cabe mais a sociologia informar o corpo político, mas, contribuir, junto aos atores, para criar formas

mais satisfatórias de reagrupamento do social em eterna produção. Sua metodologia, eminentemente descritiva-etnográfica, consiste em acompanhar os cursos de ação/mutação das associações entre os atores, desdobrando suas heterogeneidades e controvérsias, até que sejam rastreados os meios de estabilização da rede. A maior inovação de Latour está no reconhecimento da ação política dos não-humanos, que associam-se aos humanos de formas múltiplas. Os objetos, tais como, documentos, legislações, estatísticas, etc. nos fazem fazer coisas a todo momento e, para Latour, são eles que permitem a estabilização das redes de associações. Cada objeto estável, produzido como fato indiscutível – caixa-preta, deve ser aberto na rede heterogênea das associações que o produziram, estabilizaram e fecharam de determinada forma. Sua metodologia é proposta, então em três etapas: 1) Multiplicação de controvérsias; 2) Rastreamento dos mecanismos de estabilização e 3) Reagregando o social na forma de *coletivo*. Nosso estudo assume esta proposta metodológica e divide-se em duas partes: 1) A multiplicação das controversas democracias propostas ao longo da Assembleia Nacional Constituinte e 2) A reagregação destas propostas em um *coletivo*, junto a proposta da Epistemologia Política de Latour. Acreditamos que a perspectiva de Latour pode lançar luzes sobre os atuais embates que a democratização da gestão enfrenta na implementação do SUS. Com isso, pretendemos contribuir com o aprimoramento e fortalecimento dos processos democráticos na saúde coletiva.

Palavras-chave: democracia e saúde. sistema único de saúde. Actor-network-theory. epistemologia política.

ABSTRACT

THE POSSIBLE DEMOCRACIES: A LATOURIAN STUDY OF THE NATIONAL CONSTITUENT ASSEMBLY AND ITS PROPOSALS FOR THE DEMOCRATIZATION OF HEALTH CARE IN BRAZIL

Our project is to explore, through the theoretical and methodological perspective of Bruno Latour, the prospects of democracy and democratization of health care proposals during the National Constituent Assembly. The Constitution of 1988 is considered a landmark of the establishment of Health as a Right, the creation and standardization of SUS as well as its postulate of social control. It is the moment in which the movement of the Sanitary Reform reaches its legal framework with the guarantee of health as a right and duty of the State. However, there are several difficulties still faced by the SUS today, after twenty years of its establishment, as to ensure the universality attention to health care and the effectiveness of its social control mechanisms. Given these difficulties, our project proposes the return to the National Constituent Assembly, the place of production of the 88 Constitution, to address the proposals of democracy and democratization of health that existed before the standardization of SUS in order to discuss them through a political perspective in Public Health which is not yet widely known: the Politics Epistemology proposal of Bruno Latour. The sociologist Bruno Latour epistemologically reformulated the notion of politics, proposing a series of theoretical and operational concepts aimed at reviving the chances of an actual democracy. Based on studies of science and technology, this author has produced a dense reflection about the thought and constitution of modernity. Latour shows how the rupture created between Nature and Society, the conception of the world into two distinct chambers, of the things and of the humans, suppresses the possibilities of deliberative and democratic politics. His methodology, eminently descriptive-ethnographic, consists in following the courses of action / mutation of associations between actors, unfolding their heterogeneity and controversies until the stabilizing means of the network are tracked. The greatest innovation of Latour is in the recognition of the political action of the non-humans, which associate themselves with the humans in multiple forms. The objects,

such as documents, laws, statistics, etc., make us do things all the time and, for Latour, they are what allow the stabilization of networks associations. Our study, assuming Latour's methodological proposal, is divided into two parts: 1) The multiplication of the controversial democracies proposed along the Constituent National Assembly and 2) The reassembly of these proposals into a collection, together with the proposal of Epistemology Policy from Latour. We believe that Latour's prospective can shed light on current debates which the democratization management faces in the implementation of SUS. Thus, we intend to contribute to the improvement and strengthening of democratic processes in public health.

Keywords: democracy and health. national health system. Actor-network-theory political epistemology.

LISTA DE SIGLAS

Siglas recorrentemente usadas no texto:

- 8ª CNS – Oitava Conferência Nacional de Saúde
- ANC – Assembleia Nacional Constituinte
- ANT – Actor-Network-Theory
- CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária
- RS – Reforma Sanitária
- SA – Sociologia de Associações
- SC – Saúde Coletiva
- SUS – Sistema Único de Saúde

LEGENDA DA FORMATAÇÃO

Fonte Times New Roman, tamanho 12: relato da pesquisadora quanto a sua própria experiência de pesquisa e na rede de produção da mesma, a Saúde Coletiva. Responde ao terceiro caderno metodológico de Latour e não deve ser confundido com o campo em si.

Fonte Arial, tamanho 12: corresponde as partes formais do projeto de pesquisa, introdução, fundamentação teórica, método, considerações finais e parênteses realizados ao longo do campo, quando necessário explicitar considerações para melhor compreensão do relato ou escolhas metodológicas. Corresponde a voz da pesquisadora nos moldes acadêmicos habituais, seguindo as normas da ABNT.

Fonte Arial, tamanho 11: corresponde à etnografia ou relato textual do campo localizados no capítulo 3 e 4. Pode ser interrompido por Fonte Arial, tamanho 12, quando necessário que a pesquisadora teça determinadas considerações.

Durante o Relato nesta fonte, as falas de constituintes podem ser trazidas ao longo do texto. Quando o relato consistir em falas *ipsis literis* dos constituintes eles *virão grafados em itálico*.

Fonte Arial, tamanho 10, itálico: Corresponde ao conteúdo dos documentos lidos ou citados pelos constituintes ao longo do campo, no meio de suas falas (que estarão em Fonte Arial, tamanho 11).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	27
1.1 OBJETIVO GERAL.....	34
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
2 MARCO A-TEÓRICO.....	37
2.1 O AUTOR.....	37
2.2 EPISTEMOLOGIA POLÍTICA E A PROPOSTA DE UMA DEMOCRACIA NÃO-MODERNA.....	40
2.3 UMA SOCIOLOGIA NÃO-MODERNA: A SOCIOLOGIA DAS ASSOCIAÇÕES.....	49
2.3.1 O social imanente de Latour.....	52
2.3.2 Uma teoria negativa de fundo e nenhum quadro teórico.....	53
2.3.3 Tudo o que se deve fazer: seguir os atores.....	57
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS PARA UMA VIAGEM A CONSTITUINTE.....	65
3.1 O RELATO TEXTUAL COMO LABORATÓRIO E OPERADOR METODOLÓGICO.....	66
3.2 AS ETAPAS DO PERCURSO METODOLÓGICO ANT.....	69
3.2.1 Multiplicação de controvérsias.....	69
3.2.2 Rastreamento dos mecanismos de estabilização.....	70
3.2.3 Reagregando o social na forma de <i>coletivo</i>.....	73
3.3 UMA VIAGEM A CONSTITUINTE.....	76
3.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E DEMAIS CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO.....	79
4 ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE.....	85
4.1 A QUESTÃO DO OBSERVADOR.....	85
4.2 O NÓ DE PARTIDA.....	93
4.3 A GRANDE ARENA.....	115

4.4 RELATÓRIO FINAL.....	187
5 AS DEMOCRACIAS POSSÍVEIS.....	201
5.1 AS CONTROVERSAS DEMOCRACIAS SOB A MESMA DESIGNAÇÃO: UNIVERSALIZAÇÃO E CONTROLE SOCIAL.....	202
5.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS: AS POSSÍVEIS DEMOCRACIAS NÃO MODERNAS PARA A SAÚDE COLETIVA.....	227
REFERENCIAS.....	237
GLOSSÁRIO.....	241
APÊNDICES.....	249
APÊNDICE A - Dados referentes as reuniões da subcomissãoVII-b Saúde, Seguridade e Meio Ambiente.....	251
APÊNDICE B – Constituintes da Subcomissão VII-b Saúde, Seguridade e Meio Ambiente.....	261
APÊNDICE C – Propostas de Textos Constitucionais Apresentados a subcomissão VII-b Saúde, Seguridade e Meio Ambiente.....	263

1 INTRODUÇÃO

“Estatuto do Homem, da Liberdade, da Democracia. Dois de fevereiro de 1987: *‘Ecoam nesta sala as reivindicações das ruas. A Nação quer mudar, a Nação deve mudar, a Nação vai mudar.’* São palavras constantes do discurso de posse [dele, Ulisses Guimarães] como Presidente da Assembléia Nacional Constituinte. Hoje, 5 de outubro de 1988, no que tange à Constituição, a Nação mudou. (*Palmas.*) (...) Chegamos! Esperamos a Constituição como o vigia espera a aurora. Bem-aventurados os que chegam. Não nos desencaminhamos na longa marcha, não nos desmoralizamos capitulando ante pressões aliciadoras (*Palmas*) e comprometedoras, não desertamos, não caímos no caminho. (...) A Nação nos mandou executar um serviço. Nós o fizemos com amor, aplicação e sem medo. (*Palmas*) A Constituição certamente não é perfeita. Ela própria o confessa, ao admitir a reforma. Quanto a ela, discordar, sim. Divergir, sim. Descumprir, jamais. (*Palmas.*) Afrontá-la, nunca. Traidor da Constituição é traidor da Pátria. (*Muito bem! Palmas.*) Conhecemos o caminho maldito: rasgar a Constituição, trancar as portas do Parlamento, garrotear a liberdade, mandar os patriotas para a cadeia, o exílio, o cemitério. (*Muito bem! Palmas*) A persistência da Constituição é a sobrevivência da democracia [!] (...) A sociedade sempre acaba vencendo, mesmo ante a inércia ou antagonismo do Estado. (...) Foi a sociedade, mobilizada nos colossais comícios das Diretas-já, que, pela transição e pela mudança, derrotou o Estado usurpador. Termino com as palavras com que comecei esta fala: a Nação quer mudar. A Nação deve mudar. A Nação vai mudar. A Constituição pretende ser a voz, a letra, a vontade política da sociedade rumo à mudança. Que a promulgação seja nosso grito: – Mudar para vencer! Muda, Brasil! (*Muito bem! Muito bem! Palmas prolongadas.*)” (Guimarães, discurso de promulgação da constituinte, 1988)

O discurso de promulgação da Constituição, proferido por Ulisses Guimarães, é a finalização de um longo processo de deliberação da Assembléia Nacional Constituinte (ANC), que envolveu 554 parlamentares, com participação massiva da sociedade civil, através de suas entidades representativas. Após vinte anos de ditadura militar, o povo, a sociedade, militantes de esquerda e de direita, políticos, parlamentares, vêm-se na possibilidade de reinventar, no papel, uma Nação. Não era possível mudar (pelo menos, não nos um ano e oito meses de constituinte) os altos índices de mortalidade infantil, nem as endemias de doenças infecciosas ainda incontidas, menos a insuficiência e iniquidade do sistema de saúde previdenciário. No entanto, eles podiam, finalmente após vinte anos de ditadura, deliberar, propor, denunciar, construir em conjunto as bases para a mudança e as diretrizes do novo país. É nesta atmosfera que se insere o nosso estudo.

Esta dissertação de mestrado objetiva explorar os limiares entre a realidade a qual se pretendia abandonar (o autoritarismo, a desigualdade e o sistema de saúde falido, deixados pelo governo militar); e o futuro sistema democrático de saúde que, na ocasião da constituinte, existia ainda em sonhos, projeções e algumas poucas experiências concretas. Este *espaço*, existente para o Brasil durante 18 meses, no qual havia as possibilidades abertas de novas formas, novas regras de existência, é

o que nos interesse explorar, através dos sonhos daqueles que se dedicaram a enfrentar, na constituinte, os grandes problemas politico-economicos pelos quais passava o país e o estado caótico da saúde.

Vamos explorar, através da perspectiva teórico e metodológica de Bruno Latour, as perspectivas de democracia e democratização da saúde, sonhadas e propostas neste momento anterior a implementação do SUS. Dois pontos nos serão fundamentais: o movimento da Reforma Sanitária (RS) que propõe a democratização do sistema de saúde, junto ao movimento pela redemocratização do país, e a ANC que é a formalização do estado de direito e a instituição da garantia constitucional do direito a saúde, junto à garantia da democracia.

O *Movimento da Reforma Sanitária*, nas décadas de 70/80, propôs o Sistema Único de Saúde (SUS) altamente descentralizado e democrático, com dispositivos de controle social e de participação da população na tomada das decisões institucionais. Defendia-se que a solução para o caótico estado da saúde no país somente adviria com a constituição de um Estado democrático. “Saúde é democracia, democracia é saúde”, era a bandeira de luta dos militantes da reforma (Arouca, 1987; Escorel, 1988 apud Paim, 2008). Diante disso, profissionais, usuários e acadêmicos que lutavam pela melhoria das condições de saúde, atrelaram-se ao movimento social pela redemocratização do país. O SUS correspondeu a uma reforma setorial peculiar, cuja origem não se encontra no Estado, mas na sociedade civil, junto aos movimentos sociais que combateram o autoritarismo (Paim, 2008; Maio, Lima, 2009). A gênese do SUS coincide com a mobilização pela redemocratização do país, de forma que a questão da democracia, do direito e da democratização da gestão do sistema de saúde toma importância impar para os defensores e pesquisadores do SUS.

Alguns foram os eventos marcos dos avanços obtidos pelo movimento da RS, quanto ao poder legislativo. Primeiro é a realização *I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*, organizado pela *Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados*, então revitalizada pelo número maior de parlamentares progressistas eleitos, assessorados por membros do movimento da RS. Neste simpósio, o grupo de trabalho do Cebes, na pessoa do Prof. Sérgio Arouca, veio a apresentar o documento “A Questão Democrática na Área da Saúde”, no qual a proposta de um sistema unificado de saúde é apresentada pela primeira vez. Depois, a convocação

da Assembléia Nacional Constituinte pelo primeiro presidente José Sarney, leva a 8ª Conferência Nacional de Saúde a preocupar-se com o texto constitucional e com as normas básicas que deveriam estar contidas na constituição, para que se assegure o novo sistema democrático de saúde. Preocupação essa, direcionou as discussões da 8ª conferência, produzindo como relatório final requisições constitucionais básicas para a criação do SUS. Finalmente, a promulgação da constituição, na qual a RS alcança seu arcabouço legal, com a garantia da *saúde como direito de todos e dever do Estado*. A questão social assume, então, importância ímpar, com a adoção de um estado democrático de direitos, a semelhança do modelo *Welfare State* (Marques, Mendes, 2007). O direito a saúde seria, então, garantido mediante a instituição de um sistema nacional de atenção à saúde gratuito e universal. Ademais, a Constituição de 1988, define a obrigatoriedade da criação de espaços participativos em diversas áreas de políticas públicas, inclusive na saúde (Rocha, 2011).

A ocasião da Assembléia Nacional Constituinte é o local fundamental, no qual o movimento da RS encontra-se com o poder legislativo, a fim de garantir a democratização da saúde, através da instituição do direito constitucional. A ANC perdurou durante 18 meses, e efetivou seus trabalhos em oito comissões temáticas, que se subdividiram em vinte e quatro subcomissões. Dentre elas temos a Comissão VII da Ordem Social e, interna a ela, a subcomissão VII-b da Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente¹. Os trabalhos da subcomissão VII-b consistiram em deliberações internas, mas também audiências públicas nas quais os parlamentares ouviram e debateram com diversas entidades representativas da sociedade civil e do governo, sobre as problemáticas envolvidas nos três temas (Saúde, Seguridade e Meio Ambiente). No que tange a saúde, foram ouvidas ao longo de sete audiências públicas quarenta e três entidades da área da saúde, pelos pronunciamentos de cinquenta representantes. Estas entidades dividiram-se entre instituições governamentais; entidades representantes dos trabalhadores e dos profissionais de saúde; entidades representantes dos usuários; entidades patronais e entidades científicas e éticas da saúde. Dessa forma, as reuniões da subcomissão de saúde da constituinte trouxeram para uma mesma arena deliberativa, diversos posicionamentos, pensamentos, requisições e propostas, sobre como deveria ser o

¹ Informações disponíveis no site de comemoração dos 25 anos da constituinte, mantido pela câmara dos deputados: <http://www2.camara.gov.br/comunicacao/institucional/constituicao-federal-25-anos>

novo sistema de saúde democrático, dentre eles majoritariamente as propostas do movimento da RS foram manifestas.

A garantia constitucional, no entanto, não foi suficiente para efetivar a reforma sanitária, bem como os seus postulados de universalidade, equidade e participação social. O projeto da reforma enfrentou diversos embates e barreiras políticas advindos das características de centralização, autoritarismo e permeabilidade aos interesses mercantis herdados das instituições de saúde que antecederam a implementação do SUS (Vasconcelos e Pasche, 2009). O SUS ainda é uma reforma social incompleta (Campos, 2007) sendo que o sistema mantém ações que reproduzem o antigo modelo autocrático e mercantilista herdados do governo militar, o que revela a persistência de padrões de política e a força da inércia no cotidiano das organizações (Vasconcelos e Pasche, 2009; Guerreiro e Branco, 2011; Labra, Figueiredo, 2002). Os mecanismos democráticos e de controle social do SUS mostram muitas dificuldades em seu funcionamento, o que compromete a participação popular na gestão e a própria democratização (Moreira, Escorel, 2009; Oliveira, Pinheiro, 2010; Guizardi, Pinheiro, 2006). Segundo Silva, Silva e Souza (2013, p.259):

Quase 25 anos após a criação do SUS e 23 anos dos principais marcos normativos - leis 8.080 e 8.142, que criaram o SUS e institucionalizaram o controle social -, o que se vê é que, apesar dos esforços para consolidar essa visão moderna de participação social, o quadro de reordenação social e política proposto ainda não experimentou um progresso seqüencial dos direitos civis, políticos e sociais. Na atual conjuntura política de dez anos de um governo que traz como premissa as bandeiras populares, dentre elas a saúde como exercício de democracia, o que se visualiza é um esvaziamento político da maioria dos Conselhos ao longo do País, com práticas ainda marcadas pelo passado de legitimação do poder dominante. O papel exercido outrora pelos movimentos sociais e populares de formação de conselheiros cada vez mais se distancia da população, institucionalizado na representação de um controle social ainda aparentemente "figurativo". (...) Em suma, a democratização da saúde ainda atravessará muitos desafios, sobretudo no campo político. Parece que a dificuldade de desenvolver mecanismos que permitam a consolidação do controle social é diretamente proporcional aos desafios de consolidação do SUS, visto que não basta apenas ofertar serviços de qualidade; é preciso oferecer serviços de qualidade construídos com a participação da sociedade.

Apesar das dificuldades, a área da saúde configurou-se uma das áreas governamentais que mais avançou no sentido da democracia, tendo sido pioneira na constituição de mecanismos políticos de participação social e descentralização, com a instituição dos Conselhos de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde, ambos organizados a nível municipal, estadual e federal e com participação popular

como formas de controle social (Fonseca, 2007; Cortez, 2009; Maio, Lima, 2009). A política de saúde envolve, assim, a negociação e articulação permanente de atores e das instâncias envolvidas: governos, profissionais e usuários (Guerreiro e Branco, 2011). Segundo Martins (2008), o SUS revela, pelo caso da saúde, quão complexo é o projeto democrático. A gestão pública na saúde adquire necessariamente um caráter pluricêntrico, base da conformação do sistema em rede, gerado pelo aumento de demandas diferenciadas e descentralizadas que não podem ser respondidas satisfatoriamente nem pela lógica utilitarista mercantil e privada, nem pela lógica burocrática centralizada do Estado modernizador, ambas as construções políticas do século XX. Ainda segundo Martins (2008), para enfrentar as problemáticas da democratização do SUS, é necessário um paradigma aberto a diferentes pólos de decisão, criação e controle social, que possibilite uma organização política descentralizada, que responda a demandas locais específicas e compreenda as diferentes necessidades envolvidas em um mesmo espaço organizado, sendo oportuna aos diferentes agentes sociais envolvidos.

O sociólogo Bruno Latour reformulou epistemologicamente a noção de política, propondo uma série de conceitos teórico-operacionais que visam renovar as possibilidades de se concretizar a democracia. Tendo partido dos estudos de ciência e tecnologia, este autor produziu uma densa reflexão acerca do pensamento e constituição da modernidade. Latour mostra como a cisão instituída entre Natureza e Sociedade², a concepção do mundo em duas câmaras distintas, a das coisas e a dos humanos, suprime as possibilidades de uma política deliberativa e propriamente democrática. Ademais, discute como a disciplina de sociologia, a partir de sua institucionalização como campo ontológico distinto, impossibilita a ação política e sua renovação. Ao objetivar o social como matéria específica da realidade, a sociologia consagra a cisão moderna referida anteriormente e cria uma sociedade transcendente, *sui generis*, independente, cujas leis seriam a estabilidade, a inércia e imutabilidade³. Neste sentido, para Latour, “se existe uma sociedade, então

² Os termos Natureza e Sociedade levam suas iniciais maiúsculas quando referem ao seu uso e produção como transcendência. Aprofundaremos adiante no marco teórico.

³ A reflexão de Latour acerca das ciências sociais e de suas diversas vertentes é extensa. À título introdutório, com a finalidade de melhor explicitar as contribuições de sua metodologia e deste trabalho, vamos nos restringir a reflexão quanto a vertente Durkheimiana e positivista da sociologia, sendo a ela que nos referimos quando usamos o termo Sociologia. Faremos menção à outras vertentes somente quando demandar nossa argumentação.

nenhuma política é possível”, visto que a atividade constante de construção do mundo comum, a política, é suprimida por um agrupamento já posto e estabilizado a priori, a Sociedade⁴.

Nesta cisão instituída entre Sociedade e Natureza, a política moderna vive sob a ameaça desta dupla transcendência visto que somente as coisas objetivadas, os fatos (naturais ou sociais), descobertos pela prática científica, possuem atributo de realidade, já que estão para além do subjetivismo, o interesse e as disputas humanas. Este postulado funda a racionalidade moderna, pautada na supremacia da ciência, da razão técnica e do dado objetivado como norteadores das ações políticas. Para Latour a Ciência torna-se anti-democrática, pois desacredita as opiniões (*doxa*) e faz calar as deliberações humanas diante do dado “objetivo”. Define-se a Ciência⁵ “como a politização das ciências pela epistemologia, a fim de tornar impotente a via política ordinária, fazendo pesar sobre ela a ameaça de uma natureza indiscutível” (Latour 2004, p.26).

Latour propõe uma nova organização democrática, formulando uma nova “repartição dos poderes” (Latour, 2004); e uma outra sociologia, reelaborando o papel das ciências sociais e da sua relevância política. Não cabe mais a sociologia informar o corpo político, mas, contribuir para novas formas mais satisfatórias de reagrupamento de um social em eterna construção e reconstrução, junto aos atores sociais envolvidos.

Sucintamente, o deslocamento que Latour opera na sua reformulação da sociologia é a concepção do social e da sociedade como produção, e não como domínio peculiar da realidade, dados *a priori*. Para o autor, o social não existe como matéria específica a ser isolada de outros domínios ontológicos (por exemplo, do biológico), mas é aquilo que é produzido quando agentes, a princípio não sociais

⁴ Para Latour, a Sociologia substitui, em benefício do projeto da modernidade, a instabilidade do corpo político pela estabilidade da Sociedade. “Mas quando deslocamos o modo de existência do público para o de uma sociedade, a fim de poupar-nos a imensa, contraditória e árdua tarefa de compô-la através dos meios políticos, sua *fragilidade problemática* desaparece, Supõe-se que o corpo político convertido em uma sociedade permanece sob sua própria força, *mesmo na ausência* de uma atividade política. Embora continue invisível, afirma-se agora que o gigantesco corpo político tinha os pés solidamente fixados num pedestal inabalável [a sociedade].” (Latour, 2012, p.234).

⁵ Iremos diferir, seguindo os passos de Latour, *Ciência* com inicial maiúscula, das ciências ou *práticas científicas*, escritas em minúscula e sempre no plural. Ciência refere-se a prática legitimada pela epistemologia (chamada por Latour de polícia epistemológica – vide glossário) como a capaz de acessar, através de uma supressão da subjetividade, uma Natureza transcendente. Para Latour, as práticas científicas, quando acompanhadas no laboratório não acessam a Natureza, mas uma multiplicidade de naturezas. No marco teórico desdobraremos estas questões, bem como as soluções metodológicas de Latour para que se possa recusar as transcendências da Natureza e da Sociedade.

(humanos, não humanos, coisas, objetos), estabelecem relações/conexões com outros agentes. Este deslocamento implica que não são o social ou a sociedade os fatores explicativos (visto que não postulados) das conformações sociais, mas são eles que devem ser explicitados, pela descrição dos mecanismos de sua produção.

Para Latour, a concepção de uma sociedade *sui generis*, *à priori*, ofusca exatamente aquilo que ela deveria explicar. Por exemplo, não são o poder, ou as assimetrias intrínsecas as relações sociais, mas produtos de um conjunto de relações e mecanismos produzidos pelas conexões múltiplas de atores agindo sobre outros e *fazendo outros fazerem coisas*. Neste sentido, não é o poder fator explicativo de assimetrias, mas aquilo que deve ser explicitado pela descrição densa do conjunto de conexões que o mantém ao longo do tempo, ou não. A eminência empírica (experienciada constantemente) do social, das assimetrias sociais, da sociedade, do poder, da instituição, do capital e demais “conceitos” sociológicos são, exatamente, aquilo que deve ser explicitado pela sociologia que Latour propõe.

Para empreender tal sociologia, comumente chamada de *Actor-Network-Theory* (ANT/Teoria do ator-rede⁶), Latour propõe uma teoria negativa, um conjunto de contradições e uma séria de ferramentas metodológicas a serem utilizadas pelo pesquisador para traçar as conexões estabelecidas por determinado grupo, na produção do social. Tais reflexões, concepções teóricas e conceitos serão tratados a seguir nos itens Marco Teórico e Metodologia.

Com esta renovação das ciências sociais e da política, Latour abre novas possibilidades para se estudar e abordar as formações político-institucionais, seus embates, estancamentos, desigualdades e dificuldades.

A proposta deste trabalho é, então, empreender uma abordagem latouriana da discussão sobre a democratização da saúde empreendida ao longo da ANC, em vista de explorar e reavivar as democracias propostas para o SUS e assim, junto à perspectiva política de Latour, deliberar possibilidades e alternativas para o enfrentamento das problemáticas que envolvem a democratização da saúde. Acreditamos que a perspectiva de Latour pode lançar luzes sobre os embates que a democratização da gestão enfrenta na implementação do SUS. Com isso,

⁶ Manteremos a sigla ANT, sem tradução para o português, devido a importância de se manter o acrônimo ANT com *ant*, que significa formiga em inglês. Em alguns textos que se utilizam da perspectiva de Latour, encontrar-se-á a sigla TAR – Teoria do ator-rede. Para compreender as diversas denominações da perspectiva de Latour, vide glossário: *Actor-Network-Theory* (ANT), Sociologia de Associações e Antropologia Simétrica.

pretendemos contribuir com o aprimoramento e fortalecimento dos processos democráticos, a produção de políticas públicas e pó controle social, na saúde coletiva.

O trabalho que segue está dividido em quatro capítulos. No primeiro, intitulado *Marco a-teórico*, apresentamos o referencial Latouriano com enfoque em duas de suas partes fundamentais: a epistemologia política e a sua proposta teórico-metodológica conhecida como *Actor-Network-Theory* (ANT). Neste capítulo nosso objetivo foi, além de fundamentar teoricamente nossa pesquisa, trazer um texto introdutório do pensamento de Latour para os pesquisadores da saúde coletiva, visto a complexidade de seu pensamento ainda pouco conhecido neste campo de conhecimento e prática. Como auxílio para esta etapa trazemos também, ao fim do trabalho um glossário com os termos do autor, por nós empregados.

No segundo capítulo intitulado *Considerações metodológicas para uma viagem a constituinte*, desdobramos a proposta metodológica de Latour e apresentamos o percurso metodológico que empreendemos em nosso estudo.

No terceiro capítulo, *Assembléia Nacional Constituinte*, desenvolvemos nossa etnografia, na qual traçamos a rede produzida nas reuniões da subcomissão VII-b da Saúde Seguridade e Meio Ambiente, o local de nosso campo. A leitura deste capítulo deve ser acompanhada da produção gráfica realizada junto a ele na plataforma livre Prezi, disponível em <http://prezi.com/hja9me5r2xug/a-arena-oficiosa/>.

No quarto e último capítulo, *As Democracias Possíveis*, realizamos a discussão e as considerações finais de nosso estudo desdobrando as contribuições de Latour para a democratização do novo sistema de saúde, junto às propostas sonhadas para o SUS, durante a constituinte. Finalizamos refletindo as contribuições deste estudo para a problemática da democratização do sistema de saúde.

1.1 OBJETIVO GERAL

Problematizar as propostas de democratização do SUS deliberadas na Assembléia Nacional Constituinte, através da perspectiva teórico e metodológica de Bruno Latour.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as democracias propostas na ANC no que tange a democratização do sistema de saúde;
- Discutir as propostas de democracias encontradas junto à perspectiva política de Latour;
- Elucubrar as democracias possíveis para o SUS, a partir da discussão das democracias descritas, pela perspectiva de Latour;
- Desenvolver as possíveis contribuições da epistemologia política de Bruno Latour para refletir a política pública de saúde no Brasil;

2 MARCO A-TEÓRICO

“Aluno: Bem, é verdade. Devo dizer que acho meio difícil aplicar a Teoria do Ator-Rede ao meu estudo de caso sobre empresas.

Professor: E não é para menos! Ela não se aplica a coisa alguma.” (Latour, 2012, p.205)

2.1 O AUTOR

Bruno Latour teve sua formação inicialmente em filosofia, para depois tornar-se antropólogo. Lecionou no *Centre de Sociologie de l'Innovation* (Centro de Sociologia de Inovação) na *Ecole nationale supérieure des mines* (Escola Nacional Superior de Minas) em Paris, além de ser professor visitante na UCSD, na London School of Economics (Escola de Economia de Londres) e no History of Science Department of Harvard University (Departamento de História da Ciência da Universidade de Harvard). Atualmente, é professor da instituição *Sciences Po Paris*, na qual foi também vice-presidente de pesquisa⁷.

Ao longo de sua trajetória Bruno Latour se dedicou aos *science studies* (estudos da ciência), tendo construído uma consistente crítica de cunho epistemológico, sociológico e político as questões da produção do conhecimento e de suas repercussões nas demais esferas da vida social. Nosso autor vem ao longo das últimas três décadas desenvolvendo os estudos de epistemologia política e da *Actor-Network-Theory* (ANT/Teoria do Ator-rede), além explorar as consequências de suas reflexões, a partir dos *science studies*, em diferentes tópicos tradicionais das ciências sociais, tais como religião, urbanismo, industrialização e artes; e para as próprias ciências sociais.

Podemos perceber duas fases nas publicações de Latour. Em um primeiro momento, ele foca suas pesquisas no campo da ciência e tecnologia e publica uma série de etnografias e ensaios teórico-reflexivos. Começando pela etnografia *Laboratory Life: the Social Construction of Scientific Facts*⁸, que publica em 1979 com Steeve Woolgar; Latour constrói uma abordagem teórica e metodológica

⁷ Informações retiradas do site oficial de Bruno Latour: <http://www.bruno-latour.fr/biography>

⁸ Traduzido para o português em 1997, pela Relume Dumara Editores, São Paulo – *A Vida de Laboratório – a produção dos fatos científicos*.

inovadora para o campo dos *science studies*. Tal abordagem é apresentada sistematicamente no livro *Science in Action, How to Follow Scientists and Engineers through Society*⁹, publicado em 1987.

Com os *science studies*, Latour empreende uma extensa reflexão filosófica e epistemológica, na qual passa a discutir a constituição da modernidade, seus mecanismos de funcionamento e suas crises. Produz, então, seu ensaio mais famoso *Nous n'avons jamais été modernes - essai d'anthropologie symétrique*¹⁰, publicado em 1991. Ainda no campo de ciência e tecnologia, Latour publica mais um ensaio e uma coletânea, desdobrando suas reflexões e as possibilidades da *Actor-Network-Theory* (ANT), então já constituída. São eles: *Aramis ou l'amour des techniques*¹¹, publicado em 1992; e *Pandora's Hope - Essays on the Reality of Science Studies*¹², publicado em 1999.

A partir das reflexões, Latour passa a dedicar-se aos demais campos de aplicação das ciências sociais, bem como as próprias formas de produção do conhecimento na área. Latour reflete sobre as crises ecológicas e as relações entre ciência e política no [*Politiques de la nature. Comment faire entrer les sciences en démocratie*](#)¹³, publicado em 1999. Empreende pesquisas no sistema jurídico francês ([*La fabrique du droit. Une ethnographie du Conseil d'Etat*](#), 2002¹⁴) e com temas religiosos ([*Jubiler ou les difficultés de l'énonciation religieuse*](#), 2002¹⁵; [*Sur le culte moderne des dieux faitiches*](#), 2009¹⁶). Ademais, discute as ciências sociais, juntamente com a explanação da sua proposta teórico-metodológica, em um livro que mostra a maturidade da ANT, [*Reassembling the Social – An Introduction to Actor-Network-Theory*](#)¹⁷, publicado em 2005¹⁸.

⁹ Traduzido para o português em 2000, pela editora UNESP, São Paulo – *Ciência em ação – como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*.

¹⁰ Traduzido para o português em 1993 pela Ed. 34, Rio de Janeiro – *Jamais Fomos Modernos – ensaio de antropologia simétrica*.

¹¹ Sem tradução para o português.

¹² Traduzido para o português em 2001 pela EDUSC Editora da Universidade do Sagrado Coração, Bauru-SP - *A Esperança de Pandora. Ensaio sobre a realidade dos estudos científicos*.

¹³ Traduzido para o português em 2004 pela EDUSC, Bauru-SP – *Políticas da Natureza. Como fazer ciência na democracia*.

¹⁴ Traduzido para o português em 2009 pela EDUSC, Bauru-SP - *A Fábrica do direito. Uma etnografia do Conselho de Estado*.

¹⁵ Sem tradução para o português.

¹⁶ Traduzido para o português em 2002, pela EDUSC, Bauru-SP – *Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches*.

¹⁷ Traduzido para o português em 2012 pela EDUSC, Bauru, SP; e EDUFBA, Salvador, BA – *Reagregando o Social. Uma introdução a teoria do Ator-Rede*.

¹⁸ Não são aqui citadas todas as publicações de Latour, mas algumas principais para que se entenda a progressão de seus estudos.

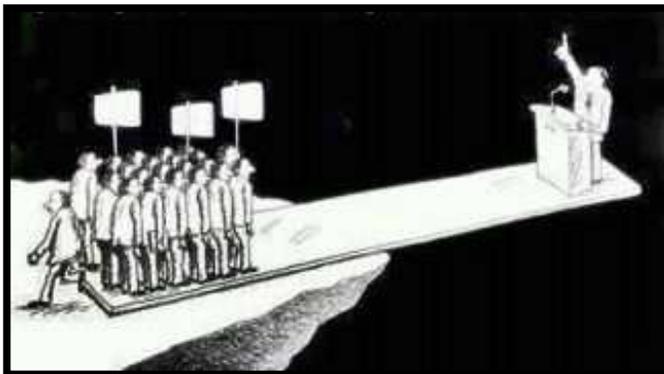
Como principais influências dos *science studies* estão o programa forte de sociologia da ciência de David Bloor, do qual Latour assume a noção de *simetria* e a filosofia da ciência de Michel Seres, da qual assume a noção de *tradução*. Ademais, a antropologia de Latour parte da etnometodologia de Garfinkel e, ao longo do desenvolvimento da ANT, são reconhecidos como influências a sociologia de Gabriel Tarde e as filosofias de Gilles Deleuze e Foucault (Hernandez, 2003; Tirado, 2005).

Em meio à reflexão de Latour e à sua extensa produção, focaremos, para o desenvolvimento metodológico e reflexivo deste trabalho, em dois temas fundamentais: na proposta da epistemologia política, como suporte reflexivo acerca das noções de democracia e política; e na *Actor-Network-Theory* como norteador do nosso percurso metodológico. Da bibliografia acima citada, teremos como suporte para nossa reflexão fundamentalmente os ensaios *Jamais Fomos Modernos* (1994), *Políticas da Natureza* (2004) e *Reagregando o Social* (2012). Para a proposta metodológica, nos norteamos pelos livros *Ciência em Ação* (2000) e *Reagregando o Social* (2012).

Latour possui muitas peculiaridades em seu pensamento, assim como uma linguagem própria, em muito distinta da linguagem usual das ciências sociais. Em vista disso, e de possíveis dificuldades na compreensão de seu pensamento, teremos como suporte um glossário, apresentado ao fim deste trabalho, que visa esclarecer alguns termos e conceitos criados por Latour, dando mais subsídios a nossa discussão. Os termos que devemos dar atenção virão grafados em *itálico*, e as notas de rodapé avisam quando se deve recorrer ao glossário para uma melhor compreensão do nosso raciocínio¹⁹.

¹⁹ Imitamos nesta proposta o recurso usado por Latour nos livros *A Esperança de Pandora* (2001) e *Políticas da Natureza* (2004). Latour alerta para que o entendimento dos termos comuns utilizados por ele deve ser feito de acordo com seu pensamento e com a forma como ele os foi, progressivamente, especializando. Daí a importância de se recorrer ao glossário quanto aos termos e conceitos propostos por Latour, para que não haja confusão de sentidos com demais linhas do pensamento social e epistemológico.

2.2 EPISTEMOLOGIA POLÍTICA E A PROPOSTA DE UMA DEMOCRACIA NÃO-MODERNA



Fonte: professornetomota.blogspot.com (adaptado)

A epistemologia política trata da “análise da distribuição *explicita* dos poderes entre ciências e políticas [simultaneamente da organização da vida pública e das ciências] no quadro da *Constituição*” (Latour, 2004, p.376). É a proposta de que, para qualquer discussão/análise, abstenha-se da cisão prévia entre dois campos epistemológicos supostamente distintos, a Ciência (questões cognitivas objetivas) e a política (questões contextuais subjetivas), para tratá-los como “um mesmo problema”, simetricamente e imbricados, tal como se apresentam empiricamente em um curso de ação.

Para compreender tal proposta, vamos empreender um percurso na reflexão de Latour sobre o mundo moderno, sua constituição e a *repartição de poderes* que este legitima, para, por fim, chegar à reformulação que a epistemologia política propõe da vida pública, da política. Nosso percurso se inicia na cisão ontológica e epistemológica instituída pelo projeto da modernidade: um mundo estruturado segundo a divisão entre uma Natureza e uma Sociedade²⁰. Passaremos, daí, a discutir como esta *metafísica*²¹ moderna, constituída em duas câmaras, produziu uma determinada *repartição dos poderes* que viria a suprimir as possibilidades de exercício da democracia. Tendo compreendido o paradoxo do mundo moderno e o

²⁰ Os termos Natureza e Sociedade, bem como Natural e Social, levarão suas iniciais maiúsculas quando referirem ao seu uso como transcendência na *constituição moderna*. O termo Ciência, também leva sua inicial maiúscula quando tratar-se da prática idealizada pela epistemologia como acesso a uma Natureza transcendente. O termo política, tal como colocado em oposição a Ciência pela *constituição moderna*, vem com inicial minúscula pois remete ao espaço das disputas humanas privadas de qualquer acesso a realidade transcendente. Vide Glossário, transcendência-imanência.

²¹ O termo *metafísica* é usado recorrentemente na perspectiva de Latour como um substituto para o termo ontologia. Vide glossário.

como ele suprime a democracia, apresentaremos a reformulação que Latour propõe da política, do exercício da democracia e da concepção do nosso *mundo comum*, agora constituído em uma única câmara.

No livro *Jamais Fomos Modernos* (1994), Latour argumenta que o fundamento do mundo moderno é a cisão entre Natureza e Sociedade e, o que o mantém, é o conjunto de uma dupla de práticas, as *práticas de mediação* e as *práticas de purificação*.

Para elucidar a cisão ontológica que funda a modernidade Latour convoca uma disputa exemplar, datada do sec. XVII, entre Robert Boyle, criador do laboratório e do fato científico, e Thomas Hobbes, cientista político autor da noção de contrato social e precursor de diversas linhas de ciência política atuais. Estes dois disputaram a repartição dos poderes entre a ciência e a política. Boyle acreditava acessar e expor a realidade (natural) através do seu dispositivo, o laboratório, e assim ditar a realidade. Hobbes acreditava poder unificar as discórdias e interesses humanos através da figura de um único soberano, representante de todos, que, através de um contrato social, teria o poder decisório quanto à realidade e as questões da nação. Mas como Hobbes teria um soberano unânime, se há alguns cientistas por aí dizendo a realidade através de artifícios criados dentro de quatro paredes (um laboratório)? Como Boyle e seus seguidores podem aceitar um soberano que sequer considera o laboratório e as leis universais da Natureza, ao resolver as questões da Nação?

Os dois pensadores discutiram o que é a realidade, o que é a Natureza e o seu poder sobre os homens. Discutiram o que é a sociedade, o que são os homens e seu poder sobre a Natureza. Ambos falaram de política, leis universais, matemática, interesse, natureza e social. Ambos fizeram filosofia, ciência política e ciência natural. No entanto, seus seguidores ao longo dos séculos que sucederam, operara uma ruptura. Os cientistas naturais descendentes de Boyle desconhecem seu textos e publicações políticas, bem como os descendentes de Hobbes, desconhecem os seus ensaios matemáticos. Boyle e seus descendentes, bem como Hobbes e seus descendentes terminam por inventar o nosso mundo moderno:

“um mundo no qual a representação das coisas através do laboratório encontra-se para sempre dissociada da representação dos cidadãos através do contrato social.(...) era preciso que desde então todos “vissem imagens duplicadas” e não fosse estabelecida uma relação direta entre a representação dos não-humanos e a dos humanos, entre o artifício dos fatos e a artificialidade do corpo político. (...) cabe a ciência a representação

dos não-humanos, mas lhe é proibida qualquer possibilidade de apelo à política; cabe à política a representação dos cidadãos (humanos), mas lhe é proibida qualquer relação com os não-humanos produzidos e mobilizados pela ciência e pela tecnologia.” (Latour, 1994, p. 33)²²

Segundo tal concepção, de um lado está o mundo factual, dos objetos, que responde estritamente a leis de causalidade, e por isso está para além (transcende) das decisões e interesses humanos. A Natureza é algo já posto, existente desde sempre, sem história. Ela pode ser desvendada/descoberta através da Ciência, do método, da lógica pura, operação que visa à suspensão dos juízos humanos. A este mundo transcendente, a-histórico, contrapõe-se ao mundo dos “homens-entre-eles”, regido pelos interesses, pelas disputas, pelo poder, pela subjetivação e pelo livre-arbítrio. A sociedade é imanente, construída pela ação humana e desenvolvida através de discussões e decisões; aos quais damos o nome de política. Cria-se dois campos ontológicos separados que distinguem-se, um no outro, instituindo-se duas câmaras dentro das quais deve ser colocada (classificada) a realidade, a existência e os acontecimentos.

Hobbes e seus seguidores criaram os principais recursos de que dispomos para falar do poder – representação, soberano, contrato, propriedade, cidadãos – enquanto que Boyle e seus seguidores elaboraram um dos repertórios mais importantes para falar da natureza – experiência, fato, testemunho (Latour, 1994). O que nós ainda não sabíamos é que se tratava de uma dupla invenção do repertório moderno. (Latour, 1994). Mais do que existirem separadamente, a criação simultânea destes dois campos ontológicos, aparentemente contraditórios, mostra como um dá suporte ao outro. Ciências Naturais e Ciências Humanas, apesar de alimentarem continua guerra pela capacidade explicativa da realidade, suportam epistemologicamente uma a outra pois reproduzem a todo momento a mesma cisão ontológica que funda a modernidade, e uma não poderia fazê-lo, sem a outra.

²² Quando Latour usa o termo representação, ele não refere-se a conceituação usual das ciências sociais, pois, como veremos ele abstém-se da cisão instituída no mundo moderno e, com isso, das noções de representação, subjetividade, simbólico e etc.. O sentido que Latour dá ao termo é ora associado ao conceito de *porta-voz*, aquele que representa um agrupamento ou agente, que fala no lugar de outro ou representa para o todo do demos ele mesmo (vide *Uma política livre de ciência – o corpo cosmo político*, in *A Esperança de Pandora*, 2001); ora associado ao que chama figuração, quando um agente social, a partir de que passa a ser constituído no conjunto de associações assume uma forma/figuração. Neste excerto, Latour usa o termo no sentido de *porta-voz*.

“Jamais, desde as primeiras discussões dos Gregos sobre a excelência da vida pública, se falou de política sem natureza; ou além disso, jamais se fez apelo à natureza, senão para dar uma lição de política.” (Latour, 2004, p.58)

Para Latour, a modernidade está fundada na ruptura ontológica/epistemológica entre Natureza e Sociedade, e opera no conjunto de duas práticas, as de *mediação* e as de *purificação*. A *prática de purificação* é esta que descrevemos até então, o procedimento permanente de classificação dos acontecimentos, nas duas câmaras ontológicas e epistemológicas, Natural e Social²³. A *prática de mediação* consiste na mistura contínua, no nível do fazer, dos seres ontologizados previamente pela purificação, como naturais ou humanos. Trata-se de reconhecer que na prática (em um curso de ação acompanhado empiricamente, por exemplo) nunca operamos a separação, nunca fizemos ciência sem política, bem como nunca fizemos política sem um apelo a Natureza. Latour (1994) mostra que a legitimação exclusiva da *prática de purificação*, pela *constituição moderna*, como a capaz de ditar a realidade e aos fenômenos; proliferou uma quantidade crescente de fenômenos híbridos, simultaneamente naturais e humanos. Tais fenômenos proliferam-se nas atuais crises ambientais e sanitárias e não podem ser facilmente enquadrados, visto a heterogeneidade de suas associações e as inúmeras vezes que ultrapassam o corte epistemológico instituído²⁴.

Se coisas e humanos misturam-se continuamente, conformando entidades híbridas existentes em uma mesma câmara, qual a razão da *prática de purificação*, e da necessidade de classificação contínua entre dois compartimentos opostos?

²³ Segundo Latour (1994, p.11) “os críticos desenvolveram três repertórios distintos para falar de nosso mundo: a naturalização, a socialização, a desconstrução”. Ciências naturais, sociais e do discurso (representadas para Latour nas figuras de Changeux, Bourdieu e Derrida), captam para si a sua fatia dos fenômenos, de forma que possuem potência em si mesmas, mas não poder ser combinadas entre elas, pois “quando o primeiro fala de fatos naturalizados, não há mais sociedade, nem sujeito, nem forma do discurso. Quando o segundo fala de poder sociologizado, não há mais ciência, nem técnica, nem texto, nem conteúdo. Quando o terceiro fala de efeitos de verdade, seria um atestado de grande ingenuidade acreditar na existência real dos neurônios do cérebro ou dos jogos de poder.” (Latour, 1994, p.11).

²⁴ Um exemplo já clássico, pois abre a obra *Jamais fomos Modernos*, é o do buraco na camada de ozônio. Este é um evento “natural”, está na natureza, e até mesmo, somente as práticas científicas podem acessá-lo diretamente (ninguém vê o buraco na camada de ozônio a olho nu), no entanto, ele foi produzido pela ação humana. Quando se ouve falar em *buraco na camada de ozônio*, se fala das relações de estado, das ONGs defensoras do meio ambiente, de posicionamentos políticos, de substâncias químicas (CFC), de pesquisas científicas de alta tecnologia, das indústrias produtoras de aerossóis; todos juntos, em uma mesma rede de relações, sem contornos definidos, essências ou propriedades.

O papel desta concepção do mundo em duas câmaras é elucidada pelo autor, no livro *Políticas da Natureza* (2004) pela analogia como Mito da Caverna de Platão, descrito por este em *A República* (1994). No mito da caverna existem dois espaços: o interior da Caverna, onde estão os homens; e o seu exterior luminoso. No interior da caverna, os homens estão presos, acorrentados e não fazem senão discutir acerca do que são capazes de ver: reflexos distorcidos produzidos pela luz de uma fogueira da qual não tem conhecimento e acesso. Acerca destes reflexos há diversas interpretações, intermináveis disputas, e os homens sequer sabem que há um mundo exterior e que o que conseguem enxergar são meros reflexos. Do lado de fora da Caverna, o mundo das idéias, há as coisas que produzem os reflexos tais como são verdadeiramente, as “coisas em si”. Eis que, um dos homens, dotado de características que o distinguem dos outros, designado Sábio, consegue se desvencilhar das amarras que prendem a todos na caverna e ao sair da caverna, contempla as “coisas tais como são”. Após tal contemplação, o Sábio retorna a caverna para dizer aos homens a verdade sobre as coisas (que formam os reflexos) e acabar, então, com as intermináveis disputas humanas.

Segundo Latour este movimento implica em uma dupla ruptura pois, não existe continuidade possível entre o mundo dos humanos e o mundo exterior. Assim, como descrito anteriormente, estes dois mundos foram produzidos, pela *prática de purificação*, para distinguirem-se e anularem-se mutuamente, apesar de dependerem um do outro. O acesso à verdade (leis não feitas pela mão do homem, à Natureza), deve ser empreendido por uma ruptura com a condição humana. Deve haver um abandono do mundo dos homens, a fim de que se possa contemplar as “coisas em si”. Segundo Latour (2004), sem esta dupla ruptura (a saída e o retorno do Sábio da caverna), não há concepção ocidental da vida pública e toda a história da política ocidental, e seu pensamento, está pautada nesta cisão ontológica/epistemológica prévia.

Esta construção política em duas Câmaras, a Natureza e o Social, permite uma certa *repartição dos poderes* em que somente o Sábio, que corresponde na constituição moderna à Ciência, tem a capacidade de passar de um mundo a outro, tornando-se ao mesmo tempo o Legislador (a partir de que somente ele conhece as leis que regem as coisas tais como são) e o Salvador (somente ele, a partir de que acessa a Natureza, pode por fim as disputas a ao caos da caverna). A constituição moderna cindida em duas câmaras proporciona, então, à Ciência a “mais fabulosa

capacidade política já inventada, fazer falar o mundo mudo, dizer a verdade sem ser discutida, pôr fim aos debates intermináveis por uma forma indiscutível de autoridade, que se limitaria as próprias coisas.” (Latour, 2004, p.34)

Latour (2004, p.26) define, então, “a Ciência como a politização das ciências pela epistemologia, a fim de tornar impotente a via política ordinária, fazendo pesar sobre ela a ameaça de uma natureza indiscutível”. A constituição moderna em duas câmaras, na qual uma única prática é legitimada para fazer a interlocução entre os dois mundos, torna-se anti-democrática. Toda a política, a composição do espaço coletivo, e a democracia como processo deliberativo que debate tal composição, vêm-se abortados previamente, pela existência de um mundo transcendente, no qual estão as coisas com toda a *essência*. Aos humanos, privados de toda realidade, resta o caos da caverna de intermináveis disputas, ou o aceite das verdades vindas de fora, trazidas por aqueles poucos que, estranhamente, são capazes de operar uma dupla ruptura. Diante de tal quadro, Latour indaga-se:

“A primeira vista, uma tal separação de poderes não saberia manter-se. Seriam, aí, necessárias muitas hipóteses inverossímeis, muitos privilégios indevidos. Jamais o povo aceitaria definir-se como um amontoado de eternos prisioneiros, que nem se podem falar diretamente, nem tocar coletivamente aquilo sobre o que falam, e que se encontram reduzidos a conversas para não dizer nada. Ademais, jamais alguém aceitaria entregar tanto poder a um grupo de espertos que ninguém elegeu. Mesmo admitindo esta primeira série de absurdos, como imaginar que os Sábios, e somente eles, possam ter acesso as próprias coisas inacessíveis? Mais extravagante ainda: por qual milagre as coisas mudas tornar-se-iam subitamente capazes de falar? Por qual quarta ou quinta vez de passa-passa, estas coisas reais, uma vez falando pela boca destes filósofos-reis, teriam a propriedade inaudita de se tornar no mesmo instante indiscutíveis, e de fechar a boca dos outros humanos? Como imaginar que estes objetos não-humanos possam ser mobilizados para resolver os problemas dos prisioneiros, uma vez que previamente se definiu a condição humana pelo corte com toda a realidade?” (LATOURE, 2004, p.34)

Tal contradição na repartição dos poderes e da realidade, possibilitados por uma metafísica específica que funda o mundo moderno (sua composição e funcionamento) possui no entanto, uma necessidade inicial. Para que tal mecanismo político tenha efetividade, ou seja, para que o ideal moderno do progresso através da Ciência tenha legitimidade; é necessário que a massa dos humanos adentre a caverna, cortando de início todo o contato com a realidade. Somente aí, a Ciência poderia ter o caráter de salvação e o poder que lhe é dado.

“toda a máquina não funcionará se o povo não se encontrar previamente imerso na obscuridade da gruta, cada indivíduo separado dos outros, amarrado a seu banco, sem contato com a realidade, preso aos rumores e aos preconceitos, sempre prestes a se lançar no pescoço daqueles que vêm para reformá-lo. (...) É assim que os homens vivem? Pouco importa. O Mito exige, de início, que nós, os humanos, desçamos a Caverna, cortemos nossas inumeráveis ligações com a realidade, percamos todo o nosso contato com nossos semelhantes (...) e comecemos a nos tornar incultos, raivosos, paralisados e acumulados de ficção. É então, e só então, que a Ciência virá salvar-nos. Menos forte que o relato bíblico da queda, o mito começa por algo abjeto, do qual ele bem se preserva de nos relatar a origem. Ora, nenhum pecado original nos obriga a começar a vida pública pela idade das Cavernas. (...) E, todavia, o pensamento político dos Ocidentais viveu longo tempo paralisado por esta ameaça vinda de fora e que poderia a qualquer momento esvaziar de substância o essencial de suas deliberações: a natureza indiscutível das leis não-humanas, a Ciência confundida com as ciências, a política reduzida ao inferno da Caverna.” (LATOURE, 2004, p.36-38)

Agora que compreendemos de que trata a contradição da *constituição moderna* e o porquê de ela restringir o exercício da democracia a grupos específicos. Podemos empreender nosso trajeto pela proposta de Latour: a reformulação da *Constituição* do espaço coletivo (do *mundo comum*) em uma única câmara chamada de *coletivo*, a fim de possibilitar uma nova *repartição de poderes* entre *humanos* e *não humanos*; operacionalizando a democracia.

Sucintamente, a proposta de Latour trata de “não entrar na Caverna”, isto é, não pressupor o *mundo comum* dividido em duas câmaras, a ruptura entre os homens e o acesso a realidade. Para isso, Latour emprega densa discussão com as categorias conceituais modernas (Ex: sujeito, objeto, estrutura, ator, fato, valor, etc.) em visa de produzir uma outra linguagem que nos possibilite descrever e analisar os fenômenos, não recorrendo a sua classificação ontológica e epistemológica para dentro das câmaras purificadas da antiga constituição.

De início, há que se diferenciar a noção de política tradicional das ciências sociais, da proposta de *política*²⁵ como a composição progressiva do *mundo comum*, feita por Latour. Para o nosso autor, as ciências sociais terminaram por, ao longo dos séculos de sua existência, jogar-nos na Caverna. Com a noção de representação, as ciências sociais reproduziram a cisão ontológica da tradição platônica, limitando os humanos a um acesso à realidade sempre mediado pela subjetividade. Em continuidade, dá à subjetividade os conflitos de interesse e poder, que passam por sua vez, a constituírem intrinsecamente as relações sociais e políticas. A noção de

²⁵ Quando termo *política* vier grafado em *itálico*, nos referimos à proposta de Latour. Ver Glossário – *política* X política-poder

política-poder, majoritária na sociologia e ciência política ocidentais, advém e é sustentada pelo corte epistemológico moderno²⁶.

Latour pretende “escapar a esta escolha cominatória: ou bem a realidade do mundo exterior, ou bem o inferno social” (LATOURE, 2004, p.37). O meio para a política do *coletivo* é o esforço de “nunca entrar na caverna”, a recusa da concepção da Natureza e da Sociedade como transcendências²⁷, dados *à priori*. Difere-se, então, a política-poder da *política* proposta por Latour como *associação* na composição progressiva do *mundo comum*. Latour passa a pensar conceitos teórico-operacionais para conceber uma nova forma de fazer política, aí sim, genuinamente democrática. “Como conceber uma democracia que não viva sob ameaça constante de um socorro vindo da Ciência? A que se assemelharia a vida pública daqueles que se recusam a entrar na caverna?” (LATOURE, 2004, p.39). Tais conceitos teórico-operacionais que explicitaremos a seguir são: as noções de *coletivo* e *pluriverso*; os agentes de composição do *coletivo*, *humanos*, *não-humanos*.

Em lugar de duas arenas distintas, Latour propõe o conceito de *coletivo*, cuja função é reunir em um *mundo comum* todos os agentes, que deixam, então, de serem previamente classificados como concernente a ordem das coisas ou dos humanos, naturais ou sociais.

“Reaproximar, contra a ameaça da Ciência (que não seqüestra mais a realidade exterior para criar uma corte de apelação de última instância), as realidades produzidas pelas ciências, a fim de poder colocar, a novos custos, a questão do *mundo comum*.” (LATOURE, 2004, p.77)

Para possibilitar a formação do coletivo Latour propõe o abandono das concepções cultura/natureza, sujeito/objeto; e passa a designar os agentes/atores por *humanos* e *não-humanos*. Os *não-humanos* adentram o coletivo a partir de que

²⁶ Latour (1994, 2004) explicita como as noções de representação, simbólico, etc., reproduzem a cisão ontológica do mundo moderno. Conceber que algo é representado de diferentes formas por diferentes sujeitos ou culturas implica que este algo é posto *a priori* e é o mesmo para todos. Desta forma, o multiculturalismo (e o relativismo das ciências humanas) está fundado no próprio mononaturalismo (uma Natureza que é objeto das diferentes representações, é, portanto, a mesma para todos, unificada como *transcendência*). A noção de *política-poder* funda-se no mecanismo da caverna platônico, visto que, se os humanos não têm acesso direto a realidade e somente uma representação condicionada pelo lugar e cultura que estão. As disputas entre eles por suas verdades são, então, insolúveis. Pela metafísica moderna do mundo em duas câmaras, a política como disputa-poder passa a constituir intrinsecamente as relações. É desta conclusão cominatória que Latour procura escapar com a sua metafísica em uma única câmara e a sua *política*. Para a discussão aprofundada sobre a noção de representação vide Políticas da Natureza, 2004, p.65; e para a relação do multiculturalismo-mononaturalismo vide Políticas da Natureza, 2004, pg. 87-88-89.

²⁷ Vide glossário – transcendência-imanência.

assimilado pelas práticas científicas, mas ao fazerem isso não tem a propriedade de por fim a discussão. Pelo contrário, acrescentam mais agentes ao coletivo e complicam sem interrupção da palavra. Os cientistas tornam-se *porta-vozes* dos *não-humanos* e, assim como de todo *porta-voz*, deve-se duvidar de suas falas e não tomá-las como próprias daquele de quem fala no lugar. Assim, a ciência passa a ter a função imprescindível de fazer falar os *não-humanos*, porém, não mais tem o poder de calar as demais vozes do coletivo, visto que não se trata de dar voz a uma Natureza transcendente.

Latour abstêm-se de usar os termos sujeito e objeto pois eles fatalmente nos transportam as duas câmaras, onde os sujeitos detêm a fala e a volição, mas nenhum acesso a realidade; e os objetos estão estritos a causalidade, não falam, mas tem o poder de ditar o real. A questão é:

“[permitir] permutar suas propriedades [dos sujeitos e dos objetos], a fim de compor em comum a matéria prima do coletivo. Enquanto a oposição sujeito/objeto tinha por estratégia *proibir* toda permuta de propriedades, a dupla humano/não-humano torna essa troca, não somente desejável, como necessária. É ela que vai permitir preencher o coletivo de seres dotados de vontade, de liberdade, de palavra e de existências reais. (...) no lugar de uma ciência dos objetos e de uma política de sujeitos, [devemos] dispor de uma ecologia política dos coletivos compostos de humanos e não-humanos.” (LATOUR, 2004, p.119-120)

Os objetos, tornados *não-humanos*, libertos da polêmica da natureza transcendente; e os sujeitos, tornados *humanos*, libertos da eterna ameaça da objetivação pela Ciência; podem então compor civilmente o mesmo espaço e, ambos dotados de vós e ação política, deliberar no *coletivo* a fim de constituir satisfatoriamente o *mundo comum*. As práticas científicas, por sua vez, libertada da Ciência, da Natureza, vão poder desprender o formidável potencial do *pluriverso*²⁸. As disciplinas científicas podem multiplicar os recintos, as arenas, as instituições, os fóruns, as experiências, as provas, os laboratórios pelos quais se associam os *humanos* e *não-humanos*; na construção de um *mundo comum* satisfatório.

Em lugar de duas arenas distintas, Latour propõe, então, um *coletivo*, cuja função é reunir em um *mundo comum* todos os agentes possíveis, dando a eles legitimidade ontológica e política e reformulando a antiga *repartição de poderes* moderna. De início, o papel do *coletivo* é exatamente debater a dita hierarquia (entre

²⁸ Vide glossário.

as leis das coisas e as deliberações humanas), para chegar a uma solução aceitável.

Agora podemos conceber de que trata a epistemologia política. Retomando o início de nossa argumentação, a epistemologia política trata da “análise da distribuição *explicita* dos poderes entre ciências e políticas [simultaneamente da organização da vida pública e das ciências] no quadro da *Constituição*” (Latour, 2004, p.376). Livres da cisão moderna, podemos então, tratar como “um mesmo problema”, simetricamente e imbricados, as questões científicas e sociais, tal como se apresentam empiricamente em um curso de ação. Para isso, analisaremos a seguir a proposta sociológica de Latour da *Actor-Network-Theory* (ANT).

Esta nova *política* proposta por Latour permite-nos repensar as noções e conformações institucionais da democracia. Latour ao colocar o dado objetivo, a pesquisa e a prática científica em pé de igualdade com as outras instâncias de deliberação política, tais como, os próprios humanos, suas necessidades e opiniões, coloca em questão o alto poder atribuído as racionalidades gerenciais e administrativas empregadas hoje na gestão das instituições públicas; bem como o poder atribuído a pesquisa científica no campo da saúde, em detrimento, muitas vezes das necessidades e reivindicações dos próprios usuários dos serviços de saúde. Além, ao desconstruir as noções de política como poder e interesse, esta perspectiva nos abre horizontes para ampliar a entendimento das problemáticas que se apresentam contemporaneamente nas ações de gestão políticas e democráticas do SUS.

2.3 UMA SOCIOLOGIA NÃO-MODERNA: A SOCIOLOGIA DAS ASSOCIAÇÕES

“Não misturemos o céu e a terra, o global e o local, o humano e o inumano. ‘Mas estas confusões criam a mistura – você dirá –, elas tecem o nosso mundo?’ – ‘Que sejam como se não existissem’, respondem os analistas, que romperam o nó górdio com uma espada bem afiada. O Navio está sem rumo: à esquerda o conhecimento das coisas, à direita o interesse, o poder e a política dos homens. (...) Qualquer que seja a etiqueta, a questão é a de reatar o nó górdio atravessando, tantas vezes quantas forem necessárias, o corte que separa os conhecimentos exatos e o exercício do poder, digamos a natureza e a cultura” (LATOURE, 1994, p.8)

Latour iniciou seus estudos, sob a perspectiva antropológica, tendo como objeto a ciência e a tecnologia. Este campo, cunhado pelo termo *Science Studies*, produziu um conjunto de ponderações acerca da ciência, da política e do corte epistemológico que, acredita-se, as separa. Destas ponderações já conhecemos parte no item anterior. Ademais, Latour produziu densa reflexão acerca das ciências sociais, seus paradigmas, pressupostos e métodos; propondo uma teoria sociológica inovadora, cunhada pelos termos *Actor-Network-Theory (ANT)* ou Sociologia das Associações.

Esta sociologia trata, como dito na nossa citação-epígrafe, de reatar o nó górdio entre as instâncias da ciência e da política, da natureza e da cultura, considerando simetricamente²⁹, “como um mesmo problema”, estes dois âmbitos da realidade inventados pela *constituição moderna*. Para isso, Latour desenvolve uma série de disposições e instrumentos, para que possamos empreender uma pesquisa, um percurso metodológico, agindo e pensando “não-modernamente”, ou seja, esquivando-nos de cair nas armadilhas da sociologização por um lado, ou da naturalização de outro³⁰.

Para a ANT (LATOURE, 2012) o social é concebido como processo de associação, diferentemente das demais linhas das ciências sociais em que ele é entendido, a partir de sua origem positivista, como um domínio ontológico específico da realidade. A ANT refuta o pressuposto de que haveria um campo ontológico autônomo constituído por fatores sociais, ao qual se poderia atribuir o rótulo de

²⁹A noção de simetria Latour empresta do programa forte de David Bloor. O *princípio de simetria* de Bloor, aplicado a análise do conhecimento científico, consiste em assumir que a explicação sociológica deve ser a mesma tanto para os conteúdos acreditados verdadeiros como para os tidos como falsos. Significa que, para o pesquisador, não há diferença essencial entre a verdade e o erro. Este princípio, Latour, juntamente com Michel Callon, estende para um *princípio de simetria generalizado*, que consiste na consideração simultânea da Natureza e da Sociedade (dos conteúdos e dos contextos) sob um mesmo quadro de descrição, interpretação e análise que objetiva abster-se de conceber *a priori* dois âmbitos distintos da realidade, o das coisas e o dos humanos. O *princípio de simetria generalizado* é a necessária explicação simultânea da natureza e da sociedade, do fato e do valor, sem a distinção em duas ontologias e epistemologias incomensuráveis, ou seja, que não opere a *prática de purificação* como fazem as tradições epistemológicas e sociológicas que separam em suas análises os fatores sociais (o contexto) das coisas propriamente (o conteúdo). (Latour, Woolgar, 1997) Esta simetria irá exigir um conjunto de disposições do pesquisador, para que este não recaia, em seu trajeto metodológico, em análises assimétricas, nas quais um lado da balança deteria poder explicativo maior sobre o outro.

³⁰Tanto a naturalização como a sociologização são assimétricos pois fazem pender a balança moderna para uma das câmaras, já que, dá a um pólo a capacidade explicativa do outro. Em ambos, os fatos e os valores não são tratados assimetricamente, ora um, ora outro, detêm maior poder explicativo da realidade. Latour pretende escapar a esta escolha, concebendo a realidade como um único espaço, uma única câmara, e não pré-classificando os fenômenos com da ordem das coisas ou dos humanos.

sociedade. Da mesma forma que se recusa a noção de uma Natureza transcendente, como vimos no item anterior; deve-se recusar também, e simetricamente, a noção de uma Sociedade, esta que é produto da constituição do mundo moderno, instituído no sec. XIX(Vargas, 2000)³¹. “Ambos os extremos dessas cadeias, o social e o natural, precisam ser dissolvidos simultaneamente.” (Latour, 2012, p.160).

Sucintamente, o problema da pressuposição de uma Sociedade como domínio específico da realidade é que passasse a determinar, *a priori*, os agentes que participam da ação social. Como a Sociologia é constituída na distinção ontológica das ciências naturais, restringe-se o social ao domínio ontológico do humano, concernente a essa “matéria específica” do real, e, por exemplo, ofusca-se a ação social de agentes *não-humanos*³². Consagra-se a cisão instituída na *constituição moderna*, partindo o real em duas câmaras distintas. Ademais, a Sociologia postula uma sociedade transcendente que, da mesma forma que a Natureza, termina por suprimir a política e a democracia ao reproduzir o mecanismo político (e a repartição dos poderes) da Caverna platônica: o comportamento humano e dos agrupamentos humanos é condicionado por uma série de determinantes, locados em uma “supra-estrutura” não acessíveis aos próprios agentes, mas sim a um “sábio” que por uma “ruptura sociológica” teria acesso a um domínio transcendente da realidade que é mais legítimo que a própria realidade empírica, visto que o que os agente sabem ou fazem são representações destes condicionantes “mais reais” que subjazem a ação (Latour, 2012)³³.

³¹ Encontra-se no livro *Antes Tarde do que Nunca – Gabriel Tarde e a emergência das ciências sociais*, de Eduardo Viana Vargas, uma discussão a constituição da disciplina de Sociologia enquanto domínio ontológico autônomo e sua relação com a instituição da modernidade. Encontra-se no livro também uma síntese do pensamento de Gabriel Tarde, uma das maiores influências de Latour na constituição da Sociologia de Associações.

³² Na explanação empreendida no item anterior, vimos que a constituição moderna reparte os fenômenos entre a câmara da Natureza e a câmara da sociedade. Nesta repartição temos do lado da Natureza as coisas, os objetos, dotados de toda realidade e nenhuma volição, pois agem condicionados por leis de causalidade; e do outro lado os humanos, privados de toda realidade, porém com toda a volição e o livre arbítrio. Pela constituição moderna, a ação social fica relegada aos humanos, visto que as coisas não tem vontade. Latour abstêm-se desta cisão ontológica, portanto, a ação social que antes era relegada aos humanos pelas ciências humanas modernas, passa a gora a ser redistribuída. Abordaremos como Latour opera essa redistribuição de competências logo adiante ao tratar de sua teoria da ação.

³³ A crítica e reflexão de Latour acerca da sociologia e suas diferentes vertentes é interessante, porém extensa e não é o enfoque do nosso trabalho. Remeteremos a crítica de Latour sucintamente, com a função de melhor esclarecer e situar sua proposta teórico-metodológica. Lembramos que sempre que usarmos o termo Sociologia, estamos nos referindo a vertente positivista.

Diante esta problemática, Latour reconcebe a noção de social e desdobra desta uma reformulação da sociologia. Trajeto este, empreenderemos a seguir.

2.3.1 O social imanente de Latour

Para Latour, o social não é um domínio específico da realidade, mas “é antes o nome de um movimento, um deslocamento, uma transformação, uma translação, um registro.”³⁴ (Latour, 2012). A palavra social possui na raiz *seq-/sequio* significado se “seguir”, passando depois, no latim, ao termo *socius*, que significa um companheiro, um associado. Portanto, social significa primeiramente “seguir alguém”, para depois significar “alistar-se”, “aliar-se” e finalmente “alguma coisa em comum”. Neste início, social é uma definição extensiva de todas as associações, sejam entre agentes humanos ou não-humanos. “‘Contrato social’ é uma invenção de Rousseau. ‘Social’ como em ‘problemas sociais’ e ‘questão social’ é uma inovação do sec. XIX” (Latour, 2012, p.24).

Remontando a origem da palavra, a sociologia de Latour pode ser definida como a *busca de associações*, e social, não como um objeto particular ou um domínio especial, mas “o nome de um tipo de associação [não necessariamente entre coisas sociais] momentânea caracterizada pelo modo como se aglutina assumindo novas formas.” (Latour, 2012, p.99-100)³⁵.

Nesta acepção, o social adquire alguns novos atributos: 1) é necessariamente movimento e por isso instável, em contraposição a estabilidade ontológica da acepção anterior; 2) cada entidade estabelece um conjunto múltiplo e heterogêneo de associações e se constitui, enquanto tal, nas associações que estabelece; 3) designa um processo de transformação (de translação) de um estado de coisas,

³⁴O termo translação ou tradução é essencial na perspectiva de Latour. Emprestado da filosofia da ciência de Michel Seres, a noção de tradução refere as passagens da ação de uma entidade a outra com a característica de contínua mutação de um estado de coisas. Implica desvios de rota, interesses, etc. que modificam as entidades envolvidas nas associações. (Freire, 2006). Como veremos, tal questão esta intimamente ligada a teoria da ação de Latour e a sua caracterização dos agentes sociais como mediadores ou intermediários.

³⁵É importante ressaltar que a sociologia de associações não é uma proposta recente, mas estava presente na constituição da própria disciplina de sociologia (passagem dos Sec. XIX – XX), na figura de Gabriel Tarde, contemporâneo e maior opositor de Durkheim. Tarde sustentou veementemente que o social não era um domínio especial da realidade e sim um princípio de conexões (Tarde, 2007; Latour, 2012). Com isso, ele não deveria ser isolado de outras associações, como os organismos biológicos, moléculas e átomos. Os motivos de a sociologia de Tarde ter sido relegada ao esquecimento são bem trabalhados por Eduardo Viana Vargas no livro *Antes Tarde do que Nunca – Gabriel Tarde e a emergência das ciências sociais* (2000) que conta esta outra versão pouco conhecida da constituição da disciplina de sociologia na França.

visto que aquilo que se associa não permanece o mesmo, mas é constituído na associação (não existe nenhum dado *à priori* e o social-sociedade não são entidades *sui generis*); 4) se cada entidade se constitui nas relações que estabelece, e transita em constante transformação, há sempre uma dúvida quanto à origem da ação. As entidades que conformam as associações e a ação (de uns sobre os outros) se confundem e são sempre multifacetados e heterogêneos visto que são produtos de uma multiplicidade de associações entre uma heterogeneidade de entidades.

Se a peculiaridade do social como processo é a mutação continua de um estado de coisas, dado pela multiplicidade de associações entre uma heterogeneidade de agentes (humanos e não-humanos), uma “logia” do social, deve ser capaz de acompanhar esta instabilidade, a fim de descrever e trazer a tona a heterogeneidade do conjunto de associações e suas transformações. Tal é a proposta da Sociologia das Associações, conhecida também por ANT.

Da Sociologia de Associações, desdobraremos três facetas importantes para compreendermos a proposta de Latour e fundamentarmos nossa metodologia. São elas: a proposição de uma teoria negativa e a diretriz metodológica fundamental de “seguir os atores” através da etnografia.

2.3.2 Uma teoria negativa de fundo e nenhum quadro teórico

Como acima explanado, Latour abdica o postulado de uma Sociedade *à priori* e do social como domínio específico da realidade, dotado de uma ontologia própria. O social não possui uma qualidade específica, mas denota um movimento de associação entre coisas não sociais. O social é o eminente movimento múltiplo de composição e recomposição na conformação de agrupamentos heterogêneos. A questão que insurge é: como abordar o processo do social, permitindo a proliferação das multiplicidades, transformações e heterogeneidades?

Para Latour, o que as correntes positivistas e outras vertentes da sociologia (tais como teorias tipológicas, mesmo que compreensivas) fazem ao pressupor um campo do social ou uma sociedade *à priori*, é estabilizar cedo demais a multiplicidade de associações e os processos de mutação característicos do social. “Todo curso de ação traçará uma trajetória em meio a modos de existência completamente estranhos, arregimentados por essa heterogeneidade.” (Latour,

2012, p.112). Quando um pesquisador transpõe determinado fenômeno em uma teoria explicativa reduz a heterogeneidade das associações e linguagens dos atores, em um conjunto pré-estipulado de agentes e tipos de ação social, substituindo, em uma metalinguagem conceitual, as próprias explicações e metafísicas dos atores acerca de sua ação (Latour, 2012). Tal procedimento opera no mesmo mecanismo que o sábio do mito da caverna. Legitimado por uma “ruptura sociológica”, o pesquisador opera uma linguagem supostamente dotada de mais objetividade que a do ator, ganhando poder para falar do real.

É este mecanismo que a ANT procura desfazer. Latour irá abdicar-se de pretensões explicativas e, conseqüentemente, de teorias conceituais e quadros teóricos, pois, do emprego de um quadro teórico decorre a restrição da heterogeneidade das agregações sociais a um conjunto restrito de laços preestabelecidos e a substituição das estranhas metafísicas e modos de existência dos atores, pela metalinguagem do analista. (Latour, 2012; Latour, 2006). Cada ator produz seu próprio mundo, sua própria metafísica, sua própria teoria da ação e sua própria sociologia explicativa de como e porque agem.

“(…) os atores estão sempre mapeando o ‘contexto social’ em que estão inseridos e oferecendo ao analista um arcabouço teórico completo do tipo de sociologia com que pretendem ser estudados. (...) O delineamento de grupos não é apenas uma das ocupações dos cientistas sociais, mas também a tarefa constante dos próprios atores. Estes fazem sociologia para os sociólogos, e os sociólogos aprendem deles o que compõem seu conjunto de associações. (...) Convém estabelecer como postura padrão que o pesquisador está, em termos de reflexividade, sempre um passo atrás daquele que estuda.” (p.56-57).

No lugar das teorias sociológicas explicativas, Latour propõe uma *teoria negativa*, constituída de uma *infralinguagem*. Tal teoria deve permitir desdobrar, na pesquisa, toda a heterogeneidade das metafísicas dos atores, suas sociologias explicativas da ação e permitir o deslocamento do pesquisador de um *quadro de referência a outro*, de uma metafísica empírica (dos atores) a outra. Este relativismo metodológico³⁶, ou seja, a flexibilidade do pesquisador em desdobrar as múltiplas

³⁶ É necessário esclarecer que o relativismo que Latour propõe é produto da recusa de uma ontologia cindida entre objetos naturais e subjetividades humanas. Ou seja, o relativismo de Latour não é o mesmo que o produzido pelo multiculturalismo, pois este continua reproduzindo a cisão instituída no mundo moderno entre uma natureza transcendente universal. “[Com] uma realidade e muitas interpretações, a continuidade e a comensurabilidade do que denominamos associações desapareceria imediatamente, já que o múltiplo continuará seguindo seu perturbado curso histórico, enquanto a realidade unificada permanecerá intacta, inalterada e distante de qualquer história humana. Mas passar dos objetos sociais aos objetos naturais não significa passar de uma

metafísicas e sociologias dos atores sem substituir e estabilizar a sua linguagem por uma metalinguagem sociológica, é possibilitado por uma *infralinguagem* que consiste em termos que nada afirmam sobre a natureza das associações e das entidades envolvidas, mas permitem o pesquisador transitar em suas múltiplas manifestações.

O que Latour chama, então, de *teoria negativa*, é um “pano de fundo vazio”, uma grade abstrata, que deve ser posto no lugar dos quadros teóricos. *À priori*, o social não existe. Não existem os agenciamentos e associações, até que os atores os produzam e descrevam. Portanto, quem confere existência ao social são os atores e suas associações. A teoria de Latour é negativa pois nada afirma como existência, substância ou matéria do mundo, *a priori*. A teoria, no caso a ANT, deve ser entendida (e usada) como a “ausência” que será preenchida quando os atores passarem a mostrar suas metafísicas, deixando rastros de suas conexões. A tarefa de definir e ordenar o social deve ser deixada para os próprios atores³⁷.

“Tudo acontece como se a ANT não colocasse a teoria social no mesmo nível que os sociólogos do social. O que estes entendem por teoria é uma visão positiva, substantiva e sintética dos ingredientes formadores do social – e seus relatos podem ser as vezes muito sugestivos, muito vigorosos. Com a ANT levamos a teoria um passo adiante rumo a abstração: é uma grande negativa, vazia e relativista, que nos permite não sintetizar os ingredientes do social no lugar do ator. Como nunca é substantiva, nunca tem o poder de outros tipos de relatos. Mas aí é que está o problema. (...) Temos que garantir que cada entidade tenha sido reformulada, redistribuída, desemaranhada e ‘dissociada’ [da linguagem substantiva da sociologia do social] para que a tarefa de reuni-las de novo possa ser bem feita” (Latour, 2012, p.317)

Esta abstração inicial possibilita o relativismo necessário para seguir as metafísicas dos atores. Como metáfora para melhor elucidar esta questão Latour (2012) propõe a cartografia: um cartógrafo quando tenta registrar a costa de um país estrangeiro em um papel, poderia se esforçar para dar aos relatos dos exploradores “formas idéias” como representar baías por círculos, cabos por triângulos e

multiplicidade desorientada a uma unidade acolhedora. (...) Mesmo depois que a realidade tenha sido plenamente estabelecida, a questão de sua unidade permanece pendente.” (Latour, 2012, p. 173 – grifo nosso). Não se trata de uma realidade objetiva e múltiplas interpretações relativas, mas de reconhecer a multiplicidade intrínseca ao próprio objeto. “é a *própria coisa que se permitiu desdobrar como múltipla* e, portanto, ser apreendida através de diferentes pontos de vista (...) Existem simplesmente mais mediações no pluriverso, (...) do que os filósofos e cientistas julgavam possível.” (Latour, 2012, p.171, grifo do autor).

³⁷ Devem objetar, que não é possível obter este plano completamente abstrato, visto que aquele que dá início a pesquisa, o pesquisador, possui sua própria metafísica e direcionamento. Veremos no próximo item (2.2.2) Latour insere metodologicamente o pesquisador na própria descrição, na própria rede, e a sua metafísica, passa a ser mais um agenciamento do ‘social’ a ser descrito e reagrupado.

continentes por quadrados. No entanto, depois de constatar a “mixórdia” dos registros que não se adaptam a estas formas, ele abandonará estas idéias predispostas por qualquer plano abstrato e o usará, com a maior paciência, para traçar, esboçar a própria costa desenhando-a na forma tortuosa que lhe foi conferida. É isso que a ANT se propõe fazer: “A sociedade não é mais ‘aproximadamente’ feita de ‘indivíduos’, ‘culturas’ ou ‘Estados-nações’ do que a África e ‘aproximadamente’ feita de um círculo, a França um hexágono e a Cornualha um triângulo”. (Latour, 2012, p.45). No entanto, para poder vislumbrar o relativismo “generalizado” proposto por Latour, é necessário mais uma transposição: quando se trata dos conjuntos heterogêneos de associações e das múltiplas metafísicas dos atores, deve o cartógrafo ser habilidoso para conseguir mapear múltiplas grades de projeção, nas quais cada ponto exigiria suas próprias coordenadas³⁸. “Os atores se envolvem sem parar nas construções metafísicas mais absurdas, redefinindo todos os elementos do mundo.” (Latour, 2012, p.82).

Portanto, a ANT sustenta que:

“uma vez acostumados a esses muitos quadros de referência mutáveis, chegaremos a uma boa compreensão de como o social é gerado, porquanto a conexão relativista de quadros de referência permite um julgamento mais objetivo que as posições absolutas (ou seja, arbitrários) sugeridas pelo senso comum [refere-se ao senso comum da sociologia]. (...) A ANT, pura e simplesmente, não considera sua função estabilizar o social em nome das pessoas que estuda (...)” (Latour, 2012, p.53-54)

Junto a proposta de uma teoria negativa Latour propõe a utilização de uma *infralinguagem*: uma série de termos que não afirmam ou explicam nada (ao contrário dos conceitos explicativos) e que não possuem outro sentido além de permitir o deslocamento de um quadro de referência a outro. Está *infralinguagem* consiste em uma série de termos vazios, banais, gerais, tais como “grupo”, “rede”, “não-humano”, “coletivo”, etc. exatamente para que não se corra o risco de confundir esta “linguagem” do analista, com “o idioma tão profícuo dos próprios atores”. Por exemplo, a expressão não-humano, “não tem significado em si mesma. Não designa um domínio da realidade, (...) somente àquilo que o analista estaria

³⁸Para Latour, está aí um motivo para a sociologia não se desfazer da filosofia: “Só um pesquisador treinado na ginástica calistênica conceitual ensejada pela tradição filosófica seria rápido, forte, ousado e flexível o bastante para registrar laboriosamente o que eles [os atores] tem a dizer. (...) Isolar as ciências sociais das inovações filosóficas é a receita para garantir que ninguém jamais se dará conta das inovações metafísicas propostas por atores comuns – as quais, não raro, vão além das apresentadas pelos filósofos profissionais” (Latour, 2012, p.82)

preparado para acolher a fim de explicar a durabilidade e a extensão de uma interação.” (Latour, 2012, p.109). Segundo Latour, este vocabulário banal é a melhor maneira de fazer com que a metalinguagem produzida pelos próprios atores seja ouvida em alto e bom som!

“(…) não devemos substituir uma expressão precisa, embora surpreendente, por aquilo que se supõe estar oculto nela. Não devemos presumir que os atores possuam uma linguagem enquanto os analistas dispõem de uma *metalinguagem* na qual a primeira está ‘inserida’. (...) aos analistas apenas uma *infralinguagem* cujo papel consiste apenas em ajudá-los ficar atentos à metalinguagem plenamente desenvolvida dos atores, um relato racional daquilo que estão falando” (Latour, 2012, p.79)

2.3.3 Tudo o que se deve fazer: seguir os atores

De posse desta disposição não analítica/explicativa que Latour propõe como *teoria negativa*, podemos abordar mais diretamente como é a operacionalização de sua metodologia. Passo a passo, vamos entrar em contato com os *infraconceitos* que Latour propõe em sua *infralinguagem*. A partir daqui, a *infralinguagem* toma também a função de permitir-nos manter a simetria, não caindo para o lado nem para interpretações sociais, nem das explicações naturalizadoras, visto que ambas operacionalizariam um processo de purificação ontológica (já que são *práticas de purificação* que produzem assimetrias explicativas). Ambos estes recursos modernos queremos evitar, e devemos estar atentos para manter nossa descrição simétrica e nos abstermos de explicações transcendentais da ação de nossos atores.

A proposta metodológica ANT é etnográfica, ou seja, consiste em uma descrição densa das múltiplas associações e conexões estabelecidas em um fluxo de ação, bem como da heterogeneidade e controvérsias dos relatos, metafísicas e linguagens dos atores acerca de um dado estado de coisas³⁹. A inovação da ANT é a capacidade de manter a simetria na descrição, ou seja, abster-se, em princípio, das rupturas instituídas na modernidade (sujeito-objeto, estrutura-indivíduo e macro-

³⁹ Duas características principais diferem a antropologia de Latour da antropologia clássica. A primeira é o *princípio de simetria generalizado*, no qual se deve por entre parentes simultaneamente nossas crenças sobre a natureza (o que já é usualmente feito em ciências sociais) e nossas crenças sobre a sociedade; ou seja, não se deve creditar ao domínio social/cultural o poder explicativo. A segunda, é que o campo da etnografia clássica pode confundir-se com o território (as sociedades exóticas vivem em um território delimitado), já a etnografia do mundo moderno é não-local, e por isso toma a forma de rede (os objetos e produtos da ciência a tecnologia encontram-se simultaneamente em nos laboratórios, nas indústrias na casa das pessoas, em diversos países, em redes virtuais, etc.). (Latour, 1997)

micropolítica), para que caso elas existam, possam manifestarem-se no curso de associações descritas, e não estarem pressupostas pelo pesquisador. Tal proposta é chamada também de Antropologia Simétrica (Latour, 1994), e difere-se da antropologia social que reproduz a *constituição moderna*, ao fundar um relativismo multiculturalista suportado por um mononaturalismo, através da noção de representação.

O que nos permite manter a simetria e a concepção de uma única câmara que agrega humanos e não-humanos é a *infralinguagem* que vamos destrinchar a partir de agora.

De início, vamos a concepção do termo *ator-rede* e o entendimento da teoria da ação proposta por Latour. Um agente é ator, no sentido da ANT, quando *faz outro fazer algo* “gerando *transformações* manifestadas pelos numerosos *eventos* inesperados desencadeados nos outros mediadores que *os seguem* por toda parte” (Latour, 2012, p.158). Para o social como associação, os agentes precisam efetivamente *fazer algo* e não serem meros representantes, manifestações, ou intermediários de uma força social subjacente. Isto implica que o social não permanece estável, mas é transformado a cada nova associação estabelecida. Para a teoria da ação de Latour, “um ator que não faz diferença não é um ator”.

Para melhor explicitar sua noção de ator e sua teoria da ação, Latour emprega dois *infraconceitos* que denotam a concepção e a nossa abordagem de um ator social. São eles *intermediários* ou *mediadores*:

“Um intermediário é aquilo que transporta significado ou força sem modificá-los: definir o que entre já define o que sai. Para todos os propósitos práticos, um intermediário pode ser considerado não apenas como uma caixa-preta, mas uma caixa-preta que funciona como uma unidade, embora internamente seja feita de várias partes. Os mediadores, por seu turno, não podem ser contados como apenas um, eles podem valer por um, por nenhuma, por várias ou uma infinidade. O que entra neles nunca define exatamente o que sai; sua especificidade precisa ser levada em conta todas as vezes. Os mediadores transformam, traduzem, distorcem e modificam o significado ou os elementos que supostamente veiculam.” (Latour, 2012, p.65)

Para a ANT/SA, existem incontáveis mediadores que transformam (o que seria) o social a cada nova ação/associação. Quando ocorre uma estabilização e um aumento do número de intermediários (“agentes” não mutáveis – que não fazem diferença), isso é exceção; e o trabalho que segue é rastrear os meios que produzem tal estabilidade. Segundo Latour (2012), para se manter uma estabilidade

na superfície, é necessário mais trabalho extra e a mobilização de mais mediadores. Assumir a ação/associação como constante mutação e contínua produção do social (que não é estabilizado *a priori* como transcendência) trás uma inovação preeminente para as teorias da ação social:

“Há um abismo intransponível entre a intuição “a ação é assumida” e a conclusão usual de que uma força social passou a agir. A ANT quer herdar a primeira e inibir a segunda. (...) A ação deve permanecer como surpresa, mediação, acontecimento. [Devemos começar] da subdeterminação da ação, das incertezas e controvérsias em torno de quem e o que está agindo quando “nós” entramos em ação – e não há, é claro, nenhuma maneira de decidir se essa fonte de incerteza reside no analista ou no ator.” (Latour, 2012, p.74)

Para Latour, a sensação de perplexidade contínua de que a ação não ocorre sob pleno domínio da ‘consciência individual’, de que somos levados a agir em conjunto, de que somos induzidos por algo a pensar e a nos comportar em semelhança aos outros (“O que nos transforma na mesma coisa ao mesmo tempo?”); deve ser mantida como incerteza e não projetada, resolvida primariamente, em uma “força social” subjacente que “age em nós”. A ação é assumida, levada a cabo por outros “de maneira misteriosa e ao mesmo tempo partilhada” (Latour, 2012, p.74). Este paradoxo/perplexidade original das ciências sociais deve ser mantido e desdobrado, na pesquisa, nas muitas associações que nos *fazem fazer*, ou seja, nos levam a agir de determinada forma. A ação deve ser desemaranhada nos conglomerados de surpreendentes conjuntos de funções e associações. Este é o sentido da expressão *ator-rede*. O desdobramento da ação deve tomar a forma de uma *rede* de associações na qual o ator é levado(e leva outros) a fazer coisas, e, na qual, todo transporte, caminho de um lugar a outro, é pago pelas transformações ocasionadas por mediadores completos (Latour, 2012).

“O ator, na expressão hifenizada ‘ator-rede’, não é a fonte de um ato e sim o alvo móvel de um amplo conjunto de entidades que examem em sua direção.” (Latour, 2012, p.75). Isso significa que não é possível afirmar quem (ou o que) está atuando quando nós agimos, pois cada ator é produção de um conjunto de associações múltiplas e heterogêneas que o *fazem fazer* de determinada forma.⁴⁰

⁴⁰ A proposta de ‘ação social’ de Latour difere-se da teoria da ação de Weber. Enquanto para Weber entende-se “‘ação’ como um comportamento humano, sempre que o agente ou os agentes lhe associem um sentido subjectivo” (Weber, 2010, p.7); para Latour, a única delimitação da ação é o fato *de algo induzir outro a fazer algo*, o que implica em uma *tradução*, ou seja, uma mutação de um estado de coisas. Tal “teoria da ação” de Latour possui o mesmo intento da *infralinguagem*, portanto não afirma nada como qualidade de coisas ou da ação, assumindo a ação como performática. Dessa

A palavra ator desvia nossa atenção para um total deslocamento da ação, advertindo-nos de que esse não é um caso coerente, controlado, bem acabado ou bem delineado. Por definição a ação é deslocada. A ação é tomada de empréstimo, distribuída, sugerida, influenciada, dominada, traída, traduzida.” (Latour, 2012, p.76)

Decorre-se, da teoria da ação de Latour, que os *objetos também agem*, ou seja, comportam-se como *mediadores*, transformando o fluxo da ação e induzindo outros a fazerem coisas. “Qualquer coisa que modifique uma situação fazendo diferença é um ator (...). Além de ‘determinar’ e servir de ‘pano de fundo’ para a ação humana, as coisas precisam autorizar, permitir, conceder, estimular, ensejar, sugerir, influenciar, interromper, possibilitar, proibir, etc.” (Latour, 2012, p.108)⁴¹. Os não-humanos (objetos da constituição moderna) devem ser tratados simetricamente aos humanos (antigos sujeitos) no curso da ação.

Sintetizando estas predisposições teóricas, um ator é *ator-rede* quando *faz fazer* outros agentes, conformando uma multiplicidade de agenciamentos (que podem ser arranjados na forma de rede), transformando um curso de ação (já que atua como *mediador*). A ação social neste sentido é distribuída, e não pertencente ou é originária em um ponto específico, pois cada ator é produzido em uma multiplicidade de agenciamentos com uma heterogeneidade de outros agentes. O reconhecimento desta heterogeneidade significa que a ação social deve ser expandida a qualquer coisa que modifique um curso de ação, inclusive a objetos quaisquer (uma ferramenta, um microscópio, um texto acadêmico, etc.) que antes eram coletados primariamente pelo campo de causalidade puro da Natureza. Os

forma, a ação, para Latour, não é subjetiva, nem objetiva, interna ou externa, nem causal. Tais qualidades e classificações, Latour já recusou ao assumir o *princípio de simetria generalizado* e ao recusar a *constituição moderna*. Para Latour, Weber é duplamente assimétrico pois 1)propõe uma sociologia interpretativa (Weber, 2010), o que implica em uma metalinguagem explicativa e em uma tipologia; 2) considera que todo artefato somente pode ser compreendido a partir do significado produzido pela ação humana, colocando então todo não humano na posição de intermediário, como explicita Latour (2012, p.117).

⁴¹ Para Latour, o que suprimia, até então, a ação dos objetos é a definição de ação geralmente escolhida em sociologia: “Se a ação se limita ao que os humanos fazem de maneira ‘intencional’ ou ‘significativa’, não se concebe como um martelo, um cesto, uma fechadura, um gato, um tapete, uma caneca, um horário ou uma etiqueta possam agir. Talvez existam no domínio das relações ‘materiais’ e ‘causais’, mas não na esfera ‘reflexiva’ ou ‘simbólica’ das relações sociais. Em contra partida, se insistirmos na decisão de partir das controvérsias sobre atores e atos, *qualquer coisa que modifique uma situação fazendo diferença* é um ator. (...) Se você sustentar que pregar um prego com ou sem um martelo, ferver água com ou sem uma panela (...), fazer um inventário com ou sem uma lista, administrar uma empresa com ou sem a contabilidade são exatamente as mesmas atividades, que a implementação desses elementos comuns não muda nada ‘de importante’ na realização de tarefas, você está pronto para visitar a Terra Longínqua do Social (...)” (Latour, 2012, p.107).

objetos, não-humanos, devem ser reinseridos no curso da ação simetricamente aos humanos.

A diretriz básica da ANT é “siga os atores”. Siga os atores independentemente de quão heterogêneas forem as associações que estabelecem e de quão inusitados e controversos forem os relatos encontrados. O social aparece como uma faísca, uma agitação, quando uma nova associação é estabelecida. O objeto da ANT, aquilo que deve ser descrito e deter a atenção do observador, são as próprias conexões, os próprios vínculos estabelecidos quando os atores, atuando como *mediadores*, agem uns sobre os outros (*fazem-se fazer* mutuamente) transformando um certo estado de coisas. Para acessar o social cabe seguir, rastrear, os atores em suas inúmeras conexões enquanto agrupam-se de determinada forma a produzir uma estabilização, ou não.

Como vimos acima, a etnografia é o recurso metodológico usado para seguir os atores e o relativismo antropológico nos permite que venha a luz, na descrição etnográfica, a multiplicidade de associações e metafísicas dos atores. Em nosso raciocínio, já abandonamos as noções de representação e simbolismo, usuais na antropologia, bem como o multiculturalismo, permitindo que a nossa antropologia torne-se simétrica, considerando todos os agentes do mundo em uma mesma câmara ontológica e heterogênea, que chamamos coletivo. O que nos permite manter a simetria e fazer proliferar as metafísicas dos atores é a *infralinguagem* de Latour. Com os *infraconceitos* de *humano* e *não-humano* (no lugar de sujeito e objeto), conseguimos produzir a simetria que nos permite desfazer-nos da cisão ontológica entre natural e humano como pontos de partida da pesquisa, redistribuindo as características da ação, repartidas antes em duas câmaras. Agora, teremos que redistribuir as qualidades dos termos de outras assimetrias instituídas na modernidade, principalmente no que tange a distância e oposição epistemológica produzida entre estrutura e sujeito, macro e micropolítica.

Mais uma vez, é a nossa *infralinguagem* que nos permite produzir e manter a simetria, pois:

“Um ator-rede é rastreado sempre que, no curso de um estudo, se toma a decisão de substituir atores de qualquer tamanho [global-local, ator-instituição, macro-micro, etc.] por sítios [simétricos] e locais e conectados” (Latour, 2012, p.261)

Na descrição, deve-se substituir os locais de qualquer tamanho pelas conexões que este estabelece, mantendo o social plano. Por exemplo, quando um ator humano descreve ou fala de uma instituição, que o *fez fazer* algo de determinada forma, tal instituição deve ser colocada e descrita simetricamente ao ator, e não posta em uma escala maior. Já vimos que pela ANT, todo agente, seja *humano, não humano, organização*, etc. detém de início as mesmas características (que foram redistribuídas das antigas câmaras modernas), pois qualquer deles comporta-se como *mediador*, de forma a modificar um curso de ação. Tais agentes/atores do social, seja um “objeto”, “sujeito” ou “instituição”, devem ser colocados simetricamente e descritos a partir das conexões que estabelece e que o constituem, provisoriamente, enquanto tal, pois, “não há lugar que se possa considerar não local” (Latour, 2012, p. 260) e que não estabeleça conexões com demais sítios locais. Devemos, então, com os nossos *infraconceitos*, “inventar uma série de grampos para manter a paisagem firmemente plana e forçar, por assim dizer, o candidato com papel mais “global” a sentar-se ao lado do “local” que alega explicar, em vez de permitir que salte por cima dele ou fique as suas costas.” (Latour, 2012, p.252)

Assim como rejeitamos a assimetria entre sujeito e objeto, devemos fazer o mesmo com a costumeira hierarquização do social como macro ou micro; global ou local. Estas escalas não devem ser postas *a priori* para, por um lado, não correr o risco de substituir e reduzir os relatos dos atores; por outro, para que, na descrição mantida planificada, os mecanismos de produção das assimetrias sociais se mostrem em ação.

“Dando como pacífica esta terceira dimensão – ainda que se deva criticar sua existência -, eles [a sociologia convencional] retiraram da investigação o principal fenômeno da ciência social: a própria produção de lugar, tamanho e escala. Contra essa forma tridimensional, temos de tentar manter o domínio social completamente plano. É realmente uma questão de cartografia. Ante a necessidade do corpo político, os cientistas sociais acharam que a sociedade propiciava uma terceira dimensão, na qual todas as interações deviam tomar lugar. (...) Para resistir a essa tentação, vou oferecer uma projeção bidimensional. (...) Isso parece estranho a princípio, mas temos de nos tornar os ‘terraplanadores’ da teoria social. Esta é a única maneira de ver como as dimensões são geradas e mantidas. (...) é o único modo de medir a distância real que qualquer conexão social tem de superar para gerar algum tipo de rastreamento.” (Latour, 2012, p.248).

Esse achatamento não significa que os mundos dos atores também foram achatados; ao contrário, “eles ganharam espaço suficiente para desdobrar seus gerúndios contraditórios: escalando, ampliando, inserindo, ‘panoramizando’, individualizando, etc.” (Latour, 2012, p.317). A planificação do social é uma “posição padrão” do pesquisador para que possa detectar toda a atividade necessária (e o dispêndio, custo a ela correlato) na produção de alguma diferença de tamanho, alguma assimetria.

Para Latour, o fato de um quadro analítico produzir *a priori* as assimetrias sociais, classificando determinada ação como interação/local e outra como estrutura/global (ou uma como condicionamento da outra), impede a descrição de como as assimetrias sociais são geradas e mantidas na ação dos atores. Para que a produção de assimetrias torne-se explícita a disposição do pesquisador deve ser a projeção abstrata, mantendo o social planificado e permitindo a detecção de toda mutação exercida em um curso de ação, assim como a produção de escalas e assimetria, por parte dos atores.

“Justamente pelo fato de querermos explicar essas assimetrias é que não iremos simplesmente *repeti-las* – e muito menos *transportá-las* sem modificação alguma. De novo, não desejamos confundir causa e efeito, o explanandum com o explanans. (...) Dizer que a dominação viola corpos e almas é uma coisa; ao passo que concluir que hierarquias, dissimetrias, inércia, poderes e crueldades são compostos de matéria social é um argumento totalmente diferente. O segundo ponto não apresenta continuidade lógica com o primeiro (...)” (Latour, 2012, p.98)

Com a teoria da ação de Latour, que descrevemos anteriormente, e esta reflexão acerca das questões de escala do social, podemos compreender como o termo *ator-rede* nos permite produzir uma simetria descritiva, quanto ao que tange os atores antes classificados como macro ou micro sociais. Todo agente, entidade que produz uma modificação em um curso de ação, é local, porém produzido por relações que ultrapassam o espaço e a temporalidade locais. Neste ponto, o terreno do local se desvanece pois, cada agente existente no momento é produzido por relações presentes, passadas e futuras; datadas e situadas em outros locais sem continuidade direta. “Na maioria das situações, as ações são afetadas por entidades heterogêneas que não tem a mesma presença local, não se originam na mesma época, não são imediatamente visíveis e não pressionam com o mesmo peso.” (Latour, 2012, p.292). Neste ponto, para levar a cabo a proposta da ANT, o relativismo que compreendemos como *teoria negativa* deve abrir mão também das

continuidades de espaço e tempo, mantendo na descrição o social plano, para que possam emergir as produções de tempo, espaço e escala dos atores. Portanto, na descrição, um acontecimento histórico passado, supostamente condicionante de uma ação presente, torna-se ator simétrico a qualquer outro da nossa *rede*. O global e o local devem ser tratados pelos mesmos instrumentos, descritos da mesma forma e agregados em um mesmo plano. Todo ator aqui toma a forma de estrela, cujos raios estabelecem suas múltiplas e heterogêneas conexões extrapolando as linearidades de espaço e tempo. Cabe ao pesquisador a habilidade de seguir e descrever as associações, mantendo a simetria analítica.

3 CONSIDERAÇÃO METODOLÓGICAS PARA UMA VIAGEM A CONSTITUINTE

No marco a-teórico empreendemos dois trajetos pela produção de Latour: 1) as questões da epistemologia política sobre a democracia, como suporte reflexivo; 2) as ponderações da ANT e da Sociologia de Associações como fundamento da nossa proposta metodológica. Transitamos pela reflexão de Latour acerca da constituição moderna e pela política (*a repartição de poderes*) desta derivada; descrevemos sua proposta de *política* como composição progressiva do *mundo comum*; para depois abordar como Latour operacionaliza uma sociologia não-moderna, ou seja, que não parta das rupturas instituídas ao abordar as questões do *coletivo*. Chegamos a proposta metodológica que permite proliferação da multiplicidade e da heterogeneidade do social. Tal proposta remete-nos novamente a *política* que assumimos na primeira parte já que comporta a coexistência simétrica de múltiplas metafísicas e formas de existência, nos aproximando de uma forma política mais coerente com a democracia.

Alicerçados nestas reflexões vamos desenvolver a proposta deste projeto: como abordar as democracias propostas para a saúde durante a Assembléia Nacional Constituinte, com a metodologia e reflexão de Latour?

Na introdução do livro *Reagregando o Social*, no qual é apresentada sistematicamente a ANT, Latour usa como exemplo a idéia de um guia de viagem a fim de esclarecer a função de sua ordenação metodológica:

“De certo modo, este livro lembra um guia de viagem por um terreno ao mesmo tempo inteiramente banal – o mundo social a que estamos acostumados – e completamente exótico: precisamos aprender como ir mais devagar a cada passo. (...) A vantagem de um guia de viagem sobre um ‘discurso do método’ é que ele não pode ser confundido com o território ao qual está meramente sobreposto. Um guia de viagem pode ser lido ou esquecido, relegado a uma mochila, besuntado de manteiga e café, rabiscado, privado de algumas páginas que vão acender o fogo da churrasqueira. Em suma, dá sugestões ao invés de se impor. (...) É endereçado a praticantes como um manual que os ajudará a encontrar o caminho depois que se perderem nas vizinhança.” (Latour, 2012, p.38)

Conceber o método como “guia de viagem” toma a mesma função da *infralinguagem*: impede que confundamos nossa linguagem e direcionamento metodológico com o território que nos referimos e temos como objeto de descrição. Usando-nos deste instrumento, a descrição de nossa metodologia tomará a forma

de um guia de viagem a Assembléia Nacional Constituinte. Estipulamos um local a ser visitado de início, a Subcomissão VII-b da Saúde, Segurança e Meio Ambiente, com atenção especial para as sete audiências públicas que congregaram as diversas entidades envolvidas na questão da saúde no país. Estipulamos, também, uma seqüência de questões norteadoras que nos orientam, de início, ao que vale a pena dar atenção neste local. Tais questões tem a função de disparar nossa descrição.⁴²

No entanto, o caminho que realmente será seguido/traçado, quem decide são as associações que os atores estabelecem em torno de nossa problemática. Temos, portanto, somente o compromisso de não nos desvencilharmos da questão da democratização da saúde, cumprindo seu trajeto e conexões, atentos as relações que estabelece. Assim, esta proposta metodológica não é fixa e apresenta apenas uma direção inicial, um local a ser visitado, com um planejamento leve.

Antes de desdobrarmos melhor nossa visita a Subcomissão de Saúde da Constituinte, abordaremos mais algumas questões metodológicas da ANT, com vista de explorar os instrumentos metodológicos e o percurso metodológico que a ANT propõe. As questões são: a proposta do *relato textual* como operador metodológico e a concepção didática da descrição etnográfica de Latour em três etapas: a proliferação de controvérsias, o rastreamento de estabilizações e a elucubração de novas formas de reagregação do coletivo.

3.1 O RELATO TEXTUAL COMO LABORATÓRIO E OPERADOR METODOLÓGICO

Como vimos, a metodologia de Latour é eminentemente descritiva. Com isso, ele traz para o primeiro plano o que é o ato de traçar as conexões sociais, ou seja, o ato de compor relatos. O *relato textual* torna-se o laboratório do pesquisador ANT.

Cabe ao pesquisador desdobrar, através da descrição, a seqüência de ações/associações que os mediadores exercem uns sobre os outros em determinado curso de ação, proliferando a multiplicidade e as controvérsias *metafísicas* em torno deles; bem como os meios de estabilização.

⁴²Estas duas escolhas: o local inicial na subcomissão VII-b e as questões norteadoras serão explicadas a diante no item 2.3, após a explanação da proposta metodológica de Latour nos itens 2.1 e 2.2.

“Não é tarefa do sociólogo decidir no lugar do ator quais grupos estão construindo o mundo e quais mediações os estão fazendo agir. Sua tarefa é construir o experimento artificial – um relato, uma história, uma narrativa – no qual essa diversidade possa ser desdobrada ao máximo. (...) A única solução possível para o analista é tomar a própria mudança como seus dados e ver através de que meios práticos a ‘medida absoluta’ pode aumentar.” (Latour, 2012, p.267)

A questão que segue é: como dar conta da complexidade que aprendemos a seguir nos itens anteriores, em um *relato textual*? Latour oferece algumas ferramentas que auxiliam o pesquisador ANT a desdobrar ao máximo os cursos de ação que segue. O instrumento fundamental que vem nos auxiliar é a noção de *rede*.

“[Esta] não designa um objeto exterior com a forma aproximada de pontos interconectados, como um telefone, uma rodovia ou uma “rede” de esgotos. Ela nada mais é do que um indicador da qualidade de um texto sobre tópicos a mão. (...) Um bom texto tece redes de atores quando permite ao escritor estabelecer uma série de relações definidas como outras tantas translações.” (Latour, 2012, p.189)

Um bom relato textual tece “como uma rede”⁴³ o conjunto de associações que acompanha. Nesta narrativa, cada ator deve *fazer alguma coisa induzindo outros a fazerem algo* e comportando-se então, como mediadores completos. “Em vez de simplesmente transportar efeitos sem transformá-los, cada um dos pontos no texto pode tornar-se uma encruzilhada, um evento, ou a origem de uma nova transação.” (Latour, 2012, p. 189). O relato textual ANT diz respeito a quantos atores o escritor consegue abordar como mediadores e até onde almeja e alcança levar o social como multiplicidade de associações.

Desdobrar significa simplesmente que, no relato conclusivo da pesquisa, o número de atores precisa ser aumentado; o leque de agências que levam os atores a agir, expandido; a quantidade de objetos empenhados em estabilizar grupos e agências, multiplicada; e as controvérsias em torno de questões de interesse, mapeadas. (...) Ela exige tanta inventividade quanto um experimento de laboratório, a cada novo caso de estudo (...) um bom relato realizará o social no mesmo sentido em que alguns partícipes da ação – pela controvertida mediação

⁴³ Latour alerta que rede é conceito e não coisa, uma ferramenta que ajuda a acompanhar as associações, mas não devemos confundir-la com o próprio social. “A rede não é aquilo que está representado no texto, mas aquilo que prepara o texto para substituir os atores como mediadores.” (Latour, 2012, p.192) “Você sem dúvida aceitará que rabiscar com um lápis não é o mesmo que rabiscar a forma de um lápis. É a mesma coisa com esta palavra ambígua: rede. (...) Você está simplesmente confundindo o objeto com o método. A ANT é um método, alias quase sempre negativo; não diz nada sobre a forma daquilo que é desenhado com ele.” (Latour, 2012, p. 207)

do autor – será *convocados* para serem *reunidos*.” (Latour, 2012, p.201, grifo do autor)

O objetivo do *relato textual* deve ser estender o fluido social que está sendo descrito, ao evento da leitura do texto. Decorrente disto, o próprio texto deve ser tratado e produzido de forma a constituir um mediador. Por um lado, o relato textual permite que o social se torne novamente uma entidade circulante; por outro, deve o próprio texto constituir um ator/mediador na trama social, tornando-se um tradutor.

Os relatos textuais são o laboratório do cientista social. (...) Encarar um texto de ciência social como relato textual não enfraquece sua pretensão à realidade, mas constitui uma extensão do número de precauções que precisam ser tomadas e das habilidades exigidas dos pesquisadores. (...) Se o social é algo que circula de certa maneira e não um mundo do além a ser descoberto pelo olhar desinteressado de um cientista ultra lúcido, então cumpre transmiti-lo por meio de uma série de recursos adaptados à tarefa – inclusive textos, reportagens, relatos e circulares. Ele será transmitido ou não. Os relatos textuais podem falhar assim como os experimentos. (...) poderá a materialidade de um relato no papel, um história ou uma ficção – não há porque evitar uma palavra tão próxima a fabricação de fatos – ampliar a exploração das conexões sociais?” (Latour, 2012, p. 188)

Para Latour, os artifícios (inclusive ficcionais), trazidos ao texto em vista de abarcar a heterogeneidade de ações, metafísicas e associações; são sempre bem vindos se possibilitam o relato levar a cabo o fluido social e sua complexidade de mediações e mutações. A ANT toma de empréstimo das teorias da narrativa sua liberdade de movimento pois a diversidade dos mundos da ficção compara-se a diversidade de metafísicas e linguagens de seus próprios atores. O pesquisador ANT deve ter tanta flexibilidade quanto os ficcionistas, para que sua linguagem possa ser tão inventiva quanto a dos agentes que povoam o mundo. (Latour, 2012)

“Todo artifício é bem vindo(...). Pode permitir a encenação provisória das conexões que conseguiu desdobrar. Oferece um lugar artificial (o relato textual) que talvez solucione, para determinado público, a questão do mundo comum ao qual pertence. Reunidos a volta do “laboratório” do texto, autores e leitores começam a tornar visíveis os dois mecanismos que explicam a pluralidade de associações a serem levadas em conta e a estabilização ou unificação do mundo onde gostariam de viver.(...) é uma instituição modesta e preciosa que apresenta – ou melhor, representa – o social a seus participantes, a fim de realizá-lo, dar-lhe forma.” (p.202)

3.2 AS ETAPAS DO PERCURSO METODOLÓGICO ANT

Latour concebe didaticamente a tarefa de seguir os atores em três fases/ações: a multiplicação de controvérsias acerca de um agrupamento ou tema; seguida do rastreamento dos mecanismos de estabilização do grupo; e, por fim, o debate das possibilidades de reagregação do grupo na forma de *coletivo*.

3.2.1 Multiplicação de controvérsias

O primeiro intento do pesquisador ANT é o mapeamento das controvérsias acerca da problemática ou tema central de estudo. Isto se dá pela descrição etnográfica de um curso de ação/mutação social, encontrada nos relatos, ações, conexões e metafísicas dos atores, que agora compreendemos como estrelas atores-redes. Este movimento de descrição das controvérsias a cerca de determinado tema deve ser levado a cabo insistentemente, de conexão em conexão, sem que se opere saltos ou rupturas por qualquer artefato conceitual-teórico. “Estejamos preparados para esquecer função, estrutura, psique, tempo e espaço, além de quaisquer outras categorias filosóficas e antropológicas.” (Latour, 2012, p.46). Deve-se deixar os atores livres para desdobrarem a *plena incomensurabilidade* de suas ações, sem que seja estipulado um mundo, ou uma metafísica de referência. “A solução, uma vez mais, é aprender a alimentar-se de incertezas” (Latour, 2012, p.169). Usemos a ANT como princípio de projeção abstrato, capaz de nos permitir passar de um quadro de referência a outro, desenhando qualquer forma na qual o social se conforme. Como instrumento, teremos os termos de nossa *infralinguagem* “grupo”, “ator”, “ator-rede”, “rede”, “mediação”, “transferência”, “não-humano”, “fluido”; para que o movimento social torne-se novamente coletável. (Latour, 2012).

O dever deles [dos pesquisadores ANT] não é estabilizar – inicialmente, quer seja por uma questão de clareza, conveniência ou racionalidade – a lista de agrupamentos que compõem o social. Bem ao contrário: seu ponto de partida tem que ser justamente as controvérsias acerca do agrupamento a que alguém pertence, incluindo, é claro, as dos cientistas sociais em torno da composição do mundo social.” (Latour, 2012, p.52)

Resumindo, o movimento de multiplicação das controvérsias implica “seguir os atores” em suas ações/conexões com os demais, através dos relatos e das controvérsias implicadas nas múltiplas metafísicas e teorias da ação encontrados; que configuram um determinado estado (instável) de coisas.

3.2.2 Rastreamento dos mecanismos de estabilização

A segunda etapa é o rastreamento dos mecanismos de estabilização do social. Se para a ANT o social é continuamente transformado pela mutação sucessiva de *mediadores* e por cada nova associação, como então, explicar a existência de conexões permanentes e a constância de determinados padrões, tais como a manutenção de assimetrias sociais e de grupos de poder?

“Devem existir vínculos duráveis, mas isso não é prova de que sejam constituídos de matéria social – bem ao contrário. Agora já podemos trazer para o primeiro plano os meios práticos de preservar os laços, a engenhosidade constantemente investida na busca de outras fontes de vínculos e o preço a ser pago pela extensão de uma interação qualquer. (...) Quando o poder é exercido duradouramente, isso ocorre porque não é feito de laços sociais; quando precisa confiar unicamente em laços sociais, não dura muito. (...) Justamente por ser muito difícil preservar assimetrias, entreter de maneira durável relações sociais e consolidar desigualdades é que tanto esforço se investe na tarefa de substituir laços frágeis e decadentes por laços de outros tipos.” (p.101-102)

Nesta segunda fase, o lema “siga os atores” se torna “siga os atores enquanto enveredam pelo meio das coisas que acrescentaram às habilidades sociais para tornar mais duráveis as interações em perpétua mudança” (Latour, 2012, p.104). Latour não nega que haja estabilização do social ou que as assimetrias existem e se perpetuam. No entanto, a estabilização e a inércia são o que deve ser explicado, pois são elas que compreendem a exceção. Para uma assimetria ser conservada, um conjunto de associações, conexões, precisa ser continuamente cultivado, um trabalho extra precisa ser empreendido, de forma a produzi-la e mantê-la.

Por isso é tão importante sustentar que o poder, como a sociedade, constitui o resultado final de um processo e não um reservatório, um estoque ou um capital capaz de fornecer uma explicação. Dominação e poder precisam ser produzidos, feitos, compostos. Não há como negar que as assimetrias existem; mas de onde vem e de que são constituídas?”(Latour, 2012, p.98)

Para a nossa pesquisa, um *infraconceito* que denota o resultado dos procedimentos de estabilização, será essencial: a noção de *caixa-preta*.

“A expressão *caixa-preta* é usada em cibernética sempre que uma máquina ou um conjunto de comandos se revela complexo demais. Em seu lugar, é desenhada uma caixa preta, a respeito da qual não é preciso saber nada, senão o que nela entra e o que dela sai. (...) Ou seja, por mais controvertida que seja sua história, por mais complexo que seja seu funcionamento interno, por maior que seja a rede comercial ou acadêmica para a sua implementação, a única coisa que conta é o que se põe nela e o que dela se tira.” (Latour, 2000, p.14)

Nos estudos de ciência e tecnologia, Latour usa este termo para denotar toda estabilização da qual não se aborda mais o complexo e controvertido processo de construção. Se abordarmos um fenômeno que já se tornou caixa-preta, dele não se apresenta a historicidade, autoria, correlações, etc. Uma caixa-preta apresenta-se como dada, segura e eficaz. Funciona como um *intermediário*, apenas transportando forças. Latour dá um exemplo da construção dos computadores.

Durante a criação e produção da máquina estão em jogo, conectados, diversos fatores que produzem em conjunto objetivos, possibilidades e resultados. A construção de um novo computador envolve: a capacidade de investimento de uma empresa, opiniões e decisões da cúpula de empresários que, por sua vez, levam em conta avaliações de custo-benefício, opiniões e relatórios dos departamentos de marketing, financeiro, etc.; avaliações de mercado, subsídios do governo, a competência técnica e criativa dos profissionais, os avanços tecnológicos e de pesquisa, credibilidade de fornecedores e os prazos relacionados a todos eles. Quando se encontra uma solução satisfatória a todas estas variáveis (e esse é o trabalho próprio dos atores, neste exemplo, dos empresários), este conjunto de fatores é estabilizado, um novo computador é produzido e colocado no mercado. Para um usuário qualquer, aquela máquina funciona com *caixa-preta*. Na sua utilização, não são levados em conta todas as controvérsias, discussões, encruzilhadas e problemáticas com as quais se envolveram os heterogêneos agentes de sua fabricação – pesquisadores, empresários, políticos, chips, placas metálicas, demais materiais, designers e marqueteiros. O usuário apenas sabe, e apenas quer saber, o que no computador entra e o que dele sai, função esta, bem informada idoneamente nas cartilhas de divulgação e manuais de usuário. O computador funciona como um *intermediário, caixa-preta*, do qual foi isolado a rede de sua produção e as controvérsias inerentes a ela. (Latour, 2000). Agora, imaginemos que este computador, colocados no mercado e adquirido por um valor justo, porém elevado, pelo nosso usuário, veio a falhar na primeira semana de uso.

O personagem usuário, que antes tinha se preocupado somente com a credibilidade do fabricante e sobre quais facilidades a maquia poderia oferecer no seu dia-a-dia; passa a colocar em questão a reputação da empresa e dos empresários, a qualidade das máquinas, chips, e do desenvolvimento tecnológico, as legislações de direito dos usuários, as disputas e jogos de interesse entre empresas, órgãos representativos de direitos do usuário e o Estado. A *caixa-preta* é reaberta e o computador, antes *intermediário* estável e eficaz, passa a *mediador* multifacetado e controverso.

Um outro exemplo de caixa-preta, mais próximo do nosso trabalho, é o fato científico. Para Latour, uma afirmação ou conclusão de pesquisa científica, se torna fato quando consegue reproduzir-se sem modificações, perpetuando-se ao longo do tempo e sendo aceita sem controvérsias. O autor mostra como acontece a construção de um “fato científico” analisando a seqüência de citações pelas publicações científicas, da conclusão de uma pesquisa determinada. Ao longo do tempo, se a conclusão à qual nos referimos, é aceita e reproduzida sem modificações em diversos outros textos de cunho científico, a afirmação termina por tornar-se fato. Não mais se discute a sua construção: o experimento que a produziu, a instituição, as limitações do estudo, o credibilidade do autor, o órgão de financiamento, etc.. A discussão está encerrada, foi criada uma *caixa preta*.

“(...) um fato é algo que é retirado do centro das controvérsias e coletivamente estabilizado quando a atividade dos textos ulteriores não consiste apenas em crítica ou deformação, mas também em ratificação. (...) O controle do hormônio do crescimento pelo hipotálamo [que no início era uma afirmação de um estudo primeiro] pôde ser discutido, como foi e será; mas para isso, o discordante não estará diante de uma afirmação em um artigo, mas de algumas afirmações incorporadas em centenas deles. Não é impossível em princípio, mas tremendamente difícil na prática.” (Latour, 2000, p.72)

A máxima que Latour toma como norte é a de que “Quando as coisas se sustentam, elas começam a se transformar em verdade” (Latour, 2000, p.28). Para tornar a tarefa de abrir uma *caixa preta* praticável, devemos ter a flexibilidade de nos movimentar no tempo e no espaço, trazendo novamente as condições de produção de sua estabilização. Trata-se de reabrir as controvérsias e incertezas anteriores a seu fechamento como *caixa preta*, tal como descrevemos no item anterior.

Os meios de estabilização do social, de determinado grupo ou assimetria podem, então, serem rastreados considerando-se os meios práticos, graças aos

quais inércia, durabilidade, assimetria, extensão e domínio são produzidos (Latour, 2012).

3.2.3 Reagregando o social na forma de *coletivo*

Passamos agora a nossa última etapa metodológica que consiste na ponderação, junto aos atores e à complexa rede traçada nas etapas anteriores, de uma forma mais satisfatória de composição do *coletivo* em vista da constituição do *mundo comum*. Esta etapa procura resgatar, com os artifícios da *política* proposta por Latour, o intento original da sociologia: “ciência do viver juntos” (Latour, 2012).

Na versão da Sociologia positivista, a sociedade é forte pois ela tem caráter *sui generis*. Na Sociologia de Associações/ANT, a sociedade é o que é preciso produzir, edificar, reparar e zelar. Estas duas formas, produzem éticas e políticas diferentes. Qual, então, a pretensão de relevância política que envolve a ANT? A função que a ANT assume é a de tornar a sociologia novamente sensível a registrar as novidades das associações, sua heterogeneidade e excentricidades, a fim de explorar uma maneira de reuni-las, agregá-las de uma forma satisfatória a seus participantes. A última etapa do nosso estudo consiste em, dotados da complexa rede traçada nas etapas anteriores, elucubrar as possibilidades de agrupamento e organização deste *coletivo*, tornando a sociologia interessante aos que “foram estudados”. A relevância política que a ANT assume é a:

possibilidade de ajudar a reunir em parte o coletivo, isto é, fornecer-lhe uma arena, um fórum, um espaço, uma representação por intermédio do modesto recurso de um relato arriscado (...). Assim estudar é sempre fazer política no sentido de reunir ou compor aquilo de que é feito o mundo comum. A questão delicada é decidir que tipo de reunião e que tipo de composição é necessário. É aqui que se torna mais gritante o contraste entre a ANT e a sociologia do social. Para nós, as controvérsias quanto aos tipos de substância que formam o mundo social não devem ser resolvidas por cientistas sociais, cabendo a futuros participantes retomá-las, e o ‘pacote’ dos laços existentes tem de ficar sempre aberto ao escrutínio público. (Latour, 2012, p.364)

Nesta última fase, que consistirá na última etapa de nosso estudo, duas questões são importantes de serem enfatizadas pois necessárias para se levar a cabo a proposta ética e política da ANT. A primeira delas é a de que o pesquisador não está separado dos demais atores que estão sendo estudados e não possui uma visão privilegiada (lembramos que recusamos qualquer possibilidade de ruptura e

transcendência). Já vimos que em termos de reflexividade ele está sempre um passo atrás dos atores. O que o pesquisador faz com a pesquisa é similar ao que os atores fazem continuamente, pois toda disciplina científica, ao mesmo tempo que aumenta o leque de entidades do mundo, participa ativamente da estabilização do agrupamento que estuda. Portanto, seja o que for que o pesquisador faça, ele já faz parte do grupo que estuda, oferecendo mais uma metafísica a ser acrescentada no leque de controvérsias e não tomada como parâmetro de legitimação das demais.

Entre os muito porta-vozes que possibilitam a definição durável de grupos, devemos incluir os cientistas sociais (...). Para os sociólogos de associações, qualquer estudo de qualquer grupo por qualquer cientista integra aquilo que faz o grupo existir, durar, decair ou desaparecer. No mundo desenvolvido, não existe sequer um grupo sem pelo menos um instrumento da ciência social a ele ligado. Não se trata de nenhuma 'limitação inerente' a disciplina, devida ao fato de sociólogos serem também 'membros sociais' e terem dificuldade em 'romper' os laços com suas próprias 'categorias sociais'. Isso ocorre apenas porque estão lado a lado com aqueles que estudam, fazendo exatamente o mesmo trabalho e participando da mesma função de traçar vínculos sociais, embora com ferramentas diferentes e com diferentes vocações profissionais. Se, na primeira escola, atores e estudiosos estão em barcos separados, na segunda permanecem num só o tempo todo e desempenham o mesmo papel, ou seja, formação de grupos (Latour, 2012, p.58)

Nesta primeira questão, assumimos que, pela concepção de *política* de Latour, não há como fazer pesquisa sem fazer *política*, ou seja, o pesquisador compõe, de forma mais ou menos ampla, progressivamente o *mundo comum*. A segunda questão é derivada da primeira: se sociedade, poder, dominação e assimetrias sociais são produções e não entidades existentes *a priori*. Se conseguirmos rastrear os meios de sua produção e manutenção, ampliam-se as possibilidades de mutação de um estado de coisas e de reagregação mais ampla e satisfatória do social. Um relato ANT deve procurar expor os meios práticos, as conexões, associações, veículos, etc. através dos quais são produzidas e mantidas as assimetrias e, uma vez explicitados estes "vínculos menores" - cuja resistência pode ser testada - é que é possível modificar determinado estado.

Se não há maneira de inspecionar e decompor os conteúdos das forças sociais, se estas continuam inexplicáveis e esmagadoras, então, resta pouco a fazer. Insistir em que, por trás de todas as questões, alteia-se a presença esmagadora do mesmo sistema, do mesmo império e da mesma totalidade sempre me pareceu uma atitude de masoquismo radical, uma forma perversa de assegurar a derrota enquanto se degusta o sentimento agriço da correção política superior. (...) Não será óbvio então, que apenas uma trama de fios frágeis, de conexões fabricadas, artificiais, identificáveis, consignáveis e surpreendentes constitui a única maneira de encarar qualquer tipo de luta? Com o respeito ao Total [Sociedade], não há nada a fazer, exceto ajoelhar-se diante dele ou, pior ainda, imaginar assumir o

lugar do poder absoluto. A meu ver, seria muito mais seguro aceitar que a ação se torna possível unicamente num território aberto, plano e derrubado sob medida num espaço onde formatos, estruturas, globalização e totalidades circulem por finos conductos e onde, para cada uma de suas aplicações, precisem recorrer a reserva de potencialidades ocultas. Se isso não for possível, então não existe política. (...) As ações só fazem *diferença* em um mundo *feito de diferenças*. (Latour, 2012, p.359)

Assumindo o social e a sociedade como produções de conjuntos de associações, Latour renova a possibilidades de ação política. Esta renovação nos favorece ainda, com outro desdobramento a favor das pretensões políticas da ANT: qualquer rede que seja traçada entre as conexões estabelecidas pelos atores, deixará, inelutavelmente, largos espaços vazios, compostos por materiais, possíveis agentes, desconhecidos, que não foram conectados naquele curso de ação.

A toda ação que descrevi ate agora devemos acrescentar um imenso repertorio de massas perdidas. Elas são necessárias para equilibrar os relatos, mas estão ausentes. A boa notícia é que a parafernália social não ocupa muito espaço; a má é que não conhecemos quase nada sobre esse exterior. No entanto, existe uma reserva, um exército de reserva, um território imenso – embora não seja nem território nem exercito – para cada ação formatada, localizada, contínua e computável ser realizada. (...) Se pedi muito para não se confundir o social como sociedade com o social como associação foi para podermos, no fim, mobilizar essa reserva. Como seria possível uma ação política se não aproveitasse os potenciais de reserva? (Latour, 2012, p.350)

A essa terra de ninguém, que contém aquilo que ainda não foi formatado, medido, socializado, mobilizado, subjetificado, Latour chama *plasma*. O *plasma* é “astronomicamente gigantesco em tamanho e alcance” (Latour, 2010, p.349), comparado àquilo que foi conectado e inserido em um curso de ação. “O mundo não se parece com um continente sólido de fatos pontilhado por algumas lagoas de incerteza; é um vasto oceano de incerteza pintalgado de ilhotas de formas calibradas e estabilizadas.” (Latour, 2012, p.349).

Tal oceano de incertezas é bem trabalhado pela metafísica assumida por Gabriel Tarde, a qual afirma que “o real é um dispêndio de possível”, “um excesso da potência sobre o ato” (Tarde, 2007, p.193-233), ou seja, para cada ação concretizada há um campo de virtualidade, de outros possíveis, que poderiam vir a ser realizados. Para este sociólogo, o real somente pode ser compreendido em vista do campo de potência que antecipou sua realização e que permeia o porvir. Podemos elucubrar, que material não é tocado por esses circuitos de ação? Porque esta associação, este veículo e não outro? Qual social seria produzido se fosse outra a associação, outro o veículo, outra a ação do mediador? Que outro mundo

outro conjunto possível de associações produziria? “Não existe um mundo por trás, para ser usado como juiz desse, mas nesse mundo inferior estão a espera muitos mundos que podem aspirar a tornar-se uno – ou não, dependendo do trabalho de composição que formos capazes de realizar.” (Latour, 2012, p.173)

O reconhecimento dessa “matéria” desconhecida, vem renovar a última etapa do nosso percurso metodológico, visto que a *composição progressiva do mundo comum (do coletivo)*, conta agora com campo gigantesco de possíveis mediadores. Como diz Latour, tudo depende da nossa capacidade de reagregar o coletivo de forma mais satisfatória aos agentes; e tal será a pretensão final de nosso estudo.

3.3 UMA VIAGEM À CONSTITUINTE

Tendo em conta a proposta metodológica de Latour e a nossa problemática de pesquisa, a proliferação das democracias propostas neste período de instabilidade, antes da promulgação da constituição; estipulamos uma caixa-preta e um conjunto de questões que tomam a função de abri-la e de disparar nossa descrição dos seus meios de produção. Assim, assumimos a Constituição de 88 no que tange a saúde, os art. 196 a 200, como nossa *caixa-preta*. Entendemos aqui a Constituição de 88 como estabilização produzida ao longo do controverso processo de redemocratização do país. Portanto, coube-nos voltar ao seu lugar de produção, a Assembléia Nacional Constituinte (ANC). Voltamos ao ambiente de construção da constituição, procurando reavivar a instabilidade de seu momento histórico, no qual as vontades, proposições e necessidades de seus atores permaneciam ainda sem resposta, na incerteza do que viria pela frente. Como vimos, para cada *caixa preta*, cabe abri-la seguindo os atores simetricamente em suas associações. Para tal, concebemos a Constituição de 88 como mediador completo, como estrela ator-rede, e passamos a rastrear as associações que a produziram enquanto tal e a estabilizaram⁴⁴.

No nosso guia de viagem, portanto, nosso local inicial de visitação é a ANC, mais especificamente, a subcomissão VII-b da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. Esta subcomissão foi a que iniciou os trabalhos de redação do texto constitucional

⁴⁴ No item seguinte de nossa metodologia – 2.4 Procedimentos metodológicos e demais considerações sobre o estudo - especificaremos o método a ser utilizado para remontar as redes que aqui nos referimos.

no que tange a saúde, produzindo, ao final de vinte e quatro reuniões, o primeiro anteprojeto constitucional, no que tange ao novo sistema de saúde. Este projeto passou posteriormente pelas comissões VII - da Ordem Social, de sistematização e de redação, até ser votado o texto final, em plenária geral. Para construir o primeiro projeto de texto constitucional da saúde, os constituintes membros da subcomissão VII-b da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, contaram com sete audiências públicas nas quais estiveram presentes 43 instituições representativas dos segmentos da saúde no país. Estas instituições apresentaram suas requisições e propostas para o novo e democrático sistema. Em vista do nosso objetivo de problematizar as propostas de democratização do sistema de saúde, procurando proliferar a quantidade e heterogeneidade de proposições, escolhemos partir da subcomissão VII-b da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, com atenção especial as sete audiências públicas, para abordar as propostas iniciais de democratização, antes de sua primeira estabilização, na forma do primeiro anteprojeto constitucional votado e aprovado na subcomissão.

A subcomissão relativa à saúde foi composta por 23 parlamentares e 21 suplentes. Os parlamentares efetivos distribuíram-se entre 6 partidos (12 do PMDB, 5 do PFL, 1 de PL, 1 do PDT, 2 do PDS, 1 do PT e 1 do PTB). Suas reuniões dividiram-se em três etapas: 1) as reuniões iniciais que definiram as formas e cronogramas de trabalho da subcomissão; 2) as audiências públicas e visitas in loco referentes aos três temas e 3) as reuniões de deliberação interna sobre relatório escrito pelo Relator da subcomissão e votação do Relatório Final a ser entregue a comissão VII de Ordem Social.

Foram realizadas, então, vinte e quatro reuniões entre os dias 7 de abril de 1987 e 25 de maio de 1987. Dentre elas foram realizadas 7 audiências públicas com representantes civis e governamentais para discussão das questões da saúde, nas quais compareceram quarenta e três entidades envolvidas nas questões da saúde e foram ouvidos 50 representantes pelos constituintes.

As atas, bem como a transcrição completa de todas as reuniões da subcomissão VII-b está disponível para consulta no site da Câmara dos Deputados⁴⁵. Todos os documentos relativos à Assembléia Nacional Constituinte

⁴⁵ Disponível em: http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/o-processo-constituente/comissoes-e-subcomissoes/comissao7/subcomissao7b

são sistematizados pelo *Fundo Arquivístico da Assembléia Nacional Constituinte*, mantido pelo Centro de Documentação e Informação (CEDI) do Museu da Câmara dos Deputados. A grande parte dos documentos está disponível on-line e serão referenciados quando trazidos pelo nosso relato em notas de rodapé. O documento principal do qual partimos e com o qual trabalhamos foram as atas das reuniões da subcomissão. A partir dele, outros documentos (discursos, cartas, relatórios, etc.) foram levantados quando convocados em nossa rede.

Nossa viagem a estas reuniões e audiências públicas teve por objetivo, então explorar a heterogeneidade de propostas de democracias, dando início à abertura da nossa caixa-preta, respondendo a primeira etapa metodológica de Latour. O relato de nossa viagem está produzido em duas etapas, descritas nos capítulos que seguem. No capítulo 3 apresentamos nossa etnografia das reuniões da subcomissão de saúde VII-b, através dos documentos levantados. Para esta etapa fomos norteados por um conjunto de questões que não têm a pretensão de serem respondidas pelo pesquisador, mas foram formuladas com dois modestos objetivos: 1) ajudar-nos a disparar nossa descrição, 2) ajudar-nos a não nos perdermos de nossos objetivos, ao tentar seguir as propostas de democratização da saúde. Foram elas:

- Quais são as propostas de democratização da saúde apresentadas na constituinte? (quais são as democracias sonhadas?)
- Quais são os atores? (quais são os sonhadores?) E suas metafísicas?
- Quais foram as controvérsias dentre as democracias propostas?
- Como foi produzida a democratização da saúde? (Democracia é Saúde? Saúde é Democracia?)

Depois de desdobradas as democracias e democratizações da saúde propostas na constituinte coube-nos fazê-las dialogar com a proposta de democracia de Latour. Nesta segunda etapa, descrita no capítulo 4, nosso objetivo foi, primeiro, discutir a rede descrita e as propostas de democracia encontradas junto à proposta de Latour e posteriormente elucubrar, junto aos atores, se seriam possíveis democracias não modernas a saúde coletiva e ao sistema de saúde. Esta parte procura responder a terceira etapa metodológica de Latour, construindo uma arena que represente para os atores suas próprias associações. Para tal etapa, colocamos as questões:

- E se pudéssemos tornar incerto novamente, os rumos que a redemocratização tomou no país? As democracias perdidas nos oferecem alternativas, possibilidades, diante das dificuldades que enfrentamos?
- O que, destas democracias possíveis, pode vir nos ajudar a reorganizar o coletivo em torno da questão da democratização da saúde?
- Enfim, as redes traçadas neste estudo nos ajudam a reagrupar o social de forma mais satisfatória e resolutiva, diante nossas problemáticas da democratização do SUS?

Nesta última fase de nosso estudo, temos a função de ponderar, junto aos atores e à complexa rede traçada na etapa anterior, uma forma mais satisfatória de composição do *coletivo* em vista da constituição do *mundo comum*. Traremos como suporte reflexivo a *política* de Latour, tal como a explicamos no marco teórico. A ANT pretende fornecer um fórum, uma arena de discussão para as heterogêneas metafísicas dos atores, que tomam a forma de *proposições* no nosso *coletivo*. Nesta última etapa de nosso estudo, pretendemos, através do relato textual da pesquisadora, recriar uma arena, na qual as democracias perdidas, efetivadas e não pensadas para o SUS, possam tomar lugar e debater uma melhor forma de enfrentamento das problemáticas, os acréscimos e limites da ordenação do sistema de saúde em rede. Trabalhar no *campo do possível* é reaver as possibilidades de ação política e de enfrentamento das dificuldades coletivas.

3.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E DEMAIS CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO

A metodologia deste estudo é descritiva e etnográfica⁴⁶, portanto, caracteriza-se como qualitativa. Nossa caixa-preta, a constituição de 88 foi compreendida como estrela *atore-rede*. Através da descrição densa do conjunto de associações que produziram nossa *caixa-preta* enquanto tal, desdobramos seu local de produção, bem como as associações e controvérsias que a produziram, compreendendo cada

⁴⁶ Refere-se ao uso que Latour faz do termo etnografia. Para o nosso autor, a etnografia, enquanto método descritivo e, a princípio, não-analítico, é indicado para orientar o trabalho do pesquisador ANT, enquanto segue a seqüência de associações estabelecidas entre os atores. A antropologia/etnologia falha quando, ao analisar os dados etnográficos, reproduz a cisão moderna pelas noções de representação e simbolismo (Latour, 1994). No entanto, mantém-se sua proposta metodológica como base da metodologia ANT e supera-se os resquícios modernos e sua pretensão analítica, com o *princípio de simetria generalizado*. Temos então, a Antropologia Simétrica de Latour.

agente com o qual foi estabelecida relação também como *ator-rede*, *mediador* completo. Nosso campo, portanto, tratou das conexões e associações estabelecidas entre os atores – humanos e não-humanos – envolvidos na subcomissão de saúde da ANS, e suas audiências públicas. Ao desdobrar nossos documentos disparadores, chegamos a registros tais como demais legislações e publicações ministeriais, textos acadêmicos, relatórios de reunião, entrevistas, discursos, fotos, registros audiovisuais, relatórios de pesquisas, e outros que vieram a surgir e conectar-se a nossa rede.

Se entendermos aqui a etnografia nos moldes consensuais da antropologia, entraremos em um duplo paradoxo: a) nossos atores-redes são documentos/registros, dados secundários; e b) nosso campo é um momento histórico passado, o que nos impede a observação direta. Como vimos no marco teórico, Latour ao recusar a constituição moderna, recusa a dualidade sujeito-objeto, redistribuindo suas qualidades, antes naturais ou sociais, para todos os agentes do *mundo comum*. Neste sentido, ao abordarmos documentos, estaremos abordando diretamente agentes sociais, *mediadores*, que no conjunto de associações que estabelecem *fazem outros atores fazerem algo*, sejam estes outros *humanos* ou *não-humanos*. Para compreender a empiria de nosso estudo e a inovação da proposta de Latour, devemos aceitar a ação social dos nossos objetos, e não compreendê-los como representação da ação de humanos. Este interessante mediador que assumimos como pontos de partida – a constituição de 1988 – tem ação efetiva na estabilização das questões e controvérsias que desdobraremos e, posteriormente na conformação do SUS

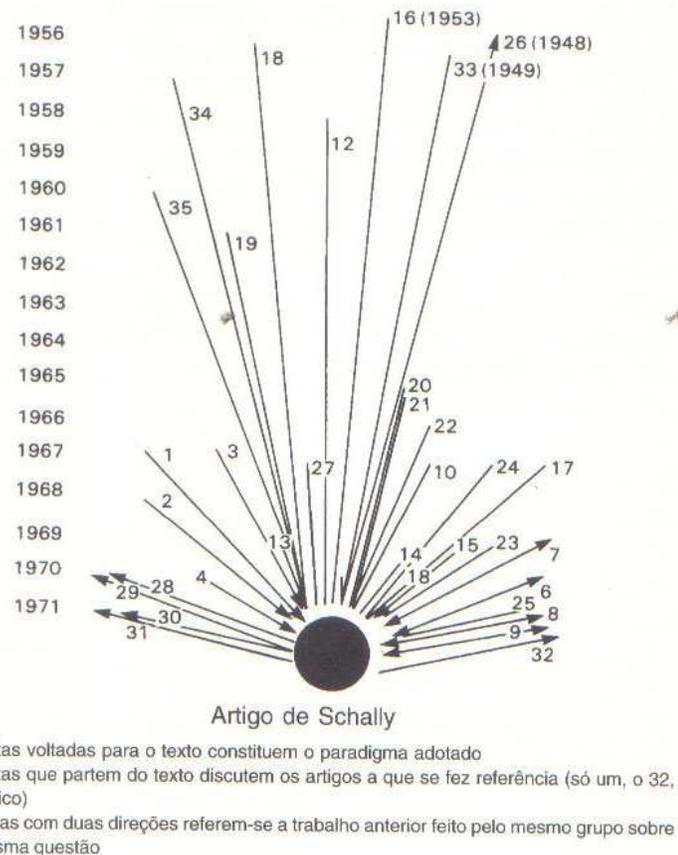
Se nosso primeiro paradoxo é resolvível pelo abandono da *constituição moderna*, o segundo mostra-se um pouco mais complexo. Se a metodologia de Latour trata de abrir a caixa-preta retornando ao local de sua produção; como o faremos se estes locais de produção são acontecimentos passados? Como o faremos, senão pelos registros e documentos deixados? Pode-se considerar etnografia o estudo que traça redes sem a observação direta, simultânea e local? Eis o desafio que este estudo propõe e enfrenta. Assim como no livro *Reagregando o Social* (2012) no qual Latour propõe que se conservem os paradoxos e incertezas da ciência social, vamos manter este paradoxo de nosso estudo em aberto. O aceite deste e a abdicação da tentativa de resolvê-lo ou justificá-lo de antemão, desdobra-se numa função provocativa fundamental: se o objetivo do relato textual (etnográfico)

em Latour é estender o fluido social a leitura do texto, traduzindo para o leitor a imanência, multiplicidade e instabilidade das associações (assim como a etnografia de uma cultura outra deve construir para ao leitor os detalhes, as imagens, transportando-o para este outro mundo); nosso relato textual, remetente a um tempo histórico passado, toma o desafio de ressuscitá-lo (!). Fazê-lo viver novamente neste tempo presente junto a suas incertezas, instabilidades e potências, através dos rastros deixados nos documentos que abordaremos. O objetivo do relato textual em nossa pesquisa é reavivar o ambiente de produção das nossas caixas-pretas, em sua multiplicidade e controvérsias, através de uma descrição densa de suas associações. Se este relato estará, ou não, a altura de ser chamado etnografia, saberemos somente ao fim, com nosso resultado final.

O procedimento metodológico que utilizaremos como base para abordar nossos documentos-atores é o descrito por Latour na primeira parte do livro *Ciência em Ação* (Latour, 2000). No capítulo 1, Latour mostra como seguir um curso de ação na literatura científica, a fim de observar o fechamento de um fato científico como *caixa-preta*. Para isso, deve-se seguir a seqüência de citações em um texto, observando sua construção retórica e a forma como o texto modifica asserções (traduz) de textos anteriores com modalidades negativas (que vêm a desacreditá-las), ou modalidades positivas (que vêm a acrescê-las de verdade). Com tal procedimento, Latour produz alguns quadros representativos de como se estabiliza uma caixa-preta, tal como o da figura 1⁴⁷.

⁴⁷Produção gráfica disponível na plataforma Prezi, foi inicialmente baseada neste gráfico.

Fig. 1 – (Latour, 2000, p.60)
Gráfico representativo das citações e referencia a outros estudos em um artigo, por uma organização cronológica. Parte-se do artigo de Schally, que está sendo estudado, e rastreia-se as formas como este artigo reproduz ou transforma idéias de outros, por meio das translações/traduições operadas nas citações. Como explicitado abaixo do gráfico, as setas voltadas para o artigo estudado denotam uma reprodução sem modificação. As setas que partem do artigo denotam discussão dos resultados com possíveis críticas e as linhas sem setas, são citações referentes a estudos do mesmo grupo.



A nossa *caixa-preta* possui características semelhantes às *caixas-pretas* que chamamos fato científico: algo que se apresenta retirado do centro das controvérsias, uma retórica sintética e objetiva, muitas vezes isenta de autoria direta. Como operaremos basicamente com textos, visto que nos remetemos a estabilizações ocorridas no passado, o procedimento metodológico apresentado por Latour, para a abordagem da retórica científica, torna-se muito útil, com as devidas adaptações. Nos textos que vierem a emergir em nossa rede, daremos especial atenção e seguiremos o curso de ação/modificação de duas palavras chave: *Democracia* e *Democratização*. Estas duas palavras foram escolhidas de acordo com o objetivo de nosso estudo. Sempre que estas palavras emergirem em nossos textos-atores, vamos seguir seu curso de ação, bem como os argumentos, atores e associações que as rodeiam, dando-lhes determinado sentido, faculdade e força.

Assim, adaptando os procedimentos metodológicos de Latour acima referidos à abertura de nossa *caixa-preta*, que não possui, de início citações nos moldes

acadêmicos; vamos analisar a retórica de nossos documentos e suas assertivas, procurando abri-las para as redes que o produziram e estabilizaram dessa forma.

Nosso procedimento metodológico consistiu, então, em procurar traçar os grupos, instituições, textos, publicações, pesquisas, reuniões, conferências e etc.; a heterogeneidade de agentes que nas suas associações, produziram a Constituição de 88, no que tange a saúde. Como dito acima, em cada novo documento que emergir em nossa descrição, sejam eles textos acadêmicos, relatórios de reunião, entrevistas, pesquisas, etc.; estaremos atentos aos cursos de ação das palavras-chave de nosso estudo, seguindo-as simetricamente nas associações que estabelecem com outros atores, sejam de retificação, negação, ou modificação de um estado de coisas.

Para realizar tal descrição da rede de associações que passamos a seguir, contamos com um instrumento que se tornou fundamental em nossa pesquisa. A plataforma *Prezi.com*. A plataforma nos pareceu adequada visto a grade abstrata que apresenta inicialmente⁴⁸, para ser composta, a semelhança da imagem que Latour (2012) propõe como visualização para a função de sua teoria negativa como “ausência” que será preenchida quando os atores passarem a mostrar suas metafísicas, deixando o rastro de suas associações⁴⁹. Neste sentido, a plataforma *prezi*, devido à versatilidade que oferece, foi um instrumento fundamental para traçarmos e produzirmos uma representação gráfica de nossa rede. A leitura dos relatos textuais que seguem nos capítulos 3 e 4 deve ser acompanhada pela representação gráfica que produzimos na plataforma *prezi*, que está disponível em <http://prezi.com/hja9me5r2xug/a-arena-oficiosa/>, e que consiste em parte integrante desta dissertação de mestrado.

Nossa pesquisa possui a limitação de restringir-se a abordagem de documentos. Tal restrição metodológica deve-se as circunstâncias de tempo e recursos disponíveis para uma proposta de mestrado. Nossa rede será cortada, quando não houver documentos e relatos disponíveis na seqüência de associações. No entanto, acreditamos que há material disponível suficiente para cumprir os

⁴⁸A tela abstrata à qual nos referimos, é a página inicial que a plataforma oferece para o usuário construir sua apresentação, quando não opta por nenhum layout já pronto. Caso o leitor não conheça a plataforma, sugerimos que a visite – www.prezi.com – cadastre-se no plano gratuito e inicie a produção de um *new prezi*, escolhendo a opção *start a blank prezi*.

⁴⁹Vide p. 28 deste trabalho.

objetivos de problematização e ampliação da discussão acerca de nosso tema – a democratização da saúde.

4 ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE

Começemos pela recomendação antropológica clássica, nas palavras de Latour: “a melhor maneira de ir adiante (...) é simplesmente não perder de vista todos os nossos movimentos, mesmo aqueles que se referem à própria produção do relato” (Latour, 2012, p.195). Para isso, Latour sugere a composição de 4 cadernos que devem ser mantidos durante o procedimento artificial do campo: 1) um diário da pesquisa que documenta as transformações sofridas ao longo da viagem; 2) a reunião das informações de forma que seja possível organizá-las (arquivos e ordem cronológica); 3) registro das impressões espontâneas do pesquisador (uma válvula de escape para clichês, tipos ideais e explicações contundentes); 4) registro do efeito do relato escrito nos atores de cujo mundo tenha sido desdobrado.

Nosso relato começa com a descrição da posição do observador diante o campo e a pesquisa, numa tentativa de dar continuidade ao terceiro caderno proposto por Latour, que foi iniciado em nosso *Prólogo*. Continuaremos, depois, com nosso primeiro local de viagem, a partir exploração da *caixa-preta* Constituição Federal de 1988.

4.1 A QUESTÃO DO OBSERVADOR

A posição do observador diante o campo e a pesquisa é a de uma formiga. Como diz Latour (2012, p.28) “um viajante cego, míope, viciado em trabalho, farejador e gregário”. Cabe-me aproximar-me o máximo, olhar bem de perto, as conexões estabelecidas pelos atores, e segui-los em suas associações, mesmo que seja a passos muito lentos.

A pesquisadora traz uma vantagem que a facilita colocar-se como formiga: ela conhece razoavelmente pouco da história da reforma sanitária e da saúde coletiva, e estudou, senão superficialmente seus pensadores e suas análises panorâmicas⁵⁰.

⁵⁰Latour desenvolveu o *infraconceito panorama*, que vamos usar para trabalhar com as análises macroestruturais das ciências sociais na saúde coletiva. Para ele panoramas são: “uma imagem pintada (ou projetada) na minúscula parede de uma sala totalmente *fechada* para o exterior. (...) A palavra grega *pan*, que quer dizer ‘tudo’, não significa que essas imagens não captam ‘o todo’, mas sim que elas cobrem uma parede de uma sala cega, na qual um cenário completamente coerente está sendo projetada numa tela circulas de 360°. A coerência é o seu ponto forte - e sua principal fraqueza. (...) Eles estão em toda parte; estão sendo pintadas todas as vezes que um editoralista de jornal analisa com autoridade a ‘situação total’; quando um livro reconta as origens do mundo desde o

Para Latour, o desconhecimento das análises sociais pode somente favorecer-nos no nosso campo que deve ser eminentemente descritivo (a-analítico). Da reforma sanitária, a pesquisadora possui imagens românticas superficiais, conhecimento geral das idéias defendidas; mas pouco conhecimento dos atores reais, instituições e ações concretas. Optei por não abordar as análises densas da Reforma Sanitária, antes de iniciar o campo, para poder abordá-las quando (e se) surgirem espontaneamente nas associações. Abordei somente o necessário para a fundamentação do nosso projeto, referenciais que se encontram na introdução. Tal opção, e seu reconhecimento, trouxe outra vantagem à pesquisadora: ela encontra-se muito curiosa quanto aos atores reais, instituições e ações concretas, tendo em vista as potências que a abordagem de Latour pode trazer.

A pesquisadora não vê a hora de começar a abrir suas *caixas-pretas*, mas deverá resistir a sua curiosidade por mais um momento, a fim de levar a cabo o proposto no terceiro caderno de Latour e descrever suas imagens românticas superficiais, seu conhecimento geral das idéias e suas conclusões e paixões precipitadas; bem como a expectativa de como e porque Latour pode ser útil. Tudo isso, segundo Latour, deve ser “posto para fora” a fim de que não se confunda com o campo, mas que seja agregado a ele como mais uma metafísica, mais um modo de existência na rede, já que, a partir de que penso a saúde coletiva associo-me como um entre os outros agentes. Segue então a descrição da saúde coletiva que a mim pertence.

Minha entrada na Saúde Coletiva foi prática: sou profissional de saúde e interessava-me pela epistemologia das ciências sociais, bem como pela sua faceta crítica e reflexiva. Logo devo enquadrar-me na Saúde Coletiva, o espaço destinado às ciências sociais dentro do campo da saúde. Ademais, este era o local mais acessível para um profissional de saúde ainda desconhecido. Sou Naturóloga e pouquíssimos não fazem cara de interrogação diante esta denominação. A Saúde Coletiva, por ser multiprofissional, interdisciplinar e pluriparadigmática, torna-se um local aberto, além de fértil para Naturólogos, novos profissionais e novos pensamentos em saúde.

Foi, então, que passei a estudar na Saúde Coletiva, logo que formada na graduação, sob os cuidados de um sociólogo da saúde. Apesar de até então, ter me dedicado aos estudos

antropológicos sobre práticas e paradigmas de cuidado, os estudos sociológicos caíram como uma luva ao reafirmarem minha existência pós-moderna. Cada novo autor, discussão e estudo reforçavam minhas críticas e denúncias ao imperialismo do paradigma biomédico, da ciência, do conhecimento especializado utilitarista; reforçavam a necessidade de relativização de saberes, de valorização do conhecimento popular, de pluralização do campo da saúde. Discursos conhecidos por mim. Senti-me em casa.

Passei a trabalhar diariamente no departamento de saúde coletiva (FCM/UNICAMP) e a ter contato cada vez mais próximo com seu cotidiano, alunos, professores, profissionais de saúde, militantes; normas, necessidades; prioridades institucionais, disputas departamentais e etc.. Apaixonei-me. Apaixonei-me pelas pessoas e por suas causas. Pela defesa do caráter público, e não mercadológico, com o qual se devia tratar a saúde das pessoas. Apaixonei-me pela defesa dos espaços conciliatórios, democráticos, pelo estímulo à participação popular, a discussão e a resolução coletiva das problemáticas; pela abertura às metodologias participativas, ativas politicamente. Apaixonei-me e, em seguida, partilhei com muitos a insuficiência. A insuficiência destes sonhos todos, destas discussões todas e destes projetos (existentes a mais de vinte anos) para mudar as realidades da saúde no país. Depois de vinte anos não conseguimos efetivar a reforma sanitária. O sistema de saúde continua hegemonicamente biomédico, hospitalocêntrico, medicalizador; continua sendo continuamente privatizado e permeável a clientelismos, jogos político-partidários, com mecanismos de controle sociais ainda vulneráveis. Partilhei todas as lamentações. Não há o que fazer, o poder e o interesse dominam as nossas relações. Não conseguimos, sequer, fazer algo quanto às normas da produtividade opressora da CAPES. Somos dominados pelo desejo capitalista de ter mais, produzir mais... sempre mais.

Meus sonhos eram reais. Estavam nas bocas, eram falados nas reuniões, aulas e corredores. Constituir pessoas autônomas, capazes de reconhecer suas necessidades e a de outros, de deliberar e construir coletivamente. Perguntei-me: porque é tão grande a distância entre o que pensamos e o que efetivamente fazemos? Nossas mãos atadas, estamos patinando no lugar. Mais uma vez o beco sem saída dos pós-modernos havia me raptado.

Em meio a tais conflitos, freqüentei um círculo de meditação de alguns amigos das ciências sociais. E eis que na prateleira, reencontro um livro raro, o qual havia começado a ler uma vez, mas nunca terminado. Seu título, *Jamais Fomos Modernos*.

(O texto que segue é um excerto escrito na ocasião em que minha orientadora me perguntou por que eu queria o Latour)

A primeira vez que li Bruno Latour não entendi nada. Não entender é algo que me prende. Não que eu queira entender a qualquer custo. Pelo contrário. A questão é que qualquer coisa que possa ser entendida logo, que se apresente como afirmação, dada de antemão, não é fértil, não pode ajudar.

O que me prende é mais um encanto pelo incerto.

Eu não entendi nada que o Bruno Latour escreveu. Peguei um livro da estante de um amigo chamado jamais fomos modernos. Me chamou a atenção. Eu inelutavelmente cresci pós-moderna. Vivo, desde sempre, a dor pós-moderna da descrença.

O livro era instigante... Não se faz idéia de onde vai... nem de onde quer chegar. Não vamos caminhar pra frente, nem pra trás. Não tem frente nem trás.

Aí a identificação. Não queremos chegar a lugar nenhum.

É um alívio: não preciso chegar a lugar nenhum.

Ele, o Latour, não quer chegar a lugar nenhum... não quer voltar atrás, nem mesmo quer mudar o que está dado. É a posição mais franca, mais sincera com a qual já tive contato. É simples, vamos assumir de uma vez... que não sabemos o que fazer. Apostamos num futuro... mas não conseguimos reconhecer onde chegamos. E quem foi mesmo que inventou tudo isso? Fomos nós que fizemos!(?) Fomos nós que criamos esse mundo? Nós todos, seja pela ação direta, ou pelo consentimento dela, ou pelo calar-se. Em uma rede, não tem como ficar de fora. E agora, que não tem pra frente... presos num cabresto auto-imposto não conseguimos ver mais nenhum lado, a não ser a perseguição de um passado nostálgico.

Imagine, um pescoço duro, os ombros rijos, qualquer movimento é doloroso. O controle. O controle. Tentamos tanto ter o controle... tentamos tanto ter certeza. E agora não conseguimos nem acreditar, nem relaxar, nem nos mexer.

Se tentarmos (nos mexer), vamos patinar no lugar. Não vale o esforço.

Então,

A proposta de um livro:

Ficaremos aqui!

Primeiro, sarar essa mágoa pós-iluminista do bem que não veio.

Segundo, com calma e paciência, afrouxar as rédeas. Manter o controle é auto-flagelação. Terceiro, esperar... continuar lendo. Talvez ele tenha uma idéia do que fazer, mesmo que não saiba onde vai chegar.

O Latour descreve o entorno. Descreve esse momento “histórico”, sem pretensão de explicar ou de ir adiante. “Quanto mais banal o conceito, melhor”.

Abandonar qualquer pretensão de certeza.

Não importam as explicações, delas temos muitas. Importa: pra que servem? Como são usadas? A que são usadas? Como e com que se relacionam? O que causam no mundo, assim que caem nele, assim que são ditas?

Conhecimento sincero. Nada do saber pelo saber. Nem venha dizer que explicações resolvem alguma coisa. Explicações, teorias, prometem, o que nós fazemos com elas é que resolve, ou não.

Latour desconstrói as teorias, desfaz as amarras, os cabrestos, e faz uma proposta. Uma proposição sem a pretensão de ser certa, verdade ou explicação. Quanto mais simples, mais banal, melhor. Pretende apenas fazer algo deste espaço vazio, pretende apenas reorganizá-lo. Se o conceito não servir para ajudar produzir alguma coisa boa, saudável, ele não vale o esforço que o gerou.

Reorganizado o espaço, aposta. Aposta todas as suas fichas na nossa capacidade coletiva de encontrar caminhos e criar soluções. Afinal, nós temos problemas e precisamos de soluções. São infinitas capacidades, dentre as quais as explicações são mais uma. Fértéis, já que imersas em não-certezas.

Onde vamos chegar? Não há como saber.

Pra que fazer pesquisa? Mestrado? Doutorado?

Uma razão é:

Porque temos problemas. E eles são nossos. Em uma rede não há como alguém ficar de fora...

Pra mim, o grande problema: achamos que fazemos o nosso serviço e está acabado. Fechamos os olhos para o que acontece depois. Não nos importamos com o que fazem com o que fazemos. A Ciência não se importa com o que é feito dela. Ela tapa os olhos! Ela se venda e finge que está fazendo o seu trabalho, finge que é bem feito. A Universidade faz isso! E fazendo isso... a que ela serve?

É a tentativa de juntar conhecimento e ação política, que nem são 2 lados da mesma moeda. São a mesma coisa. Dizer que são coisas diferentes, dois lados, é hipocrisia. Não há ruptura, nem primeira nem segunda.

Latour me permite metodologicamente abandonar a “hipocrisia” (soberba) acadêmica, isso já me parece útil. Todo conhecimento pensado, descrito, conjuntamente às suas relações, às suas repercussões, aos seus desencadeamentos. Toda pretensão de “verdade” posta à prova, na prática. Vamos, enfim, trabalhar as claras, por os pratos na mesa. Ele permite isso “teórica” e metodologicamente, por isso, o quero.

Como seria a democracia posta na mesa, às claras?

...

Não sei...

Já vem o frio... o temor de rasgar o romantismo, e ele jamais voltar. O mal dos pós-modernos, que preferem viver de romântica nostalgia a tirar a bunda do lugar.

Conseguiríamos fazer democracia?

Será possível?

Será que estamos mesmo disputando o tempo todo?

Pelo menos, Latour é otimista e, pra nossa felicidade, escreveu muito sobre democracia.

Latour, desde que caiu do céu no meu colo, tomou os meus interesses acadêmicos. Estudá-lo não é fácil, mas por isso mesmo vale a pena. O quanto consegui deixar de ser pós-moderna, desde então, não posso medir, mas, quando me perguntam ironicamente se Latour vai salvar o mundo, posso responder que ele tem jogado bóias de salvamento a minha existência melancólica.

Estando na saúde coletiva, passei a me perguntar o que ele e seu pensamento poderiam fazer por ela, por aqueles que a constituíram e aqueles que dela se nutrem agora. O que as reflexões de Latour podem fazer por nossos sonhos perdidos? É aqui que começa este projeto.

Mas vamos às imagens românticas superficiais, meu conhecimento geral das idéias sobre a reforma e minhas conclusões e paixões precipitadas: partilho o consenso generalizado de que o problema do sistema de saúde é a privatização do serviço e a política de estado

mínimo. Divido a opinião de que a política de bem estar social, que garantiria a saúde como direito, nunca veio a ser implantada devido ao estado neoliberal, instituído com o governo Collor e que impera desde então. Os problemas do SUS devem-se ao sub-financiamento, à privatização e ao poder hegemônico do complexo médico-industrial. Sou contrária ao caráter gerencialista e mercadológico com o qual vem sendo normatizada a gestão dos serviços de saúde, visto que desconsidera as necessidades humanas, existenciais e subjetivas da atenção a saúde. A reforma sanitária foi um movimento social-militante exemplar, belo, que vale a pena ser rememorado e que foi bem-sucedido, tendo como marcos a VIII Conferência Nacional de Saúde e a garantia da saúde como direito na constituição cidadã. O fim da ditadura e a redemocratização (a abertura “lenta, gradual e segura”) foram um engodo, pois feitos de forma manter os mesmos grupos de interesse no poder. O problema da política atual é que os movimentos de esquerda foram engolidos pelo capitalismo, as pessoas acomodaram-se, perderam-se de si mesmas e vivem o vazio da satisfação dada pelo consumismo.

Latour fez algo que ninguém fez. Ao descrever e abrir a constituição moderna deu um avanço na discussão “epistemológica” que não havia ainda sido dado. Sua metodologia pode abrir e espaço para novas ações e posturas políticas e se todos compreenderem o que ele escreveu, podemos mesmo criar novas formas mais democráticas e satisfatórias para o fazer político. Ele nos livra da sombra moderna, da opressão da verdade científica e de todas as demais sombras-fantasmas da caverna. Concluí que se Platão não tivesse nascido, nosso mundo seria completamente outro, estaríamos salvos da Razão (o seja, a culpa de tudo é de Platão). Latour, junto com seus comparsas, renovam as possibilidades do pensamento, do conhecimento e de uma ciência fértil.

O que esta pesquisa descobrirá? Onde chegará? As possibilidades todas de democratização do sistema de saúde foram tragadas pela realidade moderna, que aniquila de antemão a ação política e a deliberação coletiva sob o jugo da ciência e do racionalismo moderno. A proposta de democracia de Latour pode ser efetiva e bem-sucedida em locais específicos e políticas específicas mas, em larga escala a inércia das instituições de saúde e os grupos de interesse farão com que continuemos agindo como se estivéssemos agrilhoados a Caverna Platônica, desprovidos de toda realidade e toda verdade.

Conclusão óbvia, nada mais pós-moderno, nenhuma novidade. Derivei-a da aplicação das reflexões de Latour sobre a nossa problemática, tudo o que não devo fazer adiante.

Me sinto mais leve agora. Depois de extirpados essas concepções e esses preconceitos⁵¹ todos. Que eles permaneçam por aqui e não interfiram na nossa descrição.

Uma última coisa devo ainda ponderar: Como chegamos às democracias propostas na Assembléia Nacional Constituinte? Longo percurso. Meu primeiro projeto de pesquisa destinava-se a estudar a produção científica sobre práticas integrativas e complementares e seu uso político. Um grande projeto que foi submetido ao processo seletivo para o programa de pós-graduação em saúde coletiva. A proposta do projeto era enorme e envolvia análises da produção científica na área, etnografias em grupos de pesquisa e núcleos executivos do ministério da saúde. Tal proposta me exigiria enorme trabalho e me deixaria pouco tempo para aprofundar meus estudos no pensamento de Latour.

Logo no primeiro ano do mestrado, aceitei então a proposta de minha orientadora, de mudar para um tema mais simples e menos trabalhoso (imaginamos nós): estudar uma política pública específica do SUS recente e de cujo tema estava em voga nas pesquisas da saúde coletiva. Tratava-se da portaria nº4.279, sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁵². Com esta proposta mais simples, teria mais tempo de aprofundar-me nas leituras de Latour aprofundamento que realizei durante o primeiro ano de trabalho. A RAS de início parecia um tema profícuo para ser desenvolvido pela ANT afinal ambas tratam de redes. Mas essa ingênua relação inicial, logo se desfez ao assumirmos que as redes sistêmicas do SUS nada têm a ver com as redes de Latour. Pelo contrário, a crítica do autor é às redes sistêmicas e cibernéticas, com pretensões de ordenação e previsibilidade. Não tiraríamos proveito nenhum em pretender que as redes de Latour ajudassem a “organizar” a gestão do sistema de saúde, como pretendiam as redes da RAS. As redes de Latour desorganizam, são partidárias do Caos.

Mesmo com esta reflexão perguntei-me: Onde estaria então a proficuidade de uma abordagem latouriana da RAS? Ora, ao ler a proposta da RAS, ela me pareceu altamente democrática, no entanto, altamente normativa. Como pela perspectiva de Latour poderíamos associar normatização com democracia? A democracia não está, justamente, na capacidade de permitir as pluralidades, as incertezas, as

⁵¹ Não quero desprover de consistência as asserções acima descritas. Muitas delas são afirmações construídas e muito bem argumentadas no campo da Saúde Coletiva. Neste instante, neste projeto, elas constituem minhas pre concepções, e por isso, como dito anteriormente, devem ser legadas ao seu local devido, para que não interfiram no campo, na nossa rede, senão como parte dela.

⁵² Disponível em

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

controvérsias, as múltiplas metafísicas e formas de existência? Seria necessário que a RAS fosse não-normativa? Surgiu-me exatamente a questão: o quanto a RAS democratiza (ou não) a gestão do SUS, pela perspectiva de política e democracia de Latour? Tratei de construir um projeto de pesquisa que propusesse uma abordagem Latouriana de como a RAS democratiza ou não a gestão. Com a proposta de realizar um trabalho documental e teórico acerca da “simples” política pública, terminei por construir outro projeto gigantesco. Era dividido em três etapas: 1) a descrição das controversas e heterogêneas democracias sonhadas para o sistema de saúde, antes de instituição e fechamento de uma democracia com a legislação, normatização e implementação do SUS; 2) a descrição do fechamento e instituição de uma democracia, a correspondente ao SUS efetivado, partindo de suas políticas de normatização da gestão, até chegar à publicação da RAS; 3) A elucubração, junto às democracias perdidas (não realizadas), na instituição do SUS de novas possibilidades de democratização a partir dos dispositivos das Redes de Atenção à Saúde. Este projeto, apresentado a banca de qualificação, foi descrito por um dos avaliador como um projeto adequado a minha carreira acadêmica e não ao curso de mestrado. Pois bem, como sugerido na qualificação, o que está realizado nas páginas que seguem corresponde à primeira parte da primeira etapa do projeto submetido ao exame de qualificação. Para esta primeira parte foi construído, então, este projeto específico. Assim chegamos ao nosso tema e finalizamos a pesquisa acatando a máxima de Latour (2006): corta-se a rede e sua descrição quando acaba-se o prazo. Restringimo-nos a primeira etapa da primeira parte do projetão, e abandonamos, por ora, o tema da RAS, ficando com as democracias sonhadas para o sistema de saúde.

Mas vamos adiante: Qual é a questão do observador? Extirpados os clichês iniciais, é agora começar logo.

4.2 O NÓ DE PARTIDA

Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988. Foi chamada constituição cidadã por Ulisses Guimarães, presidente da Assembléia Nacional Constituinte: “Tem substância popular e cristã o título que a consagra: ‘a Constituição cidadã’.”. No

discurso de promulgação da constituição⁵³, Ulisses a comemora como o marco da democratização - “A persistência da Constituição é a sobrevivência da democracia”. Sua voz forte, firme, enfática, ressoa no plenário da câmara dos deputados em Brasília, suscitando aplausos dos demais constituintes e autoridades presentes, a cada afirmação da democracia, dos direitos humanos e da recusa da opressão.

A promulgação da constituição é o resultado do processo de redemocratização do país, após vinte e quatro anos de regime militar. É, também, a finalização do trabalho de 559 parlamentares, deputados federais e senadores, durante os 18 meses que durou a Assembléia Nacional Constituinte. Convocada no dia 1 de janeiro de 1987, em prosseguimento ao requerido dois anos antes pelo então presidente José Sarney, a Assembléia Nacional Constituinte inicia seus trabalhos de elaboração dos dispositivos constitucionais por subtemas, a cargo das 10 comissões e 16 subcomissões instituídas. Entre elas a subcomissão VII-b *da Saúde, Segurança e Meio Ambiente*, pertencente à comissão VII intitulada *da Ordem Social*.

No dia 07 de abril de 1987, às 16h00minh, em sala do Anexo II do Senado Federal, acontecia a primeira reunião da subcomissão da *saúde, segurança e meio ambiente*. Foram eleitos por votação o presidente e vice-presidentes da comissão, respectivamente, Constituinte José Elias Murad e constituintes Fábio Feldman e Maria de Lourdes Abadia (Palmas).

José Elias Murad: nascido na cidade mineira de Rio Vermelho, uma pequenina cidade perto de Lavras, em 31/10/1924, filho de imigrantes libaneses⁵⁴, é um dos personagens principais deste relato. É ele quem cumpre as formalidades e bota ordem nos debates. Formou-se médico e farmacêutico pela UFMG, especializou-se em psicotrópicos em universidades da Europa e Estados Unidos e tornou-se professor livre-docente de fitoquímica e farmacognosia na UFMG e Professor Emérito em 1984. Deputado federal e constituinte pelo PDT-MG (1987-1991) e deputado federal por mais três legislaturas pelo PSDB-MG (91-95, 95-99, 01-03). Em sua atuação parlamentar destacou-se pela defesa da saúde pública e pelo combate ao uso abusivo de drogas. Faleceu aos 88 anos, em casa, no município de Belo Horizonte, no dia 27/04/2013, em decorrência de uma pneumonia. No dia 07 de abril de 1987, José Elias Murad tinha 62 anos e estava em seu primeiro mandato como deputado federal. Já devia trazer a calvície e os cabelos e bigode brancos?

⁵³ A gravação do discurso de Ulisses Guimarães pode ser ouvida no link: <http://www.youtube.com/watch?v=bytTuiqTy9g>.

⁵⁴ Informações retiradas de depoimento pessoal (http://www.youtube.com/watch?v=zvIRy_ohXTg – vida política a partir do min. 36) e de biografia disponível no site da câmara dos deputados (http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/parlamentaresconstituuintes/constituicao20anos_bioconstituuintes?pk=97734)

Provavelmente sim. Agradece em tom solene aos demais constituintes da reunião a confiança depositada em sua pessoa e na dos vice-presidentes eleitos.

Meus caros amigos, antes de mais nada os meus sinceros agradecimentos pela confiança que demonstraram escolhendo o nosso nome para a Presidência desta Subcomissão. (...) Ao longo de minha vida tenho tido várias satisfações e vários motivos para agradecer a Deus pelo muito que me tem dado. Aqui, neste momento, acho que é também um instante de agradecimento.

José Elias não quer se alongar no discurso. Brinca com o tamanho dos discursos comparando-os as saias das mulheres (devem ser como as saias das mulheres modernas); indica o relator da subcomissão, o constituinte Carlos Mosconi (Palmas); e finaliza suas palavras com uma figura/comparação que considera muito adequada a subcomissão:

Há um tempo atrás, um amigo nosso, muito preocupado com o tipo de sociedade em que vivemos, esta sociedade tecnocrática, uma sociedade de desperdício, que dá tanto valor aos bens materiais, esquecendo-me muitas vezes das qualidades humanas, fazia, então, uma comparação, dizendo o seguinte: nos dias atuais devido a esse valor enorme que damos aos bens materiais, às máquinas, à tecnocracia, o indivíduo, por exemplo, se vai comprar um relógio de pulseira, e observa inscrito no relógio made in Switzerland, feito na Suíça, ele logo pensa: 'Esse deve ser um bom relógio, com a extraordinária tecnologia suíça, que todos conhecemos.' Pensa logo em adquirir aquela máquina. (...) Meu amigo termina essa observação com uma frase, com a qual quero aqui também terminar, porque no meu entender deve ser o principal ponto de uma Subcomissão de Saúde da Constituinte. Ao observarmos a face dos nossos semelhantes, principalmente os mais humildes, todos nós vejamos escrito Made by God, 'feito por deus'. Muito obrigado.

A reunião prossegue para o fim com considerações dos constituintes quanto a organização dos trabalhos. Têm o prazo de 45 dias para analisar três questões amplas e importantes, saúde, seguridade e meio ambiente; tendo que entregar relatório em 30 dias. O tempo é exíguo, e toma a preocupação dos constituintes. A próxima reunião é marcada para o dia seguinte, 8 de abril, às 9h30min. Não havendo nada mais a tratar, José Elias agradece mais uma vez o apoio e a confiança e dá por encerrada a reunião.

A subcomissão VII-b da *Saúde, Seguridade e Meio Ambiente* era formada por⁵⁵:

Como membros titulares

José Elias Murad – presidente, já apresentado.

Fábio Feldmann – vice-presidente - advogado e administrador de empresas, tinha 31 anos. Deputado federal pelo PMDB-SP (87-91), foi deputado por SP mais duas vezes posteriores pelo PSDB. Destacou-se por sua atuação relacionada a defesa do meio-ambiente. No nosso relato, que restringir-se-á as discussões da democratização da saúde, ele não apresentou participação relevante.

⁵⁵Fichas políticas dos constituintes da subcomissão, disponível no site da câmara dos deputados http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/constituintes/parlamentaresconstituintes/biografia-dos-parlamentares-constituintes.

Maria de Lourdes Abadia – vice-presidente - professora, assistente social e consultora. 42 anos. Deputada federal pelo PFL-DF e deputada federal mais uma vez pelo PSDB-DF. Maria de Lourdes distinguiu-se pela luta pelos direitos da mulher. Na subcomissão defendeu o direito a saúde da mulher e a autonomia quanto ao controle da prole.

Carlos Mosconi – relator – médico e professor universitário. 42 anos. Deputado pelo PMDB-MG (87-91) deputado federal uma vez antes pelo PMDB-MG (83-87) e duas vezes depois pelo PSDB-MG. O nosso Relator distinguiu-se pela luta pela saúde pública dentro do poder legislativo do país. Ele é personagem fundamental de nosso relato. Tem posicionamento firme, sensato, pondera as posições dos demais constituintes. Finaliza seu cargo na subcomissão, aplaudido pelos demais constituintes e recebe elogios pela sua competência em consolidar no relatório final os anseios da coletividade implicada na saúde.

Raimundo Rezende, médico. 66 anos. Deputado federal constituinte pelo PMDB-MG.

Adylson Motta, cirurgião dentista e advogado. 50 anos. Deputado federal constituinte pelo PDS-RS.

Paulo Macarini, advogado. 55 anos. Deputado Constituinte pelo PMDB-SC.

Borges da Silveira, agropecuarista e médico. 46 anos. Deputado constituinte pelo PMDB-PR.

Hélio Costa, jornalista, publicitário, tradutor e redator. 47 anos. Deputado constituinte pelo PMDB-MG.

Alarico Abib, agropecuarista, médico, jornalista e empresário. 50 anos. Deputado federal constituinte pelo PMDB-PR.

Eduardo Jorge, médico. 37 anos. Deputado federal constituinte pelo PT-SP. Eduardo Moreira, médico. 37 anos. Constituinte pelo PMDB-SC.

Francisco Coelho, agropecuarista engenheiro agrônomo. 37 anos na ocasião da constituinte. Deputado constituinte pelo PFL-MA.

Gandi Jamil, agropecuarista, comerciante e industrial. 31 anos. Deputado constituinte pelo PFL-MS.

Orlando Bezerra, industrial, pecuarista e banqueiro. 54 anos. Deputado constituinte pelo PFL-CE.

Cunha Bueno, economista e corretor de seguros. 37 anos. Deputado constituinte pelo PDS-SP.

Floríceno Paixão, advogado e editor. 67 anos. Constituinte pelo PDT-RS.

Geraldo Alckmin, médico. 34 anos. Deputado constituinte pelo PMDB-SP.

Joaquim Sucena, médico. 44 anos. Deputado constituinte pelo PMDB-MT.

Jorge Uequed, advogado, jornalista e publicitário. 44 anos. Deputado pelo PMDB-RS.

Júlio Campos, empresário e engenheiro agrônomo. 40 anos. Deputado constituinte pelo PFL-MT.

Oswaldo Almeida, agricultor, economista, militar e professor. 53 anos. Deputado constituinte pelo PL-RJ.

Como membros suplentes

Francisco Rollemberg, advogado e médico. 52 anos. Senador constituinte pelo PMDB-SE.

Raimundo Bezerra, médico. 50 anos. Deputado constituinte pelo PMDB-CE.

Roberto Vital, médico. 37 anos. Deputado pelo PMDB-MG.

Mattos Leão, agropecuarista, médico e empresário. 40 anos. Constituinte pelo PMDB-MG.

Abigail Feitosa, médica. 54 anos. Deputada pelo PMDB-BA.

Albérico Filho, servidor público. 36 anos. Constituinte pelo PMDB-MA.

Carlos Sant'Ana, médico e professor. 56 anos. Constituinte pelo PMDB-BA.

Fernando Cunha, advogado. 51 anos. Constituinte pelo PMDB-GO.

Hilário Braun, Militar, administrador de empresas, contador, fazendeiro e comerciante. 37 anos. Constituinte pelo PMDB-RS.

Luiz Soyer, agropecuarista, advogado, professor e comerciante. 46 anos. Constituinte pelo PMDB-GO.

Milton Lima, agricultor e advogado. 52 anos. Deputado constituinte pelo PMDB-MG.

Jofran Frejat, médico. 49 anos. Constituinte pelo PFL-DF.

Lúcio Alcântara, médico. 43 anos. Constituinte pelo PFL-CE.

Pedro Canedo, médico. 37 anos. Constituinte pelo PFL-GO.

Raquel Cândido, técnica em saúde. 35 anos. Constituinte pelo PFL-RO.

Mendes Thame, professor universitário. 40 anos. Constituinte pelo PFL-SP.

Davi Alves Silva, pecuarista e empresário. 35 anos. Constituinte pelo PDS-MA.

Lavoisier Maia, médico e professor. 58 anos. Senador constituinte pelo PDS-RN.

Nelson Seixas, médico. 59 anos na constituinte. Constituinte pelo PDT-SP.

Francisco Rossi, advogado e empresário. 46 anos. Constituinte pelo PTB-SP.

Vitor Buaiz, médico e professor. 43 anos. Constituinte pelo PT-ES.

Montada a arena deliberativa oficial de nosso relato, a responsável pelo texto constitucional.

Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal. Às 9h30min do dia 08 de abril de 1987, iniciava-se a segunda reunião da subcomissão VII-b, de forma informal, devido à falta de *quórum*.

O constituinte Fábio Feldman pede a palavra e sugere que os constituintes tragam um plano de trabalho da comissão, elaborado individualmente. A comissão teria de cinco a oito audiências públicas e teriam que determinar os critérios de escolha das entidades representativas, os modos de convidá-las e de divulgação. Esses projetos seriam debatidos e, uma vez votados, o resultado seria publicado no diário da constituinte para que a população tomasse conhecimento do trabalho da comissão e pudesse manifestar sua vontade de participar. A discussão segue entre o presidente José Elias e os constituintes Júlio Campos, Adylson Mota, Raimundo Rezende, Fábio Feldman e Eduardo Jorge. Discutem o fato de terem pelo regulamento da constituinte o máximo de 8 audiências públicas e como seriam, então, organizadas, visto que são poucas. Júlio Campos sugere a divisão do tempo entre os três temas da subcomissão e o convite a, por exemplo, os ministros da saúde, previdência, educação, etc. para darem suas contribuições. Fábio Feldman pede a palavra e lembra que o estatuto da constituinte fala de audiências não com pessoas, mas com órgãos representativos. Eduardo Jorge sugere que seja feito um planejamento racional de audiências com as entidades representativas mais destacadas de cada setor. Raimundo sugere que o Sr. Presidente José Elias deveria comunicar as entidades representativas do início dos trabalhos e apresentar uma relação dos constituintes da comissão para que se estabeleça uma comunicação direta entre a comissão e estes órgãos, a fim de que suas sugestões cheguem a tempo à comissão. Júlio Campos e Fábio Feldman cogitam a possibilidade de membros da comissão visitarem locais do país, com o propósito de conhecer problemas de gravidade ecológica, de saúde ou da seguridade. Adylson Mota lembra que o texto da constituição é um texto conciso.

O Constituinte Eduardo Jorge pede a palavra:

Sou médico de Saúde Pública e trabalho na Secretaria de Saúde de São Paulo há mais de 10 anos. Fui Deputado Estadual junto com o companheiro Geraldo Alckmin, somos da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa. Um fato importante na área da saúde, no Brasil, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que se deu aqui em Brasília no ano passado. Reuniu entidades municipais, estaduais, federais, entidades da comunidade, entidades médicas, entidades dos mais variados tipos de trabalhadores da saúde e produziu um documento que tem sido referência de todo trabalho dos Ministérios da área. O que eu queria propor ao Presidente é que oficiasse à Comissão Nacional de Reforma Sanitária ou o Ministério da Saúde, para que esse relatório fosse encaminhado para todos os Constituintes da Comissão. Provavelmente, a maioria deles já o tem. Mas, como há Deputados que vêm de outras áreas, como Meio Ambiente e Seguridade, julgo interessante que esse documento fosse colocado nas mãos – o mais rápido possível – de todos os Constituintes da Comissão. Porque lá, a questão da saúde como direito e dever do Estado, a reorganização do sistema, o financiamento do sistema estão bem discutidos e podem servir de um roteiro, de uma orientação para um debate nessa área da saúde. Por isso acho importante essa sugestão. (...) Como foi uma conferência muito ampla e teve a participação desses órgãos específicos da área da saúde, da comunidade e do Estado, é uma referência importante, até um pré-roteiro para discussão nessa área.

José Elias complementa que receberam no dia anterior um telefonema do Ministério da Saúde, através de sua assessoria parlamentar, que esta quer contatar os membros da comissão para ver em que o ministério pode colaborar. José Elias recebeu deles o relatório da 8ª conferência e irá providenciar uma cópia para cada constituinte.

Resumindo as decisões da reunião, cada membro (ou subgrupo) da subcomissão deve trazer um plano de trabalho para a reunião do dia seguinte; a presidência comunicará as entidades representativas interessadas o início dos trabalhos da subcomissão e serão comunicados os nomes de todos os membros e não havendo mais quem queira manifestar-se dá por encerrada a reunião, 1h10min após o seu início.

(a continuação da descrição das reuniões da subcomissão VII-b da assembléia constituinte, responsável direta pelo texto constitucional, continua a partir da página 89 deste relato)

Está convocada, por Eduardo Jorge e pelo Ministério da Saúde, a **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Aconteceu de 17 a 21 de março de 1986. Participaram dela mais de 4.000 pessoas dentre as quais mais de 1.000 delegados representantes⁵⁶. “Foi um processo altamente participativo, democrático e representativo o que permitiu um alto grau de consenso, caracterizando uma unidade quanto ao encaminhamento das grandes questões, apesar da diversidade de propostas quanto às formas de implementação” (Relatório Final, p. 01).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco dentre as demais conferências, pois sucedeu uma série de conferências estaduais e foi a primeira que contou com a participação da sociedade civil organizada. Contou com a participação de representantes das instituições estatais, dos partidos políticos e das entidades representativas patronais, de usuários e de profissionais, contemplando praticamente todas as entidades que atuam no setor.

Foram discutidos os temas Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial, dentre os quais se dividiram os 135 grupos de trabalho. Os trabalhos organizaram-se em duas frentes: os debates dos grupos, que contemplaram também apresentações e mesas redondas; e a deliberação da assembléia final, no qual foi votado e aprovado o relatório final com alto grau de consenso.

⁵⁶ Informações retiradas do site oficial do Ministério da Saúde (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124) e do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf).

A 8ª Conferência foi presidida pelo sanitarista Antônio Sérgio da Silva Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O sanitarista já na palestra de abertura “Democracia é Saúde” dá o tom dos trabalhos dos próximos cinco dias. Arouca dispensa apresentação pois já é muito conhecido e aclamado por sua trajetória na luta pela saúde, contra o sistema autoritário, como relata o secretário de saúde Carlos Mosconi na abertura de sua palestra. É fácil descobrir quem é Sérgio Arouca. Sua biografia, idéias e posicionamentos inspiraram os demais sanitaristas e profissionais envolvidos em um campo então nascente dentro da área da saúde, a Saúde Coletiva. São inúmeros os relatos⁵⁷ de sua trajetória e sua importância na luta pela *saúde* e na luta pela *democracia*. Bandeiras estas que conjugou juntas desde o início de seu percurso acadêmico, junto a outros sanitaristas, mas que se consolidaram na criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), do qual foi presidente em 1979. A bandeira do Cebes “democracia e saúde” se torna depois “saúde é democracia”⁵⁸ e finalmente, “Democracia é Saúde”, na palestra proferida por Arouca, na abertura da 8ª Conferência Nacional.

A mesa estava composta por⁵⁹: Carlos Eduardo Venturelli Mosconi, Secretário de Saúde-DF e deputado federal; Roney Edmar Ribeiro, presidente do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) e o palestrante Sérgio Arouca. O Ginásio de Esportes de Brasília estava cheio. Arouca reclama do fosso que há entre a mesa e a platéia, na estrutura do ginásio. Não deveria haver esse fosso, pois a intenção deles, da organização, foi *a de se conseguir uma integração clara, transparente e objetiva nas discussões da política de saúde*. Por isso, Arouca gostaria *que pudessem abstrair-se desse fosso e imaginar que, na realidade, estavam o mais próximo possível nessa discussão*.

Depois de apresentar noções ampliadas de saúde, Arouca explica a origem da frase “Saúde é Democracia”. O Brasil, *nos últimos anos conseguiu romper com uma das leis mais consolidadas da história da civilização; a de que quando cresce a riqueza de um País melhora o nível de vida do povo. No auge do seu chamado “milagre econômico” quando este País conseguiu aumentar sua riqueza, conseguiu também aumentar o índice de mortalidade das suas crianças, o número de pessoas que passam fome, a miséria da grande maioria da população e o número de marginalizados. Enfim, aumentou a riqueza e diminuiu o tamanho do nosso povo.(...) foi neste sentido que se cunhou uma frase da maior importância: “Saúde é democracia”. Isto é, passou-se a perceber que não era possível melhorar o nível de vida da nossa população enquanto persistisse, neste País, um modelo econômico concentrador de renda e um modelo político autoritário. Para romper o ciclo econômico que levava nossa população a viver cada vez mais em piores condições, um*

⁵⁷ <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/>; <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/index.htm>

⁵⁸ Nas palavras de Sarah Escorel - <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/index.htm>

⁵⁹ <http://www.youtube.com/watch?v=-HmqWCTEeQ>

passo preliminar era a conquista da democracia. O problema era de decisão política, e a política não colocava como prioritária a questão social. O que a política colocava como prioritário era o enriquecimento e a concentração de renda, mas nunca a melhoria de vida do nosso povo. Portanto, o lema que surgiu dentro do sistema de saúde durante os últimos anos – "democracia é saúde" – significava que para se conseguir começar, timidamente, a melhorar as condições de saúde da população brasileira, era fundamental a conquista de um projeto de redemocratização deste País. Essa luta teve repercussões em todos os níveis, na área médica, com a criação dos movimentos de renovação médica, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (cebes).

A "oitava" havia sido convocada diante da necessidade de se ordenar um novo sistema de saúde no país. O sistema previdenciário, gerido pelo INAMPS (Instituto de Assistência Médica da Previdência Social), entrara em colapso. Era necessária uma reforma urgente, mas não, como diz Arouca, *uma reforma administrativa ou gerencial, uma passagem de instituições existentes de um ministério a outro*; mas uma reforma profunda, uma reformulação completa do sistema de saúde, a criação de um novo sistema. *Porque o problema aqui não é o de buscar um modelo de saúde que seja adequado à nossa cultura de brasileiros, tirado do bolso de uma hora para outra, mas sim o de se buscar um sistema de saúde cuja experiência tenha sido gerada nas vivências do trabalho comunitário de bairros, nas práticas dos sindicatos, da Igreja, das secretarias de saúde, estaduais e municipais, que tanta coisa têm enfrentado no sentido de transformar esse sistema, baseados no conhecimento, inclusive, de pessoas que, por assumirem mais a convivência com esse sistema [político] perverso, foram para algum lugar do País e começaram uma experiência concreta, na tentativa de modificá-lo.*

O que estavam chamando de profunda reforma sanitária, deveria supor a reformulação no sistema de saúde, baseada na inserção, na Constituição, de que a saúde é um direito do brasileiro e um dever do Estado. De que Estado estavam [eles, militantes da reforma sanitária] falando? *Estado pressupõe território, um povo e um governo. Muitas vezes, durante o período autoritário, Estado foi confundido com governo, e se estabeleceram leis de segurança do Estado que, na realidade, eram leis de segurança dos governantes. Não é disso que estavam falando, mas de uma nação, com um território e, dentro dele, um povo, que pretende ter um governo que represente seus interesses. Portanto, é a esse Estado – Estado como povo, como território, como nação – que cabe garantir o direito à saúde do seu povo.* A reforma sanitária deve ser ampla. Não pode ser confundida com reforma administrativa nem apenas com a transferência burocrática de instituições ou com a simples mudança da direção dessas instituições. A reforma sanitária implica a redemocratização do Estado, um Estado com povo e com território. É por essa reforma que estavam brigando. *E ela não pode ser um projeto da minha cabeça ou da*

cabeça dos profissionais; ela tem que ser construída, desejada, montada, inventada pela sociedade brasileira, mesmo que o resultado final não seja aquilo que muitos de nós estamos querendo que seja.

As jornadas de trabalho foram incansáveis e avançaram as madrugadas dos dias que seguiram. Estavam no auge do processo político. A “oitava” era o ponto de culminância entre as duras lutas dos anos anteriores contra o autoritarismo, e o futuro: o novo sistema político, o novo sistema de saúde. Como deveriam ser? Essa questão era a função daqueles cinco dias. Como deveria ser o novo sistema nacional de saúde?

O Relatório Final, aprovado por votação em assembléia geral que durou mais de 12 horas, postula⁶⁰:

1) Direito a saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

2) Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada as demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitem efetivá-la. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

3) As limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito a saúde são de Natureza estrutural.

4) Para assegurar o direito a saúde a toda a população brasileira é imprescindível: a) garantir uma Assembléia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva; b) assegurar na constituição, a todas as pessoas, as condições fundamentais de uma existência digna, protegendo o acesso a emprego, educação. Alimentação, remuneração justa e propriedade de terra aos que nela trabalham, assim como direito a organização e direito a greve; c) estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre o Estado.

5) Necessário que se intensifique o movimento de mobilização popular para garantir que a Constituinte inclua a saúde entre as questões que merecerão atenção prioritária. Com esse objetivo, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde deverá ser deflagrada uma campanha nacional em defesa do direito universal a saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos, para que se inscreva na futura Constituição: a) a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais; b) a garantia da extensão do direito a saúde e do acesso igualitário as

⁶⁰ Dos itens e postulados do Relatório Final da 8ª Conferência, foram reproduzidos aqui aqueles que tratam da democracia e da democratização. Para o movimento da reforma sanitária, e para os estudiosos dela, a democratização da saúde possuía duas direções: a garantia do direito universal e a instituição de mecanismos de controle social. As assertivas reproduzidas dizem respeito a esses direcionamentos.

ações da saúde, a todos os habitantes do território nacional; c) a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais.

6) O novo sistema nacional de saúde deve reger-se pelo princípio (entre outros) de participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde.

7) o principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta a progressiva estatização do setor. Os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços a população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público.

8) o relacionamento do poder público com a rede privada prestadora de serviços deve fundamentar-se no controle efetivo sobre essa rede.

9) Será constituído um novo Conselho Nacional de Saúde, composto por representantes dos Ministérios da área social, dos governos estaduais e municipais e das entidades civis de caráter nacional, como partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares, cujo papel principal será o de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas, orçamentos e ações.

10) Deverão também ser formados Conselhos de Saúde a níveis local, municipal, regional e estadual, composto por representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Severa ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida.

11) a efetivação das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a continuidade do processo de discussão sobre a questão da saúde devem ser asseguradas através do aprofundamento das teses debatidas e do estudo dos temas específicos, como forma de subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte e criar as bases para uma Reforma Sanitária Nacional. Os participantes da 8ª conferencia propõem, com esta finalidade, a criação de um Grupo Executivo da Reforma Sanitária composto por órgãos governamentais e sociedade civil organizada, de forma paritária. Cabe ao ministério da saúde a convocação e constituição do referido grupo, segundo os critérios aqui postos.

Estas são as proposições finais da 8ª CNS. É delas que partem os nossos constituintes? Para muitos deles, é dela que devem partir. A 8ª, que foi chamada também Constituinte da Saúde, terminou com várias encomendas a constituinte propriamente dita, nosso objeto de estudo. Ao longo do nosso relato, vamos ver que suas proposições, contidas em seu Relatório Final, tiveram ampla adesão e são argumentos recidivos nas proposições de muitas entidades representativas da saúde que tiveram participação nas audiências públicas da subcomissão VII-b.

Pode-se dizer que a 8ª conferência foi um processo democrático bem-sucedido, já que alcançou alto grau de consenso? Que democracia é esta, bem trabalhada e relatada pelo patrono Sérgio Arouca? Não cabe ao pesquisador responder. Vamos adiante, mesmo porque a 8ª conferência e seu relatório final, por ora apresentados, serão ainda convocados muitas vezes no nosso relato.

(Continuação da descrição das reuniões da subcomissão VII-b Saúde, Seguridade e Meio Ambiente)

A segunda reunião da subcomissão termina com a convocação para a reunião do dia seguinte no mesmo horário e com a indicação de que cada constituinte traga um plano de trabalho. O constituinte Adylson Motta sugere que estes planos de trabalho seja feitos em grupos pelos partidos (qual a função/papel dos partidos na subcomissão constituinte?).

Terceira reunião: 09/04/1987, inicia-se às 09h30min na Sala de reuniões da subcomissão na Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal, de forma informal por falta de quorum. O Sr. Constituinte Carlos Mosconi justifica as faltas dos constituintes do PMDB, por motivo de evento maior do partido, e em seguida propõe que seja analisado a proposta da *Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS)*, que apresenta-se já em termos constitucionais, como um ponto de partida para a comissão:

"Art. 1º A saúde é um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes de todo o Território nacional sem qualquer distinção.

Parágrafo único: O direito à saúde implica:

- 1. condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer;*
- 2. respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental;*
- 3. informações sobre os riscos de adoecer e morrer, incluindo condições individuais e coletivas de saúde;*
- 4. dignidade, gratuidade e qualidade das ações de saúde, com direito à escolha e à recusa;*
- 5. recusa aos trabalhos em ambiente insalubre ou perigoso ou que represente grave e iminente risco à saúde, quando não forem adotadas medidas de eliminação ou proteção dos riscos;*
- 6. opção quanto ao tamanho da prole;*
- 7. participação, em nível de decisão, na formulação das políticas de saúde, e na gestão dos serviços.*

Art. 2º É dever do Estado:

- 1. implementar políticas econômicas e sociais que contribuam para eliminar ou reduzir o risco de doenças e de outros agravos à saúde;*
- 2. assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde pela garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis;*
- 3. assegurar, com esta finalidade, a existência da rede pública de serviços de saúde.*

Art. 3º O conjunto de ações de qualquer natureza, na área de saúde, desenvolvida por pessoa física ou jurídica, é de interesse social, sendo responsabilidade do Estado, a sua normatização e controle.

§ 1º A lei definirá a abrangência, as competências e as formas de organização, financiamento e coordenação intersetorial do Sistema Nacional de Saúde, constituindo com o sistema único, segundo as seguintes diretrizes:

- 1. integração das ações e serviços com o comando político-administrativo único em cada nível de governo;*
- 2. integralidade e unidade operacional das ações de saúde adequadas às realidades epidemiológicas;*
- 3. descentralização político administrativa que respeite a autonomia dos Estados e Municípios, de forma a definir, como de responsabilidade desses níveis, apresentação de serviço de saúde, de natureza local ou regional.*
- 4. participação, em nível de decisão, de entidades representativas da população, na formulação e controle das políticas de saúde, em todos os níveis.*

§ 2º É assegurado o livre exercício de atividade liberal e de saúde e a organização de serviços de saúde privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela lei e os princípios que norteiam a Política Nacional de Saúde.

Art. 3º A utilização de serviços de saúde de natureza privada pela rede pública se fará segundo necessidades definidas pelo Poder Público, de acordo com as normas estabelecidas pelo Direito Público.

Art. 4º O Estado mobilizará, no exercício de suas atribuições, os recursos necessários à preservação da saúde, incorporando as conquistas do avanço científico e tecnológico, segundo critérios de interesse social.

Art. 5º As atividades de ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção de insumos e equipamentos essenciais para a saúde subordinam-se à Política Nacional de Saúde e são desenvolvidas sob controle estatal, com prioridade para os órgãos públicos e empresas nacionais, com vistas à preservação da soberania nacional.

Art. 6º O financiamento das ações e serviços de responsabilidade pública será provido com recursos fiscais e para-fiscais, com destinação específica para a saúde, cujos valores serão estabelecidos em lei e submetidos à gestão única nos vários níveis de organização do Sistema Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O volume mínimo dos recursos públicos destinados pela União, Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios corresponderá, anualmente, a 12% das respectivas receitas tributárias.

Disposições transitórias:

- 1. a Previdência Social alocará o mínimo de 45% da contribuição patronal ao Fundo Nacional de Saúde;*
- 2. Os recursos da Previdência Social, destinados ao financiamento do Sistema Nacional de Saúde, serão gradualmente substituídos por outras fontes, a partir do momento em que o gasto nacional em saúde alcance o equivalente a 10% do Produto Interno Bruto."*

Os constituintes Eduardo Jorge, Floriceno Paixão e Raimundo Rezende inteiram a importância da proposta de texto constitucional da CNRS, pois se trata do produto final dos trabalhos da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

(continua na página 93)

A Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) é derivada da requisição, votada e aprovada na plenária final da 8ª CNS, da criação de um Grupo Executivo da Reforma Sanitária composto por órgãos governamentais e sociedade civil organizada, de forma

paritária. Sua função seria garantir a efetivação das propostas da 8ª e dar continuidade e aprofundamento aos debates, como forma de subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte e criar as bases para a profunda reforma sanitária.

A CNRS foi então convocada pela Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86, abaixo reproduzida:

PORTARIA INTERMINISTERIAL MEC/MS/MPAS Nº 02/86

Publicada no DOU de 22.08.86

Os Ministros de Estado da Educação, Saúde e Previdência e Assistência Social, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a reconhecida precariedade do nível de saúde da população brasileira;

Considerando a premente necessidade de transformações estruturais na área de saúde e assistência médica, em face das diretrizes de política social do Governo da Nova República;

Considerando a experiência de articulação e interação entre os Ministérios, acumulada pelas Ações Integradas de Saúde e,

Considerando as conclusões e recomendações da 8 Conferência Nacional de Saúde,

RESOLVEM:

1. Constituir a COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA, com a finalidade de:

1.1 – analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde, e sugerir opções para a nova estrutura organizacional do sistema;

1.2 – examinar os instrumentos de articulação entre os setores de Governo que atuam na área de saúde, e propor o seu aperfeiçoamento;

1.3 – apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor saúde, ajustando-os com precisão às necessidades dos segmentos da população a ser atendida.

2. A Comissão será composta por representantes de órgãos governamentais, Congresso Nacional e Sociedade Civil, assim discriminados:

– Ministério da Saúde – Secretário Geral e Presidente da FIOCRUZ

– Ministério da Previdência e Assistência Social – Secretário de Serviços Médicos e Presidente do INAMPS

– Ministério da Educação e Cultura – Secretário de Educação Superior

– Ministério do Trabalho – 1 representante

– Ministério do Desenvolvimento Urbano – 1 representante

– Ministério da Ciência e Tecnologia – 1 representante

– Secretaria de Planejamento da Previdência da República – 1 representante

– Secretarias Estaduais de Saúde – 2 representantes do CONASS, sendo um o Presidente do Conselho

– Secretarias Municipais de Saúde – 1 representante

– Senado Federal – Comissão de Saúde

– Câmara dos Deputados – Comissão de Saúde

– Centrais Sindicais – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); Central Geral dos Trabalhadores (CGT); Central Única dos Trabalhadores (CUT)

– Centrais Patronais – Confederação Nacional da Indústria (CNI); Confederação Nacional do Comércio (CNC); Confederação Nacional da Agricultura (CNA)

- Prestadores Privados de Serviços de Saúde – Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB); Federação Brasileira de Hospitais (FBH)

- Profissionais de Saúde – Federação Nacional dos Médicos (FNM)

- Associação de Moradores – Conselho Nacional das Associações de Moradores (CONAM)

3. A COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA será coordenada pelo Secretário-Geral do Ministério da Saúde.

4. A COMISSÃO contará com uma Secretaria Técnica que proverá o apoio e a assessoria necessários ao seu pleno funcionamento, a ser constituída através de atos específicos do Coordenador.

5. Os órgãos técnicos dos Ministérios prestarão o apoio e as informações necessárias, quando solicitadas pela Comissão.

6. A Comissão terá um prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar de sua instalação, para apresentar suas conclusões.

Brasília-DF, 20 de agosto de 1986.

JORGE KONDER BORNHAUSEN
Ministro da Educação
ROBERTO FIGUEIRA SANTOS
Ministro da Saúde
RAPHAEL DE ALMEIDA MAGALHÃES
Ministro da Previdência e Assistência Social

Oficialmente, a CNRS teve como objetivo analisar as dificuldades da rede nacional de saúde, debater e propor opções para a formulação do novo sistema de saúde, bem como para o planejamento das ações e para a articulação das instituições governamentais que atuam na saúde. Pretendeu-se reproduzir a representatividade da 8ª conferência, sendo que seus 26 membros dividiram-se paritariamente entre representantes de instituições governamentais e entidades civis. Teve como coordenador o Sr. José Hermógenes de Sousa, então Secretário Geral do Ministério da Saúde, e como Coordenador Geral da Secretaria Técnica o Sr. Arlindo Fábio Gómez de Sousa, vice-presidente da Fiocruz.

Os trabalhos da CNRS estendeu-se entre agosto de 1986 e maio de 1987. Três documentos foram produzidos nos seis meses de trabalho da comissão⁶¹. No primeiro listam-se os documentos e pronunciamentos importantes que antecederam a sua criação: a portaria interministerial, pronunciamentos dos ministros, o relatório final da 8ª conferência e um documento produzido por técnicos do Ministério da Saúde e do INAMPS intitulado: Bases para o aperfeiçoamento das Ações Integradas de Saúde como estratégia para a Reforma Sanitária Brasileira. O segundo documento produzido trás os dois documentos formais produzidos pela CNRS, um deles reproduzido acima, a proposta de texto constitucional, com vistas a subsidiar os trabalhos da constituinte; e o segundo uma Proposta de conteúdo para uma nova Lei do Sistema Nacional de Saúde, que subsidiou, posteriormente a constituição, a criação das Leis Orgânicas da Saúde, promulgadas em 1990. O terceiro documento é um relato detalhado dos trabalhos da CNRS, no qual explicitam objetivos, o andamento dos trabalhos e os documentos finais produzidos pelos grupos de trabalho, juntamente com os documentos que subsidiaram as discussões da comissão.

A tarefa da subcomissão é uma tarefa complexa. Não se trata mais, na presente conjuntura, da mera formulação, em gabinetes, de modelos de organização institucional

⁶¹ Disponíveis em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/texto_final.pdf,
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_05.pdf,
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_08.pdf

como imagem-objetivo a ser perseguida em uma perspectiva gradual e de longo prazo. As dimensões continentais do Brasil e a grande heterogeneidade entre os Estados impede que este processo se realize como um pacote de medidas a serem implementadas segundo uma estrita racionalidade de planejamento. Trata-se, ao contrário, de criar as condições políticas em cada Estado que permitam avaliar, com o envolvimento e a efetiva participação dos profissionais de saúde, dos parlamentares e das entidades representativas da população, os requisitos necessários para operacionalizar a descentralização e a democratização da saúde pretendidas. A vitória recente, nas últimas eleições, de representantes de setores progressistas da sociedade brasileira para os governos da maioria dos Estados, bem como para o Congresso Constituinte, confere ao debate de alternativas para o sistema de saúde uma base política que não pode ser ignorada e que abre uma nova perspectiva ao projeto de uma Reforma Sanitária⁶².

Este é o contexto no qual estavam inseridos os seis meses de trabalho da CNRS, e devido ao qual apostaram suas fichas. Os coordenadores José Hermógenes e Arlindo Fábio Gomes de Souza estiveram presentes na subcomissão de saúde da constituinte na primeira audiência pública relativa a saúde, correspondente a 7ª reunião. Os documentos da CNRS foi a base da qual partiram os nossos constituintes, reabrindo os debates sobre como deveria constituir-se o novo sistema de saúde.

(Continuação da descrição das reuniões da subcomissão VII-b Saúde, Seguridade e Meio Ambiente)

A terceira reunião segue com a discussão do funcionamento e cronograma da subcomissão que termina assim estabelecido:

Reuniões às 9:00-12:00 de 3ª 4ª 5ª e de às 20:00-24:00 2ª 3ª 5ª; debates na subcomissão à 07/04-08/05; votação do anteprojeto da Subcomissão nos dias 09/05-24/05; e as Audiências Públicas oficiais (4 – Saúde, 2 – Seguridade, 2 – Meio ambiente) às 3as e 4as-feiras, período da manhã, pelo seguinte cronograma:

14 de abril (3ª) – Seguridade
 21 de abril (3ª) – Seguridade
 22 de abril (4ª) – Saúde
 23 de abril (5ª) – Saúde
 28 de abril (3ª) – Saúde
 29 de abril (4ª) – Saúde
 05 de maio (3ª) – Meio ambiente
 06 de maio (4ª) – Meio ambiente

⁶² Excerto retirado do Doc. 3. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_08.pdf

Os constituintes seguem debatendo como serão as audiências públicas, a começar pela do dia 14/04, na qual será convocado o Ministério da Previdência e suas entidades administrativas. Discutem a relevância da cobertura da imprensa das audiências (que acaba na discussão tendo pouca relevância); as formas de convocação/convite às entidades e por fim, discutem como os constituintes se organizarão para as visitas *in loco*, aos problemas de saúde e meio ambiente.

A reunião termina sem mais agitações, com a convocação da próxima reunião as 20h00 da próxima segunda feira, dia 13/04.

4ª Reunião: 13/04, às 20h00, na Sala de reuniões da subcomissão na Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal, com numero regimental de constituintes. Os deputados seguem discutindo a organização da subcomissão para visitas *in loco*, e passam posteriormente a discutir que entidades representativas seriam ouvidas nas audiências oficiais. O constituinte Raimundo Bezerra sugere que, para as discussões da saúde, sejam visitados periferias de capitais do Nordeste pelas condições de insalubridade e saneamento agravadas. *“Nossa presença numa região diferente, mas uma região que precisa da ação do Poder Público com maior intensidade, a nossa simples presença, talvez, já fosse motivo de credibilidade para os nossos trabalhos. Essa visita poderia ser programada não apenas para olhar uma situação que todos já conhecemos, mas para que, no local, fossem estimulados debates com associações de bairros, principalmente aquelas entidades que cuidam de uma assistência mais comunitária, para que ali conheçamos sugestões que certamente irão ajudar o nosso trabalho.”*

O constituinte Eduardo Jorge prossegue lembrando que o combinado como enfoque principal desta reunião era a definição das entidades representativas a serem ouvidas nas audiências oficiais. A discussão segue para a definição de que a mesa fará um calendário de visitas.

A discussão passa as entidades a serem convocadas para as assembléias. No que tange as audiências da Saúde debatem:

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): – (...) Deputado Eduardo Jorge, só ressalto que o Conselho Federal de Medicina também veio solicitar a participação em audiência, através do seu Vice-Presidente, Francisco Álvaro Barbosa Costa.

O SR. CONSTITUINTE EDUARDO JORGE: – Dando prosseguimento a estas sugestões, fiz um estudo com relação ao problema da Saúde. Vemos que essas quatro audiências aqui estão divididas em: 1) entidades estatais; 2) entidades patronais e prestadoras de serviços; 3) entidades de trabalhadores; e 4) entidades científicas e éticas. Então, trouxe aqui uma proposta, para abranger essas quatro áreas, convocando algumas entidades. Na primeira audiência, entidades estatais, seja convidada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, onde já estão representados, inclusive, todos os Ministérios, desde o da Saúde, ao da Previdência Social, do Trabalho, da Educação, e outros órgãos estatais importantes e

alguns representantes da comunidade. Também nesta audiência de entidades estatais, interessante chamar o Presidente do Conselho Nacional da Secretaria de Saúde do Estado e um representante do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde. Aí teremos uma visão em três faixas – municipal, estadual e federal. Importante a comissão de Reforma Sanitária, inclusive porque já há representante dos vários Ministérios na área. Esta, a primeira audiência.

O SR. RELATOR (Carlos Mosconi): – Sr. Presidente, permita-me.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): – Com muito prazer.

O SR. RELATOR (Carlos Mosconi): – O Conass já está representado na Comissão Nacional de Reforma Sanitária, bem como o Representante de Secretaria Municipal de Saúde.

O SR. CONSTITUINTE EDUARDO JORGE: – Deputado Carlos Mosconi, realmente é verdade. No entanto, seria importante convidar alguém da área estadual, alguém da área municipal, e dar-lhes uma audiência especial, para termos uma visão mais ampla dessa questão estadual e municipal. Apesar de eles estarem realmente representados na Comissão Nacional de Reforma Sanitária, é importante dar-lhes um espaço adicional, para poderem abordar com mais especificidade a questão estadual e municipal, já que alguém que vem representando a Comissão Nacional de Reforma Sanitária vai dar uma visão global de vários aspectos, desde a Saúde como direito, à reforma do sistema, financiamento etc. Na segunda audiência – entidades patronais e prestadoras de serviços –, arrolar aqui as seguintes entidades: a Sociedade de Medicina de Grupo, a Federação Brasileira de Hospitais, a Federação de Santas Casas de Misericórdia, a Representante da Federação das Cooperativas Médicas, e Representantes de Confederações Patronais que tiverem interesse em comparecer. Na terceira audiência – na área dos trabalhadores, entidades dos trabalhadores –, estejam representadas a CUR, a CGT, a Contag e algumas Federações de Trabalhadores na área da Saúde. Poderíamos entrar em contato com elas e escolher entre si alguns representantes, Federação de Médicos, de Enfermeiras, de Farmacêuticos etc. Na quarta audiência seriam ouvidas entidades da área científica e de ética. Então, convidaria os Conselhos, inclusive o conselho Federal de Medicina, algumas Associações Nacionais, como a ABEM, a ABM, a Abrasco, uma Associação brasileira que trata da questão do ensino da saúde coletiva, e a Associação Paulista de saúde Pública. Com isto, teremos quatro audiências cobrindo as quatro áreas programadas pelo nosso Plano – a área estatal, a área patronal e prestadores de serviços, área de entidades de trabalhadores e a área científica e ética.

O SR. CONSTITUINTE ADYLSO MOTA: – ...Federal de Medicina se convoque também os Conselhos das entidades paramédicas todas, não apenas a medicina(...)

(...)

O SR. RELATOR (Carlos Mosconi): – Acrescento à proposta do Deputado Eduardo Jorge, que me pareceu muito boa, apenas algumas entidades que também solicitaram sua inclusão nessas audiências, uma delas é FINAES, uma federação de entidades de saúde, hospitais em todo o País. Também nesta audiência com entidades científicas e éticas devemos incluir a CEME – Central de Medicamentos, e também a Associação de Transplantes, de Doadores e Receptores de órgãos, um assunto importante para tratarmos aqui, na Subcomissão

Houve mal estar na subcomissão devido ao pedido de adiamento, pelo Ministro da Previdência Social, Sr. Raphael de Almeida Magalhães, da audiência marcada para o dia seguinte. Seguiu-se discussão acerca da relação entre a previdência social e saúde.

5ª reunião: 14/04 às 8h30min, na sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal, reuniu-se informalmente a Subcomissão de saúde, Seguridade e do Meio Ambiente, por falta de quorum.

O presidente constituinte José Elias Murad pede desculpas aos órgãos da imprensa e constituintes visitantes da comissão pela ausência do Ministro da Previdência. Mal estar se estabelece na comissão. São deliberados questões de agenda e organização de viagens. São avaliados as requisições de entidades para participação nas audiências públicas. São elas o Conselho Federal de Medicina e a Associação Brasileira de Pós-graduação de Saúde Coletiva. E foi encaminhada para a subcomissão uma moção pelo Plenário dos Trabalhadores em Saúde, aprovada em congresso no estado de São Paulo sobre a discriminação da mulher, e que apresenta propostas que devem ser consideradas na nova Constituição.

6ª Reunião: 21/04/1987, às 20:00h na sala de reuniões da subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa, do Senado Federal, reuniu-se a Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente, sob a presidência do Senhor Constituinte José Elias Murad, com a presença dos seguintes constituintes: Eduardo Jorge, Cunha Bueno, Adylson Motta, Raimundo Rezende, Carlos Mosconi, Jorge Uequet, Luiz Soyer, Oswaldo Almeida, Geraldo Alkmin, Francisco Rollemberg, Fábio Feldmann, Raimundo Bezerra, Carlos Sant'Anna; e dos Senhores Amaury Soares Silveira, presidente da Associação Nacional da Previdência Privada – ANAPP, João Reis Ricardo dos Santos, Superintendente da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, e Obed Dornelles Vargas, presidente da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas; para a primeira *Assembléia Pública* da subcomissão sob o tema *previdência*.

No que tange a área da saúde os constituintes receberam cartas e requerimentos de participação do Conselho Federal de Farmácia, da Confederação das Misericórdias do Brasil (representando as Santas Casas de Misericórdia) e uma solicitação de consideração das deliberações da 8ª conferencia nacional de Saúde por parte da Liga Feminina de Combate ao Câncer, do Rio Grande do Sul.

7ª Reunião: 22/04/1987, às 8:30h na sala de reuniões da subcomissão, Ala Senador Alexandre Costa, do Senado Federal, reuniu-se a Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente, sob a presidência do Senhor Constituinte José Elias Murad, com a presença dos seguintes Constituintes: Fábio Feldmann, Maria de Lourdes Abadia, Carlos Mosconi, Adylson Motta, Eduardo Jorge, Eduardo Moreira, Floriceno Paixão, Geraldo Alckmin, Jorge Uequet, Júlio Campos, Oswaldo Almeida, Raimundo Rezende, Luiz Soyer, Raimundo

Bezerra, Antônio Carlos Mendes Thame, Paulo Macarini, Abigail Feitosa, Euclides Scalco e Almir Gabriel.

O assunto em pauta nesta reunião é "Audiências Públicas com os representantes da Comissão de Reforma Sanitária, do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde".

(parêntese

No dia 22/04/1987 aconteceu, então, a primeira audiência pública da subcomissão sobre as questões da saúde no país. Nesta e nas audiências que seguiram foram ouvidos representantes de instituições governamentais e entidades representativas de profissionais, empresas e da sociedade civil. Como proposto pelo constituinte Eduardo Jorge na 4ª reunião, estas audiências públicas seriam divididas por grupos de classe, da seguinte forma: 1ª audiência para instituições estatais; 2ª audiência para entidades patronais e prestadoras de serviços; 3ª audiência para entidades de trabalhadores; e 4ª audiência para entidades científicas e éticas. Tais audiências programadas foram realizadas, mas outras entidades que solicitaram participação na constituinte tiveram espaço para apresentar solicitações e propostas, de forma que totalizaram-se 7 audiências públicas destinadas a discutir os problemas da saúde no país, as possíveis formas de enfrentamento e o que deveria conter no texto constitucional para que tais problemáticas viessem a ser resolvidas. Foram ouvidos 43 representantes correspondentes a 10 instituições governamentais e 31 entidades representativas, como segue descrito na lista abaixo, segundo a ordem das audiências:

1ª Audiência – 7ª Reunião – 22/04

1) Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) – Sr. Laércio Moreira Valença e Sr. Roney Edmar Ribeiro

2) Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS). Foram ouvidos os Srs. José Alberto Hermógenes de Souza e Arlindo Fábio Gomes de Souza

3) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASSEM) – Sr. Nelson Rodrigues dos Santos

4) Ministério do Trabalho – Sr. José Rianni da Costa

2ª Audiência – 9ª reunião – 23/04

5) Federação Brasileira de Hospitais - Sr. Sílio Andrade

6) Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) - Sr. Alexandre Lourenço

7) Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAES) - Sr. Francisco Ubiratan Dellape

3ª Audiência – 10ª reunião – 28/04:

8) Central Única dos Trabalhadores (CUT) – Sra. Maria Luiza Jaeger e Sr. Rodolfo Repulio

- 9) Federação Nacional dos Médicos – Sr. Roberto Chabo
 10) Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Brasília (Sindicato/DF) – Sra. Sônia Republican
 11) Coordenação Nacional de Entidades Sindicais e Pré-sindicais de Enfermagem (Conespse) – Sra. Regina Sena
 12) Coordenação Nacional de Associações de Moradores (CONAM) – Sra. Maria Aladilce de Souza

4ª Audiência – 11ª reunião – 29/04:

- 13) Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) – Sr. Moisés Golbaum e Sr. Eleutérico Rodrigues Neto
 14) Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) – Sr. Pedro Dimitrov
 15) Conselho Federal de Farmácia (CFF) – Sra. Célia Chaves, Sr. Renato Baruffaldi e Sr. Antônio Carlos Lyra
 16) Conselho Federal de Medicina (CFM) – Sr. Francisco Álvaro Barbosa Costa
 17) Central de Medicamentos (Ceme) – Sra. Marta Nóbrega Martinez
 18) Associação Brasileira de Enfermagem (ABE) – Sra. Maria José dos Santos Rossi
 19) Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB) – Sr. Arymar Ferreira Bastos
 20) Associação Nacional dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais (ALANAC) – Sr. Ogari de Castro
 21) Conselho Regional de Odontologia/DF (CRO-DF) – Sra. Hosana Garcez Moreira e Sr. Wolnei Garrafa

5ª Audiência – 12ª reunião – 30/04:

- 22) Ministério da Saúde (MS) – Ministro Roberto Figueira Santos
 23) Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – Presidente Dr. Hésio Cordeiro
 24) Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Dr. Antonio Sérgio Arouca
 25) Sociedade Brasileira de Nefrologia - Sr. Altair Mosselin
 26) Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) - Dr. Emil Sabbaga
 27) Instituto de Tecnologia Alternativa do Distrito Federal - Dr. Fernando Alberto Campos de Lemos

6ª Audiência – 13ª Reunião – 05/05:

- 28) INPS e INAMPS - ex-presidente Dr. Reinhold Stephanes
 29) Associação Brasileira de Odontologia (ABO) - Sr. Vitor Gomes Pinto e Sr. Carlos Sebe Petrolluzzi (SP)

7ª Audiência – 14ª reunião – 06/05:

- 30) Sociedade Brasileira para o progresso da Ciência (SBPC) - Sr. José da Rocha Cavalheiro
 31) Associação Médica Brasileira (AMB) - Sr. Nelson Proença
 32) MS – Política anti-tabagismo - Dr. Mário Rigatto
 33) Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) - Dr. Jorge Kalil
 34) UNIMEDS (cooperativas Médicas) - Sr. Edmundo Castilho
 35) Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - Sra. Jaqueline Pitangui
 36) Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) - Sr. Eric Rosas
 37) Associação Brasileira de Hospitais - Dr. Wilson Aude Freua
 38) Comissão Nacional Criança e Constituinte - Dra. Zuleica Portella Albuquerque
 39) (Sociedades femininas (não especificam quais) - Dra. Cora Montoro/ Sr. Amauri de Souza Melo

Tiveram a palavra em reuniões seguintes de deliberação interna da subcomissão (não estavam previstos) – 16ª e 17ª reuniões – 11 e 13/05:

- 40) Associação de Laserterapia – Sr. João Carlos Luiz
 41) Academia Fluminense de Medicina - Sr. Dermival da Silva Brandão

Tais entidades, através de seus representantes, debateram com os constituintes problemáticas da saúde no país, reivindicações e propostas de conteúdos e textos constitucionais. Diversos foram os assuntos, profícuas as falas e controversos alguns debates. No entanto, muitos dos diversos pontos de vista de

cada instituição/representante, não encontraram-se nas mesmas reuniões, nos mesmos dias.

Para melhor explorar as controvérsias destas audiências, nos desprendendo da proposta feita por Eduardo Jorge de dividir as audiências por segmentos do campo da saúde. Reorganizamos estas arenas deliberativas que aconteceram ao longo de sete audiências públicas em um único dia de trabalho, em uma única Grande Arena, fazendo dialogar atores que não estiveram necessariamente nas mesmas reuniões. Nesta grande arena criamos alguns diálogos que não acontecerem, mas mantivemos os conteúdos das falas dos atores sem alteração, de forma que tudo o que segue descrito no item 3.3 são discursos dados aos atores. No relato da grande arena nós, seguindo as palavras-chave democracia e democratização, selecionamos qual parte das deliberações dos atores reproduziríamos no relato, em vistas de expor as propostas de democracia e suas controvérsias. Muitos dos debates sobre temas específicos, tais como, recursos humanos, doação e transplante de órgãos, aborto, medicamentos, tabagismo, divulgação comercial de medicamentos, entre outros; infelizmente ficaram fora de nosso relato, visto a nossa necessidade de aprofundar nas democracias e formas de democratização que foram propostas. Nem todos os representantes que tiveram a palavra nas audiências públicas debateram a questão da democratização do sistema de saúde, sendo que muitos dos assuntos específicos foram debatidos sem que os atores relacionassem os temas com a democratização. Dessa forma, ao seguir as nossas palavras chave, estes atores terminaram por não aparecer no nosso relato. As instituições e representantes que debateram a questão da democratização e que foram trazidos na nossa grande arena, são os que foram grifados na lista acima.

O que segue no nosso relato é portanto a seleção das democracias propostas pelos nossos atores, reorganizadas de forma a explicitar melhor suas controvérsias. Visamos com isso, responder ao nosso objetivo de pesquisa e a primeira etapa metodológica de Latour. Para a redação desta etapa, as atas das reuniões da subcomissão foram lidas exaustivamente. Como suporte, no apêndice 2 estão sistematizadas as informações relativas a cada reunião, bem como o número da página do documento original (disponível em: http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/o-processo-constituente/comissoes-e-subcomissoes/comissao7/subcomissao7b); para que o

leitor possa se localizar e, caso seja de interesse, possa acessar as falas e debates completos dos constituintes e debatedores

Agora, voltemos ao nosso relato.)

4.3 A GRANDE ARENA

Aos vinte e dois dias do mês de abril do ano de mil novecentos e oitenta e sete, às oito horas e trinta minutos, na Sala da Comissão de Saúde – Anexo II do Senado Federal, reuniu-se a Subcomissão da Saúde, Segurança e do Meio Ambiente, sob a presidência do Senhor Constituinte José Elias Murad:

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): – Caros colegas, vamos dar início à reunião. Peço àqueles que ainda não assinaram a lista de presença que o façam, pedindo ao Sr. Secretário que faça passar a lista a cada membro, porque parece que temos somente seis assinaturas e há mais participantes presentes. Iniciando esta reunião, tenho a satisfação de cumprimentar a todos. Peço a dispensa da apresentação e leitura da ata porque a reunião de ontem terminou muito tarde, por volta de 23:30 horas, e evidentemente não houve tempo para a secretária preparar a ata. Portanto, peço permissão a esta Subcomissão para considerar e discutir a ata na próxima reunião, hoje à noite. O assunto em pauta nesta reunião é "Audiências Públicas com os representantes das instituições da área da saúde". Na lista entregue aos Srs. pela secretária estão as instituições que solicitaram participação e que estão previstas para o debate de hoje:

O representante do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS), que tem ainda hoje pela manhã um compromisso, pede para ser o primeiro expositor. Tenho o prazer de convidar o Dr. Laércio Valença, Secretário de Saúde do Distrito Federal e Presidente do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde, para fazer a sua exposição. (Pausa.)

(o Dr. Laércio levanta-se e dirige-se a mesa)

Tem a palavra o Dr. Laércio Valença.

O SR. LAÉRCIO VALENÇA: – Exm.º Sr. Presidente da Subcomissão de Saúde, Segurança e do Meio Ambiente, da Assembléia Nacional Constituinte, ilustre Constituinte José Elias Murad; Exmos. Srs. Constituintes, Vice-Presidentes desta Subcomissão, o Deputado Fábio Feldman e a Deputada Maria de Lourdes Abadia; Exm.º Sr. Relator, Deputado Constituinte Carlos Mosconi; meus senhores, minhas senhoras e demais parlamentares presentes, meus

colegas: Gostaria de iniciar dizendo que o CONASS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde, é membro da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), e essa Comissão preparou um documento que vai passar à Mesa. O que gostaria de dizer é que, como membro da CNRS, subscrevemos as propostas ali contidas. É um documento detalhado, bastante pensado e debatido com diversos segmentos, que atuam na área da saúde, e que certamente trará a esta Subcomissão um apoio de grande valia para o seu trabalho. Passo a expender considerações sobre alguns pontos que consideramos importantes, do ponto de vista do Conass, mas dentro do texto do documento que será passado à Mesa. Quando se discute saúde, não podemos perder de vista que os interesses do indivíduo e da coletividade devem prevalecer, nesta subcomissão, sobre outros interesses, que às vezes são conflitantes. Há, hoje em dia, uma insatisfação generalizada com o serviço de saúde. É por isso que ganhou corpo, nos últimos meses e após a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada a uma ano, da necessidade de se implantar uma reforma sanitária no país. Acho que essa idéia de uma mudança, de uma reformulação de nosso Sistema Nacional de Saúde é hoje um anseio geral. Em nome dos secretários de saúde, posso dizer que há um desejo incontido de que realmente isso possa ser efetivado num prazo menos possível. Não me aprofundarei nesta reformulação mas destaco algumas questões que tocam mais diretamente as secretarias de saúde: 1º, a questão do financiamento. O INAMPS avançou com a implantação das Ações Integradas de Saúde, que são exercidas pelos serviços públicos estaduais e municipais, no sentido de racionalizar a prestação dos serviços. No entanto dirige muito pouco de sua verba para as AISs, o que mostra a inda a fragilidade desta proposta e a fragilidade do serviço público. Outro aspecto e a questão dos recursos humanos. Causa-me preocupação particular a área de gerenciamento, no sentido de que tenhamos pessoas competentes para gerir adequada e eficientemente a máquina da saúde que temos a responsabilidade de coordenar. Não acredito que se possa realmente montar um Serviço Nacional de Saúde adequado se não houver uma reformulação nesse sentido. E a reformulação é enfrentar a realidade; pagar-se condignamente as pessoas para que elas tenham emprego único e cumpram a sua carga horária. Se houver fragmentação, como há no momento, dificilmente chegaremos a bom termo, dentro de todas essas idéias que estão sendo discutidas no momento. Outra questão é que nós temos uma dependência, hoje, absoluta, ou quase absoluta, na área de desenvolvimento tecnológico e produção de insumos e equipamentos. Há áreas em que nós estamos muito mais avançados que na de medicamentos. E o que se precisa para isso é uma decisão de Governo, no sentido de estimular a pesquisa, de estimular a indústria de transformação, a indústria básica, de forma que ela possa fornecer os insumos necessários; seja fortalecendo os laboratórios oficiais, seja fortalecendo a indústria nacional, que deveria ser priorizada nesse tocante à indústria farmacêutica. O último ponto para debate é a convivência do setor público com o setor

privado, seja o setor conveniado, seja aquele que trabalhe independentemente dos órgãos oficiais. A nossa posição coincide, também, com as recomendações do documento da Reforma Sanitária. Deve haver uma convivência entre o setor público e o setor privado. Mas achamos que o setor privado que é conveniado, que depende dos órgãos públicos e do Estado para sua sobrevivência, deve trabalhar harmonicamente com o setor público e merecer uma fiscalização muito mais eficiente do que a que existe normalmente. Os recursos oriundos do Estado deveriam privilegiar as entidades públicas, de forma que pudéssemos colocar o nosso sistema em pleno funcionamento. Agora, que isso seja feito não de forma paternalista, mas sim, exigindo eficiência do serviço público.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Vamos abrir os debates, mas antes queria consultar o caro colega Relator se ele quer tomar assento à Mesa ou prefere ficar aí, por causa dos debates.

Estão abertas as discussões. Quem quiser fazer uso da palavra, por obséquio, não se esqueça de se identificar.

O SR. RELATOR (Carlos Mosconi): – Sr. Presidente, pela ordem. Em vista de que as questões trazidas pelo Sr. Laércio Valença inserem-se no documento da CNRS, Pergunto v. Exa. se não seria a mais aconselhável, mais oportuno, que ouvíssemos o representante da CNRS, antes de iniciarmos o debate?

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): – Esta Presidência acolhe a sugestão do Relator. Assim, vamos passar a palavra ao Dr. Arlindo Fábio Gomes de Sousa e Sr. José Alberto Hermógenes de Souza, que falarão em nome da Comissão de Reforma Sanitária.

O SR. ARLINDO FÁBIO GOMES DE SOUSA: – Sr. Presidente, Srs. Vice-Presidentes, Sr. Relator, demais Parlamentares, companheiros da Comissão de Reforma Sanitária, minhas Sras. e meus Srs.

Antes de fazermos a leitura da proposta a qual chegamos ao final destes seis meses de trabalho da CNRS, quero reportar-me a seus antecedentes. Ela é resultado da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada há um ano, nesta Cidade de Brasília, onde o setor saúde demonstrou sua pujança e sua organização ao trazer para Brasília, depois de conferências preparatórias em todos os Estados do território nacional, mil e duzentos representantes das mais diversas categorias e segmentos da sociedade, ademais de, aproximadamente, três mil e quinhentos participantes que, individualmente, vieram ter à VIII Conferência. Uma das suas resoluções diz que seria criado um grupo executivo para a Reforma Sanitária. E esse grupo executivo é o que vem dar origem à Comissão Nacional da Reforma Sanitária, pela portaria interministerial criada por S. Ex^{as} os Srs. Ministros da Previdência Social, Saúde e Educação. Entenderam os Srs. Ministros de manter, também, o mais próximo possível, a amplitude da representatividade obtida na VIII Conferência Nacional de Saúde. Portanto, essa Comissão é fruto de todo um movimento social no

território nacional, de comissões e de trabalhos prévios à VIII Conferência, à realização da VIII Conferência, e, posteriormente, a um debate ao longo de 6 meses, para que pudéssemos chegar a essa proposta de forma tão sucinta. Esta Comissão, ademais da representação dos órgãos oficiais, dos órgãos de governo, também conta com a representação da sociedade civil, porque não se poderia esperar que, depois de uma VIII Conferência Nacional de Saúde, e com a representatividade que obteve, pudéssemos ter uma Comissão de Saúde que apenas representasse parte de todos os interessados no setor. O texto que será apresentado foi exaustivamente trabalhado, e os conceitos, às vezes entre vírgulas, contidos no texto, mereceram a atenção a mais redobrada dos membros da comissão, e chegamos a essa posição de uma série de debates e uma série de convergências e de divergências. Eu entregaria ao Sr. Presidente, inclusive, os dissensos manifestados e que foram decisão da comissão, para que constassem, também, do nosso relatório final. Ou seja, nós estamos apresentando o texto que majoritariamente saiu de modo consensual proposto da comissão e vamos aditar a V. Ex.^{as} aqueles pontos que, para alguns representantes, era importante fossem salientados como de dissenso. Entretanto, todos assumiram em conjunto essas representações que aqui eu li, assumiram em conjunto a responsabilidade pelo texto que V. Ex.^{as} agora recebem. Peço ao Sr. Presidente da CNRS, Sr. José Alberto Hermógenes de Souza, que proceda a leitura do documento.

O SR. JOSÉ ALBERTO HERIMÓGENES DE SOUSA:

– Sr. Presidente, Srs. membros da Subcomissão, peço desculpas pelo meu atraso. Em função das mudanças no Ministério da Saúde, tive que providenciar alguns encaminhamentos, já que hoje é o meu último dia como Secretário-Geral.

O conteúdo da proposta para a Constituinte, aprovada pela Comissão da Reforma Sanitária, resume-se em 6 artigos e um item nas disposições transitórias.

"Art. 1º A saúde é um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes de todo o Território nacional sem qualquer distinção.

Parágrafo único: O direito à saúde implica:

- 1. condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer;*
- 2. respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental;*
- 3. informações sobre os riscos de adoecer e morrer, incluindo condições individuais e coletivas de saúde;*
- 4. dignidade, gratuidade e qualidade das ações de saúde, com direito à escolha e à recusa;*
- 5. recusa aos trabalhos em ambiente insalubre ou perigoso ou que represente grave e iminente risco à saúde, quando não forem adotadas medidas de eliminação ou proteção dos riscos;*
- 6. opção quanto ao tamanho da prole;*
- 7. participação, em nível de decisão, na formulação das políticas de saúde, e na gestão dos serviços.*

Art. 2º É dever do Estado:

- 1. implementar políticas econômicas e sociais que contribuam para eliminar ou reduzir o risco de doenças e de outros agravos à saúde;*
- 2. assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde pela garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis;*
- 3. assegurar, com esta finalidade, a existência da rede pública de serviços de saúde.*

Art. 3º O conjunto de ações de qualquer natureza, na área de saúde, desenvolvida por pessoa física ou jurídica, é de interesse social, sendo responsabilidade do Estado, a sua normatização e controle.

§ 1º A lei definirá a abrangência, as competências e as formas de organização, financiamento e coordenação intersetorial do Sistema Nacional de Saúde, constituindo com o sistema único, segundo as seguintes diretrizes:

- 1. integração das ações e serviços com o comando político-administrativo único em cada nível de governo;*
- 2. integralidade e unidade operacional das ações de saúde adequadas às realidades epidemiológicas;*
- 3. descentralização político administrativa que respeite a autonomia dos Estados e Municípios, de forma a definir como de responsabilidade desses níveis, apresentação de serviço de saúde, de natureza local ou regional.*
- 4. participação, em nível de decisão de entidades representativas da população, na formulação e controle das políticas de saúde, em todos os níveis.*

§ 2º É assegurado o livre exercício de atividade liberal e de saúde e a organização de serviços de saúde privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela lei e os princípios que norteiam a Política Nacional de Saúde.

Art. 3º A utilização de serviços de saúde de natureza privada pela rede pública se fará segundo necessidades definidas pelo Poder Público, de acordo com as normas estabelecidas pelo Direito Público.

Art. 4º O Estado mobilizará, no exercício de suas atribuições, os recursos necessários à preservação da saúde, incorporando as conquistas do avanço científico e tecnológico, segundo critérios de interesse social.

Art. 5º As atividades de ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção de insumos e equipamentos essenciais para a saúde subordinam-se à Política Nacional de Saúde e são desenvolvidas sob controle estatal, com prioridade para os órgãos públicos e empresas nacionais, com vistas à preservação da soberania nacional.

Art. 6º O financiamento das ações e serviços de responsabilidade pública será provido com recursos fiscais e para-fiscais, com destinação específica para a saúde, cujos valores serão estabelecidos em lei e submetidos à gestão única nos vários níveis de organização do Sistema Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O volume mínimo dos recursos públicos destinados pela União, Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios corresponderá, anualmente, a 12% das respectivas receitas tributárias.

Disposições transitórias:

1. a Previdência Social alocará o mínimo de 45% da contribuição patronal ao Fundo Nacional de Saúde;

2. Os recursos da Previdência Social, destinados ao financiamento do Sistema Nacional de Saúde, serão gradualmente substituídos por outras fontes, a partir do momento em que o gasto nacional em saúde alcance o equivalente a 10% do Produto Interno Bruto"

São esses os itens aprovados pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, na reunião do dia 30-3-87. Gostaria de fazer algumas considerações a mais. Sobre as Ações Integradas de Saúde (AIS), devemos lembrar que as AIS surgiram durante o regime autoritário, num momento em que a Previdência Social, fruto desse sistema que aí está, estava em mais uma das suas crises sérias e que surgem as ações integradas de saúde como uma alternativa simplesmente cosmética, num determinado momento, para contribuir para que se superasse o rombo da Previdência Social. E que, em grande medida, é causado pelo componente de saúde dentro da Previdência Social. O nosso já lembrado companheiro

Carlos Gentile de Melo já dizia que esse sistema era corruptor na sua essência, que é um sistema em que o paciente, ao ser encaminhado a um serviço contratado, se torna um cheque em branco ao portador, que não sabe quanto vai custar aquilo, quer dizer, o Governo não sabe em quanto vai ficar aquele seu tratamento, e que gerou todo esse esquema de corrupção. Então, companheiros, esse sistema, essa situação que aí está, que o Presidente da República, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, usou expressões como inadmissível, inaceitável, de que a oitava potência econômica do mundo, por um lado, apresentasse índices de saúde piores do que os países mais atrasados da América Latina e da África, tem evidentemente componentes mais amplos: um regime econômico excludente, a situação de total abandono do setor social durante esses últimos anos, mas tem um componente importantíssimo, que é o atual sistema de saúde que aí está, que não responde naquilo em que poderia, inclusive, responder. Então, esse momento, eu acho que é fundamental, quando se está criando, quando os Srs. Constituintes estão com essa missão única na vida de muitas das pessoas, que é elaborar uma Carta Constitucional para o País, tem realmente uma responsabilidade muito importante. Na Constituição, no nosso modo de entender, devem estar lançadas as bases de um novo enfoque, um novo sistema, e não simplesmente remendos no que aí está, pois companheiros nossos se colocam no sentido, de apenas aperfeiçoar as ações integradas de saúde. Para não me alongar, eu colocaria que esse sistema que aí está, realmente, não atende às necessidades da população brasileira, atende a interesses, sim, constituídos durante esse período [ditadura], que estão muito satisfeitos com o sistema, e que, dentro desse novo enfoque [da constituinte], a questão da saúde tem que ser vista de forma bastante abrangente. E que não se fique tentando remediar, consertar aqui e ali esse sistema que aí está, porque ele é completamente falido, de cima a baixo, desde o seu comando político, desde o seu financiamento. Eu não esqueceria a questão da reforma tributária, que nós não podemos pensar também em ter saúde, em ter Municípios e Estados garantindo efetivamente essas ações nos seus níveis com essa situação fiscal e tributária que o País está apresentando. É completamente regressiva, paga mais imposto quem ganha menos, e todas essas questões também têm a ver com a questão da saúde. Isso eu acho que é uma violência que uma sociedade democrática não pode permitir. Muito Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): – Muito obrigado ao Dr. José Alberto Hermógenes, Secretário-Geral do Ministério da Saúde.

O SR. NELSON RODRIGUES DOS SANTOS: - Sr. Presidente, poderia tecer algumas considerações como representante da Comissão Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEM).

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): - passo a palavra para o Sr. Nelson Rodrigues dos Santos, que veio de Campinas para que faça a sua exposição.

O SR. NELSON RODRIGUES DOS SANTOS: – Sr. Presidente, Srs. Constituintes, colegas de todos os segmentos da área da saúde aqui representados, nosso atraso foi devido a que até ontem, à alta hora da noite, estávamos numa comissão de municipalização dos serviços básicos de saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, coordenando algum trabalho lá, e que não podíamos deixar. Então, tivemos que pegar um vôo agora, pela manhã, e o motivo, então, do nosso atraso, é o próprio motivo que nós vamos tentar resumir aqui da posição assumida pelos Municípios na Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Sucintamente venho falar do papel do município nesta reformulação do sistema nacional de saúde. Os municípios, que foram durante décadas passadas reduzidos a meras unidades administrativas, executoras finais de projetos federais, perderam toda a sua historicidade, de um dos poderes que emana da população. Na área da saúde também, os municípios foram compelidos, através das últimas décadas, a serem apenas complementares, a exercer ações apenas complementares na área da saúde, complementares a um modelo central, modelo central esse, que eu suponho, já foi bastante colocado aqui, inclusive pelas últimas palavras que ouvi do Sr. José Alberto Hermógenes. Esse modelo central, nas últimas décadas, todos sabemos que foi um modelo muito mais privatizante, quer dizer, o pecado não é ser privatizante, o pecado é a maneira como esse modelo central foi privatizante, deixou a saúde à baila da economia de mercado. A saúde foi transformada em simples mercadoria, e tudo que houve então em concentração de renda, concentração de riquezas, concentração de bens e de benefícios sociais no País, aconteceu na área da saúde. Essa concentração desmensurada atingiu até a intimidade dos hospitais. Tudo estava foi sendo originado em torno da lucratividade e não do benefício à saúde da população. Esse modelo se completa, num extremo, o sofisticado, de altíssimo custo e quotas porcentagens de atos desnecessários, e, no outro extremo, instituições paupérrimas estaduais e municipais destinando serviços precaríssimos e ineficazes à grande maioria da população mais pobre. Os municípios detêm o poder local que é muito mais sensíveis e pressionados diuturnamente pela população, as lideranças municipais recebendo uma carga muito maior de cobrança do pagamento da dívida social, a primeira instância de poder que está convivendo com a população. Então, as cidades médias neste País, em várias unidades federadas, mais e mais cidades médias, a partir de meados da década de 70, começaram a organizar serviços de saúde, e atenção global à população, a chamada medicina integral. E hoje os Municípios assumem um grau mais avançado de organização com colegiados, secretários municipais em várias unidades federadas, e esse intercâmbio de experiências concretas. As ações integradas de saúde foram um caminho eficiente, ainda são um caminho bastante eficaz para a unificação do sistema, mas hoje a municipalização deve dar um salto na frente das ações integradas e ser verdadeiras co-gestões de serviços estaduais e federais transferidos aos municípios. É a transferência para o poder Municipal e poder

microrregional de lidar, conveniando, desconveniando, avaliando e controlando as entidades privadas de saúde e, principalmente, as entidades filantrópicas, que estão muito mais perto de uma aliança de interesse da população, tendo a saúde como direito de cidadania. Acho que nosso tempo já está esgotado. Isso vai para muito fora da área da saúde, é a questão também do resgate do poder local para a sociedade brasileira. O poder local talvez seja o mais autêntico de todos os poderes, expressando o jogo social, os interesses sociais predominantes em cada local, em cada região e esse poder local, todos sabemos, que muito antes, até mesmo em 1964, quer dizer, é a questão quase da História do Brasil, esse poder local foi sendo compelido a um quase ostracismo do exercício do poder e na possibilidade de intervir sobre os problemas sociais básicos da população. Então, esse resgate do poder local, também me parece que é uma questão da marcha democrática do País, e nós da saúde sentimos muito isso, na esperança do papel do município na área da saúde.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Nosso agradecimento ao Dr. Nelson Rodrigues dos Santos. Temos aqui um pedido do Sr. Sílio Andrade, da Federação Brasileira dos Hospitais, que deseja fazer uma exposição. Com a palavra Sr. Sílio Andrade.

O SR. SÍLIO ANDRADE: Sr. Presidente, Constituinte Maria de Lourdes Abadia, Constituinte Carlos Mosconi, Relator da Subcomissão, Srs. Constituintes, senhoras e senhores: Quero, inicialmente, apresentar-me. Há trinta e cinco anos trabalho na área da saúde. Comecei na área pública, onde milito até hoje e, por um acidente de percurso, na área privada. Por ser Presidente da Federação Brasileira de Hospitais, fui indicado pela Comissão de Reforma Sanitária. Quero, aqui, fazer uma colocação diante da responsabilidade do cargo. Devido a uma certa perplexidade, diante das colocações, lá, eu procurei entrar em entendimentos com as Embaixadas da Inglaterra, da França, da Itália e, por acaso, eles acreditaram nas colocações que eu fazia. Com essa referência, eu passo a destacar alguns trechos do nosso trabalho fundamental. O imobilismo e a falta de visão dos dirigentes políticos para alocar recursos na área de prevenção e na área da saúde de um modo geral, traz, como consequência, uma frustração de todos nós, sejamos sanitaristas, sejamos assistencialistas, da área da saúde de um modo geral. A marca registrada pelo senso comum do imobilismo, da máquina burocrática, a concepção cartorial do emprego público – permitam-me esse sociologês – entranhada na vida brasileira, trazendo máxima distorção reconhecida e agora, então, escancaradamente proclamada pelo que os novos governantes estão encontrando nos Estados. Não vou aqui ler o diagnóstico sanitário do PND do Governo Sarney, que os senhores conhecem e é do conhecimento de todos aqueles que militam na área da saúde. Mas gostaria de destacar uma questão, porque acho que este assunto não é muito bem conhecido, que é o pioneirismo da iniciativa privada na assistência médica, portanto, na parte assistencial. A tradição brasileira é de um pioneirismo incontestado de médicos e associações beneficentes ou não, na recuperação da saúde individual desde os primórdios

da assistência médica e hospitalar neste País. A omissão histórica dos Governos brasileiros em assumir real responsabilidade, em alocar recursos e implementar, na devida extensão, as ações de promoção e de prevenção da saúde, como seu dever precípua, tem sido uma realidade incontestável. Um estudo de Milton Menezes da Costa Neto, responsável pelo setor de cadastramento do Ministério da Saúde, diz: "Até a década de 30 a assistência hospitalar brasileira era quase totalmente privatizada, incluindo-se nesse conceito as instituições filantrópicas que não possuem finalidades lucrativas. Dos 709 hospitais cadastrados no Instituto Nacional de Estatística, em 1935, mais de 80% eram privadas com fins lucrativos; já em 1955, dos 1.162 estabelecimentos de saúde cadastrados no IBGE 86,2% eram particulares, com predominância no Sul e Sudeste, que contavam com 93% e 84%, respectivamente. E aqui eu quero me referir a um fato: é de que o seguro social da previdência proporcionou às classes obreiras, aquele fato que os médicos mais antigos sabem perfeitamente bem, que eram atendidos de favor, permitam a colocação, dos ambulatórios públicos, das santas casas, das sociedades beneficentes. Com o seguro ele passou a exigir uma assistência mais digna e a iniciativa privada foi que pode atender a essa demanda, a essa carência, e isso é muito importante se frisar e colocar. O Brasil tem uma situação singularíssima entre os países subdesenvolvidos e em vias de desenvolvimento: é o papel predominante da rede hospitalar privada na assistência médica hospitalar, participando com 85% da cobertura assistencial efetiva, atendimento ambulatorial e hospitalar, com custo de procedimento de 7 a 10 vezes menor que nos próprios do poder público, melhor administrados. (Organização Pan-Americana de Saúde, OMS, dezembro de 1984, FPH, Balanço do Inamps, Inamps em Dados, – dados de Gomes de Melo e de César Vieira, que é um reputado, renomado técnico da Organização Mundial de Saúde). Quero, também registrar a nossa posição histórica, a coexistência do hospital público com o privado, mas dos serviços públicos e privados, que deve haver nos serviços hospitalares patrocinados pelo Poder Público, de um modo geral, até mesmo para servir como exemplo de referência e excelência, porém, bem administrados e aparelhados e que representem uma aceitável relação custo-benefício. Por outro lado, gostaria de enfatizar as conseqüências da presença monopolizadora da Previdência Social sobre a repercussão médica e sobre o hospital particular. No que tange às ações integradas de saúde versus unificação do sistema de saúde, mister se faz que atentemos para os seguintes pontos: integrar, racionalizar, compor esforços e recursos na utilização de meios insuficientes é plenamente aceitável e é um dogma em qualquer programação de saúde, é ponto de vista da especulação teórica sobre a reformulação do sistema de saúde em qualquer lugar. O calcanhar de Aquiles de qualquer sistema unificado à mercê do arbítrio e manejo do administrador público brasileiro é a manipulação usual dos recursos fora dos padrões mínimos de eficiência e ficaria sem a preocupação de otimizar meios financeiros

naturalmente escassos. Ouvi, aqui, com a devida atenção e o devido respeito, colocações de que as ações integradas de saúde, que defendemos logo de saída, foram uma experiência válida por esses brasis afora. No entanto, na maior parte dos Estados da Federação, permitam-me os Srs. Constituintes, – é preciso que se registre isso – há muito desvio de dinheiro e, muitas vezes, os recursos não chegam ao seu destino, ficando bloqueados naqueles órgãos fazendários devido ao processo burocrático, utilizando-os para outros fins que não aqueles especificamente destinados à saúde. A posição da Federação é no sentido de corrigirem-se as ações integradas de saúde nas áreas dos municípios. Aqui, permitam-me colocar somente o que presenciei na França, por exemplo. O prefeito não é o homem que dispõe das verbas destinadas aos hospitais. Ele tem uma responsabilidade muito definida. Há um Conselho Municipal, onde a comunidade participa realmente com responsabilidade definida. Os recursos são aí alocados dentro de uma programação feita previamente e com avaliação posterior. Sem haver esta preocupação primeiro, de alocação dos recursos, não é possível à Previdência Social financiar todo o sistema de saúde brasileiro. Isto nos levaria, rápida e celeremente, à hecatombe. E com uma responsabilidade muito grande para todos nós e, principalmente, para os constituintes, que têm assento nesta Subcomissão. No que diz respeito à administração desses recursos, entendo que é universal, mas, mais especificamente em se tratando do Brasil, se não houver uma co-participação da comunidade, através dos segmentos responsáveis, com uma definição – que não é, agora, e na lei complementar que isso vai ocorrer – correremos o risco, como já se anuncia e já estou muito apreensivo. Ora, se isso não se definir **ab initio**, recursos reais dentro do PIB, seja de que forma for, e não vou entrar, aqui, em detalhes, não caberia indagar de onde viriam tais recursos, e, ao mesmo tempo, uma administração desses recursos para que haja o resultado nas atividades fins, na ponta de linha, todo esse trabalho estará fadado ao fracasso. Aqui, não falo somente de V. Ex.^{as}, mas também, de mim e de todos nós que militamos na área da saúde.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Agradecemos o Sr. Sílio Andrade pela sua exposição.

O SR. CONSTITUINTE EDUARDO JORGE: Sr. Presidente, peço a palavra pois gostaria de levantar algumas questões quanto as apresentações já realizadas.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Concedo a palavra ao nobre constituinte Eduardo Jorge do PT-SP.

O SR. CONSTITUINTE EDUARDO JORGE: Eu gostaria de levantar, rapidamente, algumas questões para debate. Primeiro, dentro da questão da relação do público com as instituições privadas, qual seria, dentro dos privados, a diferenciação entre o lucrativo e o não-lucrativo? Em segundo lugar, penso que é preciso avançar mais na definição, na precisão das propostas do documento final da CNRS, se se quer realmente mudar o sistema de saúde,

no Brasil. Eu estava olhando aqui um documento da 8ª Conferência Nacional de Saúde e um dos expositores comparou como uma espécie de Constituinte, na área da saúde. Por analogia, a Comissão de Reforma Sanitária, por exemplo, por mais respeito que tenhamos a ela – e temos – ela seria uma espécie de Comissão de Sistematização, no nosso caso. Não cabe, pois, à Comissão de Sistematização mudar questões importantes de princípio aprovado na Constituinte, propriamente dita. Lendo aqui, na página 18 desse documento distribuído pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, está clara essa preocupação, quando se fala que a meta é a progressiva estatização do setor. Então, essa questão foi aprovada com clareza na Conferência Nacional de Saúde, e não está com a mesma clareza no documento. Eu, evidentemente, sou de um Partido Socialista e gostaríamos que não só essa área fosse socializada. Mas a questão não é essa. Mesmo no sistema capitalista como o nosso, do Brasil, e esta Constituinte não vai mudar essa questão, eu acredito, tenho plena convicção de que essa área, a questão da saúde deve ficar como uma área socializada. Ora, se nós estamos querendo atingir objetivos como universalização, equanimidade, integralidade do sistema, participação, é impossível que um setor importante da assistência à saúde fique sujeito às leis de mercado. Por maior boa intenção que tenhamos, como a questão de um contrato mais rigoroso, embora haja resistências muito grandes no setor privado nessa área, continuaremos a dar o tal do cheque em branco, a que um dos palestrantes se referiu aí, continuaremos com a dinâmica do mercado, concentrando recursos em alguns locais e descobrindo outras. Um companheiro do Nordeste – sou eleito por São Paulo, mas sou nordestino, mais nordestino que paulista – deve sentir isso na carne. Compare-se a assistência médica, os recursos oferecidos ao Nordeste com os recursos oferecidos aos grandes centros, pela própria Previdência, aos próprios previdenciários. A disparidade é brutal. Então, para concluir, deveremos manter o espírito da chamada Constituinte na área da saúde, que foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e avançar numa definição mais precisa em relação a essa questão, que é a questão da socialização do serviço na área da saúde. Acho, inclusive, que do ponto de vista capitalista, do ponto de vista de outros setores do capital, isso inclusive iria viabilizar uma revolução da força de trabalho com muito maior eficácia. Então, apesar de eu ser um socialista e defender um regime socialista para o Brasil, acho que para os próprios capitalistas, o Brasil, a socialização do sistema de saúde seria um grande estímulo ao desenvolvimento global do País.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Com a palavra o relator desta subcomissão, constituintes Carlos Mosconi.

O SR. RELATOR CARLOS MOSCONI: – Sr. Presidente, inicialmente, gostaria de cumprimentar a Comissão Nacional de Reforma Sanitária pelo trabalho tão profícuo realizado por essa Comissão, e que vem nos trazer uma proposta objetiva para a

Constituinte. Entendo, que esse trabalho, que é um trabalho técnico, deve ser, na medida do possível, viabilizado, sob o ponto de vista político. Entendo que a comunidade sanitária brasileira amadureceu muito, fruto de anos e anos de luta e de batalha. Entendo que houve, com a nova República, inegavelmente, uma abertura para as propostas de tão grande interesse e valor social que foram alcançadas, ao longo desse tempo, por essa comunidade de saúde no Brasil. Mas entendo, junto ao constituinte Eduardo Jorge, que, na realidade, nós precisamos avançar muito e as propostas, todas elas fruto de uma discussão muito ampla, de um debate muito longo, muitas vezes dificilmente saem do papel, e nós então continuamos a elaborar documentos cada vez mais aperfeiçoados sem que, na realidade, a população brasileira, especialmente a população mais carente, possa sentir esses progressos que, teoricamente, estamos alcançando. Entendo que a Constituinte é um momento crucial para nós e me preocupa muito, Sr. Presidente, como Relator nessa área, que eu não tenha condições de fazer com que essas propostas avançadas, outras tímidas, sejam mais um elemento teórico e que nós, realmente, não consigamos avançar nada depois de elaborarmos o setor saúde da Constituição. Com relação a esse anteprojeto que foi apresentado pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, e que eu praticamente fico de acordo com ele em quase todos os seus artigos, ainda que evidentemente alguns sejam redundantes, até mesmo repetitivos, e que necessitem de uma redação talvez um pouco mais objetiva, acho que algumas coisas não foram abordadas devidamente. Obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): O Sr. Francisco Ubiratan Dellape deseja fazer uma explanação, em nome da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAES). Com a palavra o Sr. Francisco Ubiratan Dellape.

O SR FRANCISCO UBIRATAN DELLAPE: - Dr^a Maria de Lourdes Abadia, Presidente da Subcomissão, nobre Constituinte Carlos Mosconi, Relator da Subcomissão, Srs. Constituintes, Sr^a e Srs. Hoje nós convivemos, especialmente na área social, com o grande debate, que é a estatização **versus** privatização. De um lado eu coloco os adeptos da estatização imediata ou progressiva de todas as atividades ligadas à saúde, como única solução para superar as graves distorções que se verificam no setor e de outro, aqueles que defendem a livre iniciativa da economia de mercado, como a solução racional para atingir objetivos de universalizar a proteção à saúde e melhorar os padrões de atendimento à população. Representando o setor privado à saúde, nossa Federação agrupa todos segmentos prestadores de saúde à área, como entidade sindical de grau superior que é. Acreditamos que o estado democrático social pelo qual ansiamos e estamos procurando implantar neste País, deve-se preocupar, primeiro em estabelecer um sistema de poder que impeça qualquer risco de totalitarismo de qualquer espécie. A estatização de qualquer setor de atividade econômica nos parece uma forma de totalitarismo condenável; segundo, em

definir claramente os limites da atuação do Estado na economia, preservando o primado da iniciativa privada, pois sem liberdade econômica não há liberdade política; terceiro, em favorecer a participação dos diversos grupos sociais nas decisões do poder público e na sua fiscalização, pois somente assim o interesse coletivo será respeitado e garantido. Esse interesse geral deverá ser o resultado geral de amplo e livre debate entre cidadãos e grupos interessados. A normalização dessas preocupações constituir-se-á num dos grandes desafios para a Assembléia Nacional Constituinte. Mas, voltamos para a saúde, que deve se constituir, isoladamente, numa preocupação séria e de grande peso. Fala-se, com freqüência, que saúde é de natureza exclusivamente pública. Entendemos que não é somente de natureza pública o conjunto de ações e serviços de proteção, recuperação e reabilitação da pessoa. É também de natureza privada tal esforço. Antes de se encontrar no Estado, encontra-se nas famílias, nas comunidades científicas e nos demais setores público e privados. Admitir-se a exclusiva natureza pública da saúde poderá ensejar a trilha indesejada para a prática socializante neste setor. É inegável que cabe ao Estado regular a política da saúde em seus aspectos globais, assim entendida aquela que, atingindo indiscriminadamente a todos os cidadãos, compreende, além do atendimento médico-hospitalar a higiene, o saneamento básico-ambiental, a educação, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária sobre alimento e medicamentos, etc. Não obstante, há de ser declarado na Constituição que a iniciativa privada tem papel singular e insubstituível no âmbito da saúde, particularmente na prestação de serviços médico-hospitalares, farmacêuticos e odontológicos, reabilitação e reintegração à sociedade. A área privada tem em seu conjunto uma faixa própria de atuação e não age, portanto, somente por delegação do poder público. Fica pois claro que ao Estado é destinada a obrigação de criar a infraestrutura social e econômica, para que, de fato, o direito de proteção à saúde seja universalmente estendido a todos os cidadãos. Entretanto, para que esta extensão ocorra, está incluída a participação da livre iniciativa, em posição de paridade com os órgãos do Governo. Quanto à livre iniciativa, a sua vocação está na prestação dos serviços especializados médico-hospitalares, farmacêuticos, odontológicos. E ela vem exercendo uma inestimável contribuição social, como garantia de qualidade de serviços de saúde. Seria uma mera atitude escapista negar-se que há precariedade nos órgãos públicos de saúde com raras exceções no nosso País, às voltas com problemas inerentes ao aparelho estatal, que impede a desenvoltura exibida pela área privada. O setor público necessita conscientizar-se, todo momento, de que necessita exibir bons padrões de eficiência, sobretudo, pela racionalização dos serviços prestados. Problemas dessa natureza são mais facilmente detectados e resolvidos na área privada, pois a eficiência e racionalidade, em regime de livre concorrência, é condição de sobrevivência para o funcionamento dos hospitais, clínicas, etc., que se submetem, como toda atividade empresarial, às

contingências do risco. É necessário construir, isto sim, um modelo de relacionamento entre os setores público e privado, que se fundamente na confiança mútua e no reconhecimento das responsabilidades recíprocas para com a saúde da população. Logo, quando se cogita de sistema único de saúde, municipalização, gestão colegiada, integração institucional, etc., razoável que se pense que essas coisas só dizem respeito ao aparelhamento estatal. Não pode haver planejamento coercitivo para o setor não-governamental de saúde, ainda porque inócuo. Qualquer forma de planificação que inclui área privada, somente atua quando tem caráter meramente indutivo, respeitando-se os limites de uma liberdade de iniciativa, sem o qual o setor privado não funciona. Se queremos a universalidade das ações, a equidade do atendimento, teremos que convocar, necessariamente, a iniciativa privada, no esforço conjugado para o alcance destas metas, reconhecendo-lhe a singular posição que desfruta no contexto nacional de saúde. É incontestável que a adoção de medidas estatizantes dados os altos custos dos serviços públicos, demandaria recursos elevadíssimos, que inexistem. Nós trazemos aqui também, para respeitar o tempo, uma proposta para a redação da Constituinte. Um trabalho que condensa as conclusões do 1º Congresso de Saúde das Entidades não Governamentais.

"Art. 1º Todos têm direito à proteção à saúde."

Nós dizemos "proteção à saúde", mas não "direito à saúde", porque esta ninguém pode garantir e nem dar, nós podemos dar meios de proteção à saúde

"Parágrafo único. A todos cabe o direito de escolher o sistema de atendimento, público ou privado, que preferir."

§ 2º No atendimento médico-hospitalar, inclusive da seguridade, não se diferenciará entre o setor público e o setor privado, nem entre os diversos segmentos desse, assegurando-se aos particulares a justa remuneração pelos serviços prestados."

Art. 2º Lei complementar disciplinará o sistema nacional de saúde, coordenando a atuação do setor público e do setor privado bem como fixando-lhe as responsabilidades."

§ 1º O sistema nacional de saúde terá como órgão superior o Conselho Nacional de Saúde com organização e atribuições fixadas na lei complementar, à qual caberá, além da coordenação os diversos setores, planejar e fiscalizar as ações de saúde, assim como opinar sobre projeto de lei de qualquer natureza, ou atos do Executivo que definirem a responsabilidade de assistência médica, nominarem programas de saúde e determinarem os respectivos agentes executores, alocarem recursos humanos, materiais e financeiro na área de saúde ou estabelecerem as suas fontes de custeio."

§ 2º A Composição do Conselho Nacional de Saúde observará o princípio de paridade entre os representantes do Poder Executivo, do Poder Legislativo, das entidades sindicais de trabalhadores e das organizações sindicais patronais ou mesmo as não-sindicais, as nacionais."

§ 3º Nenhuma decisão terá tomada pelo Conselho Nacional de Saúde sem prévia audiência dos interessados, quando possível, em sessão pública, podendo, na forma da lei, ser atribuída à entidade de classe a representação dos grupos afetados pela questão."

Justificação *O direito à proteção à saúde é hoje reconhecido como um dos direitos fundamentais do ser humano. Assim, para citar, apenas, as Constituições democrático liberais, solenemente declaram esse direito, a Constituição da Itália e as recentes. Constituições de Portugal e da Espanha. A declaração dos direitos contidos nas Constituições brasileiras não o enunciam. Porém, ainda que atribuam competência para a União legislar sobre normas gerais de defesa e proteção à saúde, habilitam, conseqüentemente, os Estados a ditarem normas complementares. A nova lei fundamental brasileira a ser estabelecida pela Assembléia Nacional Constituinte, ora reunida, não pode passar em silêncio este ponto; ela tem que reconhecer a todos o direito à proteção à saúde. Com o desdobramento necessário desse direito e princípio geral de liberdade, que é inerente à democracia, a futura Constituição deve preservar, em favor do indivíduo, o direito de escolher o sistema de atendimento que preferir. E, para que possa fazê-lo, cumpre assegurar a pluralidade de sistemas com a necessária coexistência de um setor público ligado ou não à seguridade social com o setor privado cooperativo ou empresarial. A existência de tal pluralidade de sistemas implica, por força do princípio de igualdade, numa das peças fundamentais do estado de direito, que se proibam as diferenciações arbitrárias e injustas entre os vários setores e seus segmentos. Ademais, é condição dispensável da existência do setor privado a justa remuneração pelos serviços prestados, que deve constar do mandamento constitucional. Por outro lado, a proteção à saúde reclama um sistema nacional que integre a atuação dos diversos setores com previsão, por exemplo, como prevê a Constituição portuguesa em vigor. A existência desse sistema importa na instituição de um órgão de cúpula. Esse órgão não deve ser inteiramente subordinado ao Poder Executivo e, sim, deve gozar de um mínimo de autonomia para que possa bem desempenhar as suas funções. A ele devem atribuir-se a orientação e coordenação de todo o sistema. Igualmente deve ter ele, em obediência ao princípio democrático, uma composição em que, ao lado representantes do Poder Executivo e do Poder Legislativo, se incluam representantes das entidades sindicais, tanto patronais como trabalhadoras. Outrossim, em obediência ao princípio participativo, deve ser fixado como regra que nenhuma decisão seja tomada sem a prévia audiência dos interessados. Somente assim as decisões poderão ser tomadas com plena participação e o importantíssimo apoio da comunidade. Tais são os objetivos e a razão de ser da proposta de disposições a serem adotadas sobre saúde na nova Constituição brasileira que ora se oferece."*

Era o que eu tinha a falar a esta subcomissão.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Agradecemos o pronunciamento do Sr. Francisco Dellape. Com a palavra o nobre constituinte Geraldo Alckmin.

O SR. CONSTITUINTE GERALDO ALCKMIN: – Eu gostaria apenas de fazer uma observação ao Presidente da FENAES que sena o seguinte: Eu também sou favorável à livre iniciativa, acho que aquilo que a atividade privada puder fazer o Estado não deve fazê-lo. Aliás, há, até uma Encíclica Papal que diz: "o que o pequeno puder fazer o grande não pode fazer." Mas eu entendo que existem alguns setores que são fundamentalmente missões do Estado, que são essenciais. Acho que, nesses últimos anos, o Governo deixou à iniciativa privada funções que lhe são inerentes, que são básicas funções do Estado. Por

exemplo, o caso da saúde. Eu citaria o exemplo do ano passado, de quantas pessoas no Brasil morreram por falta de soro antiofídico, porque o Instituto Butantã, que foi idealizado por um conterrâneo meu de Pindamonhangaba município de São Paulo, o sanitarista Emílio Marcondes Ribas, que comprou lá a Fazenda Butantã e tomou um dos maiores institutos soroterápicos da América Latina, foi totalmente sucateado. Então, a função essencial que o Estado encolheu, naquilo que o Estado deveria, realmente, investir e é a sua missão, como a educação pública e a saúde pública e, ao mesmo tempo, entrou em áreas em que o Estado não tinha nenhuma responsabilidade, e até não deveria, porque não deve ser o Estado empresário, por exemplo, empresas de aviação e tantas outras atividades que não são atividades do Estado. A minha pergunta é a seguinte: Não entende o Presidente da FENAESS que o problema da saúde é um dever do Estado, e que, portanto, é inconcebível que 25% dos leitos que fiquem na mão do Estado e 75% na mão da iniciativa privada?

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): O Constituinte Eduardo Jorge quer se pronunciar novamente, então penso que podemos recolher um bloco de 3 ou 4 questões antes de passar a palavra aos representantes questionados. Constituinte Eduardo Jorge.

O SR. CONSTITUINTE EDUARDO JORGE: Acho que é importante que todos os documentos citados venham para a Subcomissão para serem analisados. Achei que na exposição do representante da FENAES, ele enveredou para uma série de críticas. No começo era promissor porque apontava para a discussão entre estatização privatização, mas, na fundamentação das suas posições, o que ouvi foi uma série de conceitos de valores, com relação à socialização: é ineficaz, é totalitária, é indesejável, mas nenhuma análise mais profunda em relação a essa questão foi feita. Talvez, no documento que vamos passar para estudo tenha a fundamentação das suas posições. O que, inclusive, me preocupou bastante na colocação é que chega-se ao extremo de, praticamente, não se aceitar nenhum planejamento que não seja o do livre jogo do mercado que, na questão da saúde, é uma coisa dramática, pois este é o não – planejamento. E foi realmente o que aconteceu no Brasil, durante o maior tempo da ditadura militar. De 1964 para cá, na área da saúde, houve um particular direcionamento, uma opção política, em relação à privatização, e deu no que deu. A opção pela privatização é sempre um incentivo ao livre jogo do mercado na área da saúde que, de 1964 para cá não deu certo. A minha consideração e a minha preocupação é que na formulação do Presidente da Fenaes, S. Ex^a não aceita o planejamento, e não aceitar o planejamento na área da saúde, a não ser por indução do mercado, levou a esse caos que nós estamos vivendo, porque a concepção predominante durante a ditadura militar, inclusive, quem estava na direção do Inamps, do Inps e de órgãos correlatos eram pessoas da iniciativa privada, foi a de que o livre jogo no mercado levaria à universalização, à melhoria da qualidade e isto não aconteceu. Nesse período em que o Ministério da Previdência, o Inamps e outros, tiveram sob sua orientação, na prática, setores

ligados à livre iniciativa, os resultados não foram bons, no Brasil. Eu lembro, só para citar uma pessoa bem crítica e que é bem ligada à iniciativa privada na área da saúde foi Ministro: o caso, por exemplo, do Sr. Leonel Miranda, um caso celebre, do descalabro que aconteceu na época em que ele era Ministro. Mas, mais importante que analisar esse ou aquele Ministro é o resultado global. O resultado global está se tentando reverter, de alguns anos para cá e, inclusive, na própria época da ditadura militar começou um processo de reversão, a tentativa do PREVSaúde, a tentativa do Apoio Integral de Saúde. E por quê? Porque estava comprometendo a própria reprodução da força de trabalho, interferindo na acumulação de capital em outros setores. Na própria ditadura militar começou um processo de tentar reverter este livre jogo do mercado, na área da saúde, porque já estava prejudicando outros setores produtivos. Lembram-se, da reclamação do Estado Maior das Forças Armadas contra a situação de saúde dos brasileiros que iam servir na tropa? Então, houve um começo de reorientação, que foi a tentativa do PREVSaúde, das ações integradas de saúde, que vem numa tentativa de reversão deste quadro, que predominou durante todo este período. Mas, para concluir, em relação às colocações da Federação da Fenaes, duas questões ainda acho que são importantes ser abordadas, pelos conferencistas. Primeiro, é como eles vêem a questão do controle público, sobre estas atividades, porque existe uma tese, uma reivindicação, a nível do Ministério da Previdência de que essas atividades sejam regidas por um contrato de direito público, e há uma resistência grande em relação à Federação dos Hospitais em aceita-las. E a outra questão, importante, que acho que tem que ser abordada, que é uma acusação corrente, e freqüente ao setor, que é a questão das fraudes; esse é um escândalo nacional, pois trata-se de um setor que geralmente é o alvo das acusações. É claro que é uma acusação que tem duas mãos. Vai do setor privado, vai dos responsáveis públicos pela fiscalização, mas toda vez que se fala em fraude estão envolvidos hospitais que pagam por produção, pelo produto, e pessoas responsáveis por órgãos públicos, encarregadas de fiscalizá-los, como, por exemplo, normalmente usando só o exemplo de São Paulo, foi o caso do Superintendente, o Dr. Campanha, que até hoje está na polícia, sendo processado.

O SR. CONSTITUINTE GERALDO ALCKMIN: – É certo que as fraudes não ocorrem nos hospitais não lucrativos, é muito raro haver fraudes em Santa Casa. Geralmente, ocorrem em hospitais lucrativos.

O SR. CONSTITUINTE EDUARDO MOREIRA: – Nesta linha, gostaria de questionar qual é a diferenciação, perante a Federação Brasileira de Hospitais, entre hospitais privados, filantrópicos e não-filantrópicos? Porque eu, como profissional da área de saúde, pelo menos, em mais de 10 hospitais que trabalhei, privados ou não-privados, filantrópicos ou não, não vi nenhuma diferenciação no tipo de atendimento, no tipo da visão do lucro. Esta seria uma consideração importante.

O SR. CONSTITUINTE CUNHA BUENO: – O que eu gostaria também, de indagar antes de V. S.^a responder à pergunta do ilustre colega, quando ele fala da fraude. Nós sabemos que o custo pago pelo Previdência ao hospital que poderá vir a cometer fraude é de 144 cruzados, e ele paga ao hospital que poderá praticar a fraude. Mas sempre nos casos de fraude, estava envolvida também a burocracia oficial, que ajudava a fraudar; a fraude, a corrupção, isto é uma via de mão dupla, não é só de um lado. Porque se um quiser corromper e o outro não quiser ser corrompido, não haveria a fraude. Acho que a culpa da fraude também cabe ao Governo, que ajuda aqueles que querem fraudar.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): peço que os Srs. Constituintes aguardem um instante para darmos a palavra ao representante da FENAES, para que responda as questões já colocadas.

O SR. FRANCISCO DELLAPE: – Eu queria dizer ao Constituinte de São Paulo [Eduardo Jorge], que não houve possibilidade de nos estendermos de mais sobre o problema de estatização ou privatização, porque o tempo é curto, em todo caso, alguma coisa se falou... Eu gostaria então de continuar minha exposição. O problema de estatização da rede. Consta-se que atualmente 75 a 80%, dos leitos são na área privada. Mais de metade das consultas é feita na área privada; a medicina do grupo atende um número enorme, a 13 milhões de pessoas. Portanto, a estatização de todo este equipamento, todos esses imóveis, todos esses serviços, demandariam recursos que evidentemente não existem no momento, nem existirão nos próximos anos. Temos que ter os pés no chão. O problema é organizacional. Infelizmente, a organização na área privada, é muito mais rápida, muito mais ágil. Os entraves burocráticos, os interesses clientelista incrustados na máquina estatal, além de serem responsáveis pela ineficiência da administração pública, disseminam o ceticismo entre as instâncias governamentais incumbidas da definição de prioridades na alocação de recursos, que tendem, cada vez mais, a considerar os setores sociais como verdadeiros buracos negros, sugadores de recursos sem a necessária em contrapartida, impermeável à formulação de uma política que efetivamente beneficie a população. Quanto à afirmação de que não haveria nada de um planejamento, digo que planejamento, como está sendo formulado e apresentado ontem pela Comissão de Reforma Sanitária, em que o setor, que é minoritário, tem 25%, menos de 50% de ambulatório, ele não tem que subordinar um setor maior. Ele pode subordinar a si próprio e, deixar dentro da economia de mercado que nós estamos dizendo, num País que está numa fase de transição, para a ampla democracia, uma democracia política, inerente à democracia econômica, economia de mercado é livre iniciativa. Portanto, o planejamento desse setor público é perfeito, é normal. A iniciativa privada há de ser deixada como um dos dois sistemas que devem funcionar. Tanto que se nós propusermos ao projeto da Constituinte, que a todos nos cabe o direito de escolher o sistema de atendimento público ou privado, evidentemente estamos

dizendo que existe mais de um sistema. O sistema público é organizado de acordo com um padrão público. O sistema privado funciona como uma economia de mercado. Então, eu acredito que nós não somos contrários a nenhum planejamento. Queremos que o planejamento do governo exista efetivamente, que exista um órgão controlador de tudo, que, desse órgão, nós façamos parte. Estamos numa democracia participativa, de que nós não estamos fazendo parte, nós devemos fazer parte, como um grupo interessado, discutindo livremente, em condições de paridade e não condições de menoridade. Como órgão prestador de serviço majoritário, nós deveríamos ter uma posição correspondente aos órgãos de decisão e de discussão de assistência médico-hospitalar. Quanto à diferença entre filantrópicos e lucrativos, a diferença é apenas uma diferença legal, porque ambos são subordinados ao Direito Privado. Os filantrópicos são associações de pessoas e as empresa lucrativas são associações, ou por ações, ou cotas. Por direito, o que existe é que ambas são atividades privadas. Quanto a pergunta do constituinte Geraldo Alckmin, é um dever do Estado, é um dever também do cidadão a saúde. Eu fico muito preocupado porque, é um dever do Estado tudo que se propor, tudo que se propala, como dever do Estado. Os farmacêuticos estão propondo aqui que a assistência farmacêutica é um dever do Estado, é um direito do cidadão gratuitamente. Fala-se que educação é um dever do Estado, um direito do cidadão. O transporte é um dever do Estado e, no momento em que todas essas atividades forem um dever do Estado é um direito do cidadão, nós já estamos em um País socialista, porque eu acho que é um dever do Estado; mas é um direito também do cidadão o de se agruparem, de se organizarem e de, propiciarem os mesmos serviços, os serviços que ele puder fazer, na área de transportes, na área de educação. O fato é de que, hoje, 75% dos leitos sejam particulares é uma decorrência da nossa história, não dependeu de uma decisão da área privada. Ela foi crescendo, porque o Estado não cresceu. O Estado nunca teve recursos para aplicar na área de educação. Mal tem recurso para fazer vacina e, como V. Ex.^a acabou de dizer, o soro antiofídico deixou de ser feito por falta de recursos, por falta de investimentos do Estado. Então, eu acredito que é uma realidade que nós convivemos hoje. A maioria dos leitos é privada. Então, nós temos que fazer uma convivência entre o Estado e a área privada na prestação de serviço médico. Isso é bem possível e mesmo através da Constituição, como nós propusemos aqui no nosso anteprojeto.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): com a palavra o Sr. Sílio Andrade.

O SR. SILIO ANDRADE: A respeito do problema das fraudes, gostaria de inteirar que é uma via de mão dupla, pois um paciente, para ser internado, tem que ter uma guia emitida pelo Inamps. O tratamento feito sob normas de procedimentos várias, ditadas pelo Inamps, as auditagens de tratamento feitas por auditores do Inamps; a revisão administrativa, o processamento eletrônico, armazenando um colossal registro de dados, as autorizações de

pagamentos são determinadas pelo Inamps. E tão-somente os dirigentes fraudulentos estão na rede privada, a respeito de não chegarem aos 10 dedos das mãos? Os dirigentes dos hospitais privados punidos pela justiça, e nenhum funcionário graduado do Inamps sofre nada? Para construirmos um novo sistema, há necessidade de moralização que só pode ocorrer com a co-participação dos segmentos de trabalhadores, dos segmentos dos representantes dos interessados nesses serviços, enfim, que a sociedade esteja presente, não no discurso tão-somente, mas na prática. Não é fácil isso. Quanto a colocação do Constituinte Geraldo Alckmin, em princípio vai abranger toda a economia. Por quê? Isso é muito bom e isso merece uma meditação, porque se diz: "A área de saúde não pode ter a menor lucratividade". Ora, a área de saúde é todo o sistema produtivo hoje, é a agricultura, é a produção de alimentos, e tudo isso. Teríamos nesta visão da saúde, de estatizar, como se a estatização viesse minimizar custos e solucionar, de pronto, toda a problemática de saúde. Quero colocar aqui uma coisa, e isto foi realçado na Conferência de Alma-Ata, na Cazaquistão, uma das Repúblicas da União Soviética, com a participação do Brasil. Em Alma-Ata, ficou constatado: não há nenhum sistema econômico social que satisfaça às expectativas e às necessidades de uma população. Se forem analisar, serenamente, nas nossas posições, não há atritos quanto à municipalização do sistema. A nossa preocupação é quanto à gerencia, quanto à utilização, quanto à fiscalização.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): O Sr. Alexandre Lourenço, representante da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) deseja manifestar-se quanto as questões que estão sendo discutidas. Passo a palavra então ao Sr. Alexandre.

O SR. ALEXANDRE LOURENÇO: -Sr. Presidente desta Subcomissão, nobre Relator da Comissão de Saúde, ilustres Constituintes. Gostaria de pronunciar-me sobre a questão que meus colegas vêm relatando, sobre o pioneirismo da iniciativa privada em responder a demanda da saúde no país, dando o exemplo da medicina de grupo. A Medicina de Grupo apareceu na década de 50 com a industrialização do País. As empresas que se instalaram no Brasil, participando do desenvolvimento industrial na época de Juscelino Kubitschek, não encontraram, dentro da sociedade, dentro do Estado, uma possibilidade de atender adequadamente seus funcionários. Os institutos não estavam atendendo às necessidades dos seus trabalhadores. O antigo IAPI, dos industriários, e, depois, o INAMPS, não tinham uma estrutura própria capaz de atender às necessidades do trabalhador. Juntamente, o acesso a medicina liberal ficou tão caro, tão difícil, que não adianta dizermos que existe uma livre escolha, porque não existe uma livre escolha, as pessoas não têm capacidade econômica para poderem ser atendidas pelos indivíduos que cobram, realmente, além das suas possibilidades de atendimento. A esses fatores se deve o sucesso da medicina de grupo que hoje atende uma população de trabalhadores de, aproximadamente, 13 milhões de pessoas, o que representa 10% da população do Brasil e 25% da população

trabalhadora. Outro dado que mostra a atual necessidade destes tipos de iniciativa no campo da saúde é que outras formas alternativas de serviços médicos, como as UNIMED e Seguro Saúde, representaram um total de investimento de 24 milhões, o que representa quase que 50% a mais dos recursos aplicados pelo INAMPS. O que isso demonstra? Demonstra que o INAMPS tem recursos limitados para assistência médica; que há necessidade de se utilizarem todos os recursos que a comunidade está disposta a oferecer espontaneamente, porque todos nós sabemos que, por uma série de motivos, realmente, o sistema de atendimento público tem falhado bastante. Não é que estejamos aqui apontando erros, nem desejamos que ele continue falhando. Hoje, o setor público tem hospitais, tem ambulatórios, tem todos os serviços que qualquer iniciativa privada tem. Ele precisa, apenas, ter os recursos necessários, muitas vezes por unidade, recursos muito maiores do que a iniciativa privada tem. Ele precisa, pura e simplesmente, demonstrar competência na gestão desses recursos, na gestão desses serviços, para que, realmente, a população, se puder ser atendida pelo setor público, não vá ficar pagando dinheiro se o setor público tiver condições de dar um atendimento adequado. Enquanto isso não for possível, nem sei se isso é realmente uma coisa que vá ocorrer, não há porque a iniciativa privada, dentro ou no caso da medicina de grupo, um sistema que tem se mostrado altamente eficiente, deixe de existir. Se o setor público se tornar mais eficiente, se ele se tornar, vamos dizer, mais aceito pela população, certamente e naturalmente o setor privado irá desaparecer e as pessoas vão preferir o atendimento gratuito a ter o atendimento onerado, através de um custo que, no caso, é a empresa que paga, mas no plano individual, que hoje já atinge alguns milhões de pessoas, é um custo pessoal que elas estão dispostas a tirar do seu bolso para poderem ser atendidas. Estes são os principais comentários e idéias que tinha para trazer a V. Ex.^ª.

O SR CONSTITUINTE EDUARDO JORGE: É preciso especificar que não estou defendendo o atendimento público do jeito que é feito agora, porque, evidentemente que ele é absurdamente ruim. Por quê? Porque houve a drenagem sistemática desses recursos para um outro setor que não foi eficiente. Então, a questão, quando se fala de uma avançada socialização de assistência à saúde, implica, evidentemente, primeiro, em voltar a população ter controle, porque um dos benefícios da ditadura militar foi retirar o completo controle da população usuária sobre o setor estatal. Então, tem que voltar o controle do trabalhador sobre o seu sistema, para poder ter um mínimo de fiscalização. Segundo, os recursos ociosos do Estado tem que se colocar para funcionar, porque foi um investimento de capital de toda a população e é inadmissível que ambulatório, centro de saúde fique sem a funcionar no domingo, à noite, etc. É claro, quando se pensa em avançar na socialização, avançar no recurso do Estado, é para colocar esse capital empregado por todos nós, que nós financiamos, a funcionar a pleno vapor.

O SR. FRANCISCO UBIRATAN DELLAPE: – Eu gostaria de responder por parte. Quando V. Ex.^a disse que os recursos são desviados, não foram desviados. Na verdade, é que, quando chegou em 1962, 1963, 1961, a Previdência resolveu ir estendendo, aos poucos, a assistência médica aos seus segurados. Onde é que ela poderia buscar os recursos para contratar os serviços para atender os seus segurados? Na rede privada. Se ela foi buscar na área privada, não foram desviados recursos. Ela só foi buscar ali, porque não tinha a rede própria.

O SR. CONSTITUINTE EDUARDO JORGE: – Perdão, e não se preocupou em construir, de forma racional, a sua própria rede.

O SR. FRANCISCO UBIRATAN DELLAPE: – Não se preocupou. Mas lhe digo uma coisa: o Governador Carvalho Pinto, em São Paulo, perguntado por que ele não construía hospitais e o Estado contratava leitos, é porque custou 1/6 do custo. Foi o Governador que, na ocasião, deixou de construir, dado o alto custo do hospital público. Se V. Ex.^a me permitir, vou ler um trecho de um relatório da Comissão de Reforma Sanitária, escrito pela Cristina Costi. "O Governo da Nova República, em sua atuação na chamada área social, tem se defrontado com sérios obstáculos. O emperramento da máquina administrativa do Estado, herdada do autoritarismo, que vem criando enormes dificuldades para que os investimentos realizados no campo social cheguem efetivamente os destinatários pretendidos. Os entraves burocráticos, os interesses clientelista incrustados na máquina estatal, além de serem responsáveis pela ineficiência da administração pública, disseminam o ceticismo entre as instâncias governamentais incumbidas da definição de prioridades na alocação de recursos, que tendem, cada vez mais, a considerar os setores sociais como verdadeiros buracos negros, sugadores de recursos sem a necessária em contrapartida, impermeável à formulação de uma política que efetivamente beneficie a população." Portanto, essa opinião não é minha, essa opinião é de uma funcionária, de uma sanitarista insuspeitíssima.

O SR. CONSTITUINTE EDUARDO JORGE: Primeiro, uma preocupação em relação à questão dos custos da iniciativa privada e quanto a quem paga esses custos. Por exemplo, no caso da medicina de grupo, esse preço pago pela empresa, de certa forma, é socializado, porque ele é repassado como custo de produção e todos nós terminamos pagando. Então, que coisa, não é? Os setores de ponta da economia, que integram os setores mais avançados sendo pagos, financiados pelos setores mais pobres da Nação, porque todos nós vamos pagar. Porque esses custos, mesmo que não sejam com repasses do dinheiro da Previdência são repassados inevitavelmente nos custos de produção do produto. Claro que pagamos. Sobre a medicina de grupo ainda, ela não se responsabiliza e nem se responsabilizava por uma série de doenças e eventos que são caros e terminam sendo arcados pelo poder público, por todos e pelo sistema de saúde pública em geral, o que, evidentemente, possibilita uma maior lucratividade no setor. Outra questão, as

empresas de ponta, no País, utilizam a medicina de grupo como um fator de controle direto do trabalhador. Seja no dia-a-dia, dentro da fábrica, seja na questão do absenteísmo, é um fator de controle, controle direto. Aquela questão do livre acesso, em relação ao INAMPS, em relação ao sistema público em geral, ela cai, porque, na hora em que o trabalhador chega com o atestado, dizendo que foi atendido no centro de saúde, no hospital público, inclusive no hospital contratado do INAMPS, aquele atestado não é aceito; ele tem que ser revalidado pelo médico da medicina de grupo. Então, o controle sobre o trabalhador é um controle direto, através da medicina de grupo a serviço do empresário. E nós achamos que, inclusive, no caso da Previdência é um dos motivos pela qual a universalização e o controle sobre esse sistema da Previdência devesse atender a população. A minha intenção, neste momento, é mudar o sistema de atenção à saúde e seguridade, que é a função da nossa subcomissão!

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): o Sr. José Luis Rianni da Costa, do Ministério do Trabalho quer se colocar quanto a medicina de grupo. Com a palavra o Sr. Rianni.

SR. JOSÉ LUIS RIANNI DA COSTA: Sr. Presidente, Sr. Vice-Presidente, Sr. Relator, Constituintes: Em nome da Secretaria de Segurança de Medicina do Trabalho do Ministério do Trabalho, nós gostaríamos de chamar a atenção para um aspecto. No art. 1º, quando diz a saúde é um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes do Território Nacional sem qualquer distinção, pretende-se que isso não fique como palavras introdutórias mas seja a essência desse novo sistema de saúde, que deve se embasar nesse novo texto constitucional. É muito sério pensar em todos os habitantes do Território Nacional sem distinção, importante inclusive é não destacar aqui quais são as distinções que têm sido feitas, porque a própria enumeração já inclui preconceitos e distinções que as pessoas mesmo colocam. Mas eu gostaria de destacar uma área da saúde do trabalhador, em que tem ocorrido várias distinções da atenção da saúde no Brasil, a distinção à saúde dos trabalhadores que, vários motivos, tem sido feita em um sistema isolado, por esse sistema constituído por serviços especializados dentro das empresas pela medicina de grupo, por empresas médicas muito ligadas à retomada do trabalho e a reinserção do trabalhador na linha de produção, sem preocupar-se com a saúde desse indivíduo, enquanto cidadão, e não enquanto parte de um processo produtivo. Então, o interesse nosso é ver a atenção à saúde dos trabalhadores dentro desse conceito de que a saúde é um direito a todos os cidadãos, e enquanto cidadãos, serem atendidos sem qualquer distinção.

O SR. CONSTITUINTE ADYLSO MOTA: – O sentido da nossa convocação para uma Assembléia Nacional Constituinte é tentar mudar as coisas neste País, construir uma sociedade democrática que, aliás, nunca houve uma democracia no Brasil. Houve algumas tentativas fracassadas, mas nunca houve. Feita essa colocação, quero dizer, que os atos de corrupção e manipulação que existem são vícios e deformações históricas no Brasil, mais

acentuados nos períodos de restrições maiores, menos acentuados quando há algumas possibilidades de manifestação. Se houve corrupção como disse muito bem o Sr. Eduardo, é uma estrada de duas mãos. Por isso, passo número um, para se moralizar as coisas neste País. Unificar o setor saúde. Enquanto não houver isso, é um tal de um jogar a responsabilidade para o outro e não vai-se chegar a coisa nenhuma. Em segundo lugar, defendendo a iniciativa privada, mas acho que o Estado tem uma função de ordenar e fiscalizar a iniciativa privada. E o que precisa, nesta Constituição, é disciplinar até que ponto vai a liberdade do setor privado em termos de medicina. Tem que haver uma rigorosa fiscalização. É isso que vejo. Esse é um setor que o Estado tem de entrar forte, porque ele vem sendo marcado pela liberalidade que se deu, essa omissão do Estado, e chegou a esse ponto. Acho que precisamos construir uma democracia, pois sou contra a ditadura, na Rússia, na Tchecoslováquia, em Cuba, no Brasil, em toda parte. Sou democrata. Mas temos que procurar mudar as coisas, mas temos que fazê-las procurando racionalizar. Outra coisa é responsabilizar, porque democracia não é só liberdade, é responsabilidade, enquanto não tiver um Judiciário que cumpra com sua missão também, em que a impunidade campeia neste País, como existe hoje, não vamos chegar a coisa nenhuma. Então, temos um desafio muito grande pela frente, e acho que, basicamente, temos que definir dois pontos, na minha ótica, a unificação do setor saúde e a definição da atuação do Estado. Até que ponto poderá haver essa liberdade na iniciativa privada, em setores importantes, como o setor saúde.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Prezados senhores, nós estamos aqui discutindo já há algumas horas. Penso que podemos fazer uma pausa de 10 minutos para descansarmos e acalmarmos os ânimos um pouco e voltamos em seguida. Passo a palavra ao nobre relator para que ele sintetize este bloco e de seu posicionamento.

O SR. RELATOR (Carlos Mosconi): – Eu queria, inicialmente, como Relator desta Subcomissão, agradecer os pronunciamentos destas entidades que falaram, que foram convidadas por esta subcomissão e algumas até solicitadas as suas presenças aqui, e creio que esta exposição é bastante elucidativa para todos nós. Eu já conhecia, de sobejo, a posição de algumas destas entidades e, evidente, que levaremos em consideração as propostas aqui apresentadas. Desde o início, esta subcomissão tem procurado agir de uma forma a mais democrática possível, procurando ouvir, de forma igualitária, com o mesmo espaço, todas as entidades do setor de saúde do País. Ficou claro para todos nós as enormes dificuldades por que passa o País nesse setor, fruto, evidentemente, de uma série de coisas, que não cabe listar agora. Todas as entidades que aqui vieram colocaram com muita franqueza as deficiências existentes no setor, que são de responsabilidade do passado e também de responsabilidade do presente. Essas autoridades que aqui estiveram não se negaram a reconhecer isso. O que é evidente é o esforço feito pelo Governo no sentido de poder melhorar, de poder agilizar, de poder viabilizar o setor no País. Dentro

desse contexto do nosso País, de uma população carente, que perfaz, sem dúvida nenhuma, a grande maioria do povo brasileiro. Hoje, estamos vendo o setor privado, que quer disputar o seu espaço, o que é válido, mas que fatalmente disputa um espaço menor, porque não vai nunca atingir essa maioria carente da população brasileira. Cito e critico, inclusive algumas colocações, no sentido de que ficou claro que a exposição, muitas vezes, é levada no sentido de mostrar os defeitos do outro lado e a impossibilidade, segundo essa visão que considero distorcida, de que esse defeito seja corrigido, o que evidentemente eu não concordo. Creio que não houve, por parte das exposições anteriores, nenhum radicalismo de que deve existir apenas um setor e o outro eliminado ou de que o outro não tem validade nenhuma e não tem espaço para ocupar. Pelo que ouvimos, as fraudes, que são do conhecimento do País, evidentemente não só no setor de saúde, não é privilégio desse setor, mas ficamos sabendo que as ações integradas de saúde, para minha surpresa, são o fator que dificulta ou impossibilita a sua ação no município. Creio que não. Creio que na realidade as ações integradas de saúde não foram criadas na Nova República, mas vêm, sendo praticadas na Nova República, e que, segundo entendo, é um passo inicial para este grande projeto de saúde, que seria a modificação do sistema, que eu pessoalmente defendo, representa um esforço gigantesco por parte do Ministério da Previdência, por parte do Ministério da Saúde, no sentido até de sanear as fraudes. Por quê? Porque municipaliza o sistema, porque descentraliza o sistema, que faz com que a comunidade participe, tenha acesso a uma fiscalização dos recursos, dos gastos. Esta é uma filosofia que vem contra toda essa centralização, essa ditadura que houve na saúde durante os vinte e poucos anos de governo militar. Não tenho, digo a V. Ex.^a, dúvidas com relação às exposições porque, como já disse, conheço bem essas posições através dos vários debates que nós já tivemos oportunidade de participar juntos, inclusive, com relação à ABRAMGE, ainda que eu possa estar um pouco defasado. Tive inclusive oportunidade de trabalhar em São Paulo, quando eu fazia residência no Hospital das Clínicas, trabalhei, por algum tempo, nesse sistema de medicina de grupo. E, naquela ocasião, os salários evidentemente eram muito diferentes do que foram colocados aqui, porque eu me considerava um subempregado, sem nenhuma estabilidade no emprego, já que fui demitido sem nenhuma justa causa, sem praticamente nenhuma explicação.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Fazemos, então uma pausa e retornamos à nossa reunião às 10:40h.

(é sugerido que o leitor também faça uma pausa para um café)

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Voltamos com a nossa reunião. O Sr. Ézio Cordeiro, Presidente do INAMPS, deseja fazer a sua contribuição e pronunciar-se quanto as

questões colocadas. Em seguida passaremos a palavra ao Sr. Ministro da Saúde Roberto Figueira Santos. Com a palavra Sr. Hésio Cordeiro.

O SR. HÉSIO CORDEIRO: Sr Presidente, Sr. Relator, Srs. Constituintes, companheiros do movimento sanitário, Superintendentes do Inamps, companheiros do Ministério da Saúde. Atendendo aos apelos do Relator-Geral da Comissão Senador Almir Gabriel, realmente enfatizarei muito como entendo o processo constituinte e como entendo o processo político da reforma sanitária, entendendo a reforma sanitária não uma coisa em si, não como uma coisa que se resolva apenas por um ato de vontade, e sim como um processo político com nuances, com contradições e com o desenvolvimento desigual nos seus vários componentes. Em termos da Constituinte, a questão central, uma espécie de interface entre os trabalhos da Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente, da Comissão da Ordem Social, com outras Comissões, é o papel do Estado na sociedade brasileira. O que hoje se vê – a crise, o caos, as dificuldades já estão bem diagnosticados – decorre, no meu entendimento, fundamentalmente de uma concepção política, de uma concepção econômica, de uma concepção técnica do papel do Estado gestada do período mais recente do autoritarismo, do período de todo o transcurso do regime autoritário, e do qual ainda não se livrou totalmente a Nova República, nem poderia livrar-se totalmente. Exatamente o processo Constituinte é esse processo de transformação. E dentro dessa concepção, a questão do Estado a ação do Estado, na área social têm sido sempre colocada, e têm sido, inclusive, verdade na Nova República como um intenso preconceito da ineficiência do aparelho do Estado, como uma total incapacidade de o Estado conduzir, executar políticas sociais. Esse preconceito leva a um círculo vicioso que tem que ser rompido na conceituação da Constituinte, pela redefinição do papel do Estado na política social. Em outros termos, o círculo vicioso e o preconceito que se estabeleceu de que tudo que é público é ineficiente, tudo que é estatal funciona mal, portanto, os investimentos nesse setor não devem constituir prioridade, e, portanto, a remuneração dos profissionais, a remuneração dos servidores públicos não deve ser prioritária, isto o processo Constituinte deve romper de uma vez por todas na história das políticas sociais do País. Minha preocupação, em primeiro lugar, no que diz respeito aos trabalhos da Comissão de Saúde, mas tendo reflexos na Comissão que trata da questão da organização dos Poderes e da questão tributária e financeira, é essa revisão, essa reconceituação do papel do Estado, enquanto implementar, enquanto executor das políticas sociais, enquanto instrumento efetivo de promoção de uma democracia que se baseia em condições materiais e sociais de existência das classes sociais, particularmente das classes sociais subalternas, das classes sociais e dos grupos sociais mais carentes do País. Essa mutação na concepção do papel do Estado deve ser um dos eixos centrais e deve marcar a preocupação dos Srs. Constituintes. Levar adiante esse tipo de proposta significará recolocar realmente no campo

da saúde o poder público com o papel não só de prestador do serviço, realmente o ideal da prestação do serviço, pelo serviço público, é um ideal que perpassa todo o movimento sanitário – mas até que se estabeleça e se criem as condições para que esse serviço se torne inteiramente público, e isto quem dirá não serão simplesmente os expositores, será o próprio processo político de desenvolvimento do sistema da saúde brasileiro. É preciso que se defina essa relação do serviço público enquanto realmente um serviço do Estado, assumido pelo Estado, com um grau de eficiência e com um grau de importância, de relevância, inclusive na definição dos gastos públicos do setor social. Outro eixo sobre o qual a reforma sanitária tem-se debruçado e tem sido bastante polêmico, como vimos nas discussões aqui, é a questão da relação do serviço público com os serviços privados. E aí é preciso deixar claro que essa conceituação, e o princípio básico da definição dessas relações baseadas no Direito Público, é alguma coisa que deve estar plenamente conceituada também na Constituinte, para viabilizar coisas que já têm sido colocadas em prática e que sofrem ainda obstáculos jurídicos e legais bastante complicados. O tipo da contratação de serviço pela Previdência Social, hoje, já se baseia num modelo de contratação inspirado no Direito Público, que contempla, inclusive, num de seus artigos, o princípio da intervenção. Entretanto, é preciso que o respaldo da Constituição articule com clareza esse princípio e a materialização desse princípio no modelo de contratação de serviços, que já está colocado em prática, para que, nas situações de crise, nas situações em que for preciso acionar esse mecanismo, haja o respaldo constitucional. É importante mencionar e reforçar aqui, no que diz respeito as relações entre setor público, setor filantrópico e setor privado, que o setor filantrópico participa com cerca de 52% da capacidade instalada em leitos hospitalares. Portanto, o setor filantrópico, excluída a questão das desigualdades regionais de distribuição, se funcionando a plena capacidade, poderia realmente dar conta de uma parcela mais substantiva de internações junto com o setor público, talvez chegando a 70, 75, talvez 80%, dependendo das regiões, em relação a internações. O que justifica a afirmativa, tantas vezes colocada na Comissão da Reforma Sanitária, de que o setor privado de caráter lucrativo tem seu espaço, tem seu lugar, mas deve exercê-lo como uma função complementar aos serviços públicos e aos serviços filantrópicos, entendidos os serviços filantrópicos como serviços que atendem ao interesse público, ao interesse coletivo e, como tal, devem se relacionar com o Poder Público. Essa é a percepção que temos do problema e é, digamos, a justificativa técnica, inclusive, para que buscássemos uma nova modalidade de relacionamento com o setor privado de caráter filantrópico, naturalmente, tomando todos os cuidados, todas as cautelas. Para isso, a Confederação das Misericórdias participou intensamente do trabalho básico de triagem para identificar aquelas entidades filantrópicas que perderam as suas características de filantropia e sequer ficaram com as raízes, que o Dr. Nelson Rodrigues aqui mencionava,

por se vincularem, por exemplo, a medicina de grupo, a empresas médicas etc. Esse trabalho de identificação de quem é quem no contexto das entidades filantrópicas tem contado com uma intensa e muito criteriosa participação da Confederação das Misericórdias. A grande questão, finalmente, em termos da proposta da unificação do sistema de saúde, dando seqüência às próprias recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde, dando seguimento às recomendações e aos documentos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, no sentido de estender o projeto de unificação dentro de uma concepção de construção dos sistemas estaduais e municipais unificadas, e saúde, baseado no fortalecimento e na capacidade da gestão e decisão das Secretarias Estaduais de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde. Esse processo já está em marcha, através dos instrumentos de programação unificados colocados em prática no ano de 87; já está em marcha a partir da iniciativa das Secretárias de Saúde, em conjunto com os Superintendentes do Inamps, no sentido de formular projetos concretos de unificação. A unificação coloca-se em marcha a partir da aglutinação das forças nos Estados e Municípios, através da aglutinação das forças e da participação popular, dos Conselhos Comunitários de Saúde, nas CEME, nas CIS, na mobilização popular a partir dos Estados e dos Municípios, de tal forma que adversidades, as contrariedades, as dificuldades na implantação do sistema unificado se resolvam através de uma ampla estratégia de mobilização, a partir da base do sistema de Saúde e a partir de instrumentos concretos que, tanto pelo lado da Previdência Social quanto pelo lado do Ministério da Saúde, já se dispõe, no âmbito de Governo Federal, para impulsionar esses projetos de unificação, em conjunto com as novos governos, com os governos eleitos a 15 de novembro e que têm um enorme compromisso com o social, e que têm, na maioria de suas plataformas, a saúde como primeira prioridade. Esse processo de unificação significa, antes de tudo, uma reaglutinação de forças. O horizonte é o horizonte da unificação de serviço, mas uma unificação que, eu entendo, deve ser descentralizada ou seja, não vejo no sistema unificado um grau de eficácia que possa ser sustentado na eventualidade de um único órgão central, uma espécie de um novo Ministério da Saúde e etc., mas que seja ele próprio o gestor da totalidade da rede pública. Eu creio que isso seria ineficaz. Eu contraponho à essa idéia da unificação centralizada, a idéia da unificação descentralizada, com base na gestão única em nível das secretárias estaduais de saúde, fortalecendo, portanto, os Estados e, em nível das secretárias municipais de saúde, fortalecendo, portanto, as estruturas municipais. O salto de um modelo para o outro pode ter como um mecanismo de transição, como Nelson Rodrigues dos Santos apontava, o mecanismo de co-gestão. Este mecanismo permite que, a partir de um orçamento definido, de um sistema de acompanhamento definido, esse repasse se faça automaticamente a cada mês. Esse será, como mecanismo de transição, como proposta transitória que atenda às peculiaridades regionais da unificação do sistema

de saúde, um interessante mecanismo, não só de financiamento, de gestão financeira, como também de integração efetiva, incluindo a integração técnica, e colocando em nível de cada instituição, um colegiado diretivo, que pode ser a própria Cimes no nível do município, Comissões Intermunicipais de Saúde, ou as Cies, no nível dos Estados. A vantagem do mecanismo da co-gestão e da definição do orçamento está em se poder reverter essa às vezes selvagem concentração de recursos nas Regiões Sul e Sudeste, que tanto tem preocupado nossos companheiros José Alberto Hermógenes. Valeria a pena, então, considerar essa estratégia como uma estratégia também de reversão desse processo de concentração de recursos. Muito Grato.

O SR. MINISTRO ROBERTO FIGUEIRA DOS SANTOS: - Ex.^o Sr. Dr. José Elias Murad, Constituinte Presidente da Subcomissão de Saúde, Segurança e do Meio Ambiente, Ex.^o Sr. Dr. Carlos Mosconi, Relator, e demais membros da mesma subcomissão, Srs. Constituintes, dentre os quais me permito destacar os companheiros do PMDB da Bahia, Senhoras e Senhores: Quero, inicialmente manifestar o grande júbilo com que compareço perante esta subcomissão na condição de Ministro da Saúde, para trazer a contribuição que a nos compete, júbilo que decorre da participação intensa de todo o movimento que empolgou o Brasil, ao longo de vários anos, e que culminou com a instalação desta Assembléia Nacional Constituinte. Ao lado de Tancredo Neves, Ulysses Guimarães, José Sarney percorremos, como tantos dos que aqui se encontram as praças e ruas do Brasil, clamando pela oportunidade da revisão do processo institucional do País. E na medida em que os trabalhos avançam e que sou honrado com o convite desta subcomissão, para realizar esta exposição, somente posso aqui comparecer revestido das expectativas mais favoráveis e, conseqüentemente, do maior júbilo. A questão da saúde vinha sendo tratada nas cartas anteriores de forma muito restrita. Temos certeza de que a valorização cada vez maior dos problemas de ordem social neste País, de que o sucesso eleitoral alcançado pelo programa do PMDB nas últimas eleições, seguramente hão de assegurar espaço maior e manifestações mais claras e incisivas na Constituição que se está elaborando. E é em torno dela que aqui passamos a apresentar as nossas sugestões e comentários, tendo em vida que este é um setor que se acha em franca transformação, que se acha – podemos até dizer em estado de aflição, diante das crescentes expectativas por parte da população brasileira quanto à qualidade dos serviços que aguardam do Poder Público. Esta elevação nas expectativas da qualidade de vida, que é um fenômeno universal, tem-se aplicado à ação social no Brasil de forma muito especial – e na área da saúde, sem dúvida. Uma vasta parcela da nossa população que, ao longo do tempo se manteve isolado, que não alcançou acesso aos serviços de saúde, espera, aguarda e reivindica do poder público em vigor crescente e com justa razão, uma destinação maior de recursos e uma organização mais adequada à nossa realidade. O Ministério da Saúde da Nova República tem acompanhado

com a presteza que a importância e a significação do assunto impõem o esforço de corresponder a essas expectativas. E foi assim que o Ministério da Saúde, no caso com a aquiescência e a autorização de Sua Excelência O Presidente José Sarney, promoveu a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março do ano passado. Tive a honra de instalá-la, de acompanhar de perto os seus trabalhos e dar seqüência e conseqüência às suas recomendações. Em todo este debate há, sem dúvida, como é natural no ambiente democrático que se está criando no País, divergências substanciais. Porém, há alguns pontos que são comuns, que alcançam generalidade da aceitação por parte dos profissionais da saúde, das autoridades e dos usuários e que posso dizer que se aproximam até da unanimidade do acolhimento desses pontos de vista. O primeiro deles que até serviu de **slogan** para a VIII Conferência Nacional de Saúde, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A questão tem sido desdobrada de inúmeras formas, e se é verdade que os esclarecimentos, que a explicitação ampla do significado desse **slogan** tem-se estendido ao longo do tempo pelo Brasil afora, é igualmente certo que praticamente, não se tem buscado objeção ao que é tão necessariamente urgente, como uma das condições essenciais para o bem estar da população brasileira. Cabe, assim mesmo, insistir nela, uma vez que esta saúde com direito de todos, como se pretende, não é até agora sequer ainda objeto de acesso na medida e na proporção em que todos desejamos. E que para isso as obrigações do Estado, baseadas na revisão, no reexame de toda a nossa organização político-institucional, não de depender dos trabalhos desta Assembléia Constituinte. Há um outro item, que por sua vez tem, também merecido a acolhida, o aplauso e que tem sido motivo de luta constante da parte da generalidade dos que se envolvem com a questão da saúde. É o da criação do Sistema Unificado de Saúde que dê cobertura de natureza preventiva e curativa à população, sem a mácula de discriminações odiosas, tantas vezes repudiadas e ainda não debeladas, alicerçada no direito à saúde que tem todo e qualquer dos nossos semelhantes, tão somente pela condição de criaturas humanas e cidadãos brasileiros. No nosso âmbito de ação, esse é o caminho pelo qual forçosamente terão de passar todas as providências, até agora apenas desencadeadas, visando a imprimir racionalidade à situação caótica há tempo diagnosticada. A questão da organização dos serviços e saúde merece, creio eu, talvez, um desdobramento mais amplo. Em primeiro lugar, porque dela depende, essencialmente, a questão crucial da universalidade de cobertura, da extensão do acesso ao serviço de saúde para toda a população brasileira, do que estamos, ainda, a uma distância considerável. Várias medidas, ao longo do tempo, têm sido propostas com algum progresso, sem que, entretanto, hajam logrado os resultados esperados. Estamos propondo que, na busca dessa universalidade de cobertura, nos preocupemos fundamentalmente com o trabalho ao nível da própria comunidade, ao nível de como vivem e como buscam os serviços de saúde os cidadãos, as cidadãs e as crianças

do Brasil. Mas quando cogitamos daquilo que é o mais elementar – a melhoria dos indicadores de saúde da população em geral, a nossa obrigação maior é com a rede básica, justamente aquela que é menos valorizada, aquela que não tem merecido a atenção devida, do ponto de vista da análise do seu funcionamento do ponto de vista do seu financiamento, do ponto de vista do preparo de recursos humanos adequados às nossas condições. Fundamentalmente, portanto, a questão da saúde é uma questão da comunidade, não é sequer apenas do Governo. E essa consciência de toda a comunidade brasileira em relação à sua saúde, são essas aspirações e expectativas em relação à saúde da nossa população os componentes fundamentais da força, do vigor das providências do Poder Público. A declaração, que podem ser nos termos que constam do documento da Comissão de Reforma Sanitária, referente à saúde como direito de todos e dever do Estado e os mecanismos de financiamento, com o aporte de recursos novos, com identificação que consta dos trabalhos que fundamentam esse documento da Comissão, se tudo isto for inicialmente presente na futura Constituição e, em seguida, se desdobrar nas leis ordinárias, que seguramente não de dar seqüência a esses princípios de ordem geral, não tenho dúvida de que em alguns anos a condição de saúde do povo brasileiro estará muito melhor do que é hoje. A saúde, para mim, foi sempre objeto de exercício público. Posso afirmar, como testemunho de vida, que a minha experiência é integralmente dentro do serviço público. Isso, talvez, contribua até para desfazer certos equívocos e incompreensões que, por vezes, circulam. Posso, aliás, acrescentar, também como testemunho de vida, embora tenha me dedicado às atividades de saúde praticamente durante toda a minha vida profissional e pública, mesmo nos cargos que exerci como Presidente do Conselho Federal de Educação, Governador de Estado, os exerci como médico, como professor, embora tenha dedicado toda a minha vida profissional à atividade de saúde, nunca estive pessoalmente ligado a nenhuma atividade do setor privado. Porém, não tenho nenhuma recusa à atividade privada. Meus agradecimentos ao convite desta subcomissão.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): O agradecimento da subcomissão à contribuição dos Srs. Ézio Cordeiro e Roberto Figueira Santos. Passamos agora a um período de debates. Está franqueada a palavra.

O SR. CONSTITUINTE EDUARDO JORGE: - Sr. Presidente, por uma questão de ordem. É evidente, como disse o próprio Ministro Roberto Santos, essa área de saúde é uma área quase que em ebulição no nosso País, pelo próprio quadro caótico. As diversas correntes apontam para o setor Saúde no País. Existe, como é público uma luta política muito grande nessa área, tanto na sociedade como dentro do próprio PMDB. É público e notório. Formulo esta questão de ordem, Sr. Presidente, recebi informações de que existem seguranças na porta, talvez prevendo mais um choque político pelo que está acontecendo no Ministério, dentro do PMDB etc. Gostaria de saber se isto é verdade, porque não temos tido esse

comportamento aqui, nesta Subcomissão, nem em nenhuma outra. Esse tipo de método, na luta política, não deve ser empregado aqui no Congresso. Esta, minha questão de ordem, que para que V. Ex.^a Sr. Presidente, mande investigar, e se for a fato, pedir aos companheiros seguranças se retirem, para cuidarem de outros problemas de sua função específica. (pausa)

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Antes de passar a palavra ao demais constituintes comunico, respondendo à questão de ordem o Constituinte Eduardo Jorge, que os seguranças não estão mais nas proximidades. Concedo a palavra ao nobre Constituinte Carlos Mosconi. Relator desta Subcomissão.

O SR. RELATOR (Carlos Mosconi): – Sr. Ministro Roberto Santos, entendo, como V. Ex.^a também, que a situação de saúde no País está muito precária. Uma das razões de nos encontrarmos nessa situação é que esse setor até hoje não sensibilizou, de forma mais incisiva, mais contundente, a classe política. Não há em setores políticos do País, mesmo nas Assembléias Legislativas, nas Câmaras de Vereadores, no Congresso Nacional, um movimento de maior peso, um movimento de reivindicação, de denúncia, de cobrança, por parte da classe política, com relação à saúde. Existe um vazio que, na realidade, se traduz nesta situação que estamos vivendo. Ainda há alguns dias, assistimos, até de forma constrangida, a colocação feita pelo Governador de Minas Gerais, declarando, de forma irônica, que o Ministério da Saúde não teria realmente valor nenhum e que poderia ser dado a qualquer partido, porque, na realidade, não tem peso político, não tem maior expressão. Esse fato traduz, realmente, o que parte da classe política do País pensa a respeito da saúde. Por outro lado, vejo com muita freqüência, e ainda nestes últimos dias têm sido exacerbadas, reivindicações de governadores. Por exemplo, o Governador do Paraná, parece-me que ontem ou anteontem, veio aqui a Brasília e ficou muito satisfeito porque conseguiu, do Presidente da República a construção de uma ferrovia, a Ferrovia da Produção, que vai atravessar e cortar o Estado do Paraná, e com um custo altíssimo. Na semana passada, alguns Estados do Norte ou Nordeste conseguiram também a construção de uma ferrovia que vai ligar o Maranhão ao centro do País. Não tenho nada contra a ferrovia, mas acredito que, na realidade, não há, por parte da classe política um interesse maior com relação à saúde. Sr. Ministro, deve haver um entrosamento mais forte entre o Ministério da Saúde e a classe política, no sentido de que essas questões sejam levantadas dentro do Congresso Nacional, para que possamos fazer um movimento de peso, um movimento uniforme para tentar reverter essa situação em que nos encontramos. A oportunidade da Constituinte é única para a inclusão na Constituição de artigos que não existiam antes porque a nossa Constituição atual é absolutamente omissa com relação à saúde, para que possamos realmente redigir um texto de acordo com a realidade do nosso País, procurando a redação de um texto competente, que, na verdade, Sr. Ministro, este

momento que estamos vivendo aqui, na Constituinte, possa significar uma reversão, uma melhoria substancial para a saúde em nosso País.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Passamos a palavra ao constituinte Eduardo Jorge, que deseja fazer uma questão ao Sr. Hézio Cordeiro.

O SR. CONSTITUINTE EDUARDO JORGE: Gostaria antes de esclarecer que como sou de um partido pequeno, às vezes sou obrigado a ser insistente, fazendo muitas perguntas. Não temos, infelizmente, a riqueza do PMDB, que pode dividir suas perguntas por cinco ou seis companheiros do valor dos que estão aqui presentes. Estou na situação de eu mesmo fazer as perguntas. Quanto a questão da unificação a nível federal, no documento que S. Ex^a. nos apresentou, quando se passa para à página 2 e V. Ex^a analisa a questão institucional – fica clara a oposição à transferência de setor ligado à assistência médica, que atualmente está no Ministério da Previdência e Assistência Social, para um Ministério da Reforma Sanitária, um ministério novo. Na página 2 há várias colocações que se posicionam pela descentralização, unificação lá no Estado e no município, mas unificação a nível federal, não. A nível federal a colocação é da integração. Isto está sacramentado na página 9, quando V. Ex^a visualiza o novo sistema, fica colocado, de um lado, o INAMPS, reformado, evidentemente, e, de outro lado, o Ministério da Saúde. Então, esta questão é a mais importante que deveríamos dirigir ao Dr. Hézio Cordeiro.

O SR. HÉZIO CORDEIRO: – O Constituinte Eduardo Jorge fez – creio – determinada leitura do documento. É preciso ficar bastante clara a qualificação do processo de unificação. Isto é que está dando certa confusão. Em alguns momentos se pretendeu que o obstáculo à unificação – o ilustre Constituinte do PDS chegou a dizer com todas as letras – era a Previdência Social, e não é. Ao contrário, a Previdência Social já está impulsionando o processo de unificação, a partir desses projetos estaduais que mencionei aqui. A questão do Sistema de Saúde Unificado não se revolve com a transferência física de hospitais e Inamps do Inamps para o âmbito do Ministério da Saúde os administrar. A nossa concepção é que é necessário transferir a administração dessas unidades, dos IPAMs, dos hospitais, dos convênios com o setor universitário, dos convênios ou dos contratos com o setor hospitalar, etc., para o âmbito dos Estados e dos Municípios, dependendo do nível de complexidade da rede. Ou seja, se tratam de serviços que prestam o atendimento básico em nível de menor complexidade para o Município de igual ou de pequena complexidade administrativa etc., caberá a unificação no âmbito desse Município, tanto quanto caberá a unificação no âmbito do nível estadual, quando se tratar, por exemplo, de hospitais de nível secundário ou terciário. Eventualmente – é mencionado no documento – ficando vinculado ao Ministério da Saúde as unidades hospitalares que servirem de referência nacional ou que forem instituições de pesquisa. Por exemplo, o Hospital do Instituto Nacional do Câncer. Talvez,

seja um exemplo concreto de uma instituição que atende ao País inteiro, uma instituição de pesquisa, onde possivelmente não caberia a vinculação dessa instituição à rede estadual.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Continua franqueada a palavra.

O SR. CONSTITUINTE VICENTE BOGO: Sr. Presidente, uma palavra ao Sr. Hésio Cordeiro.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Pois não nobre constituinte.

O SR. CONSTITUINTE VICENTE BOGO: – Congratulo-me, em primeiro lugar, com os Expositores, particularmente com o nosso amigo Dr. Hésio Cordeiro, pelo trabalho que já vem sendo feito, há mais tempo, em termo da unificação e melhoramento da prestação de serviços na Previdência Social. Com relação à assistência médico-hospitalar e à ambulatorial, gostaria que o Presidente do INAMPS, nosso companheiro, colocasse como se está encaminhando agora, como é que vê, em termos da Constituinte, esta questão da universalização, especialmente, da assistência ambulatorial, já que na área rural há muitas dificuldades de o agricultor, de o trabalhador rural ter acesso a este tipo de atendimento. E até mesmo, a própria assistência médico-hospitalar está muito sujeito às condições sócio-econômicas do trabalhador rural.

O SR. HÉSIO CORDEIRO: – Nobre Constituinte Vicente Bogo, realmente uma das estratégias fundamentais que certamente a Constituinte, ao consolidar o direito à saúde como um direito universal, um direito não se reparte entre aqueles que trabalham ou não trabalham, que são vinculados, à Previdência, ou que não são a ela vinculados, o direito à saúde como direito universal tem que encontrar condições práticas de se viabilizar. Certamente uma dessas condições é uma ampla recuperação do funcionamento da rede de serviços básicos, e não apenas serviços básicos da expansão da rede serviços básicos e, ao mesmo tempo, junto com ela, a garantia, a referência aos níveis de hospitalização necessários, inclusive os mais complexos tecnologicamente, os mais caros etc. A estratégia da unificação, em termos da estabilização e da municipalização dos serviços, envolve esse esforço unificado de recuperação da capacidade de resolução da rede de postos, centros de saúde e hospitais regionais vinculados às Secretarias Estaduais e às Prefeituras Municipais.

O SR. RELATOR CARLOS MOSCONI: Sr. Presidente, pela ordem.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Pois não.

O SR. RELATOR CARLOS MOSCONI: Percebo que estamos redundando nas questões e respostas. Temos aqui presentes representantes de entidades sindicais dos trabalhadores e de conselhos profissionais da área da saúde, que vieram com propostas e reivindicações à constituinte. Penso que podemos iniciar um bloco com seus depoimentos a fim de ouvir os posicionamentos dos trabalhadores.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Acatada a proposta do nobre relator. Peço então que faça uso da palavra a Sra. Maria Luiza Jaeger, representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT).

A SR^a. MARIA LUIZA JAEGER: Srs. Constituintes, como já foram colocados na primeira reunião pública os princípios da CUT, a nível de questão da saúde, entendemos que saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Então a proposta que está sendo encaminhada, também através de xerox, aos Constituintes é a seguinte: "A saúde é um direito de todos os indivíduos e da população em geral, assegurada através da ação direta do Estado, que implica na utilização dos conhecimentos e avanços científicos e tecnológicos de forma igual para todos; que permita detectar a influência dos fatores físicos, biológicos, sociais, econômicos, educacionais, e culturais, e os relativos às condições e organizações do trabalho e do meio ambiente, e que permitam prevenir e eliminar suas influências desfavoráveis, bem como reparar os seus efeitos, contando para isso com a participação em nível decisório das entidades populares e do cumprimento do dever do Estado". Quanto a democratização e participação popular no sistema único de saúde.

- Assistência à saúde pública, estatal, integral e gratuita a toda a população, sem qualquer discriminação ou distinção de condições individuais ou sociais, segundo modalidades que assegurem a igualdade dos indivíduos em relação à prestação de serviços, com garantias de opção de tratamento;

– É dever do Estado prestar diretamente as ações e serviços de promoção, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde, com atendimento universal, igualitário em todos os níveis e sem discriminação;

– O Sistema Nacional de Saúde será único, constituído por uma rede de serviços públicos, estatal, integrada, regionalizada e hierarquizada, e com descentralização político-administrativa, de forma a garantir a autonomia local e a participação popular nas definições de suas prioridades;

– Participação, em nível de decisão, das entidades populares na formulação, controle e avaliação da política nacional de saúde nos níveis federal, estadual, municipal e local.

– É garantida a participação das entidades populares em nível de decisão na formulação, controle e avaliação da legislação e operacionalização do Sistema Nacional de Saúde;

– A política nacional de saúde deve ser objeto de um plano nacional de saúde plurianual, consolidado e aprovado nas Instâncias legislativas da União, dos Estados e dos Municípios.

– Além do Ministério Público, as entidades populares são partes juridicamente válidas para impetrar ações em defesa das coletividades que representam.

Estas são as questões que gostaríamos de colocar e ver garantidas no texto constitucional. Muito Grata.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Muito obrigada Sra. Maria Luiza. Passo a palavra ao Sr. Roberto Chabo da Federação Nacional dos Médicos.

O SR. ROBERTO CHABO: Sr^a Presidenta, Sr. Relator desta Subcomissão, Srs. Constituintes, companheiras das entidades aqui presentes, desnecessário seria enfatizar a importância dessas intervenções que estão ocorrendo hoje, e que vão evidentemente embasar toda a discussão sobre essa questão, e vão constituir-se basicamente no que eu chamaria de resgate da questão da saúde no Brasil. O Conselho Federal de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos submetem à apreciação da Assembléia Nacional Constituinte sua proposta para o capítulo referente à saúde do próximo texto constitucional. O documento-proposta do Conselho Federal de Medicina e da Federação Nacional dos Médicos à Constituinte tem como base às conclusões da VIII Conferência de Saúde, realizada em março de 86, aqui em Brasília, e de outras formas de debate e análise das questões de saúde realizados nos últimos anos por instituições políticas de ensino e de pesquisa social, de representação profissional, dentre as quais se incluem as entidades médicas regionais e nacionais. Podemos afirmar que o evento teve todas as características de um debate democrático, com participação ampla e nacional de todos os segmentos da sociedade tais como: as associações de moradores, centrais CUT, CONTAG, CGT, Partidos Políticos, Sindicatos, Conselhos, Associações dos Profissionais de Saúde e de Enfermagem e representações de minorias, dos índios etc. Segue a nossa proposta:

"Art. 1º A saúde é um direito de todos os habitantes do território nacional, sem qualquer fator de discriminação".

Parágrafo único. O direito à saúde significa garantia pelo Estado de condições dignas de vida e acesso universal igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como reabilitação em todos os seus níveis.

Art. 2º O conjunto das ações e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como reabilitação, é uma função de natureza pública, cabendo ao Estado a sua normatização, execução e controle.

§ 1º É assegurada a livre organização de serviços de saúde, de capital exclusivamente nacional, e a prática liberal, obedecidas as normas técnicas vigentes, sendo vedada para esta finalidade a utilização de recursos públicos para investimento e custeio.

§ 2º A participação do setor privado neste conjunto de ações públicas poderá ocorrer sob condições estabelecidas em contrato do Direito Público.

§ 3º O Poder Público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada necessários ao alcance dos objetivos da Política Nacional de Saúde.

Art. 3º As ações de serviço de saúde integrarão uma rede única regularizada e hierarquizada, conformando um sistema nacional de saúde organizado de acordo com os seguintes princípios:

I – Unicidade na formulação e condução das políticas nos níveis federais, estaduais e municipais.

II – descentralização da gestão dos serviços:

III – universalização da cobertura e do acesso da população a todos os níveis de atenção:

IV – participação dos vários segmentos sociais na formulação e no controle das políticas de ações.

Art. 4º O financiamento do Sistema Nacional de Saúde será feito com recursos orçamentários da União, Estados, Municípios, Distrito Federal, que destinarão o mínimo de 12% de sua receita tributária e Previdência Social.

§ 1º A Previdência Social alocará o mínimo de 25% da receita do Fundo de Previdência Social ao Sistema Nacional de Saúde, que serão gradualmente substituídos por outras fontes a partir do momento em que o gasto nacional em saúde alcance 8% do Produto Interno Bruto.

§ 2º A União poderá estabelecer tributos vinculados e destinados ao financiamento do Sistema Nacional de Saúde.

§ 3º A integração dos recursos das várias fontes dar-se-á através de fundos de saúde nos níveis federal, estadual e municipal, administrado de forma colegiada pelos órgãos financiadores, executores e por representantes dos usuários.

Art. 5º As atribuições do Poder Público, nos níveis federal, estadual e municipal, assim como os mecanismos de coordenação, administração e financiamento do Sistema Nacional de Saúde, serão definidos em uma lei do Sistema Nacional de Saúde.

Art. 6º As políticas de recursos humanos, insumos, equipamentos e desenvolvimento científico e tecnológico para o setor saúde serão subordinados aos interesses e diretrizes do Sistema Nacional de Saúde. Parágrafo único. A política de recursos humanos para o Sistema Nacional de Saúde garantirá aos profissionais de saúde:

I – plano de cargos e salários;

II – Remuneração condigna;

III – Isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal;

IV – admissão através de concurso público;

V – estabilidade no emprego;

VI – incentivo à dedicação exclusiva – diríamos, assim, menos dedicação exclusiva, mas sim tempo integral;

VII – Capacitação e reciclagem permanente, direito à sindicalização e a greves;

Art. 7º O poder público disciplinará e controlará a distribuição e a produção de medicamentos imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos críticos para o setor, com vistas à preservação da soberania nacional."

Conselho Federal de Medicina

Federação Nacional dos Médicos

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Muito obrigado Sr. Roberto Chabo. Passamos a palavra a Sra. Sonia Republicano, representante do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Brasília (Sindicato/DF)

A SRª. SONIA REPUBLICANO: Representamos os profissionais de saúde de nível médio. Especificamente, o Sindicato significa Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Brasília. Dentro desse sindicato se encontram várias categorias distintas e, dentre essas, uma parte da equipe de enfermagem. A equipe de enfermagem é composta por enfermeiros, auxiliares de enfermagem, atendentes de enfermagem, enquanto existir essa categoria, e os técnicos de enfermagem, que estão até hoje aguardando ansiosamente que seja regulamentada essa profissão. Como a enfermagem é uma equipe multiprofissional, o nosso documento está juntamente com o documento dos enfermeiros, que foi elaborado pela Conespe, que inclusive tem um representante presente. Nós, enquanto profissionais da área de enfermagem que somos, entendemos também que a saúde é um direito do povo e um dever do Estado. Reivindicamos o direito à sindicalização a todos os trabalhadores de saúde, como também o direito à greve. Estabilidade no emprego é uma das bandeiras dos profissionais de saúde, e também a participação do profissional de

saúde nas decisões sobre política de saúde e de recursos humanos dentro da empresa ou dentro do serviço público. Como o documento foi feito através da Conespe, e temos uma representante aqui, passo a palavra a ela que falará também, nós então daremos por encerradas, por enquanto, as nossas colocações, já que ela tem o documento. Muito obrigada.

A SRA. REGINA SENNA: Srs. Constituintes, ilustres companheiros presentes, a Conespe significa Coordenação Nacional de Entidades Sindicais e Pré-Sindicais de Enfermagem, como já foi anunciado pela Presidenta desta Subcomissão. Essa coordenação abrange as entidades sindicais e pré-sindicais de enfermagens de todo o País, sendo que atualmente contamos com onze sindicatos de enfermeiros, sindicatos do tipo Sindicatão, como a companheira disse, em todos os Estados do Brasil, e onze outras associações profissionais, ou seja, associações pré-sindicais de enfermeiros nos Estados em que não temos sindicatos. A Conespe considera importante estar-se pronunciando sobre a questão da saúde, na medida em que o pessoal de enfermagem, na prestação de assistência de saúde, é o maior contingente existente no País, em termos de pessoal de saúde. Temos algumas questões a levantar em relação a essa questão de assistência de saúde, nos seguintes termos: A assistência de saúde, hoje, tem sido apontada e até mesmo executada como uma assistência médica, à população, e não como uma assistência de saúde. Consideramos importante levantar esse aspecto, na medida em que a assistência à saúde, na visão mais global, mais integral, ao indivíduo, deve ser prestada por uma equipe multiprofissional, onde o conjunto dessa assistência determine uma política de saúde muito clara. E essa política para nós significa uma assistência de saúde como direito de todos os cidadãos no território nacional, e é dever do Estado subsidiar essa assistência. Definida então essa principal característica da assistência de saúde, há que se definir então uma política de recursos humanos. Esta política passa necessariamente, no nosso entendimento, pela determinação de equipes multiprofissionais de assistência de saúde, onde a enfermagem estaria incluída, assim como uma série de outras categorias – aqui falo basicamente pela enfermagem – na decisão, na execução, no planejamento e na avaliação dessa assistência do Estado. Esse aspecto é importante na medida em que a enfermagem, mesmo sendo o maior contingente de trabalhadores da área de saúde, neste momento, ainda tem ficado muito aquém da possibilidade de interferir nessa política de recursos humanos e de prestação de assistência de saúde. Esse aspecto é importante na medida em que a enfermagem, mesmo sendo o maior contingente de trabalhadores da área de saúde, neste momento, ainda tem ficado muito aquém da possibilidade de interferir nessa política de recursos humanos e de prestação de assistência de saúde.

São estas as questões que me coube apresentar aos Srs. Constituintes.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Temos aqui um pedido da Sra. Maria Aladilce de Souza da Coordenação Nacional de Associações de Moradores (CONAM), que deseja pronunciar-se quanto as questões apresentadas.

A SR^a. MARIA ALADICE DE SOUZA: A Conam é uma entidade fundada em 1981, representa um movimento comunitário nacional, entidade jovem tem sua sede em São Paulo, e aqui, no Distrito Federal, criamos recentemente uma sede. Nós já realizamos três congressos, o último em março de 1986. E, nesses congressos, os moradores dos bairros têm discutido e manifestado suas opiniões sobre os mais diversos assuntos da vida nacional. E é com base nas resoluções do nosso III Congresso, e da VIII Conferência Nacional de Saúde, da qual participamos, que a Conam se pronuncia aqui neste plenário, colocando algumas questões que nos parecem de relevância para a discussão da saúde neste momento. Primeiro, que a Conam considera que a situação dramática em que se encontra a saúde do povo brasileiro é resultante do caos econômico que se encontra em nosso País. Não se pode ter saúde sem condições dignas de moradia, sem saneamento básico. É necessário que, ao se pensar em saúde, o Governo pense em todos esses fatores, em todas essas questões, que são componentes, ao nosso ver, da questão da saúde. Como se ter saúde, se os serviços são inacessíveis à maioria da população? No nosso País, a assistência à saúde discrimina o pobre; só o rico pode tê-la, porque pode comprá-la. No nosso País, saúde é comercializada, com total apoio do Governo, que controla e contrata os serviços da quase totalidade dos estabelecimentos privados, determinando, com isso, o seu crescimento e o seu fortalecimento, dando margem a distorções e corrupção na área da saúde. Estamos num País de doentes, com um sistema de saúde também doente. Por isso tudo a Confederação Nacional das Associações de Moradores, referendando as resoluções da VIII Conferência de saúde, propõe: que o direito à saúde seja garantido pelo Estado a todos os habitantes do território nacional, sem distinção. Que, para promover a saúde, o Estado deve garantir emprego, salário justo, condições dignas de moradia, educação, lazer e participação, em níveis de decisão da população, na elaboração, execução e questão da política de saúde. O Estado deve garantir assistência igualitária e de boa qualidade a todos os habitantes do território nacional. Para evitar que a saúde seja comercializada, a rede de serviço de saúde deve ser estatizada. Sabemos que esta é uma questão – inclusive na VII Conferência foi colocado impossível de ser resolvida já, mas o Estado, o Governo precisa garantir a implementação de medidas que levem à estatização, como, por exemplo, a criação e ampliação de uma rede pública estatal de saúde, com serviços de boa qualidade, seria uma das medidas apontando o rumo da estatização, o não investimento de recursos no setor privado, a destinação de um percentual, que na própria Conferência se colocava, em torno de 15% das receitas tributárias, para gastos com saúde. Uma outra questão seria a criação de um sistema único

nacional de saúde. Defendemos também a criação desse sistema com o comando de apenas um Ministério. E, por último, a participação da população, que achamos que deve se dar em níveis de decisão, desde a elaboração, durante a execução, controle, no processo de gestão dos recursos de saúde. Essa participação achamos que deve se dar através das entidades que representam a população. E hoje, na área sindical, temos a CGC temos a CUT, temos a própria Conam, e outras entidades da área de saúde, entidades que representam os profissionais, como a Contag também. Bem, esses são os principais aspectos que a Conam gostaria de deixar registrados. Grata.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Agradecemos a Sra. Maria Aladice de Souza. Algum constituinte deseja fazer alguma questão? (pausa)

Com a palavra o nobre relator.

O SR. RELATOR CARLOS MOSCONI: Com relação às exposições feitas, hoje, acho que muitas delas têm mais ou menos o mesmo sentido e a mesma linha. Em algumas questões, entretanto, eu gostaria de me aprofundar com os representantes das entidades que aqui se encontram. Gostaria, especificamente, de saber da representante da CUT, qual a posição desta entidade, com respeito à unificação do sistema de saúde? Gostaria de saber, também da CUT qual a sua posição no que diz respeito à Medicina de grupo. Há alguns dias, tomei conhecimento de uma manifestação da Associação Médica Brasileira, condenando esse tipo de mercantilização da Medicina, que se instituiu no País. Ouvimos também, mais cedo, aqui nesta Subcomissão, a posição do Presidente da Abrange informando que vários sindicatos solicitam, com muita frequência, a entrada da Abrange na questão da assistência médica para os trabalhadores. Então, gostaria realmente de saber, de uma forma oficial, a posição da CUT no que tange a essa situação.

O SR. CONSTITUINTE EDUARDO MOREIRA: – Aqui no documento da Conespe, partimos do que entendemos como questão política central, de que para o povo brasileiro interessa um novo sistema nacional de saúde único e estatizado. Se realmente o povo brasileiro foi consultado a respeito deste tema, porque sabemos que hoje o sistema estatizado de saúde é o que menos, ou pior funciona neste País, se realmente foi elaborada uma avaliação neste sentido. Porque temos o sistema privado, que presta serviços ao Governo e que realmente é o que funciona moderadamente bem.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Não havendo mais questões, passo então a palavra aos expositores. Com a palavra Sra. Sônia Republicano.

A SR^a. SÔNIA REPUBLICANO: Quanto à rede pública, que foi uma colocação nobre do Constituinte, nós também achamos que tem defeitos na rede pública, mas que o caminho é melhorá-la, aperfeiçoá-la e continuarmos com a rede pública dando um bom atendimento gratuito à população. Claro que, em país capitalista, a rede privada sempre vai ter o seu

espaço, mas diante do que ela possa, naquela história, estabelece-se quem puder, e o Governo mantém a rede pública e o atendimento gratuito à população.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Com a palavra Sra. Regina Senna.

A SR^a. REGINA SENNA: Para a Conespe o sistema de saúde deve ser único, público, gratuito e estatizado. A partir disso, algumas outras questões devem ser levantadas, por exemplo, a necessidade de democratização da discussão e das decisões em relação a essa política de saúde, tanto no que diz respeito aos servidores de saúde quanto aos mutuários. Esse processo de democratização das instituições de saúde permite que avancemos esse processo da discussão da qualidade de assistência que está sendo prestada, sem querer entrar muito, pela questão do tempo, na discussão da qualidade da assistência prestada hoje. Mas nós sabemos que é necessário que exista e que a população e os servidores de saúde exijam um mínimo de qualidade para a assistência que está sendo prestada, tanto em relação às suas condições de prestações de assistência, quanto em relação à própria assistência que o indivíduo está recebendo. Esta questão é fundamental na medida em que tenhamos um real compromisso com a proposta de saúde que atenda às necessidades da população. Passando para um outro ponto, a questão do Ministério único. Essa questão não aparece explicitada no documento da Conespe, no entanto é uma discussão que também os enfermeiros e a enfermagem fazem. Nós entendemos, assim como a companheira da CUT colocou, não porque ela seja da CUT e a Conespe seja identificada completamente com a CUT, mas pelo princípio que isso significa, que a saúde deva ser centralizada e trabalhada por um Ministério único, um Ministério de Saúde regido a partir das necessidades que sejam ditadas por esse projeto de saúde que preconizamos. Por último, eu gostaria de levantar uma questão, que também já foi levantada, do caráter que procuramos reafirmar em relação à VIII Conferência de Saúde. Acho necessário que frisemos que a VIII Conferência foi um avanço, na medida em que foi o maior fórum e o mais democrático nos últimos tempos. No entanto, existe uma série de questões, nas resoluções da própria VIII Conferência, que temos que continuar discutindo. Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Com a palavra Sr. Roberto Chabo.

O SR. ROBERTO CHABO: Eu gostei das intervenções. A visão que eu queria trazer aqui, talvez ainda não tenha passado por esse documento, é que isso que estamos propondo aqui, nós e tantos outros segmentos da sociedade brasileira, é algo de novo. Esse sistema único de saúde, que algumas pessoas insistem em dizer que tal Ministério não aceita, acho que tem que ter um Ministério da Reforma Sanitária; esse ministério passa por aí, Eduardo Jorge. Evidentemente, ele teria que assumir a diretriz política. Quem pôde acompanhar de perto toda a elaboração, a gestação desse processo extraordinário, que ainda está para se fazer e nós não sabemos como ele vai se dar, é um começo de um novo que vem aí e esse novo tem aspectos que podem trazer acertos e desacertos, mas é um tipo de risco que nós

temos que correr, em nome disso tudo que não serve, para o povo brasileiro, que é este sistema de saúde que temos aqui, que é o nosso sistema. Então, que venha outro. Primeiro, a constituição do Ministério da Reforma Sanitária, estabelecendo diretrizes políticas e que cada Secretaria Estadual de Saúde, com suas regiões de saúde, e ainda tem a unidade básica, seu distrito sanitário, possa fazer uma grande mesclagem, e cada um fiscaliza o outro, até porque os recursos que aí vão ser envolvidos, através do Fundo Municipal de Saúde, do Município, do Estado e da União, eles terão que ser fiscalizados pelos que estão dentro da estrutura, do esquema burocrático, porque é o Governo que toma conta do dinheiro, mas terá que ter a participação do usuário também na fiscalização da sua aplicação, porque isto está explicitado aqui. Acho que o processo participativo brasileiro exige isso hoje. Acho que isto é mais urgente, neste sistema único em que começam a aparecer coisas novas.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Prezados senhores. Agradecemos as exposições feitas neste período da manhã, atestando a proficuidade dos debates. Visto o avançado da hora, esta presidência sugere que façamos uma pausa para o almoço e voltemos em seguida, às 14:00h., para darmos seguimento as exposições das instituições representativas do setor saúde.

Tenho aqui, em minha lista, que faltam pronunciarem-se as instituições éticas e referentes ao desenvolvimento científico e tecnológico e, também os representantes das UNIMEDS e das Santas Casas de Misericórdia.

Voltamos então as 14:00 para continuarmos nossos debates.

(Levanta-se a reunião para pausa às 12h32m)

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Voltamos então com nosso encontro, destinado à ouvir as entidades governamentais e representativas dos envolvidos nas questões da saúde no país. Na primeira parte, o período da manhã, tiveram a palavra os dirigentes de instituições governamentais, o Sr. Presidente do INAMPS, Sr Hésio Cordeiro; o Sr. Ministro da Saúde, Roberto Figueira Santos; representantes da CNRS e dos conselhos de secretarias municipais de Saúde; representantes de instituições de trabalhadores da saúde e demais que enriqueceram os debates e trouxeram grandes contribuições para o trabalho constituinte desta subcomissão.

Seguimos agora com as instituições científicas e éticas da área da saúde. Ouviremos os representantes aqui presentes: Srs. Moisés Golbaum e Eleutérico Rodrigues Neto, da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco); o Sr. Pedro Dimitrov da Associação Paulista de Saúde Pública (APSP); o Sr. Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); o Sr. José da Rocha Cavalheiro da Sociedade Brasileira para o

Progresso da Ciência (SBPC) e o Sr Eric Rosas do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Em seguida abriremos os debates.

Com a palavra o Sr. Moisés Golbaum.

O SR. MOISÉS GOLDBAUM: A Abrasco – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – é uma associação que congrega a comunidade acadêmica, que trabalha, basicamente, nos departamentos de Medicina Preventiva e Social, nas Faculdades de Medicina Brasileira e das Faculdades de Saúde Pública; vem-se ampliando atualmente, procurando congrega todos os elementos que trabalham no setor de pesquisa e formação de recursos humanos na área de saúde coletiva. Tradicionalmente, área de saúde coletiva vinha se voltando para aquilo que chamávamos ou se denominava área de saúde pública, que compreendia ações supletivas do Estado no atendimento às medidas que procurassem conter ou controlar os problemas de saúde que afetavam a grande massa da população brasileira, estando fora deste âmbito a questão da assistência à saúde. Quer dizer que poderíamos, então, de um lado a área de saúde pública, e do outro a área da atenção médica propriamente dita, ou assistência a doentes, se assim pudermos colocar. No processo todo de modernização da sociedade, na medida em que a sociedade progride, se reorganiza, evidentemente, que se podem ver no decorrer da História as novas concepções de saúde vão surgindo e vão sendo concebidas novas formas de se entendê-las, e paralelamente com isso, ocorre a questão de uma reorganização, de uma reorientação dos serviços de saúde levando, então, a que os distintos fatores do setor venham desempenhar novos papéis no atendimento à questão de saúde da população. Estes elementos todos que estamos levantando têm permitido ampla participação da Abrasco, seja na participação dos diferentes movimentos que se têm gerado na sociedade brasileira para discutir esta questão, seja ela própria mobilis de saúde o Brasil para responder às indagações que surgem nesta área. Lembraria aqui a participação intensa que tivemos na 8ª Conferência Nacional de Saúde e a realização do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que nos permitiu referendar os postulados de equidade, de integralidade e de universalidade que são do sistema de saúde, e que estão expostos na 8ª Conferência Nacional de Saúde e referendado pelo Congresso Brasileiro. Movimentos estes, então, nos têm permitido a elaboração de uma proposta, a qual foi elaborada pela Comissão de Política, e que eu pediria ao Dr. Eleutério Neto, que foi um dos elementos destacados na elaboração desta proposta, que apresentasse então a nossa proposta para a Constituinte.

O SR. ELEUTÉRICO RODRIGUES NETO: Sr. Presidente, Sr. Relator. Srs. Constituintes, Sras. e Srs. Companheiros do setor saúde: Desde o Congresso da Abrasco, realizado em setembro do ano passado, que várias propostas de conteúdos saúde para a Constituição vêm sendo debatidas no interior da Abrasco. Ela, basicamente, endossa a proposta da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, já apresentada aqui nesta Subcomissão como a

pauta mínima que deve ser incluída na nova Constituição. 1º lugar, é a questão do conceito de saúde e na 8ª Conferência já se colocou isto de uma maneira bastante clara. Não podemos mais nos ater ao conceito de saúde como um conceito de assistência médica e não só como um conceito que engloba os aspectos preventivos, simplesmente. Entendemos que saúde é o resultante de fato de um conjunto de relações que se dão no interior da sociedade e que, portanto, a saúde está determinada por todas as condições de vida que cada um dos indivíduos e o conjunto da população obtêm num determinado momento histórico. Esta é uma questão fundamental e que significaria um passo fundamental para a própria organização social brasileira, que tem muito a ver com o seguinte pontos que vou colocar, que é o aspecto do direito à saúde e do dever do Estado em prover, em garantir, em assegurar este direito. Na realidade, pode aparecer alguma coisa bizantina – não escutei até hoje ninguém falar contra – o direito universal de todos terem saúde. No entanto, como fazer isso? Não basta a afirmação de que todos têm direito. Tem que se estabelecer um interlocutor que seja o responsável pela gestão, pela administração dessa questão, que seja, de fato, um interlocutor da população para zelar, para assegurar que esse direito seja resguardado, que este direito de fato seja preservado. Nesse sentido, entendemos que o Estado tem uma função fundamental e essencial para prover, para assegurar o cumprimento desse direito. E ele tem o dever, portanto, de assegurar que todos tenham acesso igualitário e universal a todas as ações. Porque um Governo só pode ser entendido democrático, de fato, quando ele estiver voltado para o interesse do conjunto dos seus cidadãos, isto é, no caso específico, estar envidando todos os esforços, todas as ações na direção de que todos tenham uma vida mais longa e uma vida mais saudável. Saúde não é nada mais do que isto. Queremos colocar a saúde como o objetivo permanente a ser perseguido e a ser alcançado. E ele só pode ser alcançado através de uma sociedade democrática. Por este motivo que entendemos que o grande interlocutor, o grande intermediador das ações, todas que dizem respeito à saúde, é o Estado. Não pode ser intermediado por interesses que dizem respeito ao beneficiamento, ao privilegiamento de grupos que não estão interessados, evidentemente, no interesse coletivo, mas no privado. Para isto o Estado tem que se organizar de forma racional, de uma forma lógica, que permita o alcance dessa universalidade e dessa equidade. Esta proposta achamos que, embora seja uma proposta organizativa, tem que estar presente ao nível da Constituição, que é a proposta do sistema único de saúde e que tenha características essenciais. Entendemos também, que nada disso pode ter efetividade, pode funcionar se não tiverem um controle social sobre a sua execução. Entendemos que a participação da população organizada em entidades, em instituições democraticamente constituídas e organizadas, essas entidades devem ter o direito e devem ter a garantia do canal de acesso para participar do processo de planejamento e controle da execução das políticas a nível local, a nível estadual, a nível

regional, e a nível nacional. Quanto a questão das entidades privadas na saúde, sabemos que dada à realidade que temos hoje da participação intensa e expressiva do setor privado, especialmente na área do setor hospitalar contratada, consideramos que o setor privado ainda deve ser chamado a colaborar, mas só que não um setor isolado, mas como um setor integrante da mesma rede, regionalizado, subordinado às diretrizes técnicas que devem presidir esse sistema único de saúde. Entendemos que o setor privado deve participar não só pela inevitabilidade do Estado poder ter condição de construir redes próprias, como o Estado tem o direito de usar o setor privado, de acordo com as regras que ele, Estado, estabeleça. Por quê? Porque o setor privado, prestador do serviço de saúde que aí está estabelecido, aí está instalado, não se desenvolveu às custas da iniciativa privada típica. Ele não é um sistema privado típico; é um sistema privado dependente do Estado, é um sistema privado que foi construído com recursos subsidiados do FAS, da Caixa Econômica Federal, do Governo Federal em geral. Ele é um sistema que está sendo mantido durante estes anos todos e seu custeio é feito pelos recursos da Previdência Social. Portanto, ele não obedece à lógica do sistema privado do capitalismo típico da indústria que produz o seu sapato, o coloca no mercado e o compra quem pode. Não. O setor privado que está aí é um setor dependente do Estado. É um setor que não é típico e, portanto, ele tem que ser usado pelo setor público até onde o setor público precisar e de acordo com as normas do setor público. Ademais, entendemos que precisam ser, num momento outro, provavelmente, depois da Constituição, normatizadas algumas questões que podem comprometer a democratização, a equidade no que diz respeito a algumas práticas de saúde e que podem ser questionadas como práticas extremamente mercantilistas, como práticas que podem estar comprometendo a própria qualidade da atenção. Quanto a rede privada típica, fora do setor privado contratado pelo Estado, existe uma rede de fato autônoma, de uma rede de fato liberal, e esta sim pode funcionar independentemente com recursos captados diretamente, sem intermediação do Estado, sem qualquer tipo de subsídio e que possa ser organizado livremente, de acordo com normas técnicas definidas pelo setor nacional de saúde. Estas são as nossas colocações.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Muito obrigado aos representantes da Abrasco. Passo agora a palavra ao Sr. Pedro Dimitrov, da Associação Paulista de Saúde Pública.

O SR. PEDRO DIMITROV: Sr Presidente, Srs. Constituintes, Companheiros, acho que a minha tarefa fica mais fácil, porque o Dr. Eleutério já praticamente colocou as questões fundamentais. Portanto, eu me prenderia em apenas em alguns tópicos em que pudéssemos abordar, e que não foram feitos, e em outros tópicos em que, eventualmente, tivéssemos alguma divergência. Falo aqui em nome da Associação Paulista de Saúde Pública e também de uma plenária de entidades que estão se reunindo em São Paulo – entidades de movimento de saúde que hoje, constituem um grupo de cerca de 60

associações e movimentos de saúde que têm desenvolvido várias reuniões, e o que hoje trago aqui é o produto, o resultado, dos debates das reuniões com essas entidades. Em relação ao primeiro ponto, quanto ao direito de saúde da pessoa humana não há nenhuma divergência, e já foi extensamente colado pelo Dr. Eleutério. Gostaríamos de destacar, neste ponto, que todas as pessoas, independente da natureza da sua deficiência ou doença, gozassem plenamente dos seus direitos, e estivessem sujeitas aos deveres consignados nesta Constituição. Outro tópico que gostaria de reforçar, e concordo plenamente com o Dr. Eleutério, é quanto à questão de ter um sistema único de saúde, que deva ser regionalizado, hierarquizado, descentralizado, igualitário, público, gratuito, quanto a isso não há nenhuma discussão. Estamos de pleno acordo quanto à essa questão. O que podemos colocar, de uma forma mais clara, é o Poder Público para funcionar, poder desenvolver sua atividade, contar com a colaboração das instituições privadas sem fins lucrativos. Na realidade, deveria ser montado um sistema de saúde, incorporando as instituições sem fins lucrativos com as quais se fariam os devidos acertos, inclusive, em termos de transferências de recursos, de modernização, de aparelhamento e o que fosse necessário ser feito; porém, não se admitiria, em hipótese alguma – esta é outra questão –, a transferência de recursos para a iniciativa privada com o fim lucrativo. Acho que essa instituição com fim lucrativo, que queira atuar na área, não será proibida, não estamos nessa situação, porém ela deve contar com suas próprias pernas, deve instalar seus serviços nos locais onde acha que consiga gerir adequadamente e ter o seu retorno. O recurso público – descontado dos impostos, do conjunto da população – deve ser colocado, fundamentalmente, para funcionar em termos de serviços públicos e conjuntamente com as instituições sem fins lucrativos. Não digo que os recursos ficassem voltados no interesse da coletividade, sem o objetivo de lucro da transferência para a iniciativa privada desses recursos. Isto tem que ficar muito claro e seria importante destacar esta questão. Nossas colocações ficam por aqui e esperamos ter contribuído.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Muito obrigado Sr. Pedro Dimitrov, passamos a palavra para o Sr. Sérgio Arouca, representando aqui a FIOCRUZ.

O SR. SÉRGIO AROUCA: Sr. Presidente, Srs. Membros da Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente, companheiros de saúde pública, em primeiro lugar expresso a imensa satisfação de estar presente nesta Subcomissão e, como trabalhador militante da área de saúde, deixo bastante clara a enorme esperança que todos os sanitaristas têm no trabalho que está sendo aqui realizado. Pela primeira vez na História deste País pode-se discutir, de forma bastante objetiva, com poder legítimo, a conotação do problema de saúde no texto constitucional. O movimento da área da Saúde Pública no Brasil sempre colocou como ponto fundamental que isso pudesse ser conquistado. Portanto, com enorme respeito e muita esperança também no trabalho que está sendo realizado, é que

início este depoimento. O ponto de partida fundamental que deve ser colocado na questão de saúde é que o sistema de saúde que temos, efetivamente, não atende mais ao interesse de ninguém neste País. Conseguimos desenvolver um sistema tão descoordenado, tão confuso, tão caótico, tão disperso, que, na realidade, não consegue resolver, acredito, os problemas de saúde mais simples que a tecnologia, a ciência e a experiência acumulada de saúde pública já conseguiram equacionar. O ponto fundamental é que não podemos deixar de ter essa consciência, a consciência de que o Brasil está vivendo uma verdadeira crise e um drama sanitário profundo e que convive com o sistema de saúde que, acumulado por uma política social equivocada, em todos estes últimos anos, conseguiu criar um sistema de saúde absolutamente incompetente, e que não atende mais à necessidade de ninguém. Este ponto de partida tem que ser deixado de uma forma muito clara e muito objetiva. Chegou o momento – e este momento histórico da Constituinte é, no meu entendimento, absolutamente definitivo para esse posicionamento – chegou o momento em que temos que fazer o encontro entre o discurso e a prática. Quando vemos como é expressada a prioridade da saúde ao nível das colocações dos discursos, saúde é sempre prioritária, saúde é sempre um bem inerente à dignidade do ser humano, que, portanto, representa a própria questão da dignidade da Nação, portanto, é de uma prioridade quase que indiscutível. Por definição, saúde é prioritária. E isso tem-se expresso sempre, mesmo naquele período do autoritarismo, onde, evidentemente, saúde não tinha prioridade nenhuma. Se sair do nível do discurso e partirmos para o nível concreto, quer dizer, em vez de entendermos a área de saúde pelas palavras, e começarmos a entender a área de saúde pelos fatos, e começarmos a perguntar quanto o Brasil está gastando, em termos percentuais, do seu Produto Interno Bruto, do seu orçamento, na área de saúde? Está sendo atribuída uma prioridade para o aumento, para a expansão da rede, para se recuperar as instalações físicas, uma excepcionalidade de contratação – não uma contratação burocrática, para encher um aparelho que não funciona, e sim uma contratação para projetos absolutamente prioritários? A prioridade está se expressando assim? No meu entendimento saúde continua não sendo prioritária. Com a Nova República recebeu mais recursos, mas não está sendo ainda enfrentada de forma que permita o efetivo equacionamento desse drama sanitário nacional que estamos vivendo. No nosso entendimento, e aqui falando como membro da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, como Presidente da Fundação Oswaldo Cruz, e pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, é fundamental – em primeiro lugar – a garantia de que a saúde é um direito do habitante do território nacional. E ao se garantir esse direito de cidadania, a definição de uma profunda reforma sanitária que seja completa. O ponto fundamental – e gostaria de discutir – é que essa reforma sanitária não pode ser uma reforma sanitária cosmética. A grande tentação é recobrir o fato por um discurso novo, colocando simplesmente sobre ele

uma maquiagem, que o transforma na mesma coisa, sem mudar absolutamente nada. Não podemos mais ser cúmplices desse tipo de situação, de assumir reformas sanitárias cosméticas. Temos que assumir uma reforma sanitária efetiva. Se queremos ter auto-suficiência em vacinas e queremos ter auto-suficiência em medicamentos, temos que ter uma política clara no sentido dessa auto-suficiência. Esta reforma deve ser integral, tem de ser corajosa, tem de ser baseada em prioridades, ela tem de enfrentar, de forma serena, mas também sem vacilações, os problemas que são fundamentais no equacionamento da saúde da população brasileira. Não é um problema técnico o que está hoje impedindo o avanço das condições de saúde da população brasileira. O que está hoje impedindo o avanço dessas condições são decisões políticas, portanto, só pode ser enfrentado e equacionado pela classe política, pelos partidos políticos, no instante em que assumirem um projeto da reforma sanitária, e isso, num contínuo, passem a programas estaduais de Governo e a programas municipais, para implantarem essa reforma. A tarefa está colocada nesta Comissão, está colocada neste Congresso, está colocada na Constituinte. Para encerrar minhas palavras, volto a dizer que todo o movimento sanitário brasileiro tem uma profunda esperança pelo trabalho que está sendo aqui realizado. (Palmas.)

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Muito obrigado Sr. Sérgio Arouca, passamos a palavra para Cavalheiro o Sr. José da Rocha da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC).

O SR. JOSÉ DA ROCHA CAVALHEIRO: A SBPC é a sociedade que congrega no País as associações científicas, em todas as áreas de conhecimento e teve a iniciativa de nomear uma Comissão, chamada Comissão Constituinte da SBPC, da qual fazem parte o Professor Ângelo Machado, o Professor Milton Santos, que hoje está prestando depoimento em outra Subcomissão, e alguns outros membros da comunidade científica brasileira. Eu apenas gostaria, neste instante, falando em nome da SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, a maior associação científica do País, de trazer à Assembléia Nacional Constituinte, aos membros desta Subcomissão a segurança de que algumas das propostas que têm sido encaminhadas por associações específicas da área da saúde, contam com o respaldo da comunidade científica, representada pela SBPC. O debate está se travando, neste instante, não apenas nos meios acadêmicos. Evidentemente há o debate a respeito do direito à saúde, do dever do Estado em garantir esse direito e também há o debate relacionado com a possível organização do arcabouço institucional dos serviços de saúde. Então, o debate abrange três questões básicas. A questão do direito, a questão do arcabouço institucional e a questão do financiamento. Essas três questões têm encontrado formas de debates onde se expressam intenções, onde se expressam tendências ideológicas, onde se expressam interesses concretos de parcelas da sociedade brasileira. O que a SBPC quer trazer a esta subcomissão é que a Associação respalda ungue uma das

propostas que estão em debate com o seu aval. Então, a SBPC, que congrega a maioria dos cientistas brasileiros, respalda a proposta que emana de uma das suas filiadas, que é a Abrasco, que é Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. O que eu gostaria, sim, de dizer, em nome da SBPC, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, é que os cientistas brasileiros não são neutros em relação a esta proposta, na medida em que entendem que a sua tarefa, que a sua função, que seu cotidiano, ao mesmo tempo em que é um trabalho de reflexão isento, é um trabalho que não pode se apresentar como neutro, em relação aos destinos desta Nação brasileira, numa hora importante como o momento constitucional que estamos vivendo. Em relação a primeira questão, a questão dos direitos é bom que se diga de uma maneira clara, que os cientistas brasileiros esperam que o texto Constitucional não seja um mero texto retórico, mas que expresse direitos, que sejam exeqüíveis e que alinhve as condições, mediante as quais esses direitos poderão ser expressados concretamente pela cidadania. Gostaria de sublinhar que ao requerer um sistema unificado de saúde, não estamos, respondendo a uma característica própria, pessoal, nacional dos pesquisadores brasileiros. Mas estamos respondendo a uma tendência mundial, pois isso obedece a uma tendência que tem sido identificada em todos os países, quer os que organizam a produção de modo capitalista, centrais ou dependentes, quer nos países socialistas, uma tendência crescente em todas essas organizações econômicas e sociais, para que se marche na área da saúde para um sistema unificado, para um sistema único, um sistema nacional de saúde. Era o que eu queria dizer, Presidente.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Muito obrigado Sr. José da Rocha Cavalheiro. Passamos, por fim deste bloco a palavra para o Sr. Eric Rosas do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

O SR. ERIC ROSAS: Sr. Presidente da Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente, companheiros Constituintes e outros companheiros presentes nesta sala. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde se sente bastante honrado em ter sido convidado a trazer sua contribuição, neste momento, aos debates da Constituinte, acreditando ser este um fórum importante, fundamental para os destinos da saúde deste País. Corroborando o que muitos companheiros depuseram aqui neste plenário, em sessões anteriores, trazemos a nossa contribuição que vem de longa data, deste a fundação dos CEBES, há dez anos, a referendar certas bandeiras de lutas. Viemos trabalhando e lutando, desde o primeiro Simpósio de Saúde da Câmara, em 1979, quando apresentamos nossa tese do sistema unificado de saúde, até mais recentemente, com a nossa participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujas teses acreditamos e corroboramos **in totum**. Vivemos, no momento, uma conjuntura de saúde extremamente complicada, uma conjuntura de crise onde o estado sanitário deste País é caótico. O Estado, no caso, o Governo tem-se

mostrado totalmente incapaz de agir e resolver os problemas que já existem, há tempos e os novos que estão surgindo. Há uma falência completa da ação governamental na área de saúde. Se por um lado, os órgãos públicos são estruturas burocráticas ineficientes, os organismos privados têm como vetor fundamental da sua ação, o lucro e não a saúde da população. Dentro desse quadro trazemos aqui as contribuições e propostas do CEBES à discussão e ao debate, dentro dessa conjuntura, procurando enriquecer esses depoimentos. Partimos do princípio básico, aceito na 8ª Conferência, já reproduzido por vários depoentes, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A partir desse direito básico deve-se procurar estabelecer, na prática, um sistema nacional de saúde que seja coerente com esse direito. Nesse sentido defendemos, primeiro, um sistema unificado e federalizado de saúde, que esteja sob coordenação única e que abranja todos os organismos que atuam na saúde, inclusive principalmente, o Inamps. E que esse sistema seja universalizado, atendendo a toda população, sem discriminação, que seja democrático, que o acesso aos serviços de saúde seja possível a todos os segmentos da população e que esse sistema tenha eqüidade, que não trate de grupos sociais diferentes de forma diferente. Para isso, na nossa opinião, há necessidade de implodir essas estruturas burocráticas do Ministério da Saúde, da Previdência e do Inamps e criar um novo Ministério da reforma sanitária que seja ágil, capaz e reproduza, na sua estrutura organizativa, as novas idéias da reforma sanitária. Consideramos, também, que esse sistema tem que ter uma qualidade fundamental, que é a do atendimento; devemos evitar que exista uma medicina para os ricos, de bom atendimento e para os pobres de mau atendimento. Evitar que continue e se agrave o sucateamento dos serviços públicos que estão precários, com seus equipamentos mal conservados e com seus atendimentos precários. Há necessidade de se recuperar e investir no setor público, isso significa dignificar o atendimento desse setor, ao mesmo tempo que se dignifique o setor privado para evitar que a ineficiência, a corrupção e o mau entendimento campeiam como hoje em dia acontece. É preciso que seja bem definida a relação entre o setor público e o privado. Defendemos a expansão da rede pública, como foi colocado na 8ª Conferência, para que haja uma socialização progressiva do setor saúde. Neste momento, não podemos, é claro, abrir mão do setor privado, na medida em que a própria rede pública é insuficiente para o atendimento e, por outro lado, o seu estado de funcionamento é muito precário, mas com os investimentos, e com a recuperação desse setor que se coloque bem claramente, desde então, o caráter complementar do setor privado, ele entra onde o setor público não possa atender e que haja uma melhor definição da forma de contrato entre o setor público e o setor privado, baseado no direito público para que toda vez que os desvios no atendimento ou na corrupção aconteçam possam ser mais claramente identificados e a ação do Estado possa ser exercida para a correção desses desvios estabelecendo-se um controle, tanto da parte do Estado, como da sociedade civil sobre os serviços de saúde

públicos ou privados. Finalmente, encerrando o meu depoimento, como Presidente do Centro Brasileiro do Instituto de Saúde, deixo aqui a minha solidariedade aos companheiros do Ministério da Saúde, demitidos arbitrariamente pelo atual Ministro Roberto Santos. Muito obrigado. (Palmas.)

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Agradecemos a explanação do Sr. Eric Rosas. E abrimos os debates. Concedo a palavra ao nobre Relator.

V. Ex.^a. O SR. RELATOR (Carlos Mosconi):– Sr. Presidente, entendo que tivemos, de maneira geral, várias exposições, praticamente todas na mesma linha. Acredito que, como as entidades são várias, deveríamos aproveitar este momento para um detalhamento maior em algumas questões que ainda são duvidosas, no que diz respeito à aprovação do texto constitucional. Chamo a atenção da Abrasco, no que tange à unificação que deverá ser feita com um detalhamento maior com respeito ao financiamento. Acredito que este fator, que é muito importante, não ficou claro ainda como deverá ser feito. Pacificamente, todos defendemos a unificação. Não é esta, no entendo, a opinião de alguns setores do Ministério da Previdência e Assistência Social, que entendem que a unificação deveria ocorrer, de tal forma, que todo o seu acervo fosse incorporado pelo Ministério da Saúde com todas as suas peculiaridades de pessoal, administração, mas não passam os recursos. Isso, na minha opinião, inviabiliza qualquer tentativa real e decisiva de unificação. Como unificar, se não há os recursos indispensáveis para tanto? De onde virão tais recursos, agora? Pois bem, acho que essa questão é fundamental e deverá ser consubstanciada em um artigo da Constituição Federal. Evidentemente, se não houver uma definição extremamente clara, com relação a uma decisão – não é só definição, mas uma decisão com respeito ao recursos – mas acho que essa questão fica inviabilizada. O que todos queremos, e que, é fruto de um debate de muitos anos e realmente deixou, como unanimidade nacional, nesta VIII Conferência Nacional de Saúde, o tema da unificação. No entanto iremos incidir agora num erro. Depois de toda essa batalha, depois de todo esse debate tão amadurecido e que significa, na realidade, uma questão de unanimidade nacional, não podemos correr o risco de, se não estabelecermos aqui uma definição muito precisa, de não chegarmos a ponto nenhum. Com relação à questão do setor público e privado,. Precisamos fazer uma autocrítica a respeito do setor público. Não há motivos para euforia e fazer estardalhaços com relação à qualidade do setor público. Naturalmente, essa não é a nossa vontade e nem a nossa questão. Mas não significa daí que, apesar de reconhecermos as deficiências do setor público, que são inúmeras e precisam ser reformuladas e corrigidas, não significa que tenhamos que fazer uma opção pelo setor privado, que não tem nada, no nosso País, de maravilhoso. Acho que temos que, com a realidade do País em que vivemos, fortalecer, reforçar, de toda maneira, o setor público. Num país que tem o poder aquisitivo baixo, com uma população absolutamente carente relativamente à saúde, não podemos aplaudir o

Hospital da Golden Cross⁶³ que está sendo inaugurado. Ele tem o seu papel, tem o seu espaço, mas irá atender uma população extremamente limitada e sem nenhuma vocação para o atendimento das comunidades carentes. No Distrito Federal temos um exemplo muito claro, patente, nítido, da incompetência do setor público na distribuição de leitos hospitalares. Temos Ceilândia que é uma cidade com 14 ou 15 anos de idade, com uma população de 700 mil habitantes e dispõe de um hospital com 100 leitos. Quando temos, no Plano Piloto, hospitais públicos – não sei exatamente qual é o número de leitos, hoje, não me lembro mais – mas, enfim, com um número de leitos de uma forma exagerada, maior dos que os leitos de Ceilândia. Hospitais subutilizados, hospitais que representaram apenas uma jogada política, ou para atender, inclusive outros interesses, como o Hospital Regional da Asa Norte que é subutilizado até hoje, em função de sua localização absolutamente inadequada. Então, o que precisamos fazer é exatamente isto. Nós gastamos pouco e gastamos mal. Esta que é a realidade. Já que não temos muito temos que gastar um pouco mais, mas fazê-lo de maneira competente e adequada. Eram estas as considerações rápidas que eu gostaria de fazer, colocando-me à inteira disposição dos senhores expositores.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Passo a palavra ao nobre constituinte Borges da Silveira.

O SR. CONSTITUINTE BORGES DA SILVEIRA: Eu, desde 1978, quando fui eleito e iniciei, aqui, na Comissão de Saúde da Câmara, um trabalho por uma valorização do setor de saúde, exigindo que houvesse uma Política Nacional de Saúde e a saúde fosse, na prática, prioritária, não só no papel, como se frisou muito bem. Chegamos, inclusive, depois, a criar um Parlamento Brasileiro de Saúde, para fazer um trabalho, na face de transição de um governo autoritário para um governo democrático, para ocuparmos um espaço, participarmos com as Assembléias Legislativas dos Estados, com os estudiosos, em todo o Brasil, para se fazer chegar até um programa, e tivemos a honra de participar da formulação do Programa de Saúde para a Nova República, e nesse Programa estão incluídas propostas que foram referendadas depois pela Convenção Nacional de Saúde. Pergunto aos palestrantes quais as dificuldades para que aquilo que foi colocado naquele programa que elaboramos juntos, a implantação na Nova República, e já para o início da Nova República, a melhor época é quando se está mudando o Governo, é fazer a reforma, para evitar aquelas ciameiras de alguns órgãos de um Ministério passar para outro, que a dificuldade existia, a perda do poder, que impede, às vezes, as reformas que são necessárias, por que, passados dois anos, ainda não conseguimos implantar completamente a unificação do serviço de saúde?

⁶³ <http://www.hospitalbrasil.com.br/institucional/quem-somos/>

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Com a palavra S. Exa. O Sr. Sérgio Arouca, que deseja pronunciar-se.

O SR. ANTÔNIO SÉRGIO AROUCA: – Realmente uma pergunta excelente, constituinte Borges da Silveira. Chamo a atenção para o fato de que Carlos Mosconi, Borges da Silveira, Max Mauro, Carlos Santanna, na Comissão de Saúde e no Parlamento, foram pessoas que começaram a estabelecer essa ponte entre toda a discussão de saúde pública entre os sanitaristas e o Poder Legislativo. Realmente foi um pioneiro o trabalho desenvolvido na Comissão de Saúde, que permitiu a organização dos Simpósios de Saúde, que foram também eventos absolutamente históricos, onde se começou a delinear, de forma conjunta, a posição de uma nova Política de Saúde no Brasil. Sua pergunta tem-me deixado, algumas vezes, bastante perplexo, e, muitas vezes, a análise que faço é como, de repente, o consenso passa a ser o instrumento do imobilismo. Se realmente formos fazer essa consequência, os dois Simpósios de Saúde da Câmara assumem que deve ser feita uma reforma sanitária e a criação de um sistema unificado de saúde no Brasil, que também era a posição defendida e assumida pelo Parlamento da Saúde. A Comissão de Saúde, que organiza o Programa de Saúde de Tancredo Neves, coloca essas mesmas idéias no Programa de Saúde de Tancredo Neves, que depois passam a ser incorporadas ao Programa de Saúde do PMDB, que foram referendas no recente Congresso do PMDB, aqui nesta Casa, que é a posição assumida pelos Partidos Comunistas, pelo Partido dos Trabalhadores; que é a posição que vem sendo defendida pelos sindicatos profissionais, pela Federação das Associações e Entidades Médicas. Muitas vezes, se levantava "não, a Central Geral dos Trabalhadores ou a CUT podem não estar de acordo como essa unificação" pelo contrário. As confederações sindicais estão de acordo com a criação de um novo sistema de saúde no Brasil, democrático, eqüitativo, justo – CGT, CUT e CONTAG. Aí fica até difícil. Daí a perplexidade nossa: "o Ministro está de acordo então quem está contra?" Se recordarmos as palavras que foram colocadas pelo Presidente José Sarney na abertura da VIII Conferência: a situação de saúde do Brasil era insustentável, e que, efetivamente, devia-se caminhar para mudanças profundas no sistema de saúde brasileiro. Às vezes é até difícil achar o inimigo que esteja contra. Então, com quem estamos discutindo? O que está impedindo que esta reforma sanitária efetivamente aconteça, já que depende de decisões políticas? Muitas vezes a sensação que tenho é que avançamos no discurso muito, conseguimos criar uma base doutrinária, publicamos, escrevemos, repetimos, mas não temos força política para fazê-lo. Essa força política que pode imprimir realmente o desejo, que possa fazer com que uma idéia se transforme em projeto-nação, não conseguimos, porque, se tivéssemos conseguido, já teria sido feito. Inclusive foi aprovada no Congresso uma lei autorizando o Presidente da República a fazer a unificação, e dando prazo para que isso fosse feito. Também não foi feito. Por isso, a grande esperança

nossa está efetivamente acontecendo a partir do trabalho desta Subcomissão e da Constituinte: em que medida, realmente, todo esse movimento nacional possa ser incorporado ao texto da Constituição e, logo em seguida, isso seja transformado em projeto de lei aprovado nesta casa, e aí, então, efetivamente o novo sistema de saúde não saia de um decreto-lei, e sim de um projeto debatido aqui, no legislativo, com o apoio dos partidos políticos, com o apoio do movimento social, e isso, se transforme numa vontade nacional que se transforme em decisão. Por outro lado, nós, do movimento sanitarista, ligados a instituições de pesquisadores, estamos muito de acordo com uma proposta feita por um dos membros desta Subcomissão, o Deputado Eduardo Jorge, na reunião da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, o ano passado, em que S. Ex.^a propõe seja formada uma frente nacional pela reforma sanitária, tentando, efetivamente, congregando um movimento supra-partidário que possa angariar todo esse movimento que existe hoje no País de apoio à reforma sanitária, e que esse movimento pudesse expressar apoio às conclusões e às decisões da implantação dessa reforma sanitária no Brasil. A única hipótese, coerente com outras situações, que avançam no discurso, mas não na prática, creio que avançamos no discurso da reforma sanitária, mas, efetivamente, ainda não ganhamos força política, social, concreta, que se materialize na obtenção do desejo e da ação da implantação da reforma sanitária no Brasil.

O SR. CONSTITUINTE ADYLSO MOTA: – A questão da unificação não é de partido de esquerda ou de direita é consensual nos partidos. Essa reforma não sai por uma única razão: quem tem poder para fazer não quer fazer, que é o Governo. Realmente, o Governo tem maioria, tem respaldo popular, só falta a vontade de fazer apenas, isto. Aqui tivemos a demonstração, com todo o respeito dos debatedores: o próprio Ministro da Previdência, não abre mão dos seus poderes dentro do ministério, quando demonstrou que não é favorável à unificação. O Dr. Raphael de Almeida Magalhães veio aqui e transpareceu essa posição. S. Ex.^a não disse de uma forma incisiva, mas nos demonstrou que não há esse interesse por parte do Ministério da Previdência. Então, o que falta é a vontade política, é a decisão, é apenas isto, porque, tenho certeza, a todos os partidos políticos aplaudiram essa unificação. É uma exigência nacional, e percorrendo este País de Norte a Sul, principalmente na área dos sanitaristas, é a palavra de ordem hoje: a unificação do sistema de saúde. Falta a vontade do Governo, falta a decisão do Governo, que, aliás, tem pecado exatamente por ficar em cima do muro nas mínimas decisões. Até para escolher um ministro leva dez dias. Imaginem, numa reforma profunda, na área administrativa... O que falta é vontade de fazer.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Continua franqueada a palavra. (pausa) Com a palavra o nobre constituinte Eduardo Jorge.

O SR. EDUARDO JORGE: Sr. Presidente, o Companheiro Deputado do PDS, Adylson Motta na sua fala começou a localizar alguns adversários da reforma sanitária. Localizo

outros. Hoje, por exemplo, lá em Belo Horizonte, está havendo uma assembléia dos proprietários de instituições privadas na área da saúde que estão pensando, inclusive, em chegar ao "lockout", para, no enfrentamento com o setor público, conseguir manter as vantagens que acumularam durante todos estes anos. É outro adversário. Aqui mesmo, nesta Subcomissão, tivemos a oportunidade de um debate muito interessante, em que a Federação Brasileira dos Hospitais e a Finaes se colocaram frontalmente contra o planejamento na área da saúde. A que ponto se chega, na defesa de interesses específicos, sacrificar o interesse maior da Nação, o interesse maior da população brasileira. São outros adversários que se pode localizar da reforma sanitária. A reforma sanitária, como disse o Dr. Sérgio Arouca, não pode ser cosmética, nem epidérmica. Talvez tenha que ser cirúrgica e profunda mesmo. Neste sentido, a questão do político, do administrador, do homem público em geral, há uma característica interessante quando ele fala, nunca se sabe direito até aonde ele quer chegar. É uma questão permanente. Converso com um, para ver até aonde ele quer chegar, qual é o seu objetivo. Não me acostumo com este tipo de posicionamento. Inclusive é uma das formas, um dos motivos, da dificuldade de se arregimentar, de forma definitiva e de forma decisiva, a opinião pública e setores da sociedade, em torno de certas teses. É a tergiversação, é não colocação com clareza, das suas posições que levam a criar reservas, tanto de um lado, quanto de outro. No caso da saúde, no Brasil, pelo dados Dr. Sérgio Arouca, pelo Ministro da Saúde, pelo Ministro da Previdência, pelas entidades que em massa comparecem aqui, está claro que é um problema terrível para o Brasil. Está claro que se precisa de uma intervenção profunda neste setor. Neste sentido, avaliando o posicionamento que o Dr. Sérgio Arouca apresenta, que a Comissão de Reforma Sanitária expôs aqui, tenho uma divergência na forma como saiu o relatório final da Comissão Nacional de Reforma Sanitária a questão de não se colocar com clareza, aliás, que foi aprovado por votação na Conferência Nacional de Saúde, que o tipo de formação social capitalista, no Brasil, precisa caminhar, precisa definir o princípio de que na saúde a direção é a socialização. A VIII Conferência Nacional de Saúde votou isso. Eu estava lá, representando o Partido dos Trabalhadores, e tive oportunidade de votar. Defendi outra posição mais radical, coerente com o meu partido, que é um partido abertamente socialista e defende a socialização não só da saúde como de todos os meios de produção. Eu perdi. Venceu a posição de socialização progressiva. No entanto, no relatório final, foi diluída. É uma perda. Pode-se dizer que é uma posição utópica, radical como o Dr. Sérgio Arouca chegou a insinuar. É uma posição ideal e não real, porque não há forças políticas capazes de levá-la adiante. Mas, será que na área da saúde, pela calamidade a que chegou a população brasileira neste setor, não é chegada a hora também de um posicionamento deste tipo? De se assumir com clareza, que numa formação política, numa formação econômica como a nossa, é necessário se colocar a saúde, como setor realmente público, à

margem do jogo do mercado, planejada adequadamente? Para quê, dirão V. Ex.^ª? O Deputado Eduardo Jorge quer com isso facilitar e pavimentar, colocar um tijolinho no projeto do partido dele, que é da socialização. Não é isto. Evidentemente que luto por isto, mas, no caso, as forças políticas, mesmo aquelas que defendem que o Brasil continue capitalista e progrida no sentido capitalista, deveriam defender esta tese, porque é a única capaz de reproduzir com eficiência a mão-de-obra em nosso País. É a única capaz. Por que digo isto? Pelo posicionamento claro, que tivemos aqui, oportunidade de ver, que os setores privados se recusam terminantemente a não jogar o jogo simplesmente do mercado e, com isto, prejudicar, de forma definitiva, de forma danosa, a saúde do povo brasileiro. Esta é tese capaz de unificar tanto os partidos de esquerda como os partidos de centro, como até alguns setores mais conservadores, sim, porém, esclarecidos, e comprometidos com o desenvolvimento nacional. A Comissão de Saúde e a Constituinte têm a oportunidade ímpar de tomar uma posição desse tipo. Poderemos até perder na votação no plenário, mas a Comissão de Saúde, com a consciência mais profunda, no contato mais profundo com os problemas brasileiros, tem a responsabilidade de apontar e sinalizar este caminho. Sr. Presidente, na análise, na discussão, do relatório, muitas contribuições foram dadas, vários setores trouxeram contribuições mesmo concretas. É preciso fazer justiça às pessoas que compareceram aqui. A Comissão de Saúde, independente de o Parlamentar ser do PT, do PMDB, do PDS do PFL, tenho esperanças sinceras de que sinalizaremos esse caminho, que é o caminho único capaz de realmente enfrentar o problema da saúde no Brasil, mesmo que o País continue com o regime capitalista, como vai continuar, depois desta Constituinte. Este posicionamento não implica numa mera estatização, da criação de mais um monstro burocrático, monstro burocrático temos atualmente, onde a convivência entre o setor privado e o setor dito estatal é uma verdadeira simbiose. Quanto mais setor privado mais monstro burocrático para fiscalizá-lo de forma ineficiente. Estamos querendo o setor estatal sim, mas controlado pela sociedade. Esta, a diferença, que vai permitir que ele seja eficiente, de boa qualidade e democrático. O meu posicionamento tem sido este aqui, na Subcomissão, e é um posicionamento claro e sem reboços.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): O Srs. Representantes da Abrasco desejam responder a questão do relator Carlos Mosconi?

SR. ELEUTÉRICO RODRIGUES NETO: Sobre o financiamento, eu gostaria de dizer que as discussões são as seguintes: primeiro, se a Previdência participa do financiamento da saúde ou não? Nós da ABRASCO defendemos que a Previdência, pelo menos por enquanto, deve participar do financiamento do setor saúde. Como deve participar? Não sendo um caixa do setor saúde, no Ministério da Previdência, mas, de fato alocando para o setor saúde, via Fundo Nacional de Saúde, o recurso que ela, historicamente, vem gastando com saúde, até o momento, que é o mínimo. Existe uma outra proposição que foi agregada que é ao invés

de se fazer o repasse do Fundo da Previdência Social, para o Fundo Nacional de Saúde – existe um recolhimento direto do empregador para o Fundo Nacional de Saúde, recolhimento esse que deveria corresponder a 45% do valor de sua contribuição ou que equivaleria aos 25% hoje, mais ou menos, que a Previdência Social gasta, somando o recurso auferido da folha de contribuição paga pelo empregador e da contribuição paga diretamente pelo trabalhador – que 45% dos recursos devidos à Previdência pelo empregador seja recolhido diretamente ao Fundo Nacional de Saúde. Em segundo lugar, que a União aloque, no mínimo, 12% das suas Receitas tributárias para esse Fundo Nacional de Saúde. E que este Fundo seja administrado de forma colegiada com o Governo, pelos usuários e pelos prestadores de serviço. Que, a nível de Estado exista um Fundo Estadual de Saúde composto dos recursos que são transferidos do Fundo Nacional de Saúde, não em cima de projetos, mas em cima de critérios claramente definidos, automaticamente. Não em cima de projetos que possam dar margem ao clientelismo e à segregação de qualquer tipo de natureza, mas que repassados automaticamente. O Fundo Estadual de Saúde seria composto pelo recurso repassado do Fundo Nacional de Saúde, acrescido do Tesouro Nacional e de outras fontes que sejam captados a nível do Estado. E Fundos Municipais de Saúde, com a mesma característica, compostos de recursos repassados pelo Fundo Estadual, mais os recursos municipais e outras dotações que possam ser feitas a nível desse Estado. Existe uma outra questão. Como tese, evidentemente, achamos que a Previdência deve se retirar do financiamento da saúde. A União, com os recursos regulares deve financiar a saúde. Existe uma proposta que endossamos, feita pela Comissão da Reforma Sanitária, que deveria constar em Disposições Transitórias para caracterizar essa transição de que a Previdência Social deveria alocar esses valores, mas ela deveria ser substituída por outras fontes, na medida em que o gasto total em saúde atingisse os 10% de gastos de saúde com o PIB.

O SR. CONSTITUINTE RAIMUNDO BEZERRA: – Observamos que em todas as propostas que têm chegado a esta Subcomissão não existe muita novidade em termos de legislação, porque saúde, sendo um direito de todo ser humano, deve ser também participativa. Observamos também que existe uma similaridade entre as várias propostas, com modificações apenas, talvez mais em termos da composição dos artigos do que realmente em termos de conteúdo. Sugiro que deixemos falar os demais expositores desta tarde, a fim de termos mais perspectivas para debate.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Coloco em debate a proposta do constituinte Raimundo Bezerra. Alguém mais deseja proferir-se, ou podemos passar aos demais expositores? (pausa) Sendo assim, para finalizar as exposições desta tarde, temos os pronunciamentos dos Srs. Representantes: Sr. Edmundo Castilho, das UNIMEDS; Sr. Wilson Aude Freua, da Associação Brasileira de Hospitais; e Sr. Arimar Ferreira Bastos, da

Confederação das Casas de Misericórdia do Brasil. Iniciamos com o pronunciamento do Sr. Wilson Aude Freua.

SR. WILSON AUDE FREUA: Sr. Presidente José Elias Murad, Sr. Relator, Constituinte Dr. Carlos Mosconi; demais Srs. constituintes: Na ocasião em que se elabora uma nova Constituição, que, conforme se espera, regerá os destinos do País, é dever de todos os brasileiros fazerem-se partícipes ativos deste processo, sem limitar-se à cômoda atitude do dever cumprido apenas por haver exercido o direito de voto. A participação é mandatária, cumpre sugerir, alertar, propor, assistir aos constituintes e oferecer-lhes os melhores esforços para que seu trabalho seja profícuo e representativo, trazendo as soluções institucionais e os princípios reitores que haverão de nortear o desenvolvimento constante e harmônico da comunidade nacional. Dever de todos os cidadãos mais se impõe no caso das entidades de classe. As entidades de classe, por definição legal e por prática efetiva, representam importante segmento da opinião pública, não podendo omitir-se na discussão dos princípios ideológicos que estabelecerão o arcabouço institucional a ser consubstanciado na futura Carta Magna. É no cumprimento desse inescusável dever que a Associação Brasileira de Hospitais vem oferecer ao caro concidadão constituinte a sua sugestão no que concerne ao importante tema da assistência médica e hospitalar. Entendemos que a saúde é primordial, um direito de todos e que é assim que se deve expressar – saúde para todos, requer todos para a saúde. Cada cidadão tem o direito inalienável de procurar o que melhor lhe convenha sem prejuízo da coletividade. O direito inalienável de buscar a própria felicidade sem o detrimento dos direitos alheios. Esse o princípio básico da democracia em que desejamos todos viver. A livre iniciativa há de ser preservada como base da democracia, e há de ser preservada, também, no setor da saúde, aquele no qual é mais imperioso o cuidado de cada indivíduo e importante o seu direito de procurar o melhor para si e seus dependentes. Ao entregar aos Srs. constituintes a presente sugestão, estamos cumprindo o duplo dever de apresentar uma solução por todos desejada, e, mais importante, alertar para a imperiosa necessidade de preservar a livre iniciativa. Não há democracia sem livre iniciativa, sem o direito de escolher, de buscar o mais conveniente; não há sistema de saúde pública que possa proscrever a liberdade de opção no tratamento individual. Somente com a livre iniciativa, na assistência médico-hospitalar, poderá haver saúde para todos – democracia e saúde. Passaremos a colocar a sugestão da Associação Brasileira de Hospitais encaminhada aos Srs. Constituintes: 1º – Os empregados das empresas contribuintes da Previdência Social serão atendidos pelos serviços de saúde regionais, ou por hospitais livremente contratados pelos empregadores em consonância com as aspirações dos empregados. 2º – Os empregadores deduzirão de suas contribuições para o INPS as quantias efetivamente desembolsadas com o pagamento da assistência médico-hospitalar, prestada a seus empregados. 3º – Ao Inamps caberá aprovar e fiscalizar

os contratos previstos no item 1, limitando o valor global atribuído a cada empresa na conformidade do rateio das verbas arrecadadas atualmente, e destinadas ao setor de assistência médica. 4º – O Inamps, através de hospitais e ambulatórios próprios ou conveniados, assistirá aos aposentados e pensionistas, desempregados e indigentes. 5º – Ao Inamps caberá qualificar hospitais da rede não governamental para dividir com esses a incumbência das pesquisas técnico-científicas, bem como do ensino e formação dos médicos, dando-lhes condições de desenvolvimento intelectual e científico. Da tese: Tal iniciativa promoverá um a melhor qualidade na prestação de serviços médicos, uma acentuada queda de despesas por parte dos órgãos públicos, bem como estimulará o retorno e uma agilização no atendimento médico prestado em consultórios particulares, suprimindo o vínculo Inamps – rede privada hospitalar, introduzindo o vínculo médico-paciente. A alternativa a esta proposta seria a estatização, burocratização da medicina, por via de conseqüência a assistência médica da Previdência Social também poderá extinguir-se acarretando um impacto de difícil superação da estrutura da sociedade. Mesmo porque, o Inamps não possui e não dispõe de rede hospitalar própria capaz de suprir a falta de hospitais não governamentais. Pela nossa proposta os entendimentos passarão a ser realizados diretamente entre o complexo empregador-empregado e o serviço de assistência médica contratada. Caso advenha a insatisfação dos serviços médicos prestados simplesmente para o consenso entre empregador-empregado haveria troca de assistência médica. Há que ser estruturada na esfera do Inamps uma fiscalização permanente eficiente e rápida. Esta fiscalização se aterá exclusivamente à esfera do empregador, mantendo vigilância rigorosa tanto no que concerne às despesas médico-hospitalares quanto à obrigatoriedade na contratação de assistência médica-hospitalar. A função assistencial por parte do Inamps ficaria restrita tão-somente à área dos aposentados, pensionistas, indigentes desempregados, que assim melhor poderão ser atendidos. Com a adoção das medidas aqui preconizadas teremos uma assistência médico-hospitalar realmente à altura dos nossos foros de País civilizado em marcha acelerada para consolidação de uma sociedade justa, em que a todos são oferecidas suas oportunidades, devendo em curto espaço de tempo haver uma melhoria na prestação dos serviços médicos pelos hospitais. Eliminar-se-á de saída um dos elos da cadeia que se tornou muito extensa em prejuízo dos associados da Previdência Social que deixam de receber o atendimento que precisam, merecem e pelo qual pagam, com a necessária presteza e eficiência, pois as filas nos postos de marcação de consultas são diárias e quase intermináveis e os exames de urgência são marcados para as calendas. Grato.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Agradecemos o Sr. Wilson. Passo a palavra ao Sr. Edmundo Castilho, que irá falar em nome das UNIMEDs.

O SR. EDMUNDO CASTILHO: Gostaríamos de, inicialmente, manifestar a nossa satisfação por estarmos, aqui, presentes neste foro de debates tão importante, num momento histórico extremamente significativo para o nosso País, qual seja, o Congresso Constituinte e nesta Subcomissão de Saúde, onde os Srs. Constituintes convocam representantes dos vários segmentos da sociedade que têm atuação no campo da saúde e da doença para, trazendo os seus depoimentos, formarem opinião e esclarecerem alguns pontos com o objetivo de capacitar melhor esses legítimos representantes do povo para, então, poderem, cientes e conscientes, trabalharem efetivamente na elaboração de um texto voltado para os melhores interesses do nosso País. Em segundo lugar, gostaríamos de dizer que vamos fazer aqui uma profissão de fé cooperativista, porque o cooperativismo é uma doutrina, é uma ideologia, é um modelo societário, capaz de humanizar os excessos tanto do capitalismo selvagem como do capitalismo do Estado, e apresentar, então, algumas opções na área da saúde, ligadas ao cooperativismo, procurando mostrar que o debate não deve ficar tão somente centrado nos extremos de estatização, pura e simplesmente, ou mercantilização, pura e simplesmente. Entre os dois extremos, temos uma proposta, temos uma vivência, temos uma experiência calcada no cooperativismo. E o cooperativismo cabe em qualquer atividade econômica, em qualquer atividade dentro da nossa sociedade. Por exemplo, quando estamos aqui para falar de saúde e doença, não poderíamos nos furtar de fazer um apelo a V. Ex.^{as} para que tivessem condição de mexer na estrutura deste País, fazendo aquelas reformas que há muito tempo a nossa sociedade pede, para por exemplo, acabar com a grande concentração de riquezas, procurando fazer uma distribuição mais justa, procurando acabar com a fome, que ao meu ver é o ponto fundamental gerador de doença. Então, falando em saúde deve existir uma reforma agrária. E essa reforma agrária sem cooperativismo não existe, não adianta tão somente distribuir as terras se não oferecermos condições de apoio técnico, de educação e de conscientização. E, para isso o cooperativismo é soberano. O cooperativismo, também, como doutrina democrática baseada na livre adesão, baseada na sociedade de pessoas e não de capital, permite que sejam criados instrumentos que tenham condições de coibir os excessos caracterizados pela hipertrofia do estado – empresa e ao mesmo tempo, inclusive, impedir que o mercantilismo multinacional invada ainda mais a economia, estabelecendo vínculos colonialistas através de uma desnacionalização das nossas riquezas. Especificamente na área da saúde temos condições de, graças ao que já existe de cooperativismo de trabalho, representado pelas 150 Unimed's que há no Brasil, congregando cerca de 40 mil profissionais da área da saúde, atendendo cerca de 7 milhões de usuários ser uma opção aquelas obrigações do Estado e aquelas propostas representadas pela medicina liberal e pela medicina com ânimo de lucro. Nós temos experiências de complexos cooperativos no mundo, que modificam o ser humano, que humanizam o ser humano e que evitam levar a

extremos que provocam até a destruição de irmãos pela doutrina cooperativista. Especificamente na área da saúde nós poderíamos resolver o agudo problema, por exemplo, de leitos hospitalares através de criação de cooperativas de usuários, ou cooperativas de consumidores de saúde, que unidas as cooperativas de médicos, às cooperativas de outros profissionais da área de saúde, chegariam a uma solução comunitária dentro de um regime de autogestão, dentro do regime de co-gestão no campo empresarial e sem negligenciar, com o profundo respeito à dignidade do ser humano, representado pelo doente, sem desrespeito ao exercício da profissão de médico. Essa seria uma maneira de superarmos as deficiências em leitos hospitalares, seria uma maneira de resolvermos os problemas críticos porque passam os hospitais, já que a nosso ver um hospital gerido pelo Estado, um hospital gerido por uma organização, com ânimo de lucro, tem tudo para não resolver o problema, já que o problema hospitalar, a nosso ver, é comunitário, a comunidade tem que se engajar, tem que participar. Há modelos cooperativistas trabalhando no ramo de medicamentos em vários lugares do mundo. Gostaríamos, para terminar, e ensejar um debate, de dizer que o movimento Unimed, o Movimento Cooperativista Médico, entende que precisamos, nesse momento, de reformulação. Precisamos criar condições para a universalização do direito de assistência médica, acabar com essas circunstâncias extremamente discriminatórias. Entendemos que os 40 milhões de rurícolas, que ainda hoje são os verdadeiros párias dentro da nossa sociedade, devam ter acesso a um projeto, a um plano, ao seguro saúde estatal, universal e compulsório, na sua organização, na sua normatização e na sua fiscalização, de modo a permitir que todos os brasileiros possam, sem características de indigência, serem atendidos de uma maneira digna através de profissionais responsáveis, qualificados e, dentro do possível, num esquema de livre escolha, já que é a única maneira, a nosso ver, que a medicina psicossomática é executada, é praticada, e onde o encontro de uma consciência com uma confiança é fator fundamental de cura. Gostaríamos que o Ministério da Saúde fosse um órgão capaz de coordenar esse seguro-saúde. Todos os brasileiros deveriam ter acesso a ele, já que 70% da população, por exemplo, é carente e não tem condições de comprar remédios, e deveria recebê-los gratuitamente. Termino e fico a disposição do debate, enfatizando, mais uma vez, que o grande conflito que há no mundo entre capital e trabalho, já foi resolvido em várias partes do mundo através do cooperativismo.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Obrigada Sr. Edmundo. Por fim, com a palavra o Sr. Arimar Ferreira Bastos, da Confederação Misericórdias do Brasil, para a última explanação, antes de reiniciarmos os debates.

O SR. ARIMAR FERREIRA BASTOS: – Srs. Constituintes, prezados companheiros de Assistência Social, Srs. E Sr^{as}: Antes de passar as considerações sobre a proposição da

Confederação das Casas de Misericórdia do Brasil, que a uma entidade que congrega todas as assistências sociais filantrópicas do País, acho oportuno fazer algumas considerações para que todos tenham um enfoque correto das nossas colocações. Eu começaria dizendo que, como Presidente dessa Confederação, sou engenheiro, sou industrial do setor metalúrgico – proprietário de uma indústria metalúrgica – e, se me permitem, porque dentro do raciocínio a necessário que isso fique colocado, um amante inveterado e um estudioso, em administração racional e de sociologia. Esse padrão mais ou menos é hoje o padrão que nós temos na Diretoria da Confederação das Misericórdias do Brasil, nas Diretorias das Federações de Misericórdias Estaduais e, até a um certo nível, uma certa quantidade à frente das instituições filantrópicas. Portanto, tendo este perfil V. Ex.^a não de convir que o nosso depoimento estará calcado exatamente nesse tipo de enfoque, ou seja, um enfoque objetivo, realista, estudado, e essa não a uma opinião minha, é uma opinião desse conjunto que trago a V. Ex.^a e que naturalmente tem, como primeira premissa, a colocação do que são as instituições filantrópicas no nosso País que é já uma resposta de alguém que a solicitou. Então, o que são as instituições filantrópicas? Isso V. Ex.^a irão encontrar no trabalho que entregamos para V. Ex.^a lerem a eu vou passar a denunciar o que entendemos, através de estudos e avaliações feitas, o que são as instituições filantrópicas no nosso País. Na área de deficientes físicos e excepcionais, elas representam 100% do atendimento a sociedade brasileira. Na área de promoção, recuperação e manutenção da saúde, as instituições filantrópicas representam 51,2%, no geral, da oferta leito em todo o País, cabendo apenas diminutas percentagens de 22,26% aos hospitais governamentais e 22,54% para as empresas de saúde. Aqui esta colocação me permite acabar definitivamente com uma falácia: se os governos perceberem – e agora parece que estão percebendo – que eles, unidos às instituições filantrópicas que são uma extensão dele, Governo, poderão, sem duvida alguma, dar total e integral assistência a sociedade brasileira. Quero fazer essa colocação, porque sei que a Federação Brasileira dos Hospitais, uma entidade dirigida por donos de empresas hospitalares, com fins lucrativos, coloca sempre a reboque da sua instituição, as instituições filantrópicas, porque muitas instituições filantrópicas são associadas deles também, mas quem representa as instituições filantrópicas somos nós. Isso é importante que fique colocado, porque somente em raras exceções, em raros lugares, os hospitais filantrópicos junto com o Governo, não têm a capacidade de atender essas carências locais. E mais ainda: é preciso notar que as instituições filantrópicas estão sempre nas áreas de maior carência. Somos uma empresa, cujo objetivo é efetivamente o social, e só o social! No entender da Confederação das Misericórdias do Brasil, uma instituição filantrópica é aquela que atende projetos sociais de alto interesse comunitário integrados a nível da União, Estados e Municípios. E uma instituição que aplica todos os seus resultados econômicos e financeiros em benefício dessas finalidades estatutárias

dentro do País. É uma instituição em que, a sua Diretoria, Conselhos Administrativos, Conselhos Fiscais, não tenham qualquer vínculo de emprego, não recebam proventos direta ou indiretamente, ou pratiquem transações comerciais diretamente com a instituição. Aqui, eu gostaria de fazer a primeira ressalva: uma boa parte das nossas instituições filantrópicas, pelo afastamento delas da sociedade ou da sociedade para com elas, elas foram invadidas. Algumas, por indivíduos que tomaram posse dessas instituições para fazer tráfico de influência, e outras foram de boa-fé sendo absorvidas e tomadas as posições de Diretoria por pessoas da área médica que sequer estavam aposentadas do exercício da medicina. É interessante, tenho andado por este Brasil afora e visto como as pessoas que entram para as instituições filantrópicas se concebem como proprietários dessas instituições filantrópicas: uns dizendo que por amor, outros dizendo que não encontram quem os substituam e outros por interesses diversos. Isso precisa terminar, é preciso que haja rodízio e se democratize a gestão das filantrópicas. Que essas instituições façam uma publicação de balanço na imprensa local e regional e mantenham sempre abertas as inscrições de ir mãos ou associados que para os seus quadros estejam em pleno gozo dos seus direitos civis e que não pertençam a uma outra empresa congênere de finalidade lucrativa. Estes são os posicionamentos que deverão constar de uma lei complementar à Constituinte. Por que as instituições filantrópicas permanecem, perduram, ficam e continuam cumprindo seus papéis? Por quê? Exatamente porque essas instituições sempre foram geridas por um sistema colegiado que é aqueles que gostam de economia e de estudo – efetivamente o melhor sistema de gestão, com o Governo; claro que cada um mantendo a sua independência. O sistema colegiado que adquire hoje, no mundo atual, diversas formas: CCQ, administração delegada, administração conjunta e que tem vários nomes, todos eles não passam de um sistema colegiado. E hoje as Santas Casas – como nós chamamos todas as instituições filantrópicas de Santas Casas – e aqui estou falando somente da parte hospitalar que é, efetivamente, a mais pungente dentro da assistência social e que maior números de problemas oferece, as Santas Casas de sucesso, e há muitas hoje, elas exatamente apresentam esse tipo de trabalho, onde há uma diretoria composta por indivíduos que vêm dos diversos segmentos da sociedade, assessoradas de forma opinativa pelos médicos, para-médicos e coordenadas, administradas por economistas e administradores. É assim que entendemos que deva ser uma instituição filantrópica e assim está provado. É uma constatação também feita por nós; onde há esse tipo de gestão que falei anteriormente há um respeito mútuo entre a Diretoria, o corpo clínico, as pessoas, os funcionários, as enfermeiras, o corpo de enfermagem e os demais funcionários formando, assim, um equilíbrio que amplia o fenômeno causa e efeito. Com relação à Constituinte, a nossa colocação é a de que as entidades filantrópicas, na verdade são empresas cujos objetivos são especificamente sociais e elas estão efetivamente suprindo as deficiências dos

diversos Governos. Se assim é, portanto, se nós somos empresas e não temos fim lucrativo e ao mesmo tempo temos ações que competiriam ao Governo, na realidade, nós somos uma extensão dos governos. E se assim é, como Governo não cobra imposto de Governo, a colocação que propomos aos Srs. Constituintes é de que as instituições filantrópicas equiparem-se às instituições governamentais nas imunidades de impostos, taxas e contribuições de melhoria. Ademais, a Confederação das Misericórdias do Brasil tem reiteradamente posto ao Governo Federal, aos governos estaduais e até aos municipais a necessidade de que, em qualquer formulação de assistência social, ou qualquer planejamento de assistência social, qualquer execução, necessariamente tem que contar com a presença e com a participação opinativa e até com efeito de voto das instituições filantrópicas, porque nos efetivamente temos esse significado numérico e o significado efetivo. Estas são as colocações que a Confederação das Misericórdias do Brasil, queria trazer aos Srs. Constituintes.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Muito obrigada Sr. Arimar. Está aberto o debate. Algum dos constituintes deseja manifestar-se.

O SR. CONSTITUINTE EDUARDO JORGE: Em relação à entidade representante das cooperativas médicas, Dr. Castilho, acho que S. S.^a deve precisar melhor a diferença entre o funcionamento das cooperativas e das outras entidades privadas prestadoras de serviços como medicina de grupo e outras – isso não ficou claro; o companheiro defendeu o cooperativismo, mas a estrutura própria de como funciona o Unimeds, não foi colocada a ponto de podermos diferenciar com clareza na produção de serviços e na reprodução de seus capitais como elas se diferenciam. Em relação à Associação Brasileira de Hospitais, não vou fazer perguntas, mesmo porque já discutimos muito hoje pela manhã. Realmente o liberalismo e o burocratismo privilegiam a privatização e do outro lado cria um monstro burocrático – que foi o que caracterizou todo esse período da saúde no Brasil; acho que o liberalismo e o seu necessário monstro burocrático que o acompanhará inevitavelmente para fiscalizá-lo de forma ineficiente, teve a sua vez no Brasil e a consequência foi esse caos na saúde que estamos vivendo. Então a história é que julgou esse tipo de proposta.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Com a palavra o Sr. Edmundo Castilho.

O SR. EDMUNDO CASTILHO: – Esclarecendo melhor como funciona a Unimed e quais as diferenças dos outros sistemas de serviços de atenção médica, diríamos que a Unimed surgiu por parte da classe médica, que procurou encontrar uma reação á escalada da mercantilização da medicina no País. Então no momento em que o Estado a Previdência Social era incapaz de oferecer serviços aos seus beneficiários de uma maneira bastante ampla, abrangente e na medida em que esses serviços eram muito insuficientes, a iniciativa privada, através da medicina mercantilista, começou a entrar nesse mercado, criando esses grupos médicos que passaram a auferir lucros sobre o trabalho dos médicos e sobre doença

dos nossos patrícios. Ocorre que as entidades médicas sempre contestaram, sempre combateram, mas no campo prático não tinham uma alternativa. Então historicamente as cooperativas médicas surgiram como a reação – quer dizer, mostrando o seguinte: que era possível, sem mercantilizar, oferecer uma assistência médica digna e humana. E através de quê? Primeiro a empresa cooperativa, é de todos os cooperados – todos são coproprietários da empresa, de modo que o médico não se sente explorado; segundo ela oferece aquela medicina em regime de livre escolha, através de atendimento em consultório e dentro de um esquema voltado para a figura humana cristã do doente. É claro que isso foi um início, e nesse início não tínhamos as convicções ideológicas e doutrinárias, hoje relacionadas ao cooperativismo; isso evoluiu e, hoje, temos um projeto inteiro que não termina aí, se ficar só aí, a meu ver, poderia até ser taxado de corporativismo ou de alguma coisa que buscava resolver o problema de uma maneira de cima para baixo da classe médica e de uma população limitada. No entanto, na medida que o cooperativismo foi entrando nessa área, foi possível criar-se, por exemplo, cooperativas de odontólogos, de dentistas, de enfermeiros, de elementos técnicos que trabalham na área da saúde e agora as cooperativas de consumidores de saúde, que para mim é o ovo de Colombo; é a comunidade se cooperativando, se unindo à cooperativa de trabalho dos médicos, é a comunidade desenvolvendo inclusive o hospital que, repito, tem que ser comunitário.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): – Com a palavra, pela ordem, o Dr. Wilson Friva da Associação Brasileira de Hospitais.

O SR. WILSON FRIVA: – Perdoe-me, o nobre Constituinte, eu diria que a forma de chegar como radical, deve-se única e exclusivamente da maneira e até de quem olha um prisma, ter imagens se ela seria radical até pela própria estruturação de cada um. Com certeza, a proposta advinda da 8ª Conferência Nacional de Saúde por muitos e tantos também é considerada radical. A nossa proposta, nobre Constituinte, nada tem de radical. Ela corrobora inclusive os princípios das Asais, procurando evitar que haja a hipertrofia desse sistema de saúde que hoje existe, levando a desvios, a corrupções num sistema hipertrofiado. Ela procura regionalizar a assistência médica, estimulando o desenvolvimento local e a migração do médico de locais como as grandes capitais superpovoadas de profissionais, quando outras regiões necessitam de pelo menos um clínico, pois socorrem-se com farmacêuticos, enfermeiras e muitas vezes até com curandeiros. A nossa intenção absolutamente é de olhar para um lado da medicina privada. O nosso lado é de olhar para a medicina, para que haja não uma fiscalização do Estado ou de uma autoridade, mas que haja simplesmente um aumento do relacionamento entre eu médico, ou eu paciente com o meu médico, o meu paciente no local onde residido, onde trabalho escolhido livremente – esta é a nossa tese. Falamos sobre os desvios que têm havido e que já são por demais conhecidos de todos, mostrando que essa hipertrofia, essa asa lançada sobre todo o povo

brasileiro pelo próprio Estado, não deveria ser feita assim. A saúde é algo muito sério, e deve ser tratada seriamente profissionais da área. Penso que devo ter colocado a minha idéia ao senhor.

O SR. RELATOR CARLOS MOSCONI: Sr. Presidente, gostaria de direcionar uma questão ao representante das Santas Casa de Misericórdia.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): pois não.

O SR. RELATOR CARLOS MOSCONI: Gostaria de tratar aqui a respeito das Santas Casas de Misericórdia que desempenham um papel importante, mesmo porque têm uma tradição dentro das comunidades no País, porque foram criadas já há muitos anos e representaram uma iniciativa da própria comunidade. Portanto, temos que retomar esse papel. Vejo que algumas Santas Casas de Misericórdia – não posso generalizar, evidentemente – não têm lamentavelmente desempenhado essa função e atuam como hospitais privados. O que entendo é que, talvez, esse estatuto das Santas Casas de Misericórdia deva ser reformulado, porque, parece-me que elas se tomaram, hoje, uma entidade absolutamente elitista. Através de seus Conselhos ou Mesas Leigas, como são chamados, as Santas Casas de Misericórdia têm uma preponderância de uma elite financeira dessas cidades. Sinto que há hoje – posso citar alguns exemplos, porque conheço de perto uma enorme dificuldade para internação de pessoas mais desprotegidas, mais desamparadas. Muitas dessas entidades filantrópicas, por exemplo, cancelaram convênios com o Funrural, não internam indigentes – isso, evidentemente, que não quero generalizar, mas ocorre. Portanto, acho que as Santas Casas de Misericórdia têm que, na realidade, retomar essa função original.

O SR. CONSTITUINTE EDUARDO JORGE: Com relação a esse ponto, eu queria que o representante da Confederação das Santas Casas de Misericórdia desenvolvesse mais o assunto. Como o nobre Constituinte Carlos Mosconi muito bem desenvolveu há um certo elitismo na administração atual dessas Santas Casas de Misericórdia. E como um dos princípios aprovados na VIII Conferência Nacional de Saúde, tratada aqui por dezenas de entidades, há necessidade da participação ampla, popular, de como aquelas entidades filantrópicas veriam a necessidade de reformular-se e abrir-se, por acaso, num conceito de formação do sistema nacional de saúde, que a rede pública se consorciasse, preferencialmente, com as entidades não lucrativas. Como essas entidades se abririam a uma maior participação popular que inevitavelmente virá, se for implantado esse sistema de reforma sanitária? Não poderá vigorar o sistema atual que o Sr. Constituinte Carlos Mosconi classificou de elitista, concordo. E as Santas Casas de Misericórdia teriam que se abrir a um real controle de toda a população das cidades e dos bairros onde estão instaladas. São essas as três questões que eu dirigiria ao Presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia.

O SR. ARIMAR F. BASTOS: Vou procurar ser breve, no sentido de dar resposta àquilo que nos foi colocado. Evidentemente, que a Federação Brasileira dos Hospitais, como eu disse anteriormente, tem grandes interesses no que é bom ficar para eles, e no que é mal jogar para as Santas Casas. Fraude não é privilégio nem também coisa que se defina por um setor só. Houve algumas poucas filantrópicas onde houve ocorrência de fraude. Mas é preciso que se veja bem o que houve nessas filantrópicas, que é exatamente o grande problema que estamos enfrentando e para o qual estamos procurando soluções de divulgação ao grande público. Na inserção da conta de um hospital, está a conta médica e a conta do hospital propriamente dito. E as fraudes ocorridas, todas elas, em avaliações que fizemos, resultaram de processos que procuravam beneficiar o serviço prestado por alguns profissionais de saúde. E muito poucas, se houve uma pelo menos, deveu-se ao próprio hospital, e isso por questão da atuação fraudulenta de um administrador para com o seu próprio hospital. Com relação à fraude eu respondo desta maneira. Com relação à Golden Cross, o que tenho que responder é o seguinte: a Golden Cross não é nossa associada; ela usa de todos os benefícios que as instituições filantrópicas possuem, porém, não é nossa associada. Confesso a V. Ex.^{as} que temos sérias ressalvas com relação à Golden Cross, embora não tenhamos estudado profundamente o assunto, mesmo porque estamos impedidos legalmente de fazê-lo. É isso que propomos no sentido de que fizemos questionamento de benefícios, mas também fizemos questionamento de obrigações com relação às filantrópicas, numa legislação complementar. Quanto ao elitismo, discordo. Discordo, quanto ao aparente elitismo que possa surgir. Quando fiz a colocação, disse que as Diretorias das Santas Casas eram constituídas, hoje, de uma grande maioria de empresários e de homens vindos de diversos segmentos da economia, de relativo sucesso profissional e de vida. Porque somente esse tipo de pessoas têm possibilidade de praticar uma filantropia adequada, porque dispõem de tempo e dispõem inclusive de uma filosofia interior que lhes permite aplicar as ações filantrópicas necessárias a cada caso. Não há elitismo em nenhum hospital filantrópico. Não conheço este tipo de elitismo. O que há, sim, é seleção de atuações e seleção de comportamento, conforme o caso se apresenta. Não conheço nenhum caso de elitismo em hospital filantrópico, portanto, não concordo com essa colocação de que as Santas Casas têm um certo tipo de elitismo. Com relação, finalmente, a uma pergunta do Constituinte Cunha Bueno – que a fez aqui e não o fez publicamente – e que eu gostaria de dar publicamente a resposta – sobre o problema da presença do Estado e da interferência do Estado nas instituições filantrópicas. Sou totalmente contrário, porque o Estado nunca foi gestor e nunca operacionalizou a coisa com a devida eficiência. Acho que o sistema ideal é esse que propugnamos no nosso documento e que deverá fazer parte de uma lei complementar. O Estado não deve e não pode. Não pode, porque ele, o próprio Estado, para encampar as ações de Casas de Misericórdia teria que ter um tipo de

investimento de que ele próprio não dispõe que são os recursos para fazê-lo. Sou totalmente contrário à presença do Estado. Acho, sim, que as filantrópicas têm que ter a participação integral da sociedade, têm que ser abertas à sociedade, têm de prestar contas à sociedade e isto está dito no nosso documento. Eram essas as colocações que queria fazer.

O SR. CONSTITUINTE EDUARDO JORGE: – Era importante que o representante, junto às Casas, desenvolvesse mais um pouco esses dois pontos. Porque acho que esta questão é muito importante para os nossos relatórios. Quanto à questão da participação do Estado. Ela não se dá necessariamente ao Estado encampando, desapropriando, expropriando determinada instituição. Pode-se dar, por exemplo, na hora em que o Estado tem a tarefa de fazer o planejamento global da saúde da população, em seu território. Nesse sentido, inevitavelmente, o Estado interfere naquelas instituições privadas ou não, na forma como e na hora em que ela deva se expandir. Esse tipo de posicionamento de que V. Ex^a também é contra e também recusa, como a Federação Brasileira de Hospitais e a Fenaes recusaram aqui, de público. São contra o planejamento; são contra participar de um planejamento global. As Santas Casas também se recusariam a esse tipo de participação do Estado? Outra questão importante que não ficou bem resolvida na sua colocação e é um princípio que está se generalizando na sociedade brasileira: o da participação e do controle popular. A Santa Casa, na medida em que é uma instituição e quer participar de um sistema de saúde que é um serviço público, V. Ex^a há de convir, irá se abrir ao controle popular amplo daquela população. Por exemplo, a Santa Casa de um município "x" que tem uma irmandade, como V. Ex^a diz, por alguns critérios que podem ser reformulados na lei posterior, a administra. Mas, as instituições públicas, a partir de agora, devem ser controladas pelos usuários daquele município. As Santas Casas também, de uma certa forma, têm que ser, igualmente como as instituições estatais, abertas ao controle da população desse município; a eleição de conselhos, etc. É essa a pergunta que acho atual para ser respondida pela Confederação das Santas Casas.

O SR. ARIMAR F. BASTOS: – Vou responder da seguinte maneira: fazemos parte da Comissão da Reforma Sanitária e apoiamos integralmente as recomendações da Comissão da Reforma Sanitária a esta Subcomissão. Portanto, quanto aquele tipo de intervenção do Estado, somos totalmente favoráveis. As Santas Casas e as instituições filantrópicas não devem perder a sua independência administrativa e jurídica para o Estado. Mas claro e evidente que ela tem que participar de todos os planos que emanarem de uma formulação, com o próprio Constituinte diz, que ela própria também, em participando da Comissão municipal, ela estará impregnada disso e ela será uma das executoras dentro da sua capacidade, é evidente! O que quero dizer é que a independência administrativa e jurídica nunca deve ser ferida, porque as Santas Casas têm mais de 400 anos em nosso Brasil e –

como disse – é um exemplo raro de permanência de instituição. Com relação à participação popular, acho que esta deve haver. Mas, acho que deve haver uma participação popular esclarecida e com certos níveis de cultura, porque trata-se de um setor um pouco diferenciado onde, se não houver um pequeno nível de cultura, essa participação ficará comprometida e imperrará até a atuação da instituição. Era essa a colocação que tinha que fazer.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Concedo a palavra ao Sr. Eleutério Neto, que deseja pronunciar-se.

O SR. ELEUTÉRIO R. NETO: – Existe uma série de colocações. Vou tentar ser disciplinado, mas não posso deixar de fazer uma consideração sobre essa última questão levantada pelo Constituinte Eduardo Jorge e pelo representante das Misericórdias. Na realidade julgo que as misericórdias, as entidades efetivamente filantrópicas, se configuradas como tal, como não lucrativas, o relacionamento delas com o Poder Público, para poder emprestar, participar da cobertura assistencial à população, deve ser de forma diferente daquele estabelecimento entre o setor público e o setor privado lucrativo. Entre o setor privado lucrativo e o setor público existe uma relação de compra e venda de serviços, nitidamente caracterizada pela questão da sua definição essencial com lucrativa. Se a entidade filantrópica é caracterizada como não lucrativa, a relação do Estado com ela não deve ser de compra e venda; deve ser uma relação de participação no custeio do funcionamento dessa entidade que está voltada absolutamente para os interesses da população na comunidade onde ela serve. Para tanto, acho que o Estado, se vai participar desse custeio, e não da compra de serviço, mas desse custeio, ele tem direito também de participar da gestão dessa unidade. Pessoalmente advogo, nós advogamos que, se a entidade filantrópica vai entrar na cobertura assistencial, ela deve se relacionar com o Estado de uma forma diferente da de compra e venda; ela deve se relacionar a uma forma de co-gestão, custeio e, com a conseqüência, a co-gestão do Poder Público, independente da co-gestão executada pelos usuários, pela comunidade a qual ela serve. É o meu ponto de vista sobre esta questão. Sobre um ponto levantado pela Constituinte Maria de Lourdes Abadia, a questão do direito do dever. Acho que, evidentemente, temos duas questões a serem colocadas aqui: A nossa proposta que vem sendo feita por este movimento tem nitidamente uma direção de estabelecer os direitos, mas também estabelece claramente a estratégia para que esses direitos possam ser assegurados. Existe um conteúdo que não é só um conteúdo reivindicatório, mas é um conteúdo propositivo, também muito específico. Além disso, acho que a sociedade tem o dever, não o dever da responsabilidade executiva, mas o dever de se organizar para poder controlar o Estado na execução daquelas coisas para as quais ele deve estar responsabilizado. Portanto, nessa questão isso está bem colocado nas propostas que temos defendido.

O SR. CONSTITUINTE GERALDO ALCKMIN: Sr. Presidente, gostaria de colocar mais uma questão ao Sr. Edmundo Castilho.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Com a palavra o Nobre Constituinte Geraldo Alckmin.

O SR. CONSTITUINTE GERALDO ALCKMIN: – Sr. Presidente, membros da Mesa, colegas Constituintes: A Constituição de 46 dedicou uma palavra especial ao sistema cooperativista, que hoje no Brasil reúne mais de 3 milhões de cooperados que com suas famílias chegam perto de 10% da população brasileira. Ao sistema cooperativista, que era inicialmente uma atividade quase que voltada à agricultura, ao campo, aos rurícolas, hoje tem, e todos desejamos que assim o seja, uma atividade importantíssima na área urbana. Temos uma experiência, em que o Dr. Edmundo Castilho é talvez o personagem mais importante no País, cooperativista na medicina, que preservou a ética médica, porque o profissional médico deixou de, com o seu trabalho, gerar lucros a terceiros, porque a atividade médica não pode ser geradora de lucros a terceiros, deixou de transformar o docente em objeto de lucro, em mera mercadoria para reunir os médicos num sistema cooperativista, de prestação de serviço sério e de boa qualidade, ajudando na saúde pública. Entendemos que o Estado tem o dever em relação à saúde e o cidadão o direito. Mas o Estado não tem condições de apenas ele exercer a assistência médica, portanto deve buscar apoio, um trabalho extremamente importante nas entidades comunitárias, nas Santas Casas de Misericórdia, nos hospitais filantrópicos sem fins lucrativos e nas cooperativas. A cooperativa tem a vantagem de não ser o individualismo do capitalismo e não ser o coletivismo estatal. A cooperativa é o sistema solidário, que se caracteriza pela participação e, fazemos votos que a Constituição que estamos todos com a importante missão de construir, também diga uma palavra sobre o cooperativismo, para que este possa se expandir, para que o Brasil seja a grande cooperativa, viva sob o sistema da solidariedade, sob o sistema que não tem as desvantagens de ambos os lados, mas que prevalece pela participação. A minha pergunta ao Dr. Castilho é a seguinte: hoje se fala muito em cooperativa de consumidores – parece que a Espanha tem uma experiência neste sentido, em relação a assistência médica. A minha pergunta é o que o Dr. Edmundo Castilho poderia nos dizer neste sentido.

O SR. EDMUNDO CASTILHO: – Queríamos agradecer as palavras generosas do ilustre Constituinte, colega Geraldo Alckmin e dizer que, na realidade, encontramos em Barcelona uma experiência fascinante onde há um hospital de 400 leitos, que era para ser o prédio do Hilton Hotel e foi adquirido e transformado numa cooperativa central, ou seja, uma cooperativa de segundo grau, através da integração da cooperativa de trabalho de médicos que existe em Barcelona e a cooperativa de consumidores, cerca de 200 mil usuários. Esse hospital é magnífico, estivemos lá, vimos essa experiência e achamos excelente. Vimos um esquema de cogestão, onde do lado dos consumidores de assistência médica há

profissionais de todas as áreas do saber, dando assim um desempenho gerencial operacional de primeira linha, e permitindo que os médicos, enfermeiros e para-médicos tenham condições de trabalhar num ambiente saudável em todos os sentidos. Um hospital de referência, de tecnologia avançada e que dá um altíssimo padrão aos seus usuários. Essa cooperativa de hospital, essa experiência de protótipo está servindo de modelo para a construção de outros hospitais em várias regiões da Espanha. Realmente vimos essa experiência, ficamos fascinados e estamos empenhados em reproduzi-la em São Paulo. Já temos, inclusive, em andamento, um hospital cooperativo na cidade de São Paulo, será um hospital de referência, com todo avanço tecnológico, para atender inclusive os usuários dos Unimeds de todo Brasil, porque hoje temos Unimeds, desde o Amapá até Santana do Livramento, no Rio Grande do Sul.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Está franqueada a palavra. (pausa) Srs. Constituintes e Srs. representantes as instituições participantes desta audiência pública. Visto o longo percurso de debates que empreendemos desde a manhã, e o avançado da hora, sugiro que passemos as explanações finais desta reunião, caso mais alguém deseje fazer uso da palavra. (pausa)

Coma palavra o constituinte Eduardo Jorge.

O SR. CONSTITUINTE EDUARDO JORGE: Neste painel, que foi muito bem desenvolvido, com a presença das entidades que se deslocaram até Brasília, acho que ficou claro praticamente uma unanimidade em relação à necessidade de mudar-se o conceito de saúde para um conceito mais abrangente, caracterizando a saúde como direito da população e a necessidade de uma reforma sanitária profunda no Brasil, como foi aqui tratada por várias entidades. Dessa reforma sanitária profunda destacar-se-iam, dois princípios, entre vários outros: qual seja a necessidade de unificação desse sistema e a necessidade da participação da comunidade no controle do mesmo. Acho que foi muito importante esse painel promovido pela Subcomissão de Saúde, Segurança e Ambiente, da Assembléia Nacional Constituinte. Nesse painel ficou ressaltado também duas contradições importantes que serão resolvidas, espero, no Relatório que será apresentado pelo Constituinte Carlos Mosconi e votado por nós, Constituintes. Entendo, inclusive, que devemos programar uma discussão específica nesta Subcomissão com um relacionamento entre essas entidades que pretendemos sejam expandidas no setor público e as instituições privadas com fins lucrativos e sem fins lucrativos. Isso será resolvido à luz do texto constitucional. A segunda questão diz respeito à unificação. Como será feita essa unificação principalmente a nível federal, já que forças tão importantes colocam resistências a essa completa unificação? A minha sugestão à esta Subcomissão é de que promova um debate entre os Srs. Constituintes sobre esses temas para ajudar na formulação do Relatório que será apresentado pelo Constituinte Carlos Mosconi.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): Com a palavra o Nobre Relator, para uma síntese final.

O SR. CONSTITUINTE CARLOS MOSCONI: Devo dizer a V. Ex.^a que depois desta audiência, destes debates que estabelecemos nesta Subcomissão, acredito que tenhamos condição de, com a ajuda dos atuais Constituintes, elaborar um relatório condizente com o que vimos aqui. De uma maneira geral, as propostas, as disposições apontaram quase sempre numa mesma direção, mas vimos algumas diferenças até fundamentais. Enfrentamos o estado precário da saúde no país, dentro de um contexto de uma situação econômica em que temos uma economia em franca evolução, e um produto interno bruto muito maior do que outros países da América Latina. Portanto, não é uma questão de impossibilidade, é uma questão de indefinição política, de falta de vontade, esta é que é a verdade. Não é falta de recursos não, absolutamente, os recursos aparecem, quando existe uma decisão política os recursos aparecem. Estamos vendo agora a questão da Ferrovia Norte – Sul, que vai ser paralela à Belém – Brasília, que tem quase 2.000 km e me parece está orçada em 2 bilhões de dólares. Não sou contra a ferrovia, como já disse anteriormente, mas houve uma decisão política e vai-se construir a ferrovia. Com relação a essas questões de saúde, Sr. Presidente, não há essa decisão política, e evidentemente que continuaremos neste estado caótico, até que a mentalidade das nossas autoridades governamentais passe por uma transformação. A exposição feita pelo Presidente da Associação Brasileira de Hospitais foi muito corporativista, onde ele, ao invés de levantar para nós constituintes as vantagens do seu sistema, coloca de uma forma muito sectária e até radical as desvantagens do seu antagonista, antagonista que considero até entre aspas, pretendendo com isso ganhar espaço. Não creio que o caminho seja esse, Sr. Presidente, acho que o confronto pode ocorrer, deve ocorrer dentro de um espírito competitivo porque a nossa sociedade é uma sociedade do capitalista, mas com uma visão diferente, mostrando, se é que tem, competência, e não apenas procurando salientar os defeitos do outro sistema que existe, e que num País como o nosso, com uma população largamente marginalizada, quando grande número de brasileiros não tem acesso nenhum a sistema nenhum de saúde, evidentemente que não podemos fazer com que haja prevalência do setor privado sobre o setor público. Eram essas as considerações que desejava fazer.

O SR. PRESIDENTE (José Elias Murad): – Algum dos presentes deseja ainda fazer uso da palavra? (Pausa.)

Agradeço aos Srs. expositores, representantes desta heterogeneidade de instituições e grupos que compõem a área da saúde. Lembro aos Srs. Constituintes e demais que os trabalhos da subcomissão seguem em mais três fases: 1) apresentação do relatório, pelo Sr. Relator Carlos Mosconi; 2) apresentação de ementas, por parte dos Srs. Constituintes; por

fim, 3) a votação do sub-projeto constituinte da comissão da saúde, seguridade e meio ambiente.

Lembro os Srs. Constituintes que amanhã, às 9 horas da manhã, daremos seguimento aos trabalhos. Nada mais havendo a tratar, está encerrada a reunião.

(palmas)

(encerra-se a reunião as 17h30min)

4.4 RELATÓRIO FINAL

18ª Reunião: 14/05, às 09h00, na Sala de reuniões da subcomissão na Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal, com número regimental de constituintes. Reunião destinada ao debate do anteprojeto do Relator Carlos Mosconi, apresentado duas reuniões antes e a abertura do período para apresentação de ementas pelos outros deputados.

ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE

VII - COMISSÃO DA ORDEM SOCIAL

VII-b - SUBCOMISSÃO DA SAÚDE, SEGURIDADE E MEIO AMBIENTE

ANTEPROJETO

Relator: Constituinte **Carlos Mosconi.**

INTRODUÇÃO

Esta subcomissão ouviu trinta e duas entidades das mais representativas do País nas áreas de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente e pode-se dizer com segurança que se auscultou o que ha de mais significativo em relação a estes setores. Para este fim foram realizadas oito reuniões regimentais e mais sete extraordinárias, ressaltando-se que nenhuma audiência foi negada a qualquer entidade que a tenha solicitado.

O elenco de informações recebidas, enriquecidas pelos debates aqui realizados, permitem considerar que os membros desta subcomissão foram suficientemente esclarecidos sobre as demandas sociais referentes aos temas abordados. Em acréscimo,houve a oportunidade singular da realização de viagem de trabalho, quando se visualizou mais de perto a realidade brasileira, mormente no que tange ao meio ambiente.

Chamou a atenção esta subcomissão o grande interesse da sociedade de participar das discussões, trazendo propostas objetivas e claras, fruto sem duvida, de uma amadurecida vivencia e do profundo conhecimento da realidade do pais.

A experiência aqui vivida, os sucessivos debates, a presença da sociedade, a participação interessada dos constituintes, o espírito democrático do presidente José Elías Murad, e as sugestões de norma apresentadas (quinhentas e quarenta) orientaram a elaboração do texto que passo a apresentar.

Da Saúde

Art. 1º. - A saúde é um dever do Estado e um direito de todos.

Parágrafo único: O Estado assegura a todos condições dignas de vida e acesso igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde de acordo com suas necessidades.

Art. 2º. - As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema único, organizado de acordo com os seguintes princípios:

I - comando administrativo único em cada nível de governo;

II - integralidade e continuidade na prestação das ações de saúde;

III - gestão descentralizada, promovendo e assegurando a autonomia dos Estados e Municípios;

IV Participação da população através de entidades representativas na formulação das políticas e controle das ações nos níveis federal, estadual e municipal, em conselhos de saúde.

Art. 3º. - O Sistema único é financiado pelo Fundo Nacional de Saúde, com recursos provenientes da receita tributária.

§1º. - Os Fundos Estaduais e Municipais são constituídos com recursos oriundos destas unidades político-administrativas e do Fundo Nacional de Saúde.

§2º. - Os dispêndios nacionais destinados a saúde não serão inferiores a dez por cento do Produto Interno Bruto.

Art. 4º. - As ações de saúde são funções de natureza pública, cabendo ao Estado sua normatização, execução e controle.

§1º. - O setor privado de prestação de serviços de saúde pode colaborar na cobertura assistencial à população, sob as condições estabelecidas em contrato de Direito Público.

§2º. - O Poder Público pode intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de saúde de natureza privada, necessários ao alcance dos objetivos da política nacional do setor.

Art. 5º. - As políticas de recursos humanos, insumos, equipamentos e desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde são subordinadas aos interesses e diretrizes do Sistema único de Saúde.

Parágrafo único - Cabe ao Poder Público disciplinar e controlar a produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos com vistas a preservação da soberania nacional.

Art. 6º. - A Saúde Ocupacional é parte integrante do Sistema único de Saúde.

Art. 7º. - É vedada a propaganda comercial de medicamentos, formas de tratamento, tabaco, e bebidas alcoólicas em todo o território nacional.

Art. 80. - É permitida a remoção de órgãos e tecidos de cadáveres humanos para fins de transplante, não havendo disposição contrária em vida do "de cujus" e nem manifestação proibitiva da família.

§1º. - A remoção dos órgãos e tecidos somente se dará após constatação e morte, observados os critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina.

§2º. - É permitida a doação espontânea de órgãos por doadores vivos, maiores e capazes, cuja retirada não implique em prejuízo a saúde.

§3º. - É proibido qualquer tipo de comercialização de órgãos e tecidos humanos em todo o Território Nacional.

Art. 9º. - Compete ao Estado, através do Sistema Único de Saúde, a fiscalização da qualidade dos alimentos, medicamentos e outros produtos de consumo e uso humano, utilizados em todo Território Nacional.

Art. 10º. - É proibida a prática de eutanásia em todo o Território Nacional.

DISPOSIÇÃO TRANSITÓRIA

Art. 11º. - Os atuais recursos da Previdência Social destinados à saúde serão substituídos por outras fontes, assim que os dispêndios nacionais com o setor totalizarem dez por cento do Produto Interno Bruto.

JUSTIFICAÇÃO

Este anteprojeto contempla os três aspectos distintos que foram objeto de análise da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente.

No que se refere a Saúde, foi fundamental para a unanimidade dos depoentes, que a nova Constituição contemplasse o direito a saúde a todos os indivíduos e o dever do Estado em garantir este direito.

A compreensão da saúde como resultante da satisfação de necessidades mínimas de alimentação, educação, habitação, saneamento, renda, transporte e lazer, ao lado de atenção específica aos seus agravos, leva a necessidade de o Estado garantir condições dignas de vida a população, como pré-requisito para a melhoria do nível de saúde da mesma.

A organização do setor saúde deve ser reformulada no País buscando-se maior racionalidade através da unificação dos órgãos de saúde nos diferentes níveis de governo. O acesso universal e igualitário aos serviços de saúde por todos os indivíduos, a regionalização e hierarquização destes serviços e a Integração entre ações curativas e preventivas foram também contempladas nesta proposta.

Tendo em vista que economicamente o Brasil apresenta um desenvolvimento considerável, os gastos com saúde tem sido ao longo do tempo insuficientes para atendimento das necessidades mínimas do setor. Por outro lado, em relação a outros países, os gastos setoriais também tem sido inferiores, em termos de porcentagens do produto nacional bruto. Buscou-se nesta proposta garantir recursos mínimos para o financiamento do setor.

O papel colaborador e complementar do setor privado ficou estabelecido quanto a cobertura assistencial à população. O setor publico deverá relacionar-se com o setor privado por meio de normas de direito publico, uma vez que as ações de saúde são de interesse coletivo.

Com relação à política de insumos e medicamentos para o setor, esta fica subordinada as diretrizes do Sistema Único de Saúde, bem como a política de recursos humanos.

Pretende-se proibir a propaganda comercial de medicamentos, tratamentos e de produtos nocivos a saúde, como forma de proteção da população.

A fiscalização de todos os bens de consumo humano é atribuída ao Estado, com o mesmo objetivo.

Em virtude dos progressos científicos na área dos transplantes, pareceu-nos necessário atender sugestões de vários setores da sociedade, no sentido de ampliar as facilidades para a realização dos mesmos. Porem foi resguardada a necessidade de critérios aprovados pelo Conselho Federal de Medicina para a retirada de órgãos de cadáveres. Por outro lado, proibiu-se o comercio de órgãos e tecidos humanos.

Considerando que o progresso contínuo na área médica tem transformado em curáveis doenças ate então incuráveis, torna-se necessária a manutenção da proibição da eutanásia.

A discussão do anteprojeto, no que tange a questões de saúde, acontece entre os constituintes Geraldo Alckmin, Mendes Thame, Raimundo Rezende, Eduardo Jorge, Oswaldo Almeida, Eduardo Moreira e Jorge Uequed. Discutem as seguintes questões: 1) qual a melhor forma de garantir os gastos públicos com a saúde? Geraldo Alckmin, Raimundo Rezende e Jorge Uequed defendem que o percentual de gastos com a saúde não deve se medido pelo PIB, mas estipulado encima das receitas tributarias dos entes federados. Os constituintes discutem pós e contras das duas propostas, sem ainda chegar a uma conclusão (a "conclusão" viria somente com a votação dias depois). 2) A outra questão que deliberam Alckmin, Eduardo Jorge e Jorge Uequed, é diferenciação, na constituição, das entidades lucrativas e não-lucrativas, quando se define a forma de relação do Estado com as

instituições privadas. Para o Relator, o problema de um parágrafo sobre isso na constituição é que muitas delas, apesar de designarem-se não lucrativas funcionam como lucrativas. Portanto, seria necessário antes uma reformulação do setor filantrópico. Os constituintes deliberam e chegam a conclusão de que será necessário uma lei complementar definindo o que é e como deve funcionar uma instituição filantrópica. 3) O §2 do Art.4 causa discussão entre os constituintes Raimundo Rezende, Eduardo Moreira, Oswaldo Almeida o Relator e pois, os termos “intervir”, “desapropriar e “expropriar”, poderia causar um clima de insegurança e intranquilidade para o setor privado e dificultar a relação do estado com este setor, e, até o estado ter controla total sobre a assistencia a saude, estariam dependentes da colaboração do setor privado.

Ademais as discussões, o relatório de Carlos Mosconi foi muito elogiado. *Ele agradece as palavras elogiosas e as recebe com muita humildade, e agradecendo a todos os companheiros, porque entende que esse mérito não é dele; o mérito é, exatamente, de toda a Subcomissão, dos companheiros que o ajudaram muito, nos trabalhos aqui levados a efeito, e que chegaram a delinear o caminho e a tendência que eles deveríamos adotar na elaboração do nosso trabalho e do nosso relatório. Portanto, o que contém o relatório não é a expressão de uma opinião isolada. Eu pretendi que o relatório pudesse ser uma expressão de uma opinião coletiva, não apenas de acordo com a tendência da Subcomissão, mas também de acordo com as reivindicações e as exigências da sociedade brasileira.* Depois esclarece, sobre a questão do percentual de gastos coma a saúde sobre o PIB, explicitando que isto é uma decisão política. *Se conversarem com os especialistas da comissão temática de Economia, eles serão contrários a constar no texto constitucional qualquer tipo de percentual. Mas a questão aqui não é técnica, é questão de decisão política, de fazermos com que o país gaste mais com saúde e que o país assuma esta causa.*

Sobre o §2 do Art.4º o Relator reconhece que o parágrafo ficou meio forte, mais ainda o acha oportuno, visto os casos de corrupção em entidades privadas, nos quais o estado tem que intervir, *porque quem é que vai ser desapropriado e expropriado? Evidentemente, a entidade que estiver agindo fraudulentamente, desonestamente, e de uma forma reconhecida que não caiba dúvida nenhuma. O que acontece no relacionamento entre o poder público e essas entidades leva a desmoralização de quem? Do poder público, porque é feita uma denúncia, é feita uma constatação, é feito um inquérito, que dura anos e não acontece nada, ainda*

que todo mundo saiba que existe a incorreção, a desonestidade e a fraude. Isso é uma maneira de proteger também o poder público, evidentemente que ele não pode agir também de uma forma impensada, de uma forma atribulada, apenas isso, é uma forma de proteção ao poder público.

Por fim, sobre as santas casas, também, há que ter um controle maior do governo, pois hoje, muitas funcionam como entidades privadas com fins lucrativos. *Evidentemente que nós não podemos desprezar, no sistema único, a participação das entidades filantrópicas. De maneira nenhuma, apenas o relator acha que elas têm que se preparar de uma maneira diferente para atuar dentro desse sistema [o novo] e colocando claramente que não têm finalidade lucrativa, porque não é para ter finalidade lucrativa. Eu acho que o Estatuto das Santas Casas tem que ser mudado, tem que ser transformado, porque hoje ele é um estatuto elitizado e têm as pessoas de posição social, de posição econômica, mais avantajadas dos municípios, mas não têm representação da população mais carente, os sindicatos não estão representados. Enfim, esta questão nós precisamos resolver mas não aqui dentro da Constituição. O sistema único vai utilizar as entidades filantrópicas, mas num contexto diferente.*

A reunião termina sem mais delongas. Oito dias depois, aos 22 de maio de 1987, o Relator apresenta pela manhã o projeto substitutivo, com o parecer dado as 327 ementas apresentadas ao anteprojeto.

Da Saúde

Art. 1º A saúde é um dever do Estado e um direito de todos.

§ 1º O Estado assegura a todos condições dignas de vida e acesso igualitário e gratuito às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde de acordo com suas necessidades.

§ 2º A Lei disporá sobre a ação de rito sumário pela qual o cidadão exigirá do Estado o direito previsto neste artigo.

Art. 2º As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único, organizado de acordo com os seguintes princípios:

I – comando administrativo único em cada nível de governo;

II – integralidade e continuidade na prestação das ações de saúde;

III – gestão descentralizada, promovendo e assegurando a autonomia dos Estados e Municípios;

IV – participação da população através de entidades representativas na formulação das políticas e controle das ações nos níveis federal, estadual e municipal, em conselhos de saúde.

Art. 3º O Sistema Único é financiado pelo Fundo Nacional de Saúde, com recursos provenientes da receita tributária.

§ 1º Os Fundos Estaduais e Municipais são constituídos com recursos oriundos dessas unidades político-administrativas e do Fundo Nacional.

§ 2º Os dispêndios nacionais destinados à saúde não serão inferiores à dez por cento do Produto Interno Bruto.

Art. 4º As ações de saúde são funções de natureza pública, cabendo ao Estado sua normalização, execução e controle.

§ 1º O setor privado de prestação de serviços de saúde pode colaborar na cobertura assistencial à população, sob as condições estabelecidas em contrato de Direito Público, tendo preferência e tratamento especial as entidades sem fins lucrativos.

§ 2º O Poder Público pode intervir e desapropriar os serviços de saúde de natureza privada; necessários ao alcance dos objetivos da política nacional do setor.

§ 3º Fica proibida a exploração direta ou indireta, por parte de pessoas, empresas e capitais de procedência estrangeira, dos serviços de assistência à saúde no País.

Art. 5º As políticas de recursos humanos, saneamento básico, insumos, equipamentos e desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde são subordinadas aos interesses e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

§ 1º Cabe ao Poder Público disciplinar e controlar a produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, com vistas à preservação da soberania nacional.

§ 2º É dever do Estado exercer o controle das drogas de abuso e demais produtos tóxicos inebriantes e estabelecer princípios básicos para prevenção de seu uso.

Art. 6º É assegurado o livre exercício da atividade liberal em saúde e a organização de serviços de saúde privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela Lei e os princípios que norteiam a política nacional de saúde.

Art. 7º A Saúde Ocupacional é parte integrante do Sistema Único de Saúde, sendo assegurada aos trabalhadores mediante:

I – ambiente de trabalho isento de riscos de acidentes e de doenças profissionais;

II – informação a respeito dos riscos que o trabalho representa à saúde, dos resultados das avaliações realizadas e dos métodos de controle;

III – recusa ao trabalho que apresentar grave e iminente risco, ou não tiver os seus riscos controlados;

IV – participação na gestão dos serviços relacionados à segurança e saúde, dentro e fora dos locais de trabalho;

V – livre ingresso, nos locais de trabalho, de representantes do sindicato, para ouvir os empregados a respeito das condições de trabalho;

VI – acompanhamento da ação fiscalizadora referente à segurança, higiene e medicina do trabalho.

Art. 8º É vedada a propaganda comercial de medicamentos, formas de tratamento, tabaco e bebidas alcoólicas.

Art. 9º É permitida a remoção de órgãos de tecidos de cadáveres humanos para fim de transplante, não havendo disposição contrária em vida do "de cujus" e nem manifestação proibitiva da família.

§ 1º A remoção dos órgãos e tecidos somente se dará após constatação da morte, observados os critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º É permitida a doação espontânea de órgãos por doadores vivos, maiores e capazes, cuja retirada não implique em prejuízo à saúde.

§ 3º É proibido qualquer tipo de comercialização de órgãos e tecidos humanos.

Art. 10. Cabe à União legislar sobre o exercício de sistemas alternativos de assistência à saúde.

Art. 11. Compete ao Estado, através de Sistema Único de Saúde, a fiscalização da qualidade dos alimentos, medicamentos e outros produtos

22ª reunião: 22/05/1987, às 14h00, na Sala de reuniões da subcomissão na Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal. Com numero regimental de constituintes, inicia-se discussão e votação do projeto substitutivo do Relator.

O debate começa acalorado com as colocações do constituinte Gastona Righi ao substitutivo, principalmente as questões da destinação de 10% do PIB para a saúde e quanto ao parágrafo que trata da intervenção e desapropriação de instituições privadas quando necessário para os objetivos da política nacional. Discutem Abigail Feitosa e o Relator. Para o último, a definição de 10% do PIB, se justifica politicamente pela necessidade de se garantir o investimento na saúde e que o Art. Que possibilita o Estado intervir e desapropriar instituições privadas é questão de segurança do povo, quanto a instituições fraudulentas de saúde (na discussão o relator conto com o apoio de Abigail)

Os constituintes Cunha Bueno, Adylson Mota, Carlos Mosconi, José Elias, Floriceano Paixão, Gastone Righi, Oswaldo Almeida, Fabio Feldman, Joaquim

Suscena e Eduardo Jorge empreendem uma longa discussão sobre como poderão submeter novas ementas ao substitutivo, visto que houve modificações significativas. O regimento vira participante constante na reunião, devido a diversas interpretações dele, feitas quanto à possibilidade de se apresentar ementas ao longo da plenária de votação. Os constituintes acordam, finalmente, que serão recebidos pedidos de destaque durante 10 min. e continua a discussão sobre a organização da votação e as dificuldades de compreensão do regimento. Discutem a proporcionalidade dos suplentes dentre os partidos e finalmente, iniciam a votação.

São votados os Art. de 1 a 4, e decorre modificação somente no quarto. Os três primeiros permanecem com a redação dada pelo relator.

A votação continua no dia seguinte, na 23ª reunião, as 9:00. São votados os Art. 5º, 7º, 8º, 9º e 10º. Os demais foram aprovados sumariamente pois não houveram pedidos de destaque.

24ª reunião: 25/05/1987, às 14:00hs, na Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal. Inicia-se a reunião com número regimental. É apresentado e votado o anteprojeto final, aprovado com unanimidade:

ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE

VII- COMISSÃO DA ORDEM SOCIAL
VII-b- SUBCOMISSÃO DA SAÚDE, SEGURIDADE E MEIO AMBIENTE

ANTEPROJETO

*Presidente: Constituinte José Elias Murad
1º Vice-Presidente: Constituinte Fábio Feldmann
2º Vice-Presidente: Constituinte Maria de Lourdes Abadia
Relator: Constituinte Carlos Mosconi*

APRESENTAÇÃO

Encerra-se a primeira fase de efetiva elaboração legislativa nos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, em meio a uma conjuntura nacional grave.

Estamos chegando a um ponto da transição democrática em que aparecem expostos os nervos particularmente sensíveis do tecido social esgarçado; a fragilidade de acordos políticos inviáveis e a deterioração dramática da situação econômica.

Longe, porém, de significar um impasse, tal quadro indica necessário amadurecimento de relações com base na verdade política de cada um dos atores da cena do Poder. Indica, igualmente, a mudança inexorável de procedimentos na mecânica social consubstanciada pela exigência objetiva

e não mais pela simples expectativa - de mudanças que levem à definição de espaços claros e justos para os diversos segmentos que compõem a nação brasileira.

Essa é, mais do que uma reflexão, uma advertência à Constituinte que, em meio a situação histórica da maior importância, procura chegar aos termos apropriados para gerir a complexidade de uma nova Ordem Social.

Não há como recuar no caminho das transformações que, se forem novamente escamoteadas por omissão, conivência ou leviandade, farão incidir sobre nós o peso de termos jogado por terra a última reserva de esperança da maioria da sociedade, espoliada, discriminada e represada, nos seus anseios de cidadania, há séculos.

Tais responsabilidades presidiram a tarefa de relatar os trabalhos da Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, balizados de um lado pelo respeito democrático aos interesses legítimos representados pelos constituintes e, de outro, pela convicção da ineludível e inadiável necessidade de inovar, no rumo da justiça e da igualdade.

Coube-nos tratar, inicialmente, de dois temas que, pela maneira com que tem se concretizado, ao longo do tempo, no cotidiano dos brasileiros das camadas sociais pobres, negam até mesmo os direitos básicos a vida e a morte dignos.

Mais do que pretendermos, com esta carta, tornar igualitário o acesso de todos aos serviços de saúde, queremos expressamente criar mecanismos institucionais que, pela primeira vez na nossa história, revertam a longa agonia de sucessivas gerações de brasileiros submetidos a uma aceitação implícita da saúde como valor de troca especulativo, corrompido, irracional e perverso.

A abordagem da saúde, no anteprojeto que ora apresentamos à Comissão Temática, configura absoluta inovação, atendendo reivindicações manifestas da sociedade e das entidades representativas dos profissionais da área, respaldadas nas conclusões da 8ª. Conferência Nacional da Saúde.

As metas nacionais de financiamento ara o setor foram definidas de maneira flexível, mas imperativa, compelindo o Poder Público, em todas as suas instancias, a assumir responsabilidades efetivas e necessárias ao atendimento universalizado, igual e equânime. (...)

Rogamos à consciência dos constituintes para considerar a gravidade dessas colocações e, de maneira especial, às lideranças políticas nesta Assembléia, para que assumam a defesa intransigente deste texto, acima de quaisquer interesses menores.

Somos todos responsáveis a partir de agora, pela sustentação política do Anteprojeto dessa Subcomissão, que respondeu, com marcante seriedade, aos anseios justos de nossa sociedade.

Quero assinalar o espírito democrático, garantido magistralmente pela presidência, que pairou sobre nossas discussões e decisões, numa rara conjugação de transigência, sensatez e sentido do bem público, que nos levou a um Anteprojeto orgânico e coerente. Nesta medida o que passamos à Comissão Temática é fruto de um virtual consenso e de um trabalho de acordo político voltado para o futuro.

Constituinte CARLOS MOSCONI

Relator

ANTEPROJETO DA SAÚDE

Art. 1o. - A saúde é um dever do Estado e um direito de todos.

§ 1º. - O Estado assegura a todos condições dignas de vida e acesso igualitário e gratuito as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde de acordo com suas necessidades.

§ 2º. - A lei disporá sobre a ação de rito sumário pela qual o cidadão exigirá do Estado o direito previsto nesse artigo.

Art. 2º. - As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único, organizado de acordo com os seguintes princípios:

I - comando administrativo único em cada nível de governo

II – integralidade e continuidade na prestação das ações de saúde

III- gestão descentralizada, promovendo e assegurando a autonomia dos Estados e Municípios;

IV - participação da população através de entidades representativas na formulação das políticas e controle das ações nos níveis federal, estadual e municipal, em conselhos de saúde.

Art. 3º. - O Sistema Único é financiado pelo Fundo Nacional de Saúde, com recursos provenientes da receita tributária.

§ 1º. - Os Fundos Estaduais e Municipais são constituídos com recursos oriundos dessas unidades político-administrativas e do Fundo Nacional.

§ 2º. - Os dispêndios nacionais destinados à saúde não serão inferiores à dez por cento do Produto Interno Bruto.

Art. 4º. – As ações de saúde são funções de natureza pública, cabendo ao Estado sua normatização, execução e controle.

§ 1º. - O setor privado de prestação de serviços de saúde pode colaborar na cobertura assistencial à população, sob as condições estabelecidas em contrato de Direito Público, tendo preferência e tratamento especial as entidades sem fins lucrativos.

§ 2º. - O Poder Público pode intervir e desapropriar os serviços de saúde de natureza privada, necessários ao alcance dos objetivos do política nacional do setor, mediante justa indenização em moeda corrente.

§ 3º. - Fica proibida o exploração direta ou indireta, por parte de empresas e capitais de procedência estrangeira, dos serviços de assistência à saúde no País.

Art. 5º. As políticas de recursos humanos, saneamento básico, insumos, equipamentos, pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde são subordinadas aos interesses e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

§ 1º. - Cabe ao Poder Público disciplinar, controlar e participar da produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, com vistas à preservação da soberania nacional.

§ 2º. É dever do Estado exercer o controle das drogas de abuso e demais produtos tóxicos inebriantes e estabelecer princípios básicos para prevenção de seu uso.

Art.6º. - É assegurado o livre exercício da atividade liberal em saúde e a organização de serviços de saúde privados, obedecidos os preceitos técnicos e éticos determinados pela Lei e os princípios que norteiam a política nacional de saúde.

Art. 7º. - A Saúde Ocupacional é parte integrante do Sistema Único de Saúde, sendo assegurada aos trabalhadores mediante:

I - medidas que visem à eliminação de riscos de acidente e doenças profissionais e do trabalho;

II - informação a respeito dos riscos que o trabalho representa à saúde, dos resultados das avaliações realizadas e dos métodos de controle;

III - recusa do trabalho em ambientes que não tiverem os seus riscos controlados, com garantia de permanência no emprego;

IV - participação na gestão dos serviços relacionados à segurança e saúde, dentro e fora dos locais de Trabalho;

V - livre ingresso, nos locais de trabalho, de representantes do sindicato, para ouvir os empregados a respeito das condições de trabalho;

VI - acompanhamento da ação fiscalizadora referente a segurança, higiene e medicina do trabalho.

Art. 8º. – É vedada a propaganda comercial de medicamentos, formas de tratamento, tabaco e bebidas alcoólicas.

Parágrafo único – É permitida a divulgação científica de medicamentos e formas de trabalho junto aos profissionais de saúde.

Art. 9º. –é permitida a remoção de órgãos e tecidos de cadáveres humanos para fim de transplante, não havendo disposição contrária em vida do "de cujus" e nem manifestação proibitiva da família.

§ 1º. - A remoção dos órgãos e tecidos somente se dará após constatação da morte, observados os critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º. - É permitida a doação espontânea de órgãos por doadores vivos, maiores e capazes, cuja retirada não implique em prejuízo a saúde.

§ 3º. -- É proibido qualquer tipo de comercialização de órgãos e tecidos humanos.

Art. 10º.– Cabe à União legislar sobre exercício de métodos alternativos de assistência a saúde.

Art. 11º. - Compete ao Estado, através de Sistema Único de Saúde, a fiscalização da qualidade dos alimentos, medicamentos e outros produtos de consumo e uso humano, utilizados no Território Nacional.

Art. 12º - É proibida a prática de eutanásia.

Art. 13º. - Compete ao Poder Público prestar assistência integral à saúde da mulher, nas diferentes fases da sua vida; garantir a homens e mulheres o direito de determinar livremente o número de filhos, sendo vedada a adoção de qualquer prática coercitiva pelo Poder Público e por entidades privadas; assegurar acesso à educação, à informação e aos métodos adequados à regulação de fertilidade, respeitadas as opções individuais.

DISPOSIÇÃO TRANSITÓRIA

Art. 14º. - Os atuais recursos da Previdência Social destinados à saúde serão substituídos por outras fontes, assim que os dispêndios nacionais com o setor totalizarem dez por cento do Produto Interno Bruto.

Finalmente, o Sr. Relator Carlos Mosconi, *gostaria muito de agradecer os demais constituintes da Subcomissão, pela maneira muito profícua, produtiva, com que levaram a efeito este trabalho, mostrando, de forma inequívoca, que o texto que daqui saiu, não é individual, pessoal, mas coletivo, fruto de todo o trabalho que desenvolvemos aqui, fruto de reuniões, audiências públicas e debates. Evidentemente, os trabalhos da Constituinte não se encerram aqui. Passaremos a defender o que aprovamos nesta Subcomissão, fora daqui, na Comissão Temática, Sistematização e até o plenário. O Relator agradece o Presidente, José Elias Murad, pela forma absolutamente democrática, competente, lhana, com que conduziu os trabalhos de nossa Subcomissão, que é considerada, dentro da Constituinte, como uma das que mais trabalhou e, evidentemente, isso não teria ocorrido se não tivéssemos na Presidência um constituinte da competência, da vivência, da sensibilidade e do humanismo do Professor Constituinte José Elias Murad.*

O presidente José Elias Murad fica lisonjeado, e *agradece ao caro amigo e companheiro Carlos Mosconi. Ele não vai mais louvar o trabalho do Relator, porque já o fizemos na última reunião e vários companheiros também o salientaram hoje. Mas foi um trabalho de fôlego, paciência, moderação, experiência e sobretudo, de*

tolerância, uma das suas maiores virtudes. Quer terminar, agradecendo a todos a colaboração e, principalmente, demonstrar, de público, a sua satisfação pela maneira amigável, cavalheiresca – porque, praticamente, não tiveram, apesar das discussões um pouco acirradas, não tiveram nenhum atrito de maior monta –, num ambiente muito cordial em que esta Subcomissão se houve em seus trabalhos. Acho até que ela deixará saudades e acredito mesmo, que até possamos repetir, terminando os nossos trabalhos, aquela frase do Apóstolo São Paulo, em uma de suas epístolas: "Combati o bom combate. Não desfaleci. Mantive a fé". Muito obrigado a todos. (Palmas.) Está encerrada a reunião.

(LEVANTA-SE A SESSÃO ÀS 15 HORAS E 35 MINUTOS.)

5 AS DEMOCRACIAS POSSÍVEIS

Os trabalhos da subcomissão VII-b duraram pouco mais de um mês. Nas 24 reuniões as democracias propostas para o sistema de saúde no país foram apresentadas e debatidas pelos diversos grupos envolvidos na área, através de suas entidades representativas, ou seja, diversas democracias tiveram voz na fala de inúmeros representantes. Quais são estas democracias? Como se propõem efetivas? Este capítulo *As Democracias Possíveis* está dividido em duas partes. Na primeira, *As controversas democracias sob a mesma designação: universalização e controle social*, vamos reinventar a nossa grande arena, na forma de um *coletivo*, como proposto por Latour no livro *Políticas da Natureza* (2004). Neste *coletivo*, os atores-rede que mais se destacaram no nosso campo tomarão nova locação, a fim de explicitarmos melhor suas heterogeneidades e controvérsias. Todas as democracias descritas no item 3.3 A Grande Arena, abrigaram-se sob o postulado da *garantia constitucional do direito à saúde*, assumiram como objetivo a *universalização* da atenção, bem como foram a favor da instituição de espaços participativos de deliberação da política de saúde. Suas divergências começam nas propostas de como deve organizar-se o futuro sistema, e com quais princípios e dispositivos se deve geri-lo. Com o objetivo de ampliar a discussão sobre a democratização do SUS, nesta reinvenção do *coletivo* um ator novo entra na arena: a proposta política de Latour, na figura da pesquisadora. Com este novo ator trataremos de debater, junto às democracias pensadas para o SUS, formas de enfrentamento das problemáticas da democratização e as possíveis democracias para o SUS.

A segunda parte, *As possíveis democracias não modernas para a saúde coletiva*, toma tom conclusivo e propositivo: o que este estudo traz à saúde coletiva e contribui como enfrentamento das problemáticas da democratização da saúde? As democracias que encontramos nos oferecem alternativas, possibilidades, diante das dificuldades que enfrentamos? Aqui a pesquisadora, depois de explorados as democracias encontradas no item anterior, traz as transformações ocorridas no processo. Que saúde coletiva pode se desenvolver deste encontro? No que a inserção de Latour, na discussão sobre democracia e saúde, contribui para a reordenação do coletivo envolvido nesta problemática? Quais novas democracias a pesquisadora é capaz de enxergar?

5.1 AS CONTROVERSAS DEMOCRACIAS SOB A MESMA DESIGNAÇÃO: UNIVERSALIZAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Nas palavras de Sérgio Arouca, na palestra de abertura da 8ª conferência Nacional de Saúde, a relação de saúde e democracia tem dois sentidos, que seriam alcançados com a redemocratização do Estado. Um, a instituição da democracia como Estado de Direitos, que garantiria, já que “governo do povo”, condições dignas de vida para todos e, portanto, a *universalidade* do Direito a Saúde. O Estado passaria a governar para todos e não para um grupo minoritário privilegiado, como havia sido até então, o governo militar. Dois, este governo do Estado democrático e a saúde para todos os cidadãos somente seria garantido mediante o controle constante da população, sobre os gestores e sobre as ações governamentais de saúde, através da instituição de locais de deliberação da política de saúde com participação da sociedade civil. A Democracia e Saúde tem então estas duas direções *universalização* do direito e *controle social* da população sobre o Estado (democracia participativa) como garantia.

Parece que nenhum de nossos atores e das propostas de democracia encontradas discordam destes dois postulados. Nenhum de nossos atores foi contrário à instituição do direito universal à saúde, nem contrário a criação de locais de democracia participativa. Quem poria em questão as democráticas conclusões da 8ª CNS? No entanto, as discórdias iniciam quando passam a discutir como alcançar estes dois objetivos ou: como deveria conformar-se o sistema nacional de saúde, em vistas de alcançar a universalização e a melhora da atenção à saúde? As controvérsias proliferam, multiplicam-se em nossas reuniões da subcomissão VII-b da saúde.

Neste tópico, vamos reinventar a grande arena, com vistas a três objetivos: 1) explorar através de discussões diretas entre os atores mais representativos de nossa grande arena as controvérsias e heterogeneidades das diversas democracias que encontramos; 2) Fazer estas democracias encontradas dialogar com a perspectiva de Latour, acrescentando a epistemologia política como possível democracia e ator na nossa arena; 3) transformar a grande arena descrita acima em um coletivo segundo as propostas organizativas de Latour (2004).

Nesta invenção⁶⁴, acrescentamos aos atores que mais se destacaram na deliberação da grande arena, mais um ator: a epistemologia política de Latour. Para cada ator, seguindo as propostas de Latour (2004), escolhemos porta-vozes e aliados, e deixamos deliberar as controvérsias. Nosso coletivo é constituído, então, da seguinte forma:

Local: Sala de reuniões da subcomissão na Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal. Sala formal, com suas poltronas e mesas de madeira. Possui iluminação clara, apesar das poucas janelas. Cada mesa contínua, dispostas de frente para a mesa diretora, leva de 8 a 10 microfones, nas quais se distribuem os participantes da reunião.

Convocação: A pesquisadora, diante suas observações e reflexões quanto aos trabalhos da subcomissão de saúde e as democracias propostas, resolve, em acordo com a presidência, convocar uma reunião deliberativa com vistas a discutir as democracias possíveis para a saúde do país, junto aos atores predominantes e mais representativos encontrados em sua observação. Possui com esta convocação um duplo objetivo: 1) transformar a arena estudada (classicamente uma arena de democracia representativa, na qual todos são ouvidos, mas em termos de decisão são representados pelos parlamentares) em um Coletivo, como proposto por Latour; 2) fazer dialogar a proposta de democracia de Latour, com as propostas de democracia dos demais atores. Dessa forma a pesquisadora é ao mesmo tempo proponente da reunião e participante.

Presidência: José Elias Murad – Médico e farmacêutico. Nasceu na cidade mineira de Rio Vermelho, próxima a Lavras em 31/10/1924. Com os seus 62 anos, traz consigo longa carreira como médico e professor universitário, mas está apenas iniciando sua carreira política. Possui feitio amigável, detesta indisposições, mas não deixa de posicionar-se. Sua função na reunião, manter a ordem e garantir a organização democrática dos debates. Ademais tem a função e fazer cumprir as ordens do regimento.

Personagens:

- 1) 8ª Conferencia Nacional de Saúde e seu Relatório Final

Porta-voz e aliados: Eduardo Jorge e Sérgio Arouca

⁶⁴ Como vimos no item 2.1 O relato textual como laboratório e operador metodológico, os recursos literários e criativos podem ser usados se auxiliarem a transmitir social no relato textual. É com base neste direcionamento metodológico e com o objetivo de operar a terceira etapa metodológica de Latour, a Reagregação do Social, que propusemos esta reinvenção em nossa descrição.

Descrição: A 8ª CNS chega bem vestida de terno e gravata. No entanto, o que traz consigo são 5.000 pessoas de roupas comuns com seus problemas comuns: a população e seus representantes, sociedade civil e sociedade civil organizada. A 8ª CNS apresenta-se jovem e renovada, apenas um ano de existência, na cidade de Brasília, e passou a determinar os rumos da saúde do país. Mas ela não é exatamente jovem. Antes se travestia de Movimento da Reforma Sanitária e traz consigo o envelhecimento daqueles que trabalharam muito em prol da sua causa e lutaram em tempos de repressão. Fala com a autoridade que adquiriu. Seu porta-voz e grande aliado nesta arena é Eduardo Jorge, sanitarista militante da RS. É o mais jovem de nossa arena, mas já traz suas marcas de combate. Junto a ele une-se o Presidente da 8ª CNS e guru do movimento da reforma, Sérgio Arouca (que nesta arena será também porta voz da população e seus problemas de saúde).

2) O Anteprojeto

Porta-voz (relator): Carlos Mosconi

Descrição: Objetivo final da subcomissão de saúde é contratar um anteprojeto constitucional, cuja redação é a missão dada a Carlos Mosconi. Apesar de o nosso coletivo não preocupar-se exatamente com a redação do anteprojeto, mas mais com a discussão que o embasará, Carlos pede objetividade toda vez; devem estipular as bases mínimas para um sistema de saúde universal e para o controle social, de forma sucinta. Ele lembra que se deve chegar a um consenso. O Deputado Carlos Mosconi assume no coletivo mais uma função, a de Diplomata, tal como descrito por Latour (2004): aquele que garante a organização e o bom funcionamento do coletivo. Para esta função, ele possui a característica fundamental: tolerância.

3) A Previdência Social

Porta-voz: Hésio Cordeiro – Presidente do Inamps

Descrição: a previdência social detém o domínio da organização da atenção à saúde no país. O Sr. Hésio é um administrador competente. Como presidente do Inamps tornou-se responsável por operar uma reforma administrativa na gestão do sistema de saúde com vistas a resolver o déficit financeiro da

previdência. O principal meio desta reforma, a descentralização da gestão dos convênios para os municípios.

4) A proposta da Comissão Nacional de Reforma Sanitária

Porta-voz: José Hermógenes de Souza

Descrição: A proposta da CNRS chega pronta. É resultado de seis meses de deliberações democráticas com os diversos segmentos que compõem o campo da saúde. No entanto, será reaberta e rediscutida em nosso coletivo. O Sr. Hermógenes, coordenador da CNRS, é seu porta voz. É irrequieto, tem posições firmes e não poupa comentários.

5) Iniciativa Privada da Saúde:

Porta-voz: Francisco Ubiratan Dellape

Descrição: as instituições de direito privado da área da saúde que trabalham em convênios com a previdência social. O Sr. Francisco Ubiratan Dellape, defensor da iniciativa privada, foi escolhido para falar em nome de seus companheiros. Já o vem fazendo há seis meses, como membro da CNRS. Sucintamente sua tese é Democracia = livre iniciativa. Bem vestido, fala em bom tom.

6) Os problemas de saúde do país

Porta-voz: Sérgio Arouca

Descrição: O estado caótico da saúde no país grita à todo momento. São derivados da perversidade do sistema de saúde previdenciário. Sérgio Arouca, pesquisador presidente da FIOCRUZ, veste cinto, sapato, calça social e a camisa branca, leve, dos sanitaristas. É porta-voz dos milhões de brasileiros que sofrem com o atual sistema de saúde, e com a irracionalidade do sistema previdenciário.

7) Os trabalhadores

Porta-vozes: Roberto Chabo e Maria Luiza Jäger

Descrição: Organizados em seus sindicatos, associações e federações, os trabalhadores em saúde surgem nesta arena reivindicando, além de melhores condições de trabalho, um sistema nacional de saúde Estatal e universal.

Roberto Chabo é conhecido militante da reforma, membro da renovação médica. Maria Luiza, representante da Central Única dos Trabalhadores, traz as exigências dos trabalhadores para o novo sistema de saúde.

8) A Epistemologia Política

Porta-voz: a pesquisadora

Descrição: Traz a proposta política de Latour para dentro da arena, discutindo junto às demais democracias propostas. Junto à proposta de Latour, apresenta sua análise e compreensão de todo o processo da subcomissão, procurando contribuir para transformar a arena em coletivo.

Às 8:45 a sala de reuniões estava ainda vazia. Os participantes da reunião, que se iniciaria dentro de 15 minutos, estavam chegando e cumprimentando-se cordialmente no corredor. Aos poucos foram entrando e tomando acento nas longas mesas de madeira.

Próximo às 9:00, o presidente da reunião, Jose Elias Murad adentra e toma assento na mesa diretora, junto ao Sr. Relator Carlos Mosconi. Os demais se apressaram a sentar, e foi-se fazendo silêncio.

O Sr. Presidente José Elias Murad: Gostaria dar início a nossa reunião. Com gratidão que aceito o convite de presidir este debate que tem como finalidade discutir no novo Sistema Nacional de Saúde, em vistas da redação do texto constitucional. Devemos construir as bases para uma profunda reforma no setor saúde do país, junto à construção de um novo Estado e uma nova Nação. Esta reunião ordinária conta com uma visitante especial. À cerca de uma semana, uma pesquisadora da Universidade Estadual de Campinas me procurou e apresentou seu projeto de pesquisa, que consiste em um estudo das nossas reuniões da subcomissão de Saúde. Ela tem assistido nossas reuniões e audiências públicas desde o início, não sei se os Srs. Constituintes já a conhecem, mas ela está freqüentemente sentada ao fundo da sala, assistindo nossos debates. Seu tema de pesquisa é a democratização do sistema de saúde, e para discutir esta questão, ela estudou um pensador francês, que... não me lembro exatamente o nome, mas pelo que ela me contou, parece que tem uma proposta profícua, quanto a esta questão da democracia. Há uma semana, ela pediu-me um espaço em alguma reunião para apresentar a V. Ex^{as}. o seu estudo, e se for do acordo dos Srs., talvez propor uma certa organização das discussões. Não me lembro exatamente como era a proposta, então, vou passar a palavra à pesquisadora, para que ela possa explanar melhor seu estudo e então, discutimos como daremos procedimento à reunião. Com a palavra a nobre visitante.

A Pesquisadora: Prezados senhores, me chamo Ana Cláudia e estou estudando este conjunto de reuniões das quais V. Ex^{as}. participam, incumbidos de redigir o texto constitucional que norteará os rumos da atenção à saúde do país. Meu estudo se foca nas propostas de democratização da saúde, apresentadas e requeridas pelos senhores. Meu objetivo é debater estas propostas junto à perspectiva de democracia de uma corrente de pensamento chamada epistemologia política, do pensador francês Bruno Latour. Pedi ao Presidente desta subcomissão, o Sr. José Elias Murad, para que convocasse esta reunião ordinária, justamente para propor aos Srs. este debate que estou em vias de realizar e para propor também uma experimentação. Portanto, gostaria de saber se me concedem alguns minutos, para que eu explique a proposta.

Manteve-se silêncio. Apesar de algumas expressões de insatisfação com a intervenção que prolongaria os debates, não houve manifestação contrária, quando o Sr. Presidente perguntou se algum dos presentes opunha-se a proposta. Assim, a pesquisadora prosseguiu.

Tentarei ser sucinta para não prolongar muito os trabalhos. Bruno Latour é um antropólogo e pensador francês, que construiu uma crítica a política moderna procurando reformular os meios de se produzir as arenas democráticas. Minha proposta é uma dupla proposta: primeiro, gostaria de realizar um experimento organizando esta reunião de hoje pautada na proposta de Latour de ordenação de arenas democráticas, na forma de *coletivos*. A segunda, gostaria de inserir-me neste *coletivo* como uma participante da arena constituída por V. Ex^{as}., e talvez deliberar com os Srs. propostas de democratização do sistema de saúde.

Não acho muito pertinente para o momento, aprofundar nas questões teóricas trazidas por Latour, mas vou explicar sucintamente como o autor propõe que sejam organizadas as arenas democráticas. Latour diz que a modernidade instituiu uma certa *repartição de poderes*, que está alicerçada no que ele chamou de *constituição moderna*. Sucintamente, a *constituição moderna* consiste em uma cisão prévia do mundo em duas câmaras, a Natureza e a Sociedade. Esta cisão prévia, considerada por Latour a base da metafísica moderna, produz uma certa *repartição de poderes* que veio a suprimir a democracia nas arenas deliberativas. Nesta *repartição de poderes*, a Ciência e o dado objetivo teriam todo o poder de dizer a verdade sobre a realidade (a Natureza), em detrimento dos humanos (locados na sociedade ou cultura) que teriam seu acesso à realidade sempre mediado pelas paixões e interesses e, por isso, ilusório. Estas reflexões teóricas estão esmiuçadas no projeto de pesquisa entregue a mesa diretora desta arena, ao qual os Srs. podem consultar se for de interesse. Vou ater-me aqui, somente ao necessário para justificar a proposta que

trago. O experimento consiste em organizarmos a reunião de hoje nos moldes de arenas democráticas indicados por Latour. Ele propõe uma nova *repartição de poderes*, diferente da repartição moderna, que se tornou antidemocrática visto que a ciência e o dado objetivo teriam poder maior de dizer a verdade do que as falas, questões e assertivas de qualquer outra forma de acesso à “realidade”. A proposta democrática de Bruno Latour é, portanto, desfazer nas arenas políticas as repartições binárias modernas, tais como, natureza e cultura/sociedade, dados objetivos e subjetivos, coisas e humanos. Na *repartição de poderes* de Latour, a produção científica tem papel fundamental, mas não aparece com o poder de dizer a verdade ou como solução indiscutível para problemáticas. A ciência não pode ser um argumento majoritário, que poria fim ao debate; mas mais um dado que vem agregar ao coletivo, na procura por uma resolução satisfatória as problemáticas em questão. Latour organiza o coletivo em duas câmaras: a câmara alta, chamada *Poder de Consideração* e a câmara baixa, chamada *Poder de Ordenamento*. Esta reformulação é guiada por um desejo de resgatar as raízes do termo República como res-pública, coisa pública e, junto a ela, a noção de política pré-socráticas como “ciência do viver junto”, da convivência. A diferença da política de Latour para a política praticada a partir da constituição moderna é que: na política moderna, que vive sob o jugo de uma natureza posta fora a ela (como transcendência), trata-se de deliberar a verdade quanto ao mundo já posto, que é acessado pelo método científico com pretensões de objetividade e veracidade. Neste modelo a política deliberativa reduz-se ou a aplicar as verdades científicas, produzidas fora dela, ou a discutir quais dos dados produzidos pela ciência (pela pesquisa científica) é mais verdade, corresponde mais a realidade, e portanto mais correto para ser aplicado. Neste modelo, então, a partir da constituição moderna, estamos sempre disputando qual dado diz mais a verdade, como argumento para as nossas proposições, a partir de nossas vontades e interesses.

O Sr. Hésio Cordeiro: Sr. Presidente peço a palavra

O Sr. Presidente José Elias Murad: Pois não.

O Sr. Hésio Cordeiro: Sr. Presidente, não estou vendo como produtiva está intervenção. Estamos diante de problemas graves, reais e de um prazo bem restrito para a entrega do anteprojeto. A proposta que estamos atentando aqui me parece muito abstrata, distante de nossa realidade e dos problemas para os quais temos que ponderar soluções. Estamos em um momento de instabilidade, de transição, ao qual precisamos de estratégias consistentes. Propostas do cunho desta que a pesquisadora nos apresenta, me parece, mais confundem do que nos auxiliam.

O Sr. Presidente José Elias Murad: Compreendo sua colocação Sr. Hésio, quando a pesquisadora veio apresentar-me sua proposta também a fiz esta questão. Sua pesquisa pareceu-me distante das necessidades e objetivos da subcomissão. No entanto enquanto

ela explanava suas reflexões quanto à democracia, e os trabalhos da subcomissão, ela suscitou-me muitas questões. Penso que são exatamente nestes momentos de transição, que temos que nos abrir para novas perspectivas, visto que agora estamos com a possibilidade de modificar algo significativo no sistema de saúde, e para mudanças significativas é necessário deliberar com novas formas. Por isso concordei em convocar esta reunião extraordinária, para que a pesquisadora apresentasse suas idéias aos Srs. certo de que com alguma coisa ela tem a contribuir.

O Sr. Sérgio Arouca: Sr. Presidente, posso colocar-me quanto a esta questão?

(assentimento da presidência)

O Sr. Sérgio Arouca: Concordo com o que V. Ex^a. disse. Com a experiência que carrego, como professor e pesquisador, não posso desconsiderar a importância da pesquisa que esta senhorita está nos apresentando. Sabemos que uma dificuldade dos acadêmicos em geral é associar teoria com problemas práticos, reais, de nosso mundo. Mas vejo que ela traz uma proposta concreta para o funcionamento da subcomissão como uma arena deliberativa, portanto acredito que podemos dar a ela um voto de confiança e deixar que ela apresente melhor seu experimento.

O Sr. Presidente José Elias Murad: Mais alguém deseja pronunciar-se? (pausa) Peço então que a pesquisadora prossiga.

A Pesquisadora: Agradeço este espaço e a atenção dos constituintes. Realmente o autor que estudo é um pensador complexo. E mais complexa é minha função aqui de trazer sucintamente algumas de suas reflexões para que os senhores compreendam a proposta deste experimento. Só me resta pedir um pouco de paciência e como o Sr. Sérgio Arouca disse, um voto de confiança, logo chegarei à proposta concreta.

Como estava dizendo, a política derivada da constituição moderna produziu uma certa *repartição de poderes* que impede a democracia visto que o dado objetivo, produzido como verdade acerca de uma natureza transcendente, passa a ser o argumento majoritário de qualquer deliberação e para se definir qualquer política. Este mecanismo torna-se antidemocrático. A Ciência, produzida fora da arena democrática, passa a dizer a verdade, suprimindo a deliberação. Vou dar um exemplo para facilitar a compreensão. Os Srs. aqui presentes, quando deliberam nas reuniões da subcomissão como deve ser a nova política pública de saúde, trazem diversos dados derivados de pesquisas e o usam defendendo suas propostas para o novo sistema. Estes dados que aparecem como argumentos indiscutíveis nos discursos, são normalmente usados no sentido de - já que eles dizem a verdade sobre o mundo - justificar suas propostas e automaticamente excluir as demais - já que não pode haver duas verdades/realidades sobre o mundo. Uma proposta necessariamente está correta, enquanto as demais devem ser descartadas. Este funcionamento que descrevi, um tanto superficialmente, não pode ser considerado

democrático, visto que exclui a divergência. Considerar que existe uma natureza transcendente, e uma verdade a ser descoberta sobre ela, exclui a democracia, e sua característica eminentemente deliberativa.

No entanto, a leitura que faço junto a Latour é a de que, apesar do desenvolvimento da Ciência, dos investimentos e crescimento dos grupos e pesquisas científicas, as controvérsias sobre o mundo só fizeram crescer no último século, inclusive dentro do próprio meio científico. Aqui nas nossas reuniões mesmo, cada vez que se apresenta um dado objetivo/científico e a princípio inquestionável, o que sucede é um conjunto de questionamentos e uma abundância de novas versões acerca deles. Isso significa que: a concepção de uma natureza transcendente, posta a priori, como unificação previa, afim de que haja uma verdade sobre o mundo válida para todos, não consegue suprimir as diversas e plurais versões sobre este mesmo mundo. Porém, se todos os discursos dos debatedores pretendem dizer a verdade sobre o mundo, só nos resta disputar qual de nossas versões é “mais verdade” e, portanto, melhor e mais correta, como se estivéssemos ainda na caverna platônica discutindo qual de nossas visões acerca das sombras é a mais real.

O que Latour procura é exatamente desfazer este mecanismo recusando que haja uma natureza transcendente, posta a parte da arena política, da qual fazemos assertivas com pretensão de verdade. Para que executemos o experimento de Latour, precisamos nos dispor a considerar que nenhum de nós aqui tem a verdade ou uma melhor proposta para enfrentar a problemática da saúde hoje. A unificação que a constituição moderna coloca a priori na forma de uma Natureza comum a todos nós (ou um *mononaturalismo*), nas arenas políticas deve ser posta a *posteriori*, como o *mundo comum* que queremos produzir para nossa convivência.

Agora, a questão é a de que: para, em uma arena política, deliberarmos no sentido de produzir um *mundo* que seja *comum*, não podemos agir pautados em um modelo no qual estaremos inelutavelmente disputando qual a verdade sobre ele. Se estivermos disputando uma verdade, não poderemos nunca conceber a coexistência de nossas diferenças, ou das diferentes formas e anseios que vemos apresentadas aqui nestas reuniões pelos diferentes grupos que a compõem. Uma democracia, como governo de todos, deve conseguir abarcar e fazer coexistir as diferentes (e por vezes divergentes) realidades que nós, nos diferentes agrupamentos que compomos, construímos e enfrentamos.

Não sei se estou sendo compreensível aos Srs.. Em breve termino esta exposição com a proposta de Latour de como compor um coletivo, para que seja eminentemente democrático.

Como disse acima, Latour a partir da recusa à constituição moderna, propõe uma nova *repartição de poderes* dividida entre o que ele chamou de *poder de consideração* e o *poder de ordenamento*. No primeiro poder, o de consideração, deveríamos nos ater à questão

“*Quantos somos nós?*”. No segundo poder, o de ordenamento, devemos nos ater à questão “*Podemos nós viver em conjunto?*” ou “*Como podemos viver em conjunto?*”. O experimento que venho propor e no qual consiste a minha pesquisa ate-se ao primeiro poder, que vou destrinchar com mais atenção. Basicamente, ela consiste em explorar as controvérsias e a quantidade dos diversos atores que se envolvem em torno de uma problemática comum e por isso, unem-se para deliberar soluções, como é o nosso caso aqui. Para Latour, não devemos suprimir esta etapa das arenas deliberativas, que é coletar o máximo de “fatos”, propostas e posicionamentos, da maior quantidade de agentes e atores envolvidos em uma problemática comum, como fizeram os Srs. nas 7 audiências públicas que realizaram com mais de 40 instituições representantes dos envolvidos na área da saúde. O *poder de consideração* trata de não abreviar de antemão a coleta de propostas, proposições e agentes envolvidos no coletivo. Tarefa que considero necessária a qualquer agência democrática e assumida pelos senhores quando optaram por não recusar nenhum pedido de participação nesta assembléia.

O *poder de consideração* resume-se à questão: *quantas proposições novas devemos tomar em consideração para articular, de modo coerente, um mesmo mundo comum?* Vejam que posso transpor esta questão à nossa problemática, o sistema de saúde: *quantas proposições novas de agentes vários devemos levar em consideração para articular o novo sistema de saúde, de forma que nos seja comum e satisfatório?* Os Srs. executaram esta etapa trazendo a esta arena deliberativa os inúmeros e plurais agentes que compõem o campo da saúde como nunca havia acontecido antes na história deste país. Não posso deixar de reconhecer e valorizar este trabalho de coleta de depoimentos e propostas que os Srs. realizaram, bem como lembrar que este momento é resultado de longo percurso que o movimento da reforma sanitária vem empreendendo e da grande participação e implicação que a população e os movimentos sociais tiveram na 8ª CNS. A meu ver, a 8ª conferência foi o marco que oficializou a entrada desta pluralidade e heterogeneidade de agentes no coletivo envolvido na saúde neste país, e por isso, marco da democracia.

Enquanto o *poder de consideração* agrega o máximo de propostas e agentes envolvidos numa problemática comum, independente de quão controversos ou heterogêneos forem, o poder de ordenamento coloca a todos eles a questão: *podemos viver em conjunto?* Ou mais especificadamente, *Qual ordem é preciso encontrar para este mundo comum formado pelo conjunto das novas e das antigas proposições?* Isso quer dizer, a partir da coleta de diversas entidades, agentes e propostas, deliberamos todos qual nova ordem pode construir um mundo que nos seja comum? Como o novo sistema de saúde pode nos ser comum e não excludente? Esta fase implica na constante articulação e “rearticulação” de nossas proposições, na deliberação de qual melhor *mundo comum* podemos construir. É uma exigência de fechamento, hierarquização e formatação das

heterogêneas proposições da etapa anterior. Esta etapa também, para Latour, não pode ser abreviada. Na democracia representativa, por exemplo, acostumamo-nos a ferramenta da votação. Ela remata esta etapa de fechamento, o *poder de ordenamento*, normalmente no meio da deliberação. Se eu for levar em conta a proposta de Latour, diria que o poder de consideração não poderia ser abreviado pela ferramenta da votação. No entanto todo coletivo possui a exigência de cumprir prazos, como é o caso da subcomissão, ou a exigência própria de agir com vistas a solucionar questões e problemas práticos. Dessa forma a exigência de fechamento se apresenta a todos os coletivos conduzindo para que eles se organizem e hierarquizem suas proposições. Mas, como seria se deixássemos deliberar sem que uma necessidade imperiosa de fechamento se apresentasse? Aqui na subcomissão, a exigência de fechamento vem pelo prazo de entrega do anteprojeto, que deve ser votado e justificado dentro de 20 dias, o que faz com que os Srs. mobilizem-se para chegar a um consenso e façam concessões. Minha proposta é pensarmos na reunião de hoje como se essa exigência não existisse, como se não existisse o prazo, mas apenas a necessidade de produzirmos um projeto comum.

O experimento que proponho hoje consiste, então, nestas duas indicações: 1) modificarmos nossa disposição enquanto membros do *coletivo*, tratando os dados que trazemos não como asserções ou afirmativas sobre o mundo, mas como propostas, ou como prefere Latour, como *proposições* bem ou mal articuladas. Cada informação ou dado que nós trazemos ao coletivo não tem a função de dizer a verdade ou pôr fim aos debates, mas, a partir de que tratados como propostas/proposições, eles proliferam os debates, proliferam os agentes do coletivo, e junto a isso, ampliam a exploração das possibilidades de enfrentamento das problemáticas comuns. Dessa forma nossas múltiplas realidades, apresentadas aqui por cada um dos agentes, deixam de ser excludentes e passam a trabalhar em prol da articulação de um *mundo comum*.

2) Nos organizar, nesta reunião, como um coletivo para explorar isto que Latour chamou de *poder de consideração*, ou, a exploração das controversas proposições que chegam ao coletivo a partir de que nos dispomos a coletar agentes envolvidos na nossa problemática comum, em vistas da articulação comum de um mundo. Minha intenção de forma alguma é a de que cheguemos a conclusões ou sistematizações. A proposta é simplesmente deixarmos deliberar, pensando somente em constituir um projeto comum para um futuro sistema de saúde, explorando nossas heterogeneidades e controvérsias.

Latour traz mais uma denominação que podemos usar aqui como um dispositivo. Refiro-me ao que ele chama de *trajetória de aprendizagem*. Se não possuímos verdades ou certezas de antemão, o que nós trazemos é a nossa própria experiência individual ou coletiva de acertos e erros. Neste sentido, qualquer proposição de cada agente, ou uma proposta final a que venha chegar o coletivo é sempre uma experimentação. Assim o

coletivo não é avaliado pelo grau de seu conhecimento, ou o grau de conhecimento dos Srs. aqui presentes, mas pela sua *trajetória de aprendizagem*, ou seja, pelo que ele consegue fazer com os recursos que tem a partir do grau de experimentação que traz.

Prezados senhores, espero que esta explanação não tenha se alongado muito e gostaria de saber se ela foi minimamente inteligível. Peço licença então para conduzir e participar dos debates desta reunião, discutindo junto aos Srs. as propostas de um novo sistema de saúde e me coloco a disposição para tirar dúvidas quanto a nossa organização, claro, se os Srs. aceitarem esta proposta que trouxe.

O Sr. Presidente José Elias Murad: Prezada pesquisadora, agradecemos sua explanação e dedicação aos trabalhos desta subcomissão. Pergunto aos constituintes se os Srs. desejam fazer algum comentário, ou se podemos passar aos debates. (pausa) Com a palavra o nobre relator Carlos Mosconi.

O Sr. Relator Carlos Mosconi: Sr. Presidente, Constituintes, demais participantes desta assembléia, nos reunimos aqui mais uma vez para debater a democratização da saúde no país, bem como os meios estruturais e as ações políticas necessárias para efetivá-la. Tivemos então esta intervenção que me pareceu interessante, apesar de complexa. Reconheço os esforços da pesquisadora em contribuir com nossos debates, penso que podemos ter avanços ao nos dispormos ao seu experimento. Mas gostaria que explanasse melhor como será a organização prática de nossa reunião, Sr^a. Pesquisadora.

A Pesquisadora: Sr. Relator, como disse, cada membro deste coletivo certamente traz uma proposta, proposição, ou mesmo uma requisição para o novo sistema de saúde. A organização da reunião é nos apresentarmos e debatermos nossas propostas, procurando não perder de vista as duas disposições que mencionei. Uma que trata de nós não pretendermos falar a verdade sobre o mundo, mas que, ao deliberarmos, trazemos uma realidade a acrescentar às demais, junto a uma proposta de enfrentamento; outra que é termos em vista estabelecer aqui um projeto para um *mundo* que nos seja *comum*, e, portanto mais satisfatório do que o que está aí estabelecido, o qual não responde às necessidades de muitos dos Srs. Quando falo de cada um apresentar suas propostas, tenho em mente que aquilo que os Srs. apresentam, o fazem na condição de porta-vozes dos grupos a que pertencem e que as suas propostas são sistematizações que já passaram por outros processos de deliberação democrática. Portanto, quando cada um dos Srs. fala, são muitos outros que falam através dos Srs.

O Sr. Relator Carlos Mosconi: Gostaria de acrescentar que a meu ver, na sua explanação, a pesquisadora toca em pontos cruciais e importantes da deliberação democrática. Tenho a sugestão de que iniciemos pela proposta constitucional da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS). É já um documento muito bem trabalhado, sintético e altamente representativo, em cima do qual podemos nos aprofundar.

O Sr. Presidente José Elias Murad: Está em discussão a proposta do Relator.

O Sr. Eduardo Jorge: Sr. Presidente, peço a palavra.

O Sr. Presidente José Elias Murad: Pois não.

O Sr. Eduardo Jorge: Sra. Pesquisadora, percebemos por sua explanação que suas reflexões são extensas e complexas. Creio que, como você mesma disse, não cabe aqui discussões teóricas ou acadêmicas, mas gostaria de dizer que sua explanação suscitou-me algumas questões, principalmente na parte que você refere ao coletivo não ser avaliado por suas assertivas, ou pelo seu conhecimento, que imagino, aqui podemos falar no grau de cientificidade de suas ações, mas pela experiência e pela aprendizagem que ele carrega. Esta questão me interessa, pois o que vejo que estamos fazendo aqui é propor algo inteiramente novo. A proposta do sistema unificado ou único de saúde é baseada em algumas poucas experiências implantadas no país e talvez em experiências de outros países. Mas certamente é uma proposta nova e, se implantada enfrentará um período de experimentação, estando sujeita a atravessamentos, impedimentos e etc.; enfim, é só uma reflexão que tive. Mas pedi a palavra para dizer que sou a favor da proposta do relator e penso que podemos passar a palavra ao Sr. José Hermógenes de Sousa, coordenador da CNRS, para que apresente a proposta da comissão.

O Sr. Presidente José Elias Murad: Alguém deseja manifestar-se contrário a este andamento dos trabalhos? (pausa) Passo a palavra então ao Sr. José Hermógenes de Sousa.

O Sr. José Alberto Hermógenes: Sr. Presidente, Srs. membros desta assembléia, tenho o prazer e a surpresa de ser o primeiro a ter a palavra nos debates desta manhã. Como secretário-geral do Ministério da Saúde, fui indicado para coordenar os trabalhos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Como os Srs. sabem, esta comissão é constituída de 26 representantes de diversos segmentos da sociedade envolvidos na questão da saúde. Procuramos com isso reproduzir a representatividade que alcançamos na 8ª Conferência Nacional de Saúde, da qual a CNRS é resultado. Não vou me ater a ler o documento que produzimos, os Srs. já devem conhecer bem. A secretária está distribuindo cópias para que possamos discuti-lo.

Quanto às questões que a pesquisadora trouxe, considero-as de pertinência aos trabalhos, no entanto, fiquei me perguntando durante a explanação se este modelo que a pesquisadora propõe já não é o que fazemos a todo momento, desde a conquista da 8ª CNS. Não estamos deliberando em prol deste sistema nacional de saúde comum? Nós na CNRS tivemos muitos debates e pela questão do tempo, dos prazos que foram inclusive prorrogados uma vez, chegamos a consensos para publicar este documento. Quero afirmar que os prazos são necessários e que apesar de valorizarmos a deliberação e sabermos como o processo democrático é demorado, as necessidades de saúde da população estão

aí, exigindo que formulemos logo ações em resposta às demandas. Acho as considerações aqui postas muito importantes por estimular a cooperação entre nós e não a competição. Mas receio pela demora de nossos resultados e resoluções.

Quero, ademais, somente explanar algumas considerações que acredito importantes ao debate desta assembléia e que, ao meu ver, devem ser considerados para garantir a continuidade da Reforma Sanitária a fim de que ela alcance os objetivos estabelecidos na 8ª Conferência Nacional. Penso, Sr. Presidente, que podemos abordar os itens mais polêmicos do documento logo em seguida.

Gostaria de falar sobre algumas iniciativas que tem surgido, diante os problemas que enfrentamos no atual sistema de saúde, como por exemplo, a AIS (Ações Integradas de Saúde), que são iniciativas simplesmente cosméticas que visam superar o rombo da previdência social. Essas iniciativas não respondem às nossas necessidades e às demandas da sociedade, visto que estão inseridas neste sistema que temos, que é por princípio corruptor e irracional e responde somente a um grupo de interesses constituído durante este regime [a ditadura]. Quero chamar atenção para que os membros desta assembléia preocupem-se em criar as bases para uma Reforma Sanitária que seja profunda e realmente constitua um novo sistema de saúde para este país, que possua real correspondência com os anseios de nossa sociedade. No nosso modo de entender, a carta constitucional deve lançar as bases de um novo enfoque, um novo sistema, e não simplesmente remendos no que aí está, pois companheiros nossos se colocam no sentido de apenas aperfeiçoar as AIS, tentando remediar, consertar aqui e ali esse sistema que aí está, mas ele é completamente falido, de cima a baixo, desde o seu comando político, desde o seu financiamento.

Tendo isto em conta, acredito que podemos passar a discussão dos tópicos deste documento que nós, da CNRS, preparamos ao longo dos seis meses de trabalho. Quero salientar que este documento representa o alto grau de consenso que alcançamos entre os membros da comissão, sendo que ele foi aprovado com unanimidade no dia último dia 30/03. Não sei como o Sr. Presidente e a Sra. Pesquisadora desejam prosseguir a discussão dos tópicos?

O Sr. Presidente José Elias Murad: Penso que os membros da assembléia que quiserem colocar em discussão algum tema ou tópicos, podem indicar o artigo e colocá-lo em questão. A Sra. Pesquisadora deseja propor algo diferente?

A Pesquisadora: Sr. Presidente, podemos prosseguir assim. A discussão pode prosseguir como normal. Eu como participante farei minhas intervenções quando achar pertinente ou quando tiver algo a acrescentar.

Sr. Presidente José Elias Murad: Pois bem, alguém deseja comentar o documento?

Sr. Eduardo Jorge: Sr. Presidente, peço a palavra. (assentimento da presidência)

Primeiramente gostaria de parabenizar a pesquisadora pela explanação. Quanto às questões apresentadas por ela, fico refletindo sobre a forma como propôs a questão da constituição do *mundo comum*. Todos sabem que defendo a causa socialista, exatamente pela defesa deste bem comum, contra os excessos do capitalismo privatista. A forma de alcançar o bem comum, ou o mundo comum como a pesquisadora citou é a instituição da saúde como direito de todos e a garantia pelo estado deste direito, através da estatização, ou pelo menos, do controle direto e real sobre o privado, evitando os abusos deste setor. É em prol deste bem comum que sempre trabalhamos e penso que se todos nesta reunião, principalmente os ligados ao setor privado, focarem-se sinceramente nesta proposta, podemos fazer grandes avanços na garantia do direito a saúde para todos sem distinção.

Gostaria de posicionar-me quanto ao documento da CNRS, sobre uma questão eu considero de suma importância. A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi chamada por muitos de a constituinte da saúde, visto a representatividade que alcançou da população brasileira e dos diversos segmentos envolvidos na questão da saúde. Seus trabalhos tiveram um caráter democrático exemplar, sendo que a paridade representativa foi mote dos grupos de trabalho, assembléias e votações. Seu relatório final foi votado item a item, e aprovado em assembléia geral que congregou todos os delegados representantes dos diversos segmentos da sociedade, de forma que não podemos desconsiderar o descrito no Relatório Final. Minha questão quanto a este documento que temos em mão, da CNRS, é que percebo que, em comparado ao posto no Relatório Final da 8ª CNS, ele abstém-se de definir questões importantes. O primeiro tópico que gostaria de chamar atenção é exatamente quanto ao direcionamento para a meta de *estatização progressiva do setor saúde*, assertiva votada e aprovada na 8ª CNS, mas omitida pela CNRS. São diferentes as propostas de o Estado assegurar a existência da rede pública e controlar as iniciativas privadas de assistência à saúde, como posto nos Art. 2º e 3º, da proposta de *estatização progressiva do setor*. Que nós precisamos que a iniciativa privada mantenha seus serviços de atenção e saúde, de forma complementar ao setor público, todos estamos de acordo; mas o rumo que o investimento público em saúde deve tomar daqui a diante tem que ser mais bem discutido, pois: vamos trabalhar e investir os recursos da saúde de forma a estatizar o setor, e fazer crescer o setor público para que possa controlar o setor privado capitalista e a mercantilização da saúde, como preconizado pela 8ª CNS, ou vamos deixar em aberto esta questão, de forma que os governos normatizem e controlem a relação entre o setor público e a iniciativa privada como convir? Como o documento da CNRS fala somente da instituição do Contrato de Direito Público, mas não define a interdição do financiamento público do setor privado, nem um percentual dos recursos da saúde que podem ser direcionados para terceirização, esta questão fica em aberto, dando brecha para qualquer tipo de atuação governamental. Acredito junto à 8ª CNS que a estatização

progressiva do setor tem que ser constitucionalmente indicada, já que é a forma de garantir a instituição da saúde como direito e barrar a mercantilização, garantindo também a universalidade e a igualdade nas ações de atenção a saúde. Era esta questão que gostaria de colocar a princípio.

Sr. Francisco Ubiratan Dellape: Sr. Presidente, peço a palavra.

(assentimento da presidência)

Hoje nós convivemos, com este, que é um grande debate, o da estatização **versus** privatização. De um lado os adeptos da estatização imediata ou progressiva de todas as atividades ligadas à saúde, de outro, aqueles que defendem a livre iniciativa da economia de mercado. Eu gostaria de debater com o Sr. Eduardo Jorge que nós, da iniciativa privada, acreditamos que o estado democrático social deve-se preocupar primeiro em estabelecer um sistema de poder que impeça qualquer risco de totalitarismo de qualquer espécie; e a estatização de qualquer setor de atividade econômica nos parece uma forma de totalitarismo condenável. Deve-se, sim, definir claramente a atuação do Estado na economia. Sem liberdade econômica não há liberdade política, e nós temos aí os exemplos pelo mundo do que tornam-se as políticas estatistas. Portanto, somos contrários a indicação da estatização do setor. Há de ser declarado na Constituição que a iniciativa privada tem papel singular e insubstituível no âmbito da saúde, particularmente na prestação de serviços médico-hospitalares, farmacêuticos e odontológicos, reabilitação e reintegração à sociedade. A área privada tem em seu conjunto uma faixa própria de atuação e não age, portanto, somente por delegação do poder público.

Sr. Eduardo Jorge: Eu gostaria de lembrar que a 8ª CNS, que foi a arena deliberativa que se observou historicamente a mais democrática, na área da saúde no país, infelizmente não contou com a participação das entidades representativas de instituições privadas, visto que estas se retiraram da Conferência ainda antes de seu início; foi a questão da mercantilização da saúde, empreendida pela privatização do setor, nas últimas duas décadas, e que gerou a irracionalidade e a desigualdade absurda do sistema de saúde que vemos hoje em funcionamento. Se nós enfrentamos todos os problemas que hoje estão aí postos é porque, há duas décadas, a área da saúde no país ficou à mercê do jogo de mercado e da livre-iniciativa, com representantes do setor privado comandando as instituições governamentais que deveriam exatamente controlar os abusos capitalistas do setor. Portanto, a proposta que é feita pelo Sr. Ubiratan, já foi inclusive testada, e deu no que deu.

O Sr. Presidente José Elias Murad: S. Ex^a. o Sr. Sérgio Arouca, presidente da 8ª CNS e representante dos problemas de saúde deste país gostaria também de debater com os demais. A palavra está com S. Ex^a., Professor.

O Sr. Sérgio Arouca: Senhoras e senhores aqui presentes, em primeiro lugar expresso minha imensa satisfação de estar presente nesta assembléia, como trabalhador militante da área da saúde. Gostaria de ponderar a visão dos dois debatedores colocando que o ponto fundamental aqui é o de que o sistema de saúde vigente não atende mais aos interesses de ninguém. O sistema de saúde previdenciário está completamente falido e assim, não responde aos interesses do Estado, não responde aos interesses das instituições privadas conveniadas e menos ainda aos interesses da população, que é a mais prejudicada. Não podemos deixar de ter a consciência de que o Brasil está vivendo uma verdadeira crise e um drama sanitário profundo e que, acumulado por uma política social equivocada, em todos estes últimos anos, conseguiu criar um sistema de saúde absolutamente incompetente.

Acho que a proposta nos leva uma questão fundamental, independente dos grupos e interesses conflitantes nesta reunião, temos de ter a consciência de que estamos todos em um mesmo barco, navegando a mesma tempestade, e que uma saída racional para estes dilemas e problemas todos somente advirá da cooperação entre nós, em torno de uma causa comum que é melhorar a assistência à saúde da população. Todos nós temos que ter em vista este objetivo, melhorar a saúde da população, e é para isto que esta assembléia foi convocada. Gostaria de lamentar, junto ao Srs. Eduardo Jorge e Ubiratan, a ausência das instituições privadas da área da saúde na 8ª CNS, pois estas se recusaram a participar, dizendo que estavam com pouca representatividade. Ausência esta que lamento, visto que o que estamos fazendo aqui é procurar construir um projeto coletivo. Mas agora estamos aqui podendo rever e reavaliar todas aquelas questões em uma nova etapa, que é redigir diretamente o texto constitucional. Acredito que a proposta da pesquisadora vai neste sentido, de pensarmos mais no mundo e no sistema de saúde que queremos construir, do que nos nossos desejos e anseios pessoais ou dos grupos que representamos.

Primordial para se atingir este objetivo, o deste *mundo comum*, é a instituição do direito universal a saúde e a mudança da atitude política dos grupos envolvidos na área para que o novo sistema passe a responder ao interesse coletivo e não a interesses particulares de grupos minoritários. Não é um problema técnico o que está hoje impedindo o avanço das condições de saúde. São as decisões políticas, portanto, este problema só pode ser enfrentado e equacionado pela classe política, e é por isso que estamos aqui. O que vimos da política executada até então pelo governo, nos últimos 20 anos, foi priorizar não a questão social e coletiva, mas o enriquecimento de grupos minoritários e a concentração de renda. O que o sistema de saúde precisa é de uma reformulação completa, só que este projeto tem que ser coletivo, e não um projeto da minha ou da cabeça de um de nós. A RS tem que ser construída, desejada, montada, inventada por toda a sociedade brasileira, por isso a grande importância da 8ª CNS e de suas conclusões, postuladas no Relatório Final.

O Sr. Presidente José Elias Murad: Faço minhas as palavras ponderadas da fala do Sr. Sérgio Arouca. Devemos procurar ao máximo chegar, em vistas do bem comum, a um consenso satisfatório aos diversos segmentos aqui presentes. Para isso temos que olhar para um objetivo comum, que é universalizar a atenção à saúde de forma igualitária a todos os brasileiros. Com a palavra o Sr. Ubiratan.

O Sr. Ubiratan Dellape: Sr. Presidente, eu somente gostaria de esclarecer que nós somos a favor da instituição de espaços deliberativos, inclusive de que se institua o Conselho Nacional de Saúde, composto de forma paritária entre representantes do poder executivo, legislativo e de entidades sindicais dos trabalhadores e patronais, como entidade máxima de decisória quanto à política de saúde, pois somente assim o interesse coletivo será respeitado e garantido. Nós trouxemos inclusive uma proposta de texto constitucional. Trouxe algumas cópias e peço que os Srs. passem para todos.

Como os Srs. podem ver no documento, nós concordamos que o direito a proteção a saúde deve ser instituído para todos. Somente acrescentaríamos ao documento da CNRS alguns itens importantes que visam preservar a legitimidade das instituições privadas. 1) acrescentaríamos um parágrafo ao Art. 1º especificando *que “A todos cabe o direito de escolher o sistema de atendimento, público ou privado, que preferir.”*; 2) um Art. especificando que as atribuições do setor público e privado serão definidas em lei complementar; 3) um Art. definindo que o órgão deliberativo máximo será o Conselho Nacional de Saúde, constituído de forma paritária como já descrevi. Como disse, a nosso ver não pode haver democracia sem liberdade econômica e o que devemos tratar aqui é da forma como Estado deve intervir na economia. Somos completamente a favor de dispositivos democráticos que incluam representantes da sociedade civil organizada, bem como entidades patronais e trabalhadoras. É a partir destas interações que podemos construir um sistema de saúde satisfatório.

A Pesquisadora: Sr. Presidente, gostaria de tecer alguns comentários.

O Sr. Presidente José Elias Murad: Pois não.

A Pesquisadora: Como os Srs. Sabem, estive presente nas audiências públicas realizadas por esta subcomissão e tracei algumas observações sobre as democracias que foram propostas e discutidas pelos Srs. A primeira questão que observei é a de que nenhuma fala foi contrária a instituição do direito universal a saúde e a instituição de espaços participativos da política nacional de saúde. Diretrizes estas construídas ao longo do movimento da reforma sanitária e consagradas na 8ª CNS. As diferenças nas propostas dos Srs. iniciam quando passam a discutir como alcançar estes objetivos, diante dos problemas atuais que enfrentamos. Vemos que as democracias propostas são colocadas sempre nos termos do embate político do nosso tempo: ou a estatização do setor ou a liberdade econômica da livre iniciativa. Muitas propostas ficam nestes pólos, mas percebo que, quando começamos a

deliberá-las juntas, diante a situação atual do sistema de saúde, vão surgindo alternativas que misturam as duas propostas mais radicais, ora pendendo para a estatização, ora para a privatização. Se eu pensar esta questão pela perspectiva de Latour, diria que não é tão importante aqui a designação política de direita ou esquerda, mas sim as vivências que a área da saúde possui e que os Srs. explicitam aqui a partir de suas próprias vivências. Estes conceitos que repetimos sempre (estatização, privatização, etc.) misturam-se nas singulares vivências de um hospital privado, de uma política de vacinação, de saneamento básico ou uma política de subsídios fiscais. Estou me referindo, por exemplo, a fala de Eduardo Jorge sobre o modelo proposto pelas organizações da iniciativa privada na saúde já foi realizado e “deu no que deu”, um sistema desigual e insustentável; ou a fala destas instituições privadas que questionam como se poderia pensar um sistema de saúde estatal se existem pouquíssimas instituições estatais, e a estatização de instituições privadas seria uma ação autoritária; ou ainda a requisição de subsídio público para as instituições privadas, a qual pode ser caracterizada, como foi pelo Sr. Eduardo Jorge, como uma privatização dos recursos públicos e, portanto a política privatista não é exatamente liberal. É a partir destas experimentações que os Srs. Trazem, a todo momento, que o coletivo pode trabalhar, pois são nelas que se misturam as realidades que os Srs. enfrentam, e é nelas que podemos pensar um mundo que nos seja comum. Como o Sr. José Hermógenes observou, esta disposição política que proponho é realmente o que sempre fizemos, mas infelizmente, não é o que afirmamos fazer, quando falamos sobre as ações políticas. No nosso discurso excluimos as incertezas desta proposta experimental, de tentar estabelecer ações melhores, ou políticas públicas melhores, a partir dos recursos que temos como um coletivo. No nosso discurso, normalmente afirmamos que uma ou outra forma é melhor a partir de assertivas que tomamos como verdade, por exemplo, o debate entre estatização X privatização. A proposta é que assumamos, como o Prof. Arouca explicitou, que estamos no mesmo barco que já não mais navega, e que temos que discutir um caminho comum.

O Sr. Sérgio Arouca: Srta. Pesquisadora, não sei se compreendi bem, apesar de interessar-me pelo que a senhorita está explanado. Se podemos abrir mão das denominações conceituais, me pergunto o que fazer então com a pesquisa científica acadêmica, se o conhecimento teórico que trazemos não é útil diante a experiência prática. Eu pessoalmente e, a partir do conhecimento e experiência que carrego, não sou a favor da estatização imediata do setor, pois precisamos das instituições privadas que oferecem atualmente os serviços de saúde, No entanto sou contrario a mercantilização da saúde da população e do trabalhador, como vemos acontecer no sistema privatizado previdenciário e em outras iniciativas liberais da medicina, como por exemplo, a medicina de grupo. Esta mercantilização da saúde o Estado deve controlar e coibir, pois contradiz o princípio básico da Democracia que queremos. O Estado democrático não é o estado representante de um

grupo minoritário, interessado em seu próprio benefício. O Estado democrático é aquele que concebe uma Nação, com um território e dentro dele um povo, que pretende um governo que seja representativo de seus interesses.

Neste sentido, a questão que acho fundamental e que vejo como possível solução tanto para o controle dos abusos da mercantilização da saúde, tanto para ações estatais que poderiam vir a ser totalitárias, é a garantia da instituição de espaços de participação da população no controle e avaliação da política de saúde. Somente será garantida a atuação do Estado em prol da coletividade enquanto houver mecanismos efetivos de controle social da população sobre as ações governamentais. Sem a instituição de espaços participativos de deliberação da política de saúde, com composição paritária da população, profissionais e gestores, a política democrática no setor vê-se ameaçada.

Concordo com a fala da Srta. Pesquisadora no sentido de que chegou o momento – e este momento histórico da Constituinte é, no meu entendimento, absolutamente definitivo para esse posicionamento – em que temos que fazer o encontro entre o discurso e a prática, e assumir e requerer dos governantes, a garantia do acesso igualitário a saúde prioridade e para isso a execução de uma profunda reforma sanitária no país. (Palmas.)

A Pesquisadora: Só para esclarecer esta questão que o Professor Arouca colocou. Não é que os conceitos teóricos não nos sejam úteis, pelo contrário eles permeiam nossos relatos a todo o momento e constituem estas realidades que valorizo. O único mecanismo que Latour pretende desfazer é o uso do da pesquisa científica e da metalinguagem científica como argumento majoritário nas deliberações políticas. Dessa forma a pesquisa científica, seus dados objetivos e resultados, deve ser apropriada como mais uma experimentação e não como uma verdade. Se concebermos a ciência como experimentação tão incerta quanto o processo que empreendemos aqui, não mais a colocamos em um campo distinto da prática, mas a aproximamos dos problemas e realidades que devemos enfrentar no sistema de saúde.

O Sr. Presidente José Elias Murad: Pois bem Srs. temos outros constituintes aqui que desejam discorrer. Passo a palavra para o Sr. Hésio Cordeiro, atual presidente de INAMPS.

O Sr. Hésio Cordeiro: Srs. aqui presentes, gostaria de trazer como entendo o processo constituinte e o processo político da reforma sanitária, e também as propostas e posicionamentos que tem norteado as ações do INAMPS nos últimos tempos, com relação aos debates aqui articulados. Acho esta indicação da pesquisadora de nos atermos aos processos singulares importante, pois entendo a constituinte e a Reforma Sanitária como processos políticos com nuances, com contradições e com o desenvolvimento desigual nos seus vários componentes. O que hoje se vê – a crise, o caos, as dificuldades, que já estão bem diagnosticados – decorre, no meu entendimento, fundamentalmente de uma concepção política, de uma concepção econômica, de uma concepção técnica do papel do Estado

gestada do período mais recente do autoritarismo e do qual ainda não se livrou totalmente a Nova República, nem poderia livrar-se totalmente. Exatamente o processo Constituinte é esse processo de transformação.

Minha primeira questão vai ao sentido de uma reformulação do Estado como o Sr. Arouca lembrou. Neste contexto de transformação em que estamos, a questão social vem associada a um intenso preconceito da ineficiência do aparelho do Estado. Alguns falam de uma total incapacidade de o Estado conduzir, executar políticas sociais. Criou-se um ciclo vicioso no qual se diz que tudo que é público é ineficiente, portanto, os investimentos nesse setor não devem constituir prioridade. Certamente este discurso favorece certos grupos de interesse. Com este preconceito o processo Constituinte deve romper, de uma vez por todas, na história das políticas sociais do País.

Minha preocupação principal é esta reconceitualização do papel do Estado como executor das políticas sociais, enquanto instrumento efetivo de promoção de uma democracia que se baseia em condições materiais e sociais de existência das classes sociais, particularmente das classes sociais subalternas, das classes sociais e dos grupos sociais mais carentes do País. Levar adiante esta proposta significará recolocar o estado como prestador dos serviços de saúde. No entanto, quando isto irá ocorrer, não seremos simplesmente nós constituintes, será o próprio processo político de desenvolvimento do sistema da saúde brasileiro, até que se estabeleça e se criem as condições para que esse serviço se torne inteiramente público

A partir daqui é preciso que se defina a relação do serviço público com o setor privado. A meu ver é extremamente necessário que a constituição defina esta relação baseada no Direito Público, como posto no documento da CNRS. O tipo de contratação da Previdência Social hoje já se baseia em um modelo de contratação de direito público, que prevê, inclusive, o princípio de intervenção, mas nós temos enfrentado ainda obstáculos jurídicos e legais bastante complicados. É preciso que o respaldo da Constituição articule com clareza esse princípio.

Por fim, quero falar sobre a unificação do sistema de saúde, dando seqüência às recomendações da 8ª CNS, no sentido de estender o projeto de unificação dentro de uma concepção de construção dos sistemas estaduais e municipais unificados, baseado no fortalecimento e na capacidade da gestão e decisão das respectivas Secretarias. Estes processos já estão em marcha através das AIS. Nossa proposta é então, que a unificação coloque-se a partir da aglutinação das forças nos Estados e Municípios, da participação popular, dos Conselhos Comunitários de Saúde, nas CEME, nas CIS, de tal forma que as adversidades, contrariedades e dificuldades na implantação do sistema unificado se resolvam através de uma ampla estratégia de mobilização, a partir da base do sistema de Saúde. Nós sabemos hoje, no processo da AIS que, neste país de área continental, existem

muitas diferenças e peculiaridades regionais, de forma que a AIS possui suas singularidades e andamento em cada região do País. Por isso defendo que o horizonte deve ser o horizonte da unificação de serviço, mas uma unificação que deve ser descentralizada, com a execução dos serviços e alocação de recursos realizada por estados e municípios.

Exponho minha proposta, então, no sentido de que o texto constitucional deve dar suporte para este processo de transformação que enfrentamos, de democratização, considerando as nuances e as especificidades deste processo em todo o país, estabelecendo o Estado como executor das ações de saúde e a descentralização como carros chefe.

O Sr. Presidente José Elias Murad: Com a palavra o Nobre Relator.

O Relator Sr. Carlos Mosconi: Prezados Srs. esta reunião de hoje está, de minha parte, sendo muito produtiva. No papel de relator e a partir de minha trajetória política de militância pela saúde, gostaria de tecer alguns comentários. As contribuições da pesquisadora, penso que são válidas ao nos levar a refletir nossas posturas diante dos problemas de saúde do país, e o nosso papel enquanto representantes de grupos específicos ou da população geral, como o caso nós deputados. Mais do que isso, penso que a proposta é um esforço de modéstia e reconhecimento do lugar e função que cada um tem aqui, ao assumirmos um trabalho realmente coletivo, em prol da coletividade ou o que se está chamando *mundo comum*. Modéstia, me refiro ao abandonarmos nossa pretensão de verdade, de estarmos certos mais do que os demais. É claro que sempre pensamos que nossas propostas são melhores, e é exatamente por isso que as escolhemos ou construímos, mas penso que este esforço de visar um comum, nos faz relativizar nossas questões em prol do coletivo. Este esforço é exatamente o que me proponho a fazer ao aceitar a posição de relator e redator do anteprojeto, pois pretendo que este anteprojeto seja resultado e representativo dos anseios desta coletividade.

Tenho algumas questões: primeiro, na condição de relator me pergunto sobre este indicativo de levar em consideração as experiências singulares, visto que o que temos que produzir é um documento sintético geral, que tenha abrangência e dê suporte a todas estas experiências. Ao redigir o texto constitucional, não poderemos fazê-lo para as peculiaridades de cada experiência regional de organização e gestão. Segundo, acredito que a última fala do Sr. Hésio nos deu um bom direcionamento, pois foi muito sucinta e clara, tratando dos aspectos específicos do projeto proposto pela CNRS. Certamente que sua explanação parte da experiência que ele carrega na condução do INAMPS. Acho então que podemos passar a estas questões mais objetivas e ainda incertas da organização do sistema de saúde como a questão do comando único na esfera nacional, as formas de convênio e contrato com a iniciativa privada, as formas de financiamento do serviço, as formas de controle social, etc.. Sobre as questões que o Sr. Hésio colocou, eu pergunto como ficaria a questão do

comando único a nível federal e a unificação dos dois Ministérios da Previdência e Saúde. Todos somos a favor da descentralização, mas como ficaria o comando a nível federal e as verbas de financiamento do sistema?

Gostaria também de colocar em questão os dispositivos de controle social, pois, ao longo das audiências públicas, todos concordamos com a instituição destes dispositivos, mas pouco falamos de seu funcionamento. O Relatório Final da 8ª CNS e o documento da CNRS falar de participação da população a nível decisório, mas não discutimos como isso se dará. Penso, junto ao Prof. Sérgio Arouca, que este é artigo fundamental para a efetivação da Reforma sanitária e para a garantia da democratização do sistema de saúde.

O Sr. Hésio Cordeiro: Prezado Relator, muitos tem colocado a previdência social como obstáculo à unificação, mas não é exatamente assim. O ministério da previdência e o INAMPS já colocaram em curso a unificação através do mecanismo de transferência das ações para os estados e municípios, como relatei. A questão do sistema unificado não se resolve com a passagem dos convênios e ações da previdência para o ministério da saúde ou para um novo ministério. O que acho importante pensarmos é que a unificação tem de ser acompanhada de descentralização, pois somente assim responderemos às peculiaridades regionais, otimizando a gestão e a locação de recursos diante as necessidades locais. Ao governo federal restringir-se-ia a gestão de serviços de referência nacional, pesquisa e políticas abrangentes.

O Sr. Eduardo Jorge: Srs. penso que a descentralização é necessária, porém temos que trabalhar para transferir a gestão nacional para o ministério da saúde ou para um novo ministério, em vistas de desvincular o financiamento do sistema de saúde da previdência social. Mediante a garantia do direito à saúde, o financiamento das ações públicas deve ser inserido no orçamento da união, e não estar vinculado à contribuição previdenciária.

O Sr. Presidente José Elias Murad: Senhores, visto o adiantado da hora penso que podemos, como sugerido pelo relator, dar alguns encaminhamentos mais objetivos quanto a estas questões mais práticas. Penso que não há contrariedades quanto a esta questão da descentralização. Acho que podemos passar à questão do controle social. Tenho aqui mais dois pedidos de fala dos Srs. Roberto Chabo e da Sra. Maria Luisa Jageer, que estão representando os trabalhadores da saúde através da Federação Nacional dos Médicos e da CUT. Penso que podemos ouvi-los e discutir a questão do controle social para finalizar a reunião. Gostaria de saber somente se está bem para a pesquisadora, ou se ela deseja fazer mais algum encaminhamento.

A Pesquisadora: Sr. Presidente, penso que é muito bom discutirmos a questão do controle social. Realmente, como o relator referiu, nas audiências foram pouco discutidos os mecanismos pelos quais se efetivaria o controle da população sobre as ações de saúde, e penso que a constituição deve ser mais descritiva quanto a este ponto. Sobre a questão que

o Relator colocou, da necessidade de a constituição abarcar a heterogeneidade do sistema nacional e dos problemas de saúde, ao mesmo tempo que deve ser sintética, Esta é uma questão que me coloquei ao longo das audiências, no que se refere principalmente ao controle social, pois, se entendermos cada agrupamento local, em torno de um problema de saúde, como um coletivo, a partir das indicações proposta por Latour, a política nacional, ou a constituição, não poderia ser normativa a ponto impedir que estes coletivos se agreguem em suas articulações locais e singulares. Minha questão mais hipotética é seria, como constituir uma política estatal não normativa? Por exemplo, na proposta do Sr. Hésio de garantir autonomia dos estados e municípios, como a política nacional ou a legislação poderia garantir a existência e o funcionamento democrático dos mecanismos de controle social sem normatizá-los a ponto de tolher sua agregação autônoma? Enfim, são questões que talvez estejam fora do âmbito desta subcomissão. Mas que ficaram para mim da discussão dos Srs.

O Sr. Roberto Chabo: Senhores, em nome dos trabalhadores de saúde, gostaria de pronunciar-me quanto às questões aqui debatidas e submeter à apreciação desta assembléia nossa proposta para o capítulo referente à saúde e comentários quanto ao documento da CNRS. Importante para nós ter em conta que isso que nós estamos construindo, junto a tantos outros segmentos da sociedade brasileira, é algo realmente novo. Quem pôde acompanhar de perto toda a elaboração do movimento da reforma sanitária, sabe quão extraordinário é esse processo que ainda está para se fazer e nós não sabemos como ele vai se dar. É um começo de um novo sistema que vem aí e esse novo tem aspectos que podem trazer acertos e desacertos, e isso é um tipo de risco que nós temos que correr. Então, que venha outro. Para os trabalhadores, o novo sistema deve ser unificado e gerido por um órgão único, um Ministério da Reforma Sanitária. Este ministério deve estabelecer diretrizes políticas para que cada secretaria estadual e municipal tenha condições e subsídios para trabalhar. A descentralização é importante ao fazer uma mesclagem em que cada um fiscaliza o outro, de dentro da estrutura burocrática do sistema, além, claro, das instâncias participativas nas quais os usuários também participam da fiscalização. Dessa forma, coloco a questão junto à pesquisadora. Como o texto constitucional e a política nacional podem garantir a autonomia local do sistema de saúde, garantindo também a participação popular a nível decisório e não consultivo? O processo participativo brasileiro exige isso hoje. É a instituição da participação e do controle social, que é o mais urgente neste sistema único que começa a aparecer trazendo coisas novas. Penso que, quanto a nossa proposta de texto constitucional que os Srs. devem ter em mãos, a única diferença referente ao documento da CNRS, é com relação à instituição do Estado como executor das ações de saúde, como bem explanou o Sr. Hésio Cordeiro, pensamos que o Estado deve assumir este papel. Ademais, nosso documento traz algumas

reivindicações para os profissionais de saúde como isonomia salarial, estabilidade no emprego, dedicação exclusiva, etc. Gostaria de passar a palavra para a Sra. Maria Luisa Jageer, que falará mais sobre a posição dos trabalhadores.

A Sra. Maria Luisa Jageer: Srs. trouxemos uma proposta também por escrito, que esta sendo entregue a todos. Somos a favor de um sistema público e estatal de saúde, que implica na utilização dos conhecimentos e avanços científicos e tecnológicos de forma igual para todos. Sobre a questão do controle social, requeremos a instituição de espaços participativos a nível decisório com participação das entidades populares. Para garantir a efetividade do controle social é necessário um sistema com descentralização político-administrativa, de forma a garantir a autonomia local e a participação popular nas definições de suas prioridades. Consideramos que a 8ª CNS foi um grande avanço em termos da democratização da discussão sobre a saúde neste país, mas, a partir disso, o próximo passo é legislar e normatizar as conclusões da conferência, sendo que este momento é o mais delicado e importante.

Estas são algumas questões que gostaríamos de colocar e ver garantidas no texto constitucional.

O Sr. Presidente José Elias Murad: Agradeço os Sr. Roberto e a Sra. Maria Luisa, questiono a pesquisadora e os constituintes se desejam tecer mais algum comentário.

Com a palavra a pesquisadora.

A Pesquisadora: Prezados Srs. eu gostaria de agradecer a abertura e a disponibilidade de me receberem aqui e me concederem este espaço, mesmo com o curto prazo que possuem. Para mim foi de grande valia relatar meu trabalho e debater as propostas e dificuldades, bem como ouvir seus comentários. Não posso deixar de valorizar todo o processo e o trabalho dos Srs. que, pelas minhas observações ao longo de todas as reuniões, consistiu em um processo eminentemente democrático. Ao fim desta reunião, só posso chegar à conclusão, junto ao Sr. Hermógenes, de que este processo que relatei do trajeto que empreenderam nas reuniões da subcomissão consistiu em um processo coletivo, à semelhança da proposta de Latour. A questão que me resta, ao fim desta discussão é de especular o que seria se deliberássemos até chegar realmente em um formato para o sistema de saúde que nos contemplasse como coletividade, assim como pretende o relator realizar no anteprojeto. Na minha visão, o que acontece normalmente é que a deliberação – pensada como discussão acerca da constituição de um mundo comum - é abortada pela votação. Com a votação o mundo instituído passa a ser a escolha da maioria e não um consenso que poderia construir algo comum a todos. Como disse, a necessidade de fechamento deste coletivo vem pelos prazos instituídos no regimento. Mas certamente as questões aqui postas continuam sendo deliberadas e revistas mesmo depois da publicação

da nova constituição. Mais uma vez agradeço a disponibilidade e espero ter podido contribuir.

O Sr. Presidente José Elias Murad: Mais alguém deseja manifestar-se? (pausa) Então vamos para o almoço, que já passamos do horário e estou com fome. Lembramos que teremos uma sessão solene na câmara dos deputados em homenagem ao Presidente da ANC, S. Exa. o Sr. Ulisses Guimarães.

(*LEVANTA-SE A SESSÃO ÀS 12 HORAS E 45 MINUTOS.*)

5.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS: AS POSSÍVEIS DEMOCRACIAS NÃO MODERNAS PARA A SAÚDE COLETIVA

Não a máxima fantasia do sonho ou a máxima dureza da realidade, mas *o(s) sonho(s) possível(is) e a(s) realidade(s) necessária(s)*. Foi assim que primeiro designei, nestas páginas, o anseio central desta pesquisa. Não vou me esquivar de assumir que esse é o dilema central também em minha existência. Não suporia que, em um projeto realizado ao longo de dois anos, eu pudesse escapar. Estou fadada a mim mesma...

Posso dizer que aprendi com este trabalho exercer o que chamaria de moderação. De um projeto inicial sobre pesquisa em práticas integrativas e complementares, aceitei o que seria um tema mais simples e objetivo: as redes de atenção à saúde. Dele, fiz outro projeto colossal. Decidimos realizar somente a primeira parte. Dela reconheço ter realizado a primeira etapa, ainda com uma série de carências. Caminhar como um formiga, é mesmo trabalhoso. Até onde deveria ir seguindo os atores? Até quando acaba o prazo, já disse o mestre Latour. E na academia, podemos concordar, essa realidade é imperiosa.

Esta última etapa de nosso relato pretende refletir a questão “*A partir da discussão das democracias encontradas junto à proposta de democracia de Latour, quais são as democracias não modernas possíveis?*”, e assumir um caráter conclusivo para a pesquisa procurando as contribuições deste trabalho para a problemática da democratização da saúde. Esta etapa procura também relatar as transformações ocorridas ao longo do processo para a pesquisadora, como forma de finalizar o diário de campo e fazer um balanço final do experimento proposto.

Na longa viagem que empreendemos aos 48 dias de trabalho da subcomissão VII-b, cheguei a um paradoxo que caminharia junto à tese mais famosa de Latour, defendida no livro *Jamais Fomos Modernos*. Meu paradoxo: “*nós modernos, falamos antidemocraticamente, mas fazemos democracia o tempo todo*”. Quero dizer, o discurso dos atores de meu relato reproduziu a *repartição de poderes* moderna a todo momento, apresentando os dados objetivos coletados por eles como argumentos definitivos. A esses dados, os adversários atacavam com denúncias de manipulação e de não conviência com a realidade. Os dados objetivos e as assertivas teóricas foram alvo das mais acirradas controvérsias. No entanto, os atores de meu estudo, apesar dos relatos e argumentos modernos, fizeram deliberar democraticamente suas propostas e seu conjunto de controversas e heterogêneas democracias, reconhecendo a legitimidade de todas as proposições que adentraram a arena. O argumento que Latour descreveu como metafísica moderna foi o recorrente, no entanto, não funcionou como majoritário, nem eliminou as controvérsias e deliberações. Quero dizer, o funcionamento democrático da subcomissão de saúde VII-b não foi abortado previamente pela *repartição de poderes* moderna, apesar dos discursos modernos de seus atores.

Se o relato textual de Latour pretende criar uma arena para seus agentes, neste nosso relato a arena deliberativa já estava montada pela ANC. Segundo minhas observações, os trabalhos da subcomissão VII-b responderam às exigências de um *coletivo* como proposto por Latour, no que compete ao *poder de consideração*. Os constituintes agregaram uma quantidade grande e heterogênea de agentes envolvidos na problemática da saúde, dando legitimidade à sua existência. Como o Presidente José Elias Murad afirmou tantas vezes, nenhum pedido de participação de nenhuma instituição representativa foi rejeitado, todos os que quiseram tomar parte no *coletivo*, o fizeram.

Neste ponto, devo ponderar uma questão relativa à *política* de Latour, junto a uma das limitações que encontrei neste estudo. A epistemologia política não trata de agregar somente agentes humanos ao coletivo, mas, ao abster-se da ruptura sujeito/objeto e tratá-los pelos *infraconceitos humanos/não-humanos*, agregar como agentes políticos também as coisas, que antes eram tidas mera causalidade. A deliberação exercida pelos constituintes ultrapassou uma barreira da democracia moderna, a que concerne na exclusão prévia da heterogeneidade de humanos, pelo discurso da verdade Científica, agregando os diversos grupos humanos

reconhecidos pela democracia representativa. Avançou ela no sentido de agregar os não humanos? Nossa consideração, aqui, é a de que ela o fez oficiosamente, mas não oficialmente. Oficialmente, os constituintes exerceram a democracia representativa moderna agregando representantes da sociedade civil organizada. No entanto esta representação, não corresponde à representação proposta por Latour, no sentido do *coletivo*. De qualquer forma, os constituintes deram voz a diversos não-humanos ao longo de seus posicionamentos, o que se tentou desenhar com a arena construída no item 5.1.

A arena deliberativa já estava construída no início de nosso estudo, com base na democracia representativa proposta pela constituinte, nos moldes da política existente e exercida no Brasil no final da década de 80. A discussão sobre democracia neste momento pautava-se na construção da igualdade, em vistas de responder às dificuldades econômicas e políticas que o país enfrentava. A discussão sobre política de Latour, que procurei empreender aqui pauta-se na multiplicação das diferenças e modos de existência. Esta diferença fundamental entre estes pensamentos sobre democracia existentes no Brasil 20 anos atrás e o atual pensamento de Latour, não foi explorado, apesar de ter nos acompanhado durante todo o percurso da pesquisa. Tal aprofundamento teórico exigiria um esforço maior, para o qual não houve tempo hábil.

Enquanto eu avançava na leitura dos documentos e avançava na descrição das democracias foi-me ficando evidente a questão já debatida no item anterior: nenhuma das propostas de democratização ia contra a universalização e o controle social, a forma como o Prof. Sérgio Arouca definiu a bandeira da RS, na abertura da 8ª CNS. Se ninguém ia contra estes dois postulados, mas as controvérsias iniciavam logo em seguida quando discutiam como alcançá-los, estávamos tratando de heterogêneas controvérsias alocadas sob a mesma designação, universalização e controle social. Porque será que tão heterogêneas democracias abrigaram-se sob a mesma designação? Ora, nossa hipótese é a de que nenhum dos atores teria a coragem de ir oficialmente contra a assembléia mais democrática e representativa que já se viu no país, ocorrida um ano antes, a 8ª CNS. Qual ator recusaria o apoio dos 4.000 participantes, dos 1.000 delegados representante se do relatório final, votado e aprovado em mais de 12 horas de assembléia pública? Se os dados científicos e objetivos foram às fontes das maiores controvérsias da nossa arena, a 8ª CNS é que foi o argumento majoritário e indiscutível, sob o qual se escondeu a

princípio a heterogeneidade de proposições. Como podemos lidar com este outro paradoxo? A arena deliberativa mais democrática que o país já havia visto, após sua estabilização, pela votação do relatório final, tornou-se o argumento apresentado e assumido como indiscutível, um ano após seu fechamento. Quem, dentro do campo da saúde coletiva, tem coragem de colocar em questão as resoluções da 8ª CNS? (Vou parando por aqui pois esta pessoa não serei eu, até porque, como cidadã e pesquisadora, continuo concordando e valorizando todas as suas resoluções).

As propostas de democratização foram alocadas pelos atores no intermeio de uma dualidade das mais modernas existentes, a disputa entre esquerda e direita, estatização ou privatização/livre-iniciativa. Os atores mais radicais argumentam suas propostas, estatização ou privatização, ferozes, com suas unhas e dentes. No entanto, o que vi acontecer nas discussões é que, enquanto permaneciam os atores debatendo os pólos, as discussões tornavam-se acirradas a ponto de tornarem-se também improdutivas. Perdiam de vista aquilo que deveriam construir juntos. Quando algum ator passava a trazer para a deliberação exemplos vividos pelo sistema de saúde, experiências concretas, as discussões mudavam de curso e passavam a procurar formulações que não estavam em um ou outro pólo, mas pautadas nas necessidades e recursos existentes, experimentados. Assim, construíam proposições mescladas de estatização e privatização. Quando os atores passavam a deliberar com as experiências e os dados que traziam da “realidade” que vivenciaram, não mais tratavam das propostas idéias da socialização ou da liberdade econômica absoluta, mas dos recursos que podiam agregar daqui ou dali, para responder a necessidades reais e comuns a todos. O ator que se configurou o maior mediador neste sentido, foi o já reconhecido herói da reforma sanitária, o Prof. Sérgio Arouca, que mantém seu título aqui neste trabalho também. Ao final da deliberação, vimos constituintes socialistas não tão mais radicais, e da mesma forma, constituintes liberais, não mais tão privatistas. Como se operaram estes deslocamentos? Como Latour diria, no curso das associações que estabeleceram os atores durante as reuniões, na procura de um *mundo comum*.

Consideramos, então, o *poder de consideração* bem trabalhado pela arena da subcomissão VII-b, o que quer dizer que a arena permitiu proliferarem as propostas de democracia e coexistirem as controvérsias, funcionando como um coletivo. E quanto ao *poder de ordenamento*? Este poder, que corresponde a segunda e terceira etapas metodológicas de Latour, ao fazer a questão “podemos viver em

conjunto?” trata das formas de organização e hierarquização das proposições do coletivo, a fim de chegarem a uma formalização correspondente ao *mundo comum*. Podemos perguntar como adveio o fechamento da nossa arena? O instrumento de fechamento das deliberações ocorreu através da votação, assim como ocorre nas arenas políticas deliberativas da democracia representativa. Nossa hipótese é a de que neste ponto a democracia do coletivo foi abortada. Vejamos por que: foram realizadas sete reuniões destinadas à audiência pública dos envolvidos com a saúde no país; uma reunião destinada à discussão do pré-projeto redigido pelo relator Carlos Mosconi; cinco dias entre apresentação de ementas e redação do anteprojeto; e por fim duas reuniões para votação do anteprojeto final. Poderia relatar este processo da seguinte forma: os constituintes tiveram disposição e disponibilidade para ouvir todos os envolvidos na saúde (todos que requereram participação no coletivo). Fizeram um pré-projeto que contemplou as várias propostas apresentadas, tendo como eixo central a proposta majoritária (a da 8ª CNS) mas garantindo autonomia e existência a todos os envolvidos. Ao definirem e fecharem o anteprojeto (o período de votação), no entanto, colocaram de lado os envolvidos todos. Deliberaram entre os representantes eleitos (deputados e senadores – a representatividade muda) e, com o fim do prazo, recorreram à votação: as deliberações acerca dos artigos e ementas do anteprojeto tornam-se ainda mais acirradas, mas são abortadas pela interpelação recorrente da presidência “o tempo previsto para justificativa, réplica e tréplica está terminado; vamos votar.”. Nesta etapa, o Regimento da ANC, torna-se ator e argumento maior das discussões cortando a deliberação em função do tempo e prazos.

O que definiu, na votação, a proposta que foi contratada no anteprojeto? Os constituintes (deputados e senadores) definiram seus votos com base em que? Na ampla deliberação ocorrida nas assembleias públicas das reuniões anteriores? Mas, boa parte dos constituintes que votaram, não foram os mesmo que participaram das reuniões. Os constituintes, além de se ausentarem em muitas reuniões, mesclaram-se nas assembleias públicas e nas reuniões de votação entre titulares e suplentes (definidos a partir dos partidos)⁶⁵, de forma que os que votaram, não foram sempre os que participaram das audiências. Como então definiram seus votos? Pela organização e deliberação de seus partidos? De qualquer forma, aos inúmeros

⁶⁵ Como se pode observar nas tabelas disponíveis no apêndice 1

participantes das assembleias públicas, restou torcer para que seus representantes eleitos exercessem sua representatividade com afinco.

Se o *poder de consideração* coletou a grande e heterogênea quantidade dos envolvidos na saúde no país, o *poder de ordenamento*, lugar no qual deveríamos deliberar “*Como poderíamos viver em conjunto?*”, abortou a operação: restringiu a deliberação ao grupo de representantes legislativos e, com os limites do prazo dado pelo regimento, abreviou a deliberação, interrompendo as discussões em função da votação. Ora, parece irônico que o voto, que se tornou o objeto da luta democrática nos anos anteriores, tenha funcionado abortando a democracia do coletivo na nossa arena. Parece-me que a satisfação da maioria, em detrimento da minoria, não é um bom resultado para uma *política* do *coletivo*. O mecanismo da votação faz somente alternar os grupos políticos no poder e nunca os faz deliberar coletivamente em prol do mesmo mundo que habitam. Será este um dos dispositivos que mantém a contínua disputa?

Com base em que os deputados e senadores constituintes votaram? Somente saberíamos de continuássemos traçando nossa rede. E se deixássemos deliberar acerca do anteprojeto, recusando o recurso da votação, até que chegassem a um consenso? Deliberaríamos até a eternidade sem nunca entrarmos em acordo? Ou conseguiríamos, em algum momento, fazer os sacrifícios necessários (em prol do coletivo) para ordenar e coabitar um *mundo* que nos fosse *comum*? Bem, somente novo experimento e a continuidade da descrição poderiam responder. Mas, posso especular que se continuassem deliberando como se estivéssemos na caverna platônica, disputando qual de nossas metafísicas/propostas corresponde a mais verdade sobre o mundo, continuaríamos eternamente deliberando, como bem antecipou Platão, nas trevas.

Como produzir uma nova relação, dos participantes das arenas democráticas, com as suas verdades e metafísicas? Na arena montada pela ANC, como deveríamos nos portar para agir democraticamente? Como propor a nova constituição de Latour, como modelo para a conduta nas arenas democráticas?

Diante destas questões, me restou lamentar a escolha por estudar um tempo cronológico passado, e ter inventado solitária a arena em que fiz a proposta latouriana (o item anterior 4.1), ao invés de tê-la realizado junto aos constituintes. Onde estão os constituintes agora? Gostariam eles de resgatar suas propostas

daquele tempo? Começo a imaginar que os prazos, inimigos da democracia, são também os meus. Neste mestrado ficaremos por aqui.

Um dos desdobramentos teóricos de Latour, é também uma saída para este desconforto. Qualquer estabilização é sempre provisória. Quantas vezes as democracias propostas na ANC foram revistas, após seu fechamento? Quais destas controvérsias perduraram? Como foram reformuladas, reconduzidas?

As questões que ficam mostram os limites deste trabalho, que suscitam as propostas de continuidade. Fizemos um estudo documental, de um tempo cronológico passado e nos propusemos a explorar em profundidade as controvérsias, nos restringindo à primeira etapa metodológica de Latour, a correspondente ao *poder de consideração*. Ainda assim, o relato das controvérsias e a coleta de agentes poderiam estender-se indefinidamente. Ainda com estas restrições, me vi na iminência de escolher o que reproduzir no relato, de acordo com a nossa questão inicial e nosso objeto de discussão, a democratização da saúde, de forma que não explorei todas as controvérsias que surgiram na subcomissão de saúde VII-b, mas aquelas que foram trazidas pelos atores como relativas à democratização. Este relato, realizado nestas páginas e na plataforma Prezi, consiste então em uma realidade, a que se construiu por mim. Esta *forma do real* poderá ser considerada mais ou menos fidedigna e autêntica, de acordo com as avaliações e julgamentos dos leitores.

Outras dificuldades enfrentei neste relato. Primeiro, o esforço para abandonar minha postura analítica diante das metafísicas dos atores. Apontar, denunciar e criticar seus discursos tornou-se uma voz em minha existência que esteve presente durante todo o estudo; mas uma voz a parte, a ponto de eu mesma divertir-me com minhas revoltas, anuências e simpatias. O relato construído no item 4.1 foi um esforço sincero, de inserir na discussão a minha perspectiva, baseada na leitura e compreensão que tive de Latour, no lugar de discutir o campo com uma postura analítica. Discussão esta, que eu gostaria de ter realmente partilhado com os atores.

Durante todo o estudo, outra dificuldade foi a de descrever sucintamente a complexa reflexão de Latour e de apresentá-la como proposta de um coletivo, no item 4.1. Se Latour já é um autor complexo nas extensas dissertações que publica, que dirá nas poucas páginas dedicadas a duas de suas reflexões mais complexas. Espero que este trabalho tenha servido para a Saúde Coletiva, pelo menos como uma introdução ao seu pensamento e como um indicador para os leitores

localizarem-se em sua produção bibliográfica. Apesar da dedicação ao aprofundamento em Latour, a todo momento acompanhou-me a sensação saudável (e prazerosa) de que devo estudar mais, e é com ela que agora que finalizo este trabalho, traçando algumas considerações finais.

O que este estudo traz à Saúde Coletiva? O que a perspectiva metodológica e política de Latour acrescenta às discussões do campo? Ora, boa parte das discussões da SC prende-se ainda a mesma problemática da qual tratamos com a subcomissão na ANC: estatização x privatização, as formas de garantir a universalidade, as propostas de descentralização que mantém ou tiram a autonomia de estados e municípios, etc.. A maior parte das discussões continua presa aos modelos analíticos da Reforma Sanitária, o que mantém, nestas ocasiões, as mesmas problemáticas descritas e as mesmas denúncias concluídas. Espero que este estudo tenha arejado os referenciais teóricos da Saúde Coletiva, com a inserção deste novo, a epistemologia política e a ciência social de Latour. Mas, a principal contribuição que penso que este estudo traz é esta nova perspectiva como proposta para abordagem dos locais de deliberação do SUS. Que inovação a perspectiva de Latour poderia trazer para a discussão dos conselhos de saúde? E para a discussão dos processos de tomada de decisão quanto a políticas públicas? Penso que as reflexões deste estudo, mostram que uma abordagem latouriana dos locais de deliberação que pretendem ser democráticos no SUS, pode, pelo menos, renovar a discussão acadêmica.

Para finalizar este longo percurso, cabe-me agora refletir sobre a questão final: *Como seria uma política/democratização não moderna para o SUS? Quais novas democracias a pesquisadora é capaz de enxergar?* Esta política não-moderna, na minha compreensão, deveria responder a alguns requisitos:

- 1) Considerar a pesquisa científica na área da saúde como uma experimentação extremamente útil à composição dos *coletivos* e do *mundo comum*; mas não como assertiva indiscutível quanto à realidade/natureza, colocada assimetricamente às outras proposições do *coletivo*.
- 2) Produzir uma legislação que, apesar de normativa, pois é uma estabilização de uma heterogeneidade de controvérsias, conceba sua contínua rediscussão e permita sua mutação. Como explorar esta contradição da necessidade de normatizar, ou produzir um direcionamento da ação, sem restringir as possibilidades do novo? Tal estabilização não poderia restringir a entrada de

novos agentes no coletivo pelo *poder de consideração*. E a partir da entrada contínua de novos agentes, reformular-se continuamente, em vista da elucubração de novos mundos possíveis, mais satisfatórios ao coletivo.

- 3) Conceber uma ordenação maior (a nível federal, por exemplo) que não restrinja a autonomia dos coletivos locais, visto que o coletivo delibera a partir da experiência e dos recursos que seus agentes carregam e é, portanto, sempre “local”.

Estes requisitos não estão dissociados das democracias propostas por nossos atores. Por exemplo, quando os atores insistem na descentralização, com a transferência do poder executivo e do controle social para estados e municípios, estamos abordando uma proposta que pode culminar na valorização dos coletivos locais. Ou quando deliberam que os espaços governamentais de decisão devem considerar paritariamente a participação da sociedade civil, a semelhança da representatividade alcançada na 8ª CNS, estão garantindo a abertura que requer o *poder de consideração* e possivelmente afirmando que a sociedade civil deve assumir um lugar paritário na deliberação com os cientistas e políticos. Quando afirmam a instabilidade do momento que estão passando e valorizam a deliberação na procura de estabelecer um novo sistema, estão propiciando a expansão do espaço de incertezas existente entre as estabilizações do social e, assim, possibilitando o desenvolvimento do coletivo em suas *trajetórias de aprendizagem*.

As propostas de democracia dos atores mesclam-se com a proposta *política* de Latour em inúmeros pontos. Qual então a diferença que este estudo faz, quanto à proposta de democratização do SUS? O que diferiria a descentralização que o SUS já opera, de uma descentralização com vista aos coletivos locais, proposta a partir de Latour? Poderíamos mudar nossa conduta da disposição de disputa da caverna platônica, para a disposição de cooperação do *coletivo*? São questões que, ao meu ver, só temos uma forma de responder: expandir os locais de experimentação, pois, assim como aconteceu com os constituintes, a partir de que colocamo-nos em uma mesma arena, somos obrigados a olhar para as realidades múltiplas que os outros nos apresentam e, em última instância, vivemos a iminência de estarmos no mesmo mundo e o imperativo de nossa convivência.

E a pesquisadora, é capaz de enxergar novos mundos, novas democracias para o SUS? Preciso estudar mais. O quanto pós-moderna deixei de ser? Bem,

somente as novas experimentações dirão. Mas, o que posso afirmar é que termino este estudo mais disponível, menos pessimista e com gana destas experimentações. Meu único desejo é que este trabalho possa produzir o mesmo por onde ele estabelecer relações e associações e que, os que o lerem, não terminem os mesmos. Enfim, só posso desejar que este trabalho tenha se tornado mediador completo e que sirva para fazer proliferar esse social contínuo em mutações e novos mundos.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?**. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007, vol.12, n.2.

CORTES, Soraya Vargas. **Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde**. *Cad. Saúde Pública*. 2009, vol.25, n.7.

FLEURY, Sonia Maria. **O Desafio da Gestão das Redes de Políticas**. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002

FLEURY, Sonia e OUVRENEY, Assis. **O sistema único de saúde brasileiro: Desafios da gestão em rede**. *Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão*. 2012, vol.11, n.2-3, pp. 74-83.

FREIRE, Leticia de Luna. Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. **Comum**. 2006, vol.11, n.26, pp.46-65.

GUERREIRO, Jória Viana and BRANCO, Maria Alice Fernandes. **Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde**. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011, vol.16, n.3.

GUIZARDI, Francini Lube and PINHEIRO, Roseni. **Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde**. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006, vol.11, n.3, pp. 797-805.

HERNANDEZ, António Arellano. **La sociología de las ciencias y de las técnicas de Bruno Latour y Michel Callon**. *Cuadernos Digitales: publicación electrónica em História, Arquivística e Estudos Sociais*. 2003, vol.8, n.23.

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. **Vida de Laboratório – a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relime Dumará, 1997.

LATOUR, Bruno. **Jamais Fomos Modernos**: ensaio de antropologia simétrica. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

LATOUR, Bruno. **Ciência em Ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade a fora**. São Paulo: Ed. UNESP, 2000.

LATOUR, Bruno. **A Esperança de Pandora**: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Bauru, SP: Edusc, 2001.

LATOUR, Bruno. **Políticas da Natureza**: como fazer ciência na democracia. Bauru, SP: EDUSC, 2004.

LATOUR, Bruno. **Por uma Antropologia do Centro** (entrevista). *MANA* 10(2):397-414, 2004a

LATOUR, Bruno. **Como terminar uma tese de sociologia: pequeno diálogo entre um aluno e seu professor (um tanto socrático)**. *Cadernos de Campo*. 2006, São Paulo, n. 14/15, p. 1-382.

LATOUR, Bruno. **Reagregando o Social: uma introdução a teoria do ator-rede**. Salvador: EDUFBA; Bauru-SP: Edusc, 2012.

MARTINS, Paulo Henrique. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. *Cad. Saúde Pública*. 2008, vol.24, n.7.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Redes de Atenção a Saúde**. *Rev Med Minas Gerais* 2008; 18(4 Supl 4).

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010, vol.15, n.5, pp. 2297-2305.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de Atenção a Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

Ministério da Saúde. Portaria 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em :

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acessado em: 12 fev. de 2012.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. **Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS**. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009, vol.14, n.3, pp. 795-806.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. **Redes interfederativas e saúde: trocas, benefícios e iatrogenias na construção do SUS**. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011, vol.16, n.3.

OLIVEIRA, Lucia Conde de and PINHEIRO, Roseni. **A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política**. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010, vol.15, n.5, pp. 2455-2464.

PLATÃO. **A República**. São Paulo: Nova Cultura, 1996.

SANTOS, Lenir and ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos**. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011, vol.16, n.3.

TARDE, Gabriel. **Monadologia e Sociologia e outros ensaios**. São Paulo: Cosac Naify, 2007.

TIRADO, Francisco. **Recensión Crítica - Reassembling the Social: An introduction to Actor-NetworkTheory**. *Revista de Antropología Iberoamericana*. 2005, Núm. Especial. Noviembre-Diciembre. Madrid. ISSN: 1578-9705

TIRADO, Francisco. ARGEMÍ, Miguél Domènech. **Asociaciones Heterogéneas y Actantes: El giro postsocial de La teoría Del actor-red**. Revista de Antropología Iberoamericana. 2005, Núm. Especial. Noviembre-Diciembre. Madrid. ISSN: 1578-9705

TREVISAN,Leonardo e JUNQUEIRA,Luciano Prates. **Saúde pública no Brasil: rede social, pacto de gestão e o Programa Mais Saúde Direito de Todos 2008-2011**. *Economia Global e Gestão*. 2010, vol.15, n.3, pp. 43-62.

VARGAS, Eduardo Viana. **Antes Tarde do que Nunca. Gabriel Tarde e a emergência das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2000.

VASCONCELOS, e PASCHE. O Sistema Único de Saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**, São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Ed. Fiocruz, 2006.

WEBER, Max. **Conceitos Sociológicos Fundamentais**. Covilhã: LusoSofia-press, 2010

GLOSSÁRIO

***Actor-Network-Theory* (ANT), Sociologia de Associações e Antropologia Simétrica**

A perspectiva de Latour assumiu vários nomes ao longo de sua produção acadêmica. Na introdução do livro *Reagregando o Social, uma introdução a Teoria do Ator-Rede* o autor brinca com esta indefinição: “(...) [existe nenhuma introdução], de meu conhecimento, para este pequeno subcampo da teoria social que recebeu o nome de... que nome, afinal de contas? Ai de mim, o nome histórico é teoria do ‘ator-rede’, tão deselegante, tão confuso, tão sem sentido que merece ser conservado.” (Latour, 2012, p.28). Latour brinca ainda com outras possibilidades de nome para sua ‘ciência social’ tais como ‘sociologia de translação’ ou ‘ontologia actante-rizoma’. Tal indefinição quanto ao nome de sua perspectiva remete ao próprio hibridismo do autor e do campo dos *science studies* (Latour, 2004a). Vamos melhor delinear as três designações mais usadas e citadas neste projeto:

Actor-Network-Theory (ANT): é a designação mais utilizada e que especifica o principal *infraconceito* de Latour, a noção *ator-rede*. Este visa produzir a simetria necessária para desfazermos das cisões modernas sujeito/ator X sistema/estrutura; micro X macro, etc.

Antropologia Simétrica: é a designação que vem desde o início dos estudos de Latour, com a antropologia da ciência. Denota a diferenciação da etnografia de Latour para a antropologia/etnografia clássica, pelo *princípio de simetria generalizado*.

Sociologia de Associações: é o termo usado por Latour para contrapor o que chama de Sociologia do Social, no livro *Reagregando o Social*, já em uma fase avançada de sua produção. A Sociologia de Associações tem por princípio seguir as associações entre agentes/actantes, a *priori* não sociais, recusando o ideal positivista do social como campo ontológico distinto. A Sociologia de Associações tem uma influência claramente Tardeana (Tarde, 2007)

Constituição moderna/antiga constituição X nova constituição

A constituição moderna esta pautada em uma cisão ideológica/política entre a Natureza e a sociedade. De um lado está o mundo factual, dos objetos, que responde estritamente a leis de causalidade, e por isso está para além (transcende) das decisões e interesses humanos. A Natureza é algo já posto, existente desde sempre, sem história. Ela pode ser desvendada/descoberta através da Ciência, do método, operação que visa a suspensão dos juízos humanos. À este mundo transcendente, a-histórico, contrapõe-se ao mundo dos “homens-entre-eles”, regido pelos interesses, pelas disputas, pelo poder, pela subjetivação e pelo livre-arbitrio. A sociedade é imanente, construída pela ação humana e desenvolvida através de discussões e decisões; aos quais damos o nome de política. Na passagem do Sec. XIX para o XX, há a produção da Sociedade como transcendência, à semelhança da Natureza, pela então emergente vertente positivista da Sociologia (a escola durkheimiana) que reproduz o mundo dos “homen-entre-eles” o método das ciências naturais. A constituição moderna consiste então, nesta cisão em

duas câmaras Natureza e Sociedade (seja ela concebida como transcendência ou imanência).

Para Latour, tal constituição é mais uma metafísica dentre outras que permeiam os agrupamentos sociais. Para ele, a *constituição moderna* tornou-se insuficiente para dar conta nas problemáticas atuais, apresentando como exemplo, as crises ecológicas. Propõe então, uma *nova constituição*, que não parta da cisão ontológica prévia entre coisas e humanos; agregando todos os agentes do mundo em uma mesma câmara chamada Coletivo.

Para reflexão aprofundada sobre a constituição moderna vide Latour (1994).

Para a proposta da *nova constituição* vide Latour (1991) e Latour (2004)

Epistemologia política, epistemologia e polícia epistemológica

Latour difere no livro Políticas da Natureza (2004) três formas de epistemologia. A primeira seria a Epistemologia como “descrição meticulosa das práticas sábias”, a epistemologia clássica que viria a explicitar os mecanismos de produção do conhecimento, a qual Latour reconhece a validade e a importância. A segunda seria a que ele denominou Epistemologia (política) ou polícia epistemológica. Esta não tem como função principal descrever as práticas e a produção do conhecimento das ciências, mas procura evitar toda interrogação sobre as complexas ligações entre as ciências e as sociedades. Com esta Latour diz que se deve lutar, pois ela tem como função manter a *repartição de poderes* do mundo moderno acabando com qualquer possibilidade política democrática. Por isso a palavra política vem entre parenteses pois esta epistemologia é uma politização da Natureza e da Ciência dando-lhes neutralidade política e o poder de dizer a realidade. Já a Epistemologia política, que é a qual Latour pratica e desenvolver no livro, trata-se de descrever simultaneamente a organização da vida pública e das ciências, contrariamente a epistemologia (política).

Vide Latour, 2004, p. 31.

Humano e não-humano

Com a recusa da cisão moderna entre Natureza e Sociedade/cultura, Latour substitui os termos objeto e sujeito, pelos termos não-humano e humano. Ao abandonar os termos sujeito e objeto, Latour pretende redistribuir simetricamente, entre os agentes humanos e não-humanos do *mundo comum*, as qualidades (volição, realidade, livre arbítrio, causalidade, etc.) antes classificadas entre os dois campos ontológicos, Natureza e Sociedade. Os termos fazem então parte da infralinguagem de Latour e objetivam manter a simetria nas descrições etnográficas.

Infralinguagem/teoria negativa X metalinguagem/teoria positiva

A Sociologia de Associações defende que, para que as metafísicas e discursos dos atores recebam o devido respeito, o pesquisador deve abster-se de qualquer pretensão explicativa. Os próprios atores explicam por si mesmos como e porque agem, ou seja, “fazem sociologia para os sociólogos”. Para que na Sociologia das Associações, o pesquisador consiga abster-se de qualquer explicação sobre a realidade que estuda, é proposta

uma teoria negativa na forma de uma *infralinguagem*, ou seja: a teoria não deve afirmar nada de positivo, de qualidade sobre a realidade (isso compete aos próprios atores), mas ser constituída de “conceitos”/termos tão banais e abstratos, que assumem como função permitir a descrição e coletar/abarcas as heterogeneidades das diversas metafísicas e sociologias dos atores.

Para Latour, as teorias positivas/explicativas substituem a linguagem plenamente lógica e coerente dos atores por uma metalinguagem sociológica, supostamente mais objetiva, explicativa e real. Tal mecanismo que assentasse na *constituição moderna* e na sua *repartição de poderes*, Latour quer renunciar.

Sobre infralinguagem vide Latour, 2012, p.52 e 53.

Sobre a teoria negativa, vide Latour, 2012, p.317.

Mediador – Intermediário (teoria da ação)

Para Latour, na descrição, os atores podem se encarados como intermediários ou como mediadores. Intermediário é aquilo que transporta um significado ou força sem transformá-lo. Funciona como uma unidade, uma *caixa-preta*, ou seja, por mais complexo que seja, permanece fechado e definir o que nele entra, já define o que sai. Um mediador, ao contrário, é um complexo que necessariamente transforma, traduz e distorce o que nele entra. Tal diferenciação está relacionada a teoria da ação de Latour, na qual para ser ator, um agente precisa necessariamente *fazer algo* e não meramente transportar significado. Um ator *leva outros a fazerem coisas* em um curso de associação, tal movimento implica na mutação contínua de um estado de coisas. O social como associação é povoado de mediadores e quando é produzida uma estabilização ao ponto de manifestarem-se intermediários (atores que reproduzem, que não fazem diferença), deve-se procurar rastrear os meios de estabilização. Para Latour, a estabilização e a manutenção de atores como intermediários, é sustentada pela mobilização de mais mediadores. O social é sempre mutação.

Vide Latour, 2012, pg. 64 à 67.

Para noção de caixa-preta vide Latour, 2000, p.14 a 16.

Metafísica e metafísica experimental

Latour assume o termo metafísica para designar as concepções de mundo e as construções explicativas dos atores. Escolhe este termo por alguns motivos: 1) nos aproxima novamente da filosofia, a qual nos permite, pela diversidade de ontologias, nos dá a flexibilidade para transitar entre as controvérsias e heterogeneidades dos atores e suas associações; 2) é um bom substituto para o termo ontologia (este que é parte essencial da constituição moderna, empregado na purificação dos fenômenos), para se remeter aos entes e formas com as quais os atores compõem seus mundos; 3) pela própria tradição filosófica do termo, ele já nos remete a multiplicação e pluralidade, e não a restrição, dos agentes do mundo; e mais, nos permite designar a coexistência de mais de um mundo, de múltiplas metafísicas, em um mesmo espaço. Tal coexistência é objetivo final da *política* de Latour.

Por metafísica(s) empírica(s), Latour denota a diversidade de mundos e formas de existências encontrados e descritos empiricamente, através da etnografia, em determinado curso de ação o agrupamento. Vide Latour 2012.

Pluriverso, mundo comum e coletivo

Na *constituição moderna*, temos a unificação do mundo dada pelo mononaturalismo, enquanto a pluralidade é dada pelo multiculturalismo. A semelhança dos seres reside na Natureza transcendente, que é a mesma para todos; e a diversidade reside nas diversas interpretações que fazemos da mesma realidade, as diversas culturas.

Latour, como sempre, quer escapar a esta construção moderna. Ao descrever a prática científica (politizada na forma da Ciência, capaz de acessar a Natureza transcendente), Latour entrou em contato com a complexidade e a heterogeneidade destas práticas. Se as práticas científicas são múltiplas e controversas, elas não podem acessar a Natureza, um universo; mas produzem e acessam múltiplas naturezas. Para dar conta desta terminação, Latour propõe a substituição da palavra universo pela palavra *pluriverso*.

A necessidade de “unificação”, que antes era suprida pela politização da Natureza e da Ciência, é colocada por Latour na percepção mais óbvia da existência e trabalhada pelas ciências sociais: dividimos um mesmo mundo, um mesmo espaço, e inelutavelmente somos levados a conviver. Se agora a pluralidade e a diversidade permeiam inclusive o *pluriverso* (antigo universo), o que une as diversas existências é o fato de que com-vivemos em um mesmo mundo, chamado por Latour de *mundo comum*. A forma de convivermos é dada pela *política*, que trata da *composição progressiva do mundo comum*, na forma de *coletivo*. Se antes, a realidade era dada por uma Natureza unificada e universal; agora a realidade é coproduzida pelos diversos e heterogêneos agentes que coexistem e associam-se em um mesmo *coletivo*. O coletivo, objetiva então, reagrupar simetricamente em uma mesma câmara deliberativa, os antigos sujeitos e objetos, agrupados separadamente pela *constituição moderna*.

Tal assunto é tema de todo o livro *Políticas da Natureza* (Latour, 2004).

Poder de Consideração e Poder de Ordenamento

Consiste na nova *repartição de poderes* proposta por Latour para substituir a antiga divisão entre fatos e valores no coletivo. O *poder de consideração* responde a questão *quantos e quem somos nós?*, com a função de coletar o máximo de metafísicas e proposições acerca de uma problemática comum. O *poder de ordenamento* responde a questão *podemos nós formar um mundo comum?*, com a função de deliberar as proposições e recursos coletados, em prol da composição do *mundo comum*.

Esta nova *repartição de poderes* está descrita no capítulo 3 do livro *Políticas da Natureza* (2004)

Política-poder X política

Latour difere a política-poder, da *política* proposta por ele como *composição progressiva do mundo comum*. Por política-poder, Latour denota as concepções de política ocidentais que reproduzem a constituição moderna ao

assumir coisas e humanos em câmaras separadas e, com isso que os humanos somente teriam um acesso indireto ao real. Tal política-poder é representada por Latour pelo mito da Caverna de Platão, no livro *Políticas da Natureza* (2004). Para Latour, o pensamento ocidental, ao instituir que o acesso a realidade é sempre mediado pelo subjetivismo, legitima o perspectivismo e assume como inerentes as relações humanas, a disputa de interesses, as assimetrias sociais e o poder, afundando-nos mais na Caverna platônica.

Latour, ao abster-se da constituição moderna, propõe a reorganização dos agentes do mundo em uma única câmara, chamada por ele de *mundo comum*. Nesta nova constituição, a *política* toma a forma de *composição progressiva do mundo comum*, por meio das constantes associações que os agentes, *humanos* ou *não-humanos*, estabelecem. A *política* de Latour pretende ser simétrica e eminentemente deliberativa, dentro dos conjuntos de associações agrupados na forma de *coletivo*.

Sobre política-poder, vide Latour, 2004, Cap.1.

Sobre a política e a composição do coletivo, vide Latour, 2004, Cap.2.

Prática de purificação, prática de mediação e os fenômenos híbridos

A *constituição moderna* opera no conjunto de duas práticas. A *prática de purificação* consiste na constante classificação dos fenômenos entre as duas câmaras da constituição moderna a Natureza e a Sociedade/cultura. Nesta prática os fenômenos são ontologizados como naturais ou humanos, e passam a ser descritos pelas respectivas áreas do conhecimento. Tal prática termina por reconhecer a legitimidade ontológica apenas de fenômenos que adéquam-se as explicações purificadas. Esta prática é operada pelo que Latour chama de *crítica* no livro *Jamais Fomos Modernos* (1994); e pela *epistemologia/polícia epistemológica*, como descrito no livro *Políticas da Natureza* (2004).

A *prática de mediação* é a constante mistura, no nível empírico, dos fenômenos e faculdades (classificados como naturais e humanos pela *prática de purificação*). Para Latour a legitimação exclusiva dos fenômenos passíveis de purificação fez proliferar os *fenômenos híbridos*, que não são facilmente enquadráveis ou na câmara da Natureza, ou na câmara da Sociedade/cultura. O mundo, através da prática de mediação, mistura a todo momento coisas e humanos, natural e social, sendo que todos os fenômenos, em última instância são *fenômenos híbridos* de natureza e cultura. Latour procura no livro *Jamais Fomos Modernos* (1994) criar uma constituição que dê legitimidade ontológica e esses fenômenos.

Princípio de simetria generalizado

O *princípio de simetria generalizado* é uma extensão do princípio de simetria de David Bloor. Bloor propôs em seu Programa Forte de Sociologia da Ciência que fossem tratados nos mesmos termos a verdade e o erro da prática científica, ou seja: a mesma análise deveria explicar simetricamente os sucessos e os fracassos da ciência, duvidando simultaneamente da validade e da falseabilidade. Por exemplo, a mesma análise deve explicar porque acreditar na astronomia e não na astrologia, sem preconceber uma como

científica (verdade) e a outra não. Latour e Woolgar (1997) assumem esse princípio como base, porém, o estendem para o *princípio de simetria generalizado*: a mesma simetria aplicada a verdade e ao erro, deve ser aplicada as explicações naturalizadoras a às sociologizadoras. Em outros termos, para fazer antropologia simétrica do mundo moderno, não se pode acreditar nem na natureza, nem na sociedade, colocando estas crenças sobre estas duas câmaras entre parênteses. A antropologia simétrica consiste na recusa simultânea da naturalização e da sociologização, desfazendo-se assim a assimetria da *constituição moderna*.

Vide Latour, 1997, Cap.1; e Latour, 1994.

Repartição de poderes

Pelo termo *repartição de poderes* Latour designa as formatações políticas produzidas a partir das *constituições*. A *constituição moderna*, permitiu uma certa *repartição de poderes*, exemplificada pelo mito da caverna de Platão, na qual a prática científica (politizada como a Ciência) detém todo o poder de dizer a realidade, visto que é a única prática capaz de romper com a subjetividade da câmara dos humanos, para acessar a realidade transcendente, a Natureza. O cientista, visto que é o único capaz de acessar a realidade, torna-se ao mesmo tempo legislador (capaz de calar a vozes humanas no interior da caverna) e salvador, visto que vem retirar os humanos da ilusão. Com isso a constituição moderna e a Ciência tornam-se anti-democráticas.

Com a nova constituição, concebida em uma única câmara e a *política* proposta por Latour, a as faculdades de realidade, objetividade, perspectivismo, pluralismo, etc. são redistribuídos entre todos os agentes que compõem o *coletivo* e, com isso, produz-se uma *repartição de poderes* simétrica que pode possibilitar, enfim, a democracia.

Tradução/translação

A noção de tradução/translação é essencial na perspectiva de Latour e diretamente relacionada a sua teoria da ação. Ela implica que, sempre que há uma nova ação/conexão, há um deslocamento de espaço, rota, uma invenção que modifica um estado de coisas. É esta mobilidade do social que a noção de *rede* visa permitir. A teoria da ação (*faz fazer*) implica que os atores modificam-se a cada nova conexão, sejam eles *humanos* ou *não-humanos*, ou seja, não comportam-se como *intermediários*, mas como *mediadores*. Em um curso de ação os agentes transformam continuamente um estado de coisas pelo que *fazem com o que os outros os levam a fazer*. Toda conexão implica em uma translação/tradução. Tal conceito foi emprestado da filosofia da ciência de Michel Serres.

Vide Latour, 2000.

Transcendência – Imanência

A perspectiva de Latour trata da recusa de qualquer forma de transcendência. Com isso assume-se toda realidade como produção singular e momentânea de um conjunto de associações, visto que estas estão em constante mutação.

Quanto mais articulado for um agente, ou seja, quanto mais associações estabelece, mais real ele se torna. Tal imanência generalizada (ou construtivismo generalizado) permeia diversos conceitos e passagens da perspectiva de Latour tais como, a noção de *política* como *composição progressiva do mundo comum*; a sociedade como uma possível produção de um conjunto específico de associações; a *infralinguagem* como recusa de um discurso explicativo; a proposta de sociologia descritiva através da planificação do social (recusa da estrutura macropolítica); etc. Tal “imanência generalizada” associa-se e fundamenta-se na sociologia de Gabriel Tarde (2007).

A argumentação de Latour, ao apresentar sua teoria, consiste então na recusa sucessiva de todas as transcendências produzidas pela constituição moderna (em especial a dupla Natureza- Sociedade). Para ele, com qualquer transcendência, não há simetria, nem a possibilidade de ação política, nem ação democrática, visto que se coloca a origem ou causa da realidade em um domínio fora do campo de ação dos agentes.

Vide Latour, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Dados referentes às reuniões da subcomissão VII-b Saúde, Segurança e Meio Ambiente

	Dia - local	Presentes	Pauta
1ª	07/04/1987 16:00h Sala do Anexo II do Senado	Raimundo Rezende (presidente) Adylson Motta Alarico Abib Carlos Mosconi Eduardo Jorge Eduardo Moreira Fábio Feldmann Floricens Paixão Francisco Rollemberg Geraldo Alckmin Joaquim Sucena Jorge Uequet José Elias Murad Júlio Campos Maria de Lourdes Abadia Oswaldo Almeida Raimundo Bezerra Roberto Vital Almir Gabriel	<p>Eleição do Presidente e Vice-Presidentes: Resultado: para Presidente, Constituinte José Elias Murad 14 votos; em branco 2 votos; para 1º Vice-Presidente, Constituinte Fábio Feldmann 13 votos; em branco 3 votos; para 2º Vice-Presidente, Constituinte Maria de Lourdes Abadia 13 votos; em branco 3 votos. Foram proclamados eleitos: Presidente, 1º Vice-Presidente e 2º Vice-Presidente os Senhores Constituintes José Elias Murad, Fábio Feldmann e Maria de Lourdes Abadia, respectivamente. Em seguida, designou-se o Senhor Constituinte Carlos Mosconi para relatar a matéria.</p> <p>Discutiram a organização dos trabalhos da Subcomissão, prazos e horários das reuniões.</p>
2ª	08/04/1987 9:30h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal	José Elias Murad (presidente) Adylson Motta Eduardo Jorge Fábio Feldman Geraldo Alckmin Júlio Campos Oswaldo Almeida Raimundo Rezende	<p>Discutem a organização dos trabalhos e das audiências públicas Teriam 5 a 8 audiências públicas e discutem os critérios de seleção dos participantes. Estes seriam órgãos/entidades representativos. Os constituintes cogitam a possibilidade de visitar locais in loco. Para o conhecimento de problemáticas no país.</p> <p>O Constituinte Eduardo Jorge cita a 8ª conferência e a o relatório da CNRS. Seriam fundamentais para os trabalhos da subcomissão. Decidem que cada membro da subcomissão deve trazer um plano de trabalho para o dia seguinte.</p>
3ª	09/04/1987 9:30h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal	José Elias Murad (presidente) Raimundo Rezende, Eduardo Jorge Carlos Mosconi Floricens Paixão Júlio Campos Oswaldo Almeida Eduardo Moreira Adylson Motta Joaquim Sucena Ronaldo Aragão	<p>O constituinte Carlos Mosconi justifica as faltas dos constituintes do PMDB. Leem a proposta da CNRS, já em termos constitucionais, e propõem como ponto de partida. Eduardo Jorge, Floricens Paixão e Raimundo Rezende interam a importância desta proposta.</p> <p>Organização da Subcomissão: Reuniões às 9:00-12:00 de 3ª 4ª 5ª e de às 20:00-24:00 2ª 3ª 5ª; debates na subcomissão à 07/04-08/05; votação do anteprojeto da Subcomissão nos dias 09/05-24/05; e as Audiências Públicas oficiais (4 – Saúde, 2 – Segurança, 2 – Meio ambiente) às 3as e 4as-feiras, período da manhã, pelo seguinte cronograma: 14 de abril (3ª) – Segurança 21 de abril (3ª) – Segurança 22 de abril (4ª) – Saúde 23 de abril (5ª) – Saúde 28 de abril (3ª) – Saúde 29 de abril (4ª) – Saúde 05 de maio (3ª) – Meio ambiente 06 de maio (4ª) – Meio ambiente</p>
4ª	13/04/1987 9:30h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal	Fábio Feldmann (presidente) Jorge Uequet Eduardo Jorge Adylson Motta Carlos Mosconi Oswaldo Almeida Eduardo Moreira Julio Campos Maria de Lourdes Abadia	<p>Seguem discutindo a organização das visitas <i>In loco</i>. O Constituinte Eduardo Jorge propõe a organização das audiências públicas que envolvem o tema Saúde: 1ª audiência) entidades estatais 2) entidades patronais e prestadoras de serviços 3) entidades de trabalhadores; 4) entidades científicas e éticas.</p> <p>A proposta é aceita.</p>

		Raimundo Bezerra Nelson Seixas	Há mal estar na subcomissão, devido ao pedido de adiamento da audiência que seria realizada no dia seguinte, por parte do Ministro da Previdência, Sr. Raphael de Almeida Magalhães.
5 ^a	14/04/1987 8:30h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal	José Elias Murad (presidente) Luiz Soyer Floríceno Paixão Eduardo Jorge Fábio Feldmann Maria de Lourdes Abadia Oswaldo Almeida Carlos Mosconi Paulo Macarini Raimundo Bezerra	Esta reunião seria destinada a audiência do Sr. Raphael de Almeida Magalhães, Ministro da Previdência, que não pode comparecer. Há mal estra na reunião devido a falta do ministro. São deliberadas questões de agenda e organização das viagens. São avaliadas as requisições de entidades para participação nas audiências públicas.
6 ^a	21/04/1987 20:00h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal	José Elias Murad (presidente) Eduardo Jorge Cunha Bueno Adylson Motta Raimundo Rezende Carlos Mosconi Jorge Ueque Luiz Soyer Oswaldo Almeida Geraldo Alkmin Francisco Rollemberg Fábio Feldmann Raimundo Bezerra Carlos Sant'Anna Foram ouvidos os Srs.: .Amaury Soares Silveira, presidente da ANAPP; .João Reis Ricardo dos Santos, Superintendente da SUSEP; .Obed Dornelles Vargas, presidente da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas.	1 ^a audiência publica da subcomissão destinada a ouvir entidades representativas quanto a questão da Seguridade. No que tange a saúde os constituintes receberam cartas de órgãos representativos requerendo participação nas audiências.
7 ^a p. 46	22/04/1987 8:30h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal	José Elias Murad (presidência) Fábio Feldmann Maria de Lourdes Abadia Carlos Mosconi Adylson Motta Eduardo Jorge Eduardo Moreira Floríceno Paixão Geraldo Alckmin Jorge Ueque Júlio Campos Oswaldo Almeida Raimundo Rezende Luiz Soyer Raimundo Bezerra Antônio Carlos Mendes Thame Paulo Macarini Abigail Feitosa Euclides Scalco Almir Gabriel Foram ouvidos os Srs.: José Alberto Hermógenes de Souza, Coordenador da CNRS; Laércio Moreira Valença, Presidente do CONASS;	Audiência pública destinada a ouvir representantes de entidades estatais. Fizeram uso da palavra os seguintes representantes: Oficialmente: Laércio Moreira Valença (CONASS), José Alberto Hermógenes de Souza e Arlindo Fábio Gomes de Souza (CNRS), Ronei Edmar Ribeiro (CONASS), Nelson Rodrigues dos Santos (CONASSEMS) Extra-oficialmente: Hésio Cordeiro (Presidente do Inamps), Roberto Chabo (Presidente da Federação Nacional dos Médicos), José Luiz Rianni Costa (Secretário de Segurança e Medicina do Trabalho/MT), Geraldo Justo (Superintendente da Confederação das Misericórdias do Brasil), Maria José dos Santos Rossi (Associação Brasileira de Enfermagem), João José Cândido da Silva (Coordenador da Assessoria de Saúde do MEC), Maria Luíza Jaeger (CUT), Cristina de Albuquerque Possas (Fiocruz) A reunião segue sem mais discussões devido ao termino do tempo disponível.

		Nelson Rodrigues dos Santos, representante do CONASSEM	
8 ^a	22/04/1987 20:00h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal	José Elias Murad (presidente) Joaquim Sucena Júlio Campos Eduardo Jorge Eduardo Moreira Carlos Mosconi Raimundo Rezende Fábio Feldmann Cunha Bueno Adylson Motta Geraldo Alkmin Maria de Lourdes Abadia Mendes Thame Raimundo Bezerra Abigail Feitosa Almir Gabriel Nelson Carneiro José Serra Jorge Viana Oswaldo Almeida Foi ouvido o Sr. Ministro da Previdência Social Rafael de Almeida Magalhães	Audiência com o Sr. Raphael de Almeida Magalhães, Ministro da Previdência Social. No que tange a saúde o Ministro fala sobre a evolução da assistência médica para um sistema integrado de saúde; o financiamento insuficiente e a aplicação ineficiente dos recursos. O constituinte Eduardo Jorge questiona sobre a separação do sistema da seguridade e da saúde em órgãos governamentais distintos. O constituinte Adylson Mota, defensor da livre iniciativa, é a favor da independência do sistema de saúde da previdência social. O ministro posiciona-se contrário a transferência de recursos de um ministério para outro, mas a favor da transferência administrativa para estados e municípios. Não entendi ainda qual a posição do Ministro quanto ao ministério da saúde assumir a assistência médica e a unificação do sistema. Necessidade de se pagar bem o profissional de saúde, instituição de um fundo orçamentário e o início do planejamento em saúde pelo município e atenção básica. Discutem os orçamentos e custos dos hospitais públicos e privados (supostamente os privados seriam muito mais baratos) Carlos Mosconi pede esclarecimentos sobre a constituição de um sistema único e a alocação dos recursos.
9 ^a P- 87	23/04/1987 8:30h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal	Maria de Lourdes Abadia (presidente) Eduardo Jorge Raimundo Rezende Joaquim Sucena Cunha Bueno Carlos Mosconi Eduardo Moreira Júlio Campos Geraldo Alckmin Adylson Motta Oswaldo Almeida Raimundo Bezerra Foram ouvidos os Srs.: .Sr. Sílio Andrade (Federação Brasileira de Hospitais) .Sr. Alexandre Lourenço (Associação Brasileira de Medicina de Grupo) .Sr. Francisco Ubiratan Dellape (Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde) .Senador Albano Franco (Confederação Nacional das Indústrias)	Audiência pública destinada a ouvir os representantes de instituições patronais e prestadoras de serviços. Foram ouvidos: Dr. Sílio Andrade (Federação Brasileira de Hospitais): destacou a importância da assistência médica hospitalar. Enfatizou (com muitos números) o papel predominante da rede hospitalar privada e pioneirismo da rede privada de saúde, junto ao descaso dos governos. Fala da má administração pública dos recursos. Defende a co-participação da comunidade. Sr. Alexandre Lourenço (ABRAMGE): Apresenta a medicina de grupo. Enfoque preventivo. Aponta a ineficiência do sistema público como justificativa para a med. de grupo e o setor privado. Da constituinte ele quer a universalização e a livre escolha. Critica a estatização. Sr. Francisco Ubiratan Dellape (FENAES): discute a privatização/estatização. Discurso liberal defendendo a liberdade econômica e política contra a estatização. Cabe ao estado a saúde global, mas a iniciativa privada tem papel singular e insubstituível na prestação de serviços. O argumento está na garantia de qualidade. Também apresenta uma proposta constitucional. Senador Albano Franco (CNI): Cunha Bueno, Eduardo Jorge, Geraldo Alckmin e Carlos Mosconi discutem as questões da privatização, planejamento e direcionamento de recursos na atenção pública e privada. O debate fica quente!
10 ^a P- 101	28/04/1987 8:30h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado	Maria de Lourdes Abadia (presidente) Eduardo Jorge Floríceno Paixão Alarico Abib Raimundo Resende Francisco Coelho Joaquim Sucena	Audiência destinada aos representantes de entidades civis e de trabalhadores. Sr. Rodolfo Repulio (CUT): apresenta o posicionamento da CUT quanto a questão previdenciária. Sra. Maria Luisa Jaeger (CUT): apresenta as reivindicações da CUT quanto a saúde ampliada (garantia de estabilidade, segurança no trabalho, moradia,

	Federal	<p>Eduardo Moreira Carlos Mosconi Adylson Matta Ronaldo Aragão Geraldo Alckmin Cunha Bueno Vitor Buaiz Raimundo Bezerra Abigail Feitosa</p> <p>Foram ouvidos os Srs.: Maria Luiza Jaeger e Rodolfo Repulio Júnior (CUT); Roberto Chabo (Federação Nacional dos Médicos) Sônia Republicano Sindicatão – DF Regina Sena (Conespse) Maria Aladilce de Souza (CONAM)</p> <p>Ausentes: Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT) Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag).</p>	<p>alimentação, e etc.). Fala sobre as competências do sistema nacional unico de saude e plano de carreira para os profissionais. (bem completo)</p> <p>Sônia Republicano (Sindicatão/DF): reivindicação de plano de carreira, jornada única, piso salarial e etc..</p> <p>Regina Sena (Conespse): questiona a restrição da assistencia a saude como assistencia médica. O pessoal de enfermagem é o maior contingente de profissionais de saude. Discursa sobre as características que deveria ter uma politica de recursos humanos para a saude.</p> <p>Roberto Chabo (FNM): faz uma proposta de texto constitucional (muito boa!).</p> <p>Os Constituintes Raimundo Bezerra, Raimundo Rezende, Eduardo Jorge, Carlos Mosconi, Eduardo Moreira, Adylson Motta, Ronaldo Aragão,</p> <p>Discutem a CEME.</p> <p>Sra. Maria Aladilce de Souza (CONAM): saúde precária é decorrente do caos econômico. A rede de saude deve ser estatizada.</p>
11 ^a P. 113	29/04/1987 8:30h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal	<p>Maria de Lourdes Abadia (presidente) Raimundo Rezende Eduardo Jorge Luiz Soyer Alarico Abib Joaquim Sucena Carlos Mosconi Geraldo Alckmin Cunha Bueno Eduardo Moreira Adylson Motta Francisco Coelho Oswaldo Almeida Abigail Feitosa</p> <p>Foram ouvidos: Moisés Golbaum e Eleutérico Rodrigues Neto (Abrasco) Pedro Dimitrov (APSP) Célia Chaves, Renato Baruffaldi e Antônio Carlos Lyra (CFF) Francisco Álvaro Barbosa Costa (CFM) Marta Nóbrega Martinez (Ceme) Maria José dos Santos Rossi (ABE) Arymar Ferreira Bastos (CMB) Ogari de Castro (Alanac) Hosana Garcez Moreira e Wolnei Garrafa (CRO- DF).</p> <p>Ausente: Nelson Proença (AMB)</p>	<p>Audiência publica destinada aos representantes de entidades científicas e eticas da saude.</p> <p>Sr. Moisés Goldbaum (Abrasco): Apresenta a Abrasco e o desenvolvimento da saúde coletiva. Abrasco enquanto entidade academica preocupa-se com a organização do serviço de saude, a capacitação para prestação de serviço e com o desenvolvimento tecnológico.</p> <p>Sr. Eleutérico Rodrigues Neto (Abrasco): endossa a proposta constitucional da CNRS e elenca algumas questões mais. Noção de Saúde ampliada. O Estado tem função fundamental em prover e assegurar saúde. Apresenta as características essenciais do “SUS”.</p> <p>Sra. Célia Chaves (Conselho Federal de Farmácia): apresenta os posicionamentos dos farmacêuticos que condizem com os do movimento da reforma sanitária. Cabe ao Estado fiscalizar e disciplinar a produção, a distribuição e a responsabilidade dos produtos químicos e farmacêuticos. Fortalecimento da CEME.</p> <p>Sr. Renato Buruffaldi (Conselho Fedreal de Farmácia): Fala do alimento como qualidade. A vigilância sanitária deve ser um ente educador em saúde pública.</p> <p>Sr. Antônio Carlos Lyra (CFF): os laboratórios d análises clinicas estão em fase pré-falimentar. Necessidade de laboratórios idôneos de referencia, tanto para análises clinicas quanto toxicológicas.</p> <p>Sr. Francisco Álvaro Costa (Conselho Federal de Medicina): relembra o movimento social que requeriu a constituinte, ressaltando a função que os constituintes tem naquele momento de responder a demanda social. A sociedade conseguiu através desse processo social, uma proposta que atendesse aos interesses conjuntos da sociedade. Contesta a Medicina de Grupo. Defende os hospitais públicos.</p> <p>Sra. Marta Nóbrega Martinez (CEME): a questão tecnológica industrial deve ser estabelecida dentro do campo da saúde e não no campo do comércio. Necessidade de incentivo e subsídio a indústria nacional e estatal.</p> <p>Maria José dos Santos (Associação Brasileira de Enfermagem): somente reafirma os princípios gerais da 8ª conferência.</p> <p>Arymar Ferreira (Confederação das Misericórdias do Brasil): apresenta o montante que representa as instituições filantrópicas de saude no brasil. Argumenta que elas são uma extensão do governo.</p> <p>Ogari de Castro (Associação Nacional dos Laboratórios Farmaceuticos Nacionais): fala sobre o domínio multinacional da oferta de medicamentos no</p>

			<p>Brasil e da necessidade de se valorizar a indústria nacional.</p> <p>Srs. Hosana Garcez Moreira (Conselho Federal de Odontologia): fala sobre a administração da odontologia (Brasil e campeão em dentes careados). Necessidades primárias de assistência devem ser supridas.</p> <p>Wolney Garrafa (Conferencia Nacional de Saúde Bucal): a odontologia vem junto aos demais profissionais de saúde defender que o estado assuma paternidade da saúde da população. Implantação de um Sistema Único de Saúde. Defendem o salto da odontologia da saúde individual para a saúde coletiva.</p> <p>Debateram os constituintes Carlos Mosconi, Oswaldo Almeida, Eduardo Jorge e Maria de Lourdes Abadia.</p>
12 ^a P. 134	30/04/1987 8:30h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal	<p>José Elias Muad (presidente) Eduardo Jorge Maria de Lourdes Abadia Carlos Mosconi Raimundo Rezende Fábio Feldmann Luiz Soyer Francisco Coelho Adylson Motta Joaquim Sucena Borges da Silveira Geraldo Alckmin Raimundo Bezerra Roberto Vital Abigail Feitosa Pedro Canedo Joaci Góes Almir Gabriel.</p> <p>Foram Ouvidos os Srs.: .Roberto Figueira Santos, Ministro da Saúde .Dr. Hésio Cordeiro, Presidentes do Inamps .Dr. Antonio Sérgio Arouca (Fiocruz) .Sr. Altair Mosselin (Sociedade Brasileira de Nefrologia) .Dr. Emil Sabbaga (Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos-ABTO) .Dr. Fernando Alberto Campos de Lemos (Instituto de Tecnologia Alternativa do Distrito Federal)</p>	<p>Dr. Roberto Figueira dos Santos (Ministro da Saúde): a população reivindica do poder público acesso a assistência a saúde. Problemáticas: Saúde como direito; a separação entre assistência e prevenção (das instituições e financiamento); criação de um sistema unificado de saúde. Fala dos resultados da VIII Conferência e da CNRS. Do do. Da CNRS destaca a regionalização/municipalização</p> <p>Debateram com o Ministro os constituintes Fábio Feldman, Joaci Goes, Pedro Canedo, Eduardo Jorge, Geraldo Alckmin, Raimundo Bezerra, Carlos Mosconi e Abigail Feitosa.</p> <p>Sr. Antônio Sérgio Arouca (Fiocruz): o sistema de saúde atual não responde aos interesses de mais ninguém no país. Falência do sistema. Saúde é prioridade no discurso mas não na prática. Reforma sanitária efetiva e completa. Fundo único e comando único (federal, estadual e municipal).</p> <p>Debateram com o Dr. Sérgio Arouca os constituintes: Pedro Canedo, Carlos Mosconi, Borges da Silveira, Adylson Mota, Almir Gabriel e Eduardo Jorge.</p> <p>Sr. Hésio Cordeiro (Presidente do INAMPS): papel do estado é o que deve discutir a constituinte. Preconceito da ineficiência do Estado. Reformulação do papel do Estado como implementor, executor das políticas públicas. A relação do público com o privado deve ser o Direito Público. Gastos e financiamento, unificação. Excluir a possibilidade de duplo emprego.</p> <p>Sr. Altair Mosselin (Sociedade Brasileira de Nefrologia): fala das doenças nefrológicas e dos tratamentos. Sobre os altos custos dos hospitais do INAMPS. E sobre a legislação de transplantes.</p> <p>Sr. Sérgio Draibe: a necessidade de se acrescentar tanto a atenção básica como os tratamentos terciários e quaternários. Necessidade de valorização dos profissionais.</p> <p>Sr. Fernando Lemos (Instituto de Tecnologia Alternativa): novo paradigma. Não se perca de vista esse momento histórico. Garantir ao indivíduo alternativas de tratamento médico, de consumo de alimentos naturais</p> <p>Debateram constituintes Abigail Costa, Adylson Mota, Eduardo Jorge (Briga entre os dois últimos), Carlos Mosconi e Vicente Bogo.</p>
13 ^a P. 158	05/05/1987 9:00h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal	<p>José Elias Murad (presidente) Ronaldo Aragão Luiz Soyer Floriceano Paixão Gandi Jamil Eduardo Moreira Julio Campos Adylson Motta Fábio Feldmann Eduardo Jorge Carlos Mosconi Oswaldo Almeida Borges da Silveira Jorge Uequed Raimundo Bezerra</p>	<p>Reunião destinada a debates internos da subcomissão, porém foram ouvidos representantes que estavam presentes.</p> <p>.Dr. Reinhold Stephanes (ex-presidente do INPS e INAMPS): todos estão insatisfeitos. Na assistência a saúde gastam pouco e mal. Financiamento. Estatização é doutrinária e filosófica, não é tecnicamente fundada. Não devemos levar a coisa para um campo ideológico. Unificação.</p> <p>Debateram Raimundo Rezende e Floriceano Paixão.</p> <p>Sr. Vitor Gomes Pinto (Associação Brasileira de Odontologia): defende a odontologia como área importante da saúde pública, bem como espaço e verba específica.</p> <p>Sr. Carlos Sebe Petrolluzzi: Saúde Bucal como direito de todos e dever do estado.</p>

		<p>Raimundo Rezende</p> <p>Foram ouvidos os Srs: .Dr. Reinhold Stephanes (ex-presidente do INPS e INAMPS) .Sr. Vitor Gomes Pinto e Sr. Carlos Sebe Petrolluzzi (Associação Brasileira de Odontologia)</p>	<p>Debateram os Srs. Ronald Aragão, Eduardo Moreira, Carlos Mosconi, Adylson Mota, Jorge Uequed,</p>
<p>14^a P. 171</p>	<p>06/05/1987 8:30h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal</p>	<p>José Elias Murad (presidente) Fábio Feldmann Raimundo Rezende Eduardo Moreira Cunha Bueno Carlos Mosconi Francisco Coelho Joaquim Sucena Adylson Motta Orlando Bezerra Gandi Jamil Alarico Abib Eduardo Jorge Maria de Lourdes Abadia Geraldo Alckmin Raimundo Bezerra Vitor Buaz Abigail Feitosa Doreto Campanari Sandra Cavalcanti</p> <p>Foram ouvidos os Srs.: Sr. José da Rocha Cavalheiro (SBPC) Sr. Nelson Proença (Associação Médica Brasileira) Dr. Mário Rigatto (Tabagismo – MS) Dr. Jorge Kalil (ABTO) Sr. Edmundo Castilho (UNIMEDS) Sra. Jaqueline Pitangui (Conselho Nacional dos Direitos da Mulher) Sr. Eric Rosas (CEBES) Dr. Wilson Aude Freua (Associação Brasileira de Hospitais) Dra. Zuleica Portella Albuquerque (Comissão Nacional Criança e Constituinte)</p>	<p>Reunião dividida em duas partes. Na segunda parte é discutido tema Saúde.</p> <p>Sr. José Cavalheiro (Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência): Respalda a proposta da Abrasco. Representa os cientistas brasileiros. Só reafirma tudo. Obstar por um sistema unificado de saúde obedece uma tendência internacional.</p> <p>Fabio Feldman e Eduardo Jorge discutem questões de insalubridade e saúde do trabalhador.</p> <p>Dr. Nelson Proença (Associação Médica Brasileira): universalidade, fundo nacional, plano nacional de saúde nos moldes do SUS.</p> <p>Dr. Mário Rigatto (Controle do Tabagismo – MS): requer que a constituição subsidie leis anti fumo.</p> <p>Dr. Jorge Kalil (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos): a legislação sobre transplante de órgãos precisa ser atualizada. Defende que a doação espontânea agiria contra a comercialização.</p> <p>Debateram: Carlos Mosconi, Raimundo Rezende e Geraldo Alckmin.</p> <p>Sr. Edmundo Castilho (UNIMEDS): defende o cooperativismo como um modelo societário capaz de humanizar os excessos do capitalismo selvagem como do capitalismo (hipertrofia) do Estado. Democrático-livre adesão. Cooperativismo = socialização. Um modelo para a universalização.</p> <p>Sra. Jaqueline Pitangui (DNDM): saúde insere-se nos conceitos mais amplos de organização social, democracia e cidadania. 8ª conferência. 1ª Conferência Nacional da Saúde da Mulher (1986). PAISM.</p> <p>Sr. Eric Rosas (CEBES): Crise na saúde. Corroboram com as conclusões da 8ª conferência nacional. Fizeram a tese do sistema unificado de saúde em 1979. Necessidade de implodir as estruturas burocráticas do MS, Previdência e INAMPS e criar um novo ministério da reforma sanitária. 10 a 12% destinado a saúde. Política de recursos humanos.</p> <p>Dr. Wilson Aude Freua (Associação Brasileira de Hospitais): valoriza a participação popular e das entidades de classe na constituinte. Direito inalienável de procurar o melhor sem prejuízo da coletividade. Princípio básico da democracia. Imperiosa necessidade de preservar a livre iniciativa. Faz uma proposta de itens constitucionais. (afff)</p> <p>Dra. Zuleica Portella Albuquerque (Comissão Nacional Criança e Constituinte): Apresenta a comissão. Apresenta os números da saúde da criança. Exige a criação de um sistema único de saúde.</p> <p>Dra. Cora Montoro/ Sr. Amauri de Souza Melo (Sociedades femininas?): defendem que todo método contraceptivo é abortivo. Fala sobre a utilização do corpo e da liberdade sexual sem responsabilidade.</p> <p>Debateram Eduardo Jorge, Nelson Aguiar, Doreto Campanari, Geraldo Alckmin, Jose Elias Murad e Carlos Mosconi.</p>

<p>15^a P. 212</p>	<p>07/05/1987 9:00h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal</p>	<p>José Elias Murad (presidente) Raimundo Rezende Carlos Mosconi Cunha Bueno Francisco Coelho Abigail Feitosa</p>	<p>Reunião destinada a organizar os rumos e novos prazos da subcomissão. Proximas etapas: entrega do relatório a subcomissão pelo relator Carlos Mosconi, debate entre os constituintes da subcomissão, recebimento de ementas, votação e entrega do pré-projeto a Comissão da Ordem Social.</p>
<p>16^a P. 212</p>	<p>11/05/1987 17:30h 12/05/1987 9:00h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal</p>	<p>José Elias Murad (presidente) Eduardo Jorge Floríceno Paixão Adylson Motta Francisco Coelho Cunha Bueno Carlos Mosconi Joaquim Sucena Maria de Lourdes Abadia Raimundo Bezerra</p> <p>Foi ouvido o Sr. João Carlos Luiz (Associação de Lazerterapia)</p>	<p>Reunião destinada a apresentação do relatório e ante-projeto pelo relator Carlos Mosconi.</p> <p>Foi ouvido o Sr. João Carlos Luiz (Associação de Lazerterapia): propõe a mudança do sistema previdenciário cada paciente escolheria seu médico onde quiser, e os médicos seriam todos, então contratados do estado.</p> <p>Debateram os constituintes Raimundo Bezerra, Cunha Bueno e Eduardo Jorge.</p>
<p>17^a P. 220</p>	<p>13/05/1987 9:00h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal</p>	<p>José Elias Murad (presidente) Fábio Feldmann Carlos Mosconi Adylson Motta Eduardo Jorge Eduardo Moreira Francisco Coelho Floríceno Paixão Geraldo Alckmin Oswaldo Almeida Raimundo Rezende Paulo Macarini Abigail Feitosa Raimundo Bezerra Rui Nedel</p> <p>Foi ouvido o Sr. Dermival da Silva Brandão (Academia Fluminense de Medicina)</p>	<p>Os constituintes discutem o cronograma e o seguimento dos trabalhos da subcomissão. Foram poucas reuniões para discussão interna dos temas.</p> <p>Sr. Dermival da Silva Brandão (Academia Fluminense de Medicina): fala das garantias sociais. Enfoca a relação entre saúde da mulher, natalidade e as políticas de contracepção. É contra o aborto.</p> <p>Debateram os constituintes Eduardo Moreira, Raimundo Rezende, Adylson Mota, Raimundo Rezende.</p>
<p>18^a P. 230</p>	<p>14/05/1987 9:00h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal</p>	<p>José Elias Murad (presidente) Fábio Feldmann Carlos Mosconi Adylson Motta Eduardo Jorge Eduardo Moreira Francisco Coelho Gandi Jamil Geraldo Alckmin Joaquim Sucena Jorge Uequed Oswaldo Almeida Raimundo Rezende Mendes Thame</p>	<p>Reunião destinada ao debate do pré-projeto apresentado pelo relator Carlos Mosconi. É aberto período para apresentação de ementas, por parte dos constituintes.</p> <p>Recebem um ofício da Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de Minas Gerais sobre as condições precárias de saúde dos trabalhadores rurais do Vale do Jequitinhonha.</p> <p>Discussão do Ante-projeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> . <u>Geraldo Alckmin</u>: retirar a norma que definiu que o gasto mínimo com saúde será 10% do PIB; acrescentar parágrafo especificando forma de convenio com iniciativa privada não lucrativa. . <u>Carlos Mosconi</u>: defende a manutenção de 10%; as entidades não-lucrativas tem que ser reformuladas (em legislação complementar); . <u>José Elias Murad</u>: a favor de manter os 10%. . <u>Raimundo Rezende</u>: a favor de que o percentual seja sobre o orçamento e não sobre o PIB. Modifica ementa sobre a expropriação de serviços de saúde privados. – acrescentar algo quanto ao abuso de drogas. Sobre a redação da proibição de comerciais sobre medicamentos e drogas lícitas e sobre a fiscalização de alimentos que deve ser melhor descrita. . <u>Antônio Carlos Mendes Thame</u>: relação entre a legislação da comissão do trabalho e a da saúde. Discute a questão da insalubridade e medicina do

			<p>trabalho – apresenta paragrafo adicional.</p> <p>. Fabio Feldman: poluição dentro e fora da fabrica. A fiscalização de dentro da fabrica deve passar para o MS.</p> <p>. Eduardo Jorge: saude ocupacional para o ministerio. Criar responsabilidade juridica para infratoras da saude do trab. Esclarece a questao dos 10%PIB/10% do orçamento. A favor de passar as questoes de recursos humanos e ciencia e tecnologia para o MS. Produção estatal dos insumos de saúde. Diferenciação do setor privado para o setor filantrópico.</p> <p>. Oswaldo Almeida: constar no texto os tipos de assistencia do SUS. Estabelecimento de padrões minimos em uma legislação ordinária. Valorização da pesquisa no art. 5º (insumos e tecnologia). Melhor ordenação dos artigos e comunicação com a comissão de reforma tributaria. Contra a expropriação de entidades privadas. Vigilancia alimentar é MS ou M agricultura?</p> <p>. Eduardo Moreira: pede que seja explicado o que seria a expropriação de entidades privadas. E alerta para redundancias no texto.</p> <p>. Jorge Uequet: contra se especificar percentuais de orçamentos na constituição. Necessários estabelecer um criterio claro de distinção entre lucrativos e nao lucrativos. Algumas questões (transplantes e eutanásia nao sao constitucionais – devem ser Lei)</p> <p>Resposta de Carlos Mosconi: o fato de colocar o percentual do PIB´ é uma decisão política (forçar o país a gastar com saúde); quanto aos municipios é questao de reforma tributaria e de decisao junto a comunidade; vincular saude ocupacional ao MS; necessidade de ja discutir as leis odinárias (assumir o papelque lhes cabe); requer que o Estado assuma a produção de insumos basicos paralelo a inciativa privada; necessidade de valorizar instituições filantropicas mas reformulá-las. Defende que se cite os transplantes e a questao da vigilancia sbre o alimento no texto constitucional e que mantenha-se o termo expropriação no caso de instituições fraudulentas.</p>
19ª P. 241	19/05/1987 9:00h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal	José Elias Murad (presidente) Carlos Mosconi Paulo Macarini Cunha Bueno Eduardo Jorge Eduardo Moreira Ronaldo Aragão Floricens Paixão Jorge Uequet Oswaldo Almeida JúlioCampos Maria de Lourdes Abadia Joaquim Sucena Geraldo Alckmin Raimundo Bezerra Abigail Feitosa Antonio Carlos Mendes Thame	<p>Os constituintes debatem a viabilidade da reunião e o andamento desta etapa (discussão e votação do ante-projeto e ementas)</p> <p>Longa discussão sobre questões previdenciárias.</p> <p>Telegramas de protesto quanto ao ante-projeto da saúde foram enviados.</p>
20ª P. 249	21/05/1987 17:00h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal	José Elias Murad (presidentte) Jorge, Uequet Francisco Coelho Eduardo Jorge Maria de Lourdes Abadia Oswaldo Almeida Adylson Motta Alarico Abib Julio Campos Geraldo Alckmin Raimundo Bezerra	<p>Reunião destinada a discussão do parecer do Relator Carlos Mosconi, quanto as ementas apresentadas.</p> <p>Reunião adiada para o dia seguinte pois o Relator nao conseguiu terminar o parecer das ementas.</p> <p>Foram apresentadas 327 ementas ao projeto.</p>
21ª P. 251	22/05/1987 9:00h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal	José Elias Murad (presidência) Floricens Paixão Paulo Macarini Carlos Mosconi Cunha Bueno Eduardo Moreira Alarico Abib	<p>Reunião destinada ao parecer do relator Carlos Mosconi.</p> <p>O relator lê o projeto substitutivo.</p> <p>Reuniao adiada devido a nao disponibilidade de copias do parecer do relator.</p>

		Fábio Feldmann Júlio Campos Eduardo Jorge Oswaldo Almeida Geraldo Alckmin Francisco Coelho Joaquim Sucena Orlando Bezerra Adylson Motta Jorge Uequet Maria de Lourdes Abadia Raimundo Bezerra Mattos Leão Jofran Frejat Abigail Feitosa Mendes Thame Carlos Sant'Anna Gastone Righi	
22^a P. 256	22/05/1987 14:00h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal	José Elias Murad (presidência) Oswaldo Almeida Alarico Abib Eduardo Jorge Adylson Motta Eduardo Moreira Carlos Mosconi Floriceano Paixão Júlio Campos Fábio Feldmann Joaquim Sucena Paulo Macarini Maria de Lourdes Abadia Orlando Bezerra Jorge Uequet Geraldo Alckmin Francisco Coelho Gandi Jamil Mattos Leão Raimundo Bezerra Jofran Frejat Abigail Feitosa Antônio Carlos Mendes Thame Carlos Sant'Anna Gastone Righi (Líder do PTB)	Discussão e votação do parecer do Relator. Sr. Gastone Righi: Disparate é requerer 10% do PIB. Critica o art. Sobre a desapropriação. Dra. Abigail Feitosa: fala do problema de saúde com relação a mercantilização. Sr. Carlos Mosconi: justifica os 10% pela necessidade "política" de investimento na saúde; e o artigo sobre a expropriação é necessário pra que se faça justiça diante as fraudes. Sr. Cunha Bueno, Adylson Mota, Carlos Mosconi, José Elias, Floriceano Paixão, Gastone Righi (esse cara é um inferno), Oswaldo Almeida, Fabio Feldman, Joaquim Suscena e Eduardo Jorge discutem questões organizacionais. (O Regimento é grande ator) Confusão quanto a organização da votação e a possibilidade de apresentar novas ementas. Dificuldade de compreensão do regimento. Manifesta-se o "jogo" político. São votados os Art 1º, Art 2º, Art 3º e Art 4º do substitutivo. Modificação apenas no 4º.
23^a P. 284	23/05/1987 9:00h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal	José Elias Murad (presidência) Eduardo Jorge Oswaldo Almeida Floriceano Paixão Cunha Bueno Jorge Uequet Julio Campos Joaquim Sucena Paulo Macarini Maria de Lourdes Abadia Carlos Mosconi Francisco Coelho Adylson Motta Geraldo Alckmin Fábio Feldmann Gandi Jamil Eduardo Moreira Alarico Abib Jofran Frejat Raimundo Bezerra Mendes Thame Abigail Feitosa Carlos Sant'Anna Mattos Leão Gastone Righi	Continuação do processo de votação. São votados os Art. 5º, Art 7º, 8º, 9º, 10º e 12º Votação dos artigos referentes a seguridade e meio ambiente.

<p>24^a P. 325</p>	<p>25/05/1987 14:00h Sala de reuniões da Subcomissão – Ala Senador Alexandre Costa do Senado Federal</p>	<p>José Elias Murad (presidente) RaimundoRezende Maria de Lourdes Abadia CarlosMosconi Fábio Feldmann Floricens Paixão Eduardo Jorge Adylson Motta Hélio Costa Francisco Coelho Joaquim Sucena GeraldoAlckmin Eduardo Moreira RaimundoBezerra</p>	<p>Votação da redação final do anteprojeto. O relator procede aleitura do anteprojeto É aceito com unanimidade.</p>
---	--	---	---

APÊNDICE B – Constituintes da Subcomissão VII-b Saúde, Segurança e Meio Ambiente

(Informações retiradas do site da câmara dos deputados: http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/parlamentaresconstituintes)

Nome	Partido	Estado	Profissão	Relevância na Subcomissão
Constituintes Titulares				
José Elias Murad	PTB	MG	Médico, Farmacêutico e Professor	Presidente
Fábio Feldman	PMDB	SP	Advogado e Administrador de Empresas	Vice-presidente
Maria de Lourdes Abadia	PFL	DF	Professora, Assistente Social e Consultora	Vice-presidente – Pouco debateu
Paulo Macarini	PMDB	SC	Advogado	Esteve presente somente nas reuniões de votação
Ronaldo Aragão	PMDB	PE	Médico e Empresário	Pouca participação nas reuniões
Borges da Silveira	PMDB	PR	Agropecarista e Médico	Participação relevante somente na votação
Hélio Costa	PMDB	MG	Jornalista, Publicitário e Redator	Presença e Participação somente em votação
Francisco Coelho	PFL	MA	Agropecuária e engenheiro agrônomo	Presença nas reuniões mas nenhuma participação em deliberação
Gandi Jamil	PFL	MS	Agropecuária e Industrial	Presença em algumas reuniões sem participação
Orlando Bezerra	PFL	CE	Industrial, Pecuarista e Banqueiro	Presença em algumas reuniões e nenhuma participação
Raimundo Rezende	PMDB	MG	Médico	Presença e participação constantes e relevantes
Adylson Motta	PSD	RS	Cirurgião-dentista e Advogado	Presença e participação constantes e relevantes
Cunha Bueno	PSD	SP	Economista e Corretor de seguros	Presença constante e participação relevante principalmente em votação
Alarico Abib	PMDB	PR	Agropecuária, Médico, Jornalista e Empresário	Presença constante e participação relevante em algumas reuniões
Carlos Mosconi	PMDB	MG	Médico e Professor Universitário	Relator
Eduardo Jorge Sobrinho	PT	SP	Médico	Presença e participação constantes e relevantes
Eduardo Moreira	PMDB	SC	Médico	Presença e participação constantes e relevantes
Floríceno Paixão	PDT	RS	Advogado e Editor	Presença e participação constantes e relevantes
Geraldo Alckmin Filho	PMDB	SP	Médico	Presença constante e participação relevante em algumas reuniões
Joaquim Sucena	PMDB	MT	Médico	Presença constante e participação relevante em algumas reuniões
Jorge Uequet	PMDB	RS	Advogado, Jornalista e Publicitário	Presença e participação constantes e relevantes
Julio Campos	PFL	MT	Empresário e Engenheiro Agrônomo	Presença constante e participação relevante em algumas reuniões
Oswaldo Almeida	PL	RJ	Agricultor, Economista, Militar e Professor	Presença constante e participação relevante em algumas reuniões
Constituintes Suplentes				
Mattos Leão	PMDB	PR	Agropecuária, Médico e Empresário	Apresentou-se somente nas reuniões destinadas a votação. Apresentou algumas ementas. Defende a iniciativa

				privada
Abigail Feitosa	PMDB	BA	Médica	Presença constante nas reuniões. Participação muito relevante
Albérico Filho	PMDB	MA		Não compareceu em nenhuma reunião
Carlos Sant'Ana	PMDB	BA		Apresentou-se somente em uma reunião
Fernando Cunha	PMDB	GO		Não compareceu em nenhuma reunião
Hilário Braun	PMDB	RS		Não compareceu em nenhuma reunião
Luiz Soyer	PMDB	GO	Agropecuarista, Advogado, Professor	Presença constante nas reuniões
Milton Lima	PMDB	MG		Não compareceu em nenhuma reunião
Raimundo Bezerra	PMDB	CE	Médico	Presença constante nas reuniões. Participação muito relevante
Roberto Vital	PMDB	MG		Compareceu em poucas reuniões. Sem participação relevante
Jofran Frejat	PFL	DF		Compareceu em algumas reuniões mas manifestou-se somente em votação.
Lúcio Alcântara	PFL	CE		Não compareceu em nenhuma reunião
Pedro Canedo	PFL	GO		Compareceu em poucas reuniões. Sem participação relevante
Raquel Cândido	PFL	RO		Não compareceu em nenhuma reunião
Mendes Thame	PFL	SP	Professor Universitário	Participou das reuniões de votação e causou polemica
Davi Alves Silva	PDS	MA		Não compareceu em nenhuma reunião
Lavoisier Maia	PDS	RN		Não compareceu em nenhuma reunião
Nelson Seixas	PDT	SP		Compareceu em uma reunião sem participação
Francisco Rossi	PTB	SP		Não compareceu em nenhuma reunião
Vitor Buais	PT	ES		Não compareceu em nenhuma reunião
Francisco Rollemberg	PMDB	SE		Compareceu em poucas reuniões sem participação

APÊNDICE C – Propostas de Textos Constitucionais Apresentados a subcomissão VII-b Saúde, Seguridade e Meio Ambiente

Da Comissão Nacional de Reforma Sanitária – entregue na 3ª reunião (09/04) apresentado oficialmente na 1ª Assembléia/7ª reunião (22/04)

"Art. 1º A saúde é um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes de todo o Território nacional sem qualquer distinção.

Parágrafo único: O direito à saúde implica:

- 1. condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer;*
- 2. respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental;*
- 3. informações sobre os riscos de adoecer e morrer, incluindo condições individuais e coletivas de saúde;*
- 4. dignidade, gratuidade e qualidade das ações de saúde, com direito à escolha e à recusa;*
- 5. recusa aos trabalhos em ambiente insalubre ou perigoso ou que represente grave e iminente risco à saúde, quando não forem adotadas medidas de eliminação ou proteção dos riscos;*
- 6. opção quanto ao tamanho da prole;*
- 7. participação, em nível de decisão, na formulação das políticas de saúde, e na gestão dos serviços.*

Art. 2º É dever do Estado:

- 1. implementar políticas econômicas especiais que contribuam para eliminar ou reduzir o risco de doenças e de outros agravos à saúde;*
- 2. assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde pela garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis;*
- 3. assegurar, com esta finalidade, a existência da rede pública de serviços de saúde.*

Art. 3º O conjunto de ações de qualquer natureza, na área de saúde, desenvolvida por pessoa física ou jurídica, é de interesse social, sendo responsabilidade do Estado, a sua normatização e controle.

§ 1º A lei definirá a abrangência, as competências e as formas de organização, financiamento e coordenação intersetorial do Sistema Nacional de Saúde, constituindo com o sistema único, segundo as seguintes diretrizes:

- 1. integração das ações e serviços com o comando político-administrativo único em cada nível de governo;*
- 2. integralidade e unidade operacional das ações de saúde adequadas às realidades epidemiológicas;*
- 3. descentralização político administrativa que respeite a autonomia dos Estados e Municípios, de forma a definir, como de responsabilidade desses níveis, apresentação de serviço de saúde, de natureza local ou regional.*
- 4. participação, em nível de decisão, de entidades representativas da população, na formulação e controle das políticas de saúde, em todos os níveis.*

§ 2º É assegurado o livre exercício de atividade liberal e de saúde e a organização de serviços de saúde privados, obedecidos os preceitos éticos e técnicos determinados pela lei e os princípios que norteiam a Política Nacional de Saúde.

Art. 3º A utilização de serviços de saúde de natureza privada pela rede pública se fará segundo necessidades definidas pelo Poder Público, de acordo com as normas estabelecidas pelo Direito Público.

Art. 4º O Estado mobilizará, no exercício de suas atribuições, os recursos necessários à preservação da saúde, incorporando as conquistas do avanço científico e tecnológico, segundo critérios de interesse social.

Art. 5º As atividades de ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção de insumos e equipamentos essenciais para a saúde subordinam-se à Política Nacional de Saúde e são desenvolvidas sob controle estatal, com prioridade para os órgãos públicos e empresas nacionais, com vistas à preservação da soberania nacional.

Art. 6º O financiamento das ações e serviços de responsabilidade pública será provido com recursos fiscais e para-fiscais, com destinação específica para a saúde, cujos valores serão estabelecidos em lei e submetidos à gestão única nos vários níveis de organização do Sistema Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O volume mínimo dos recursos públicos destinados pela União, Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios corresponderá, anualmente, a 12% das respectivas receitas tributárias.

Disposições transitórias:

- 1. a Previdência Social alocará o mínimo de 45% da contribuição patronal ao Fundo Nacional de Saúde;*

2. Os recursos da Previdência Social, destinados ao financiamento do Sistema Nacional de Saúde, serão gradualmente substituídos por outras fontes, a partir do momento em que o gasto nacional em saúde alcance o equivalente a 10% do Produto Interno Bruto"

Da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (FENAES) pelo Sr. Francisco Ubiratan Dellape - Apresentado na 2ª audiência/9ª reunião (23/04)

"Art 1º Todos têm direito à proteção à saúde.

Parágrafo único. A todos cabe o direito de escolher o sistema de atendimento, público ou privado, que preferir.

§ 2º No atendimento médico-hospitalar, inclusive da seguridade, não se diferenciará entre o setor público e o setor privado, nem entre os diversos segmentos desse, assegurando-se aos particulares a justa remuneração pelos serviços prestados.

Art 2º Lei complementar disciplinará o sistema nacional de saúde, coordenando a atuação do setor público e do setor privado bem como fixando-lhe as responsabilidades.

§ 1º O sistema nacional de saúde terá como órgão superior o Conselho Nacional de Saúde com organização e atribuições fixadas na lei complementar, à qual caberá, além da coordenação os diversos setores, planejar e fiscalizar as ações de saúde, assim como opinar sobre projeto de lei de qualquer natureza, ou atos do Executivo que definirem a responsabilidade de assistência médica, nominarem programas de saúde e determinarem os respectivos agentes executores, alocarem recursos humanos, materiais e financeiro na área de saúde ou estabelecerem as suas fontes de custeio.

§ 2º A Composição do Conselho Nacional de Saúde observará o princípio de paridade entre os representantes do Poder Executivo, do Poder Legislativo, das entidades sindicais de trabalhadores e das organizações sindicais patronais ou mesmo as não-sindicais, as nacionais.

§ 3º Nenhuma decisão terá tomada pelo Conselho Nacional de Saúde sem prévia audiência dos interessados, quando possível, em sessão pública, podendo, na forma da lei, ser atribuída à entidade de classe a representação dos grupos afetados pela questão.

Justificação O direito à proteção à saúde é hoje reconhecido como um dos direitos fundamentais do ser humano. Assim, para citar, apenas, as Constituições democrático liberais, solenemente declaram esse direito, a Constituição da Itália e as recentes. Constituições de Portugal e da Espanha. A declaração dos direitos contidos nas Constituições brasileiras não o enunciam. porém, ainda que atribuam competência para a União legislar sobre normas gerais de defesa e proteção à saúde, habilitam, conseqüentemente, os Estados a ditarem normas complementares. A nova lei fundamental brasileira a ser estabelecida pela Assembléia Nacional Constituinte, ora reunida, não pode passar em silêncio este ponto; ela tem que reconhecer a todos o direito à proteção à saúde. Com o desdobramento necessário desse direito e princípio geral de liberdade, que é inerente à democracia, a futura Constituição deve preservar, em favor do indivíduo, o direito de escolher o sistema de atendimento que preferir. E, para que possa fazê-lo, cumpre assegurar a pluralidade de sistemas com a necessária coexistência de um setor público ligado ou não à seguridade social com o setor privado cooperativo ou empresarial. A existência de tal pluralidade de sistemas implica, por força do princípio de igualdade, numa das peças fundamentais do estado de direito, que se proibam as diferenciações arbitrárias e injustas entre os vários setores e seus segmentos. Ademais, é condição dispensável da existência do setor privado a justa remuneração pelos serviços prestados, que deve constar do mandamento constitucional. Por outro lado, a proteção à saúde reclama um sistema nacional que integre a atuação dos diversos setores com previsão, por exemplo, como prevê a Constituição portuguesa em vigor. A existência desse sistema importa na instituição de um órgão de cúpula. Esse órgão não deve ser inteiramente subordinado ao Poder Executivo e, sim, deve gozar de um mínimo de autonomia para que possa bem desempenhar as suas funções. A ele devem atribuir-se a orientação e coordenação de todo o sistema. Igualmente deve ter ele, em obediência ao princípio democrático, uma composição em que, ao lado representantes do Poder Executivo e do Poder Legislativo, se incluam representantes das entidades sindicais, tanto patronais como trabalhadoras. Outrossim, em obediência ao princípio participativo, deve ser fixado como regra que nenhuma decisão seja tomada sem a prévia audiência dos interessados. Somente assim as decisões poderão ser tomadas com plena participação e o importantíssimo apoio da comunidade. Tais são os objetivos e a razão de ser da proposta de disposições a serem adotadas sobre saúde na nova Constituição brasileira que ora se oferece."

**Da Federação Nacional dos Médicos e da Conselho Federal de Medicina pelo Sr. Roberto Chabo –
Apresentado na 3ª audiência/10ª reunião (28/04)**

"Art. 1º A saúde é um direito de todos os habitantes do território nacional, sem qualquer fator de discriminação".

Parágrafo único. O direito à saúde significa garantia pelo Estado de condições dignas de vida e acesso universal igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como reabilitação em todos os seus níveis.

Art. 2º O conjunto das ações e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como reabilitação, é uma função de natureza pública, cabendo ao Estado a sua normatização, execução e controle.

§ 1º É assegurada a livre organização de serviços de saúde, de capital exclusivamente nacional, e a prática liberal, obedecidas as normas técnicas vigentes, sendo vedada para esta finalidade a utilização de recursos públicos para investimento e custeio.

§ 2º A participação do setor privado neste conjunto de ações públicas poderá ocorrer sob condições estabelecidas em contrato do Direito Público.

§ 3º O Poder Público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada necessários ao alcance dos objetivos da Política Nacional de Saúde.

Art. 3º As ações de serviço de saúde integrarão uma rede única regularizada e hierarquizada, conformando um sistema nacional de saúde organizado de acordo com os seguintes princípios:

I – Unicidade na formulação e condução das políticas nos níveis federal, estaduais e municipais.

II – descentralização da gestão dos serviços:

III – universalização da cobertura e do acesso da população a todos os níveis de atenção:

IV – participação dos vários segmentos sociais na formulação e no controle das políticas de ações.

Art. 4º O financiamento do Sistema Nacional de Saúde será feito com recursos orçamentários da União, Estados, Municípios, Distrito Federal, que destinarão o mínimo de 12% de sua receita tributária e Previdência Social.

§ 1º A Previdência Social alocará o mínimo de 25% da receita do Fundo de Previdência Social ao Sistema Nacional de Saúde, que serão gradualmente substituídos por outras fontes a partir do momento em que o gasto nacional em saúde alcance 8% do Produto Interno Bruto.

§ 2º A União poderá estabelecer tributos vinculados e destinados ao financiamento do Sistema Nacional de Saúde.

§ 3º A integração dos recursos das várias fontes dar-se-á através de fundos de saúde nos níveis federal, estadual e municipal, administrado de forma colegiada pelos órgãos financiadores, executores e por representantes dos usuários.

Art. 5º As atribuições do Poder Público, nos níveis federal, estadual e municipal, assim como os mecanismos de coordenação, administração e financiamento do Sistema Nacional de Saúde, serão definidos em uma lei do Sistema Nacional de Saúde.

Art. 6º As políticas de recursos humanos, insumos, equipamentos e desenvolvimento científico e tecnológico para o setor saúde serão subordinados aos interesses e diretrizes do Sistema Nacional de Saúde. Parágrafo único. A política de recursos humanos para o Sistema Nacional de Saúde garantirá aos profissionais de saúde:

I – plano de cargos e salários;

II – Remuneração condigna;

III – Isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal;

IV – admissão através de concurso público;

V – estabilidade no emprego;

VI – incentivo à dedicação exclusiva – diríamos, assim, menos dedicação exclusiva, mas sim tempo integral;

VII – Capacitação e reciclagem permanente, direito à sindicalização e a greves;

Art. 7º O poder público disciplinará e controlará a distribuição e a produção de medicamentos imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos críticos para o setor, com vistas à preservação da soberania nacional."