UMBERTO CATARINO PESSOTO

**AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AMÉRICA
LATINA E CARIBE DA ORGANIZAÇÃO PAN-
AMERICANA DA SAÚDE E DO BANCO MUNDIAL:
UMA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS E SEUS
DISCURSOS.**

São Paulo

2001

UMBERTO CATARINO PESSOTO

**AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AMÉRICA
LATINA E CARIBE DA ORGANIZAÇÃO PAN-
AMERICANA DA SAÚDE E DO BANCO MUNDIAL:
UMA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS E SEUS
DISCURSOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
– Graduação em Integração da América
Latina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre.

Orientador: José da Rocha Carvalheiro

São Paulo

2001

Aos meus pais,
Álvaro e Aida, com gratidão.

Às minhas três mulheres.
Percilia, esposa e companheira.
Julia e Fernanda, as filhas.
O sal e os sóis.

Agradecimentos

Naturalmente os primeiros são para meu orientador, “o” Carvalheiro, como nos referimos a ele. Além de orientador, conhecido de muitos anos e parceiro em outras publicações.

À Luiza Heimann, coordenadora do núcleo ISIS, no Instituto de Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Minha “chefe” e amiga, quem me encaminhou nas veredas da saúde coletiva. Talvez não saiba, mas possui um grande coração.

À Virgínia Junqueira, camarada para qualquer hora. De inestimável ajuda nas versões do francês para o português da obra “Genèse du discours” de Maingueneau. Ainda ouço sua voz sonolenta, de tanto cansaço, nas fitas gravadas. E, nas horas vagas, revisora das linhas traçadas nesta dissertação.

À Jucilene Rocha e à Roberta Boaretto, sempre prestes a me socorrer nas horas mais difíceis e pesadas. Sinceros agradecimentos. Alvíssaras.

Ao Carlos Tato, companheiro de primeira hora, desde antes a qualificação, nos caminhos da virtualidade da Internet. Momentos de comédia quando tentamos nos comunicar com Maingueneau pelo correio eletrônico.

Ao Chagas, à Tânia e ao Flaviano, por estarem perto quando precisamos.

À Banca de Qualificação, Prof^a Cremilda e Prof^o Seixas, pelas sugestões.

Ao Frederico Ripke pela ajuda no inglês.

Ao Nelson, pela diagramação final desta dissertação.

Ao Lauro Ibanhes, pela co-autoria do pré-projeto. O trem estava andando.

À minha filha Julia que, apesar da idade, soube compreender as rabugices de um pai estressado pela pressão. Já podemos voltar a fazer a lição de casa juntos.

Por último, à minha mulher Percilia, que esbanjou compreensão na reta final, agüentando a barra sozinha nesse período tenso. Um grande beijo.

Resumo

PESSOTO, Umberto Catarino. As Políticas de saúde para América Latina e Caribe da Organização Pan-Americana da Saúde e do Banco Mundial: uma análise de documentos e seus discursos.

Este estudo faz uma análise dos discursos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre políticas de saúde para a América Latina e Caribe, no período compreendido entre os anos de 1986 a 1994. A análise é realizada tendo como contraposição os discursos do Banco Mundial, no mesmo período. Procura-se demonstrar que os dois discursos se construíram, se realizaram e se atualizaram em relação de heterogeneidade constitutiva. Para a realização desta tarefa apoia-se na corrente denominada de 'escola francesa de análise do discurso' (AD). Após a manutenção de uma longa polêmica discursiva, foi possível chegar à conclusão que a OPAS atualizou seu discurso a partir dos temas apresentados pelo Banco Mundial: financiamento, eficácia e eficiência. Houve um desequilíbrio associativo semântico entre universalidade, integralidade e gratuidade da atenção à saúde defendida pela OPAS. A defesa do princípio da não-exclusividade, pelo Banco, foi decisiva para aquele desequilíbrio.

Abstract

PESSOTO, Umberto Catarino. The PAHO and World Bank Health Policies to Latin America and Caribbean: discourses and documents analysis.

This study analyses the Pan American Health Organization (PAHO) discourses about Health Policies to Latin America and Caribbean Islands, from 1986 to 1994. The analysis was based on the World Bank discourses, as a counterpoint, during the same period. The objective is to demonstrate that both discourses were built, turn into reality and became up to date in heterogeneity constitutive relationship. The "French school of speech analysis" (**SA**) is the technique used to support the analysis. After a long and controversial discursive dispute, it was possible to conclude that the PAHO updated its discourse using as starting point the themes presented by the World Bank: financing, efficacy and efficiency. There was a

semantic associative lack of balance between universality, integrality and gratuitousness for the health care defended by the PAHO. The defense of the principle of non-exclusivity, by the World Bank, was decisive for that lack of balance.

Resumen

PESSOTO, Umberto Catarino. Las Políticas de salud para América Latina y el Caribe de la Organización Panamericana de la Salud y del Banco Mundial: un análisis de los documentos y sus discursos.

Este estudio analiza los discursos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre las Políticas de Salud para América Latina y el Caribe, desde 1986 hasta 1994. El análisis es hecho apoyandose en el discurso del Banco Mundial, como un contrapunto, durante el mismo período. El objetivo es demostrar que ambos discursos se construyeron, se realizaron y se actualizaron en relación de heterogeneidad constitutiva. Para la realización desta tarea apoyase en “la escuela francesa de análisis del discurso” (AD). Después de un largo polémico discursivo, fue posible concluir que la OPS actualizó su discurso cuyo punto de partida son los temas presentados por el Banco Mundial: financiamiento, eficacia y eficiencia. Hubo un desequilibrio asociativo semántico entre universalidad, integralidad y gratuidad de la atención a la salud, defendido por la OPS. La defensa del principio de non-exclusividad, por el Banco Mundial, fue decisiva para aquel desequilibrio.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO E MÉTODO	8
2.1. Objetivo	8
2.2. Método	9
2.3. <i>Corpus</i>	16
3. O TEMPO E O LUGAR DA OPAS	19
3.1. O Tempo e o Lugar	20
3.2. A Competição entre as Agências Internacionais de Cooperação	26
3.3. O Discurso da OPAS Questionado	28
4. ANÁLISE DO <i>CORPUS</i>	30
4.1 – Excelência, atenção primária e crise econômica	30
4.2 – Eficiência	36
4.3 – Orientações e prioridades	38
4.4 – Atenção primária em saúde	39
4.5 – Economia e saúde: a grande polêmica	41
4.6 – Planejamento e SILOS	51
4.7 – Política, comunicação e credibilidade	53
4.8 – Saúde no desenvolvimento	55
4.9 – O Relatório 1993 do Banco e a OPAS	58
4.10 – Saúde, equidade e transformação produtiva: “la canasta básica” ...	61
5 – CONCLUSÃO	63
6 – BIBLIOGRAFIA	66
ANEXO	70

1 - INTRODUÇÃO

O marco histórico deste estudo se insere em um dos períodos mais dramáticos em termos das consequências econômicas e sociais do que se convencionou chamar de “década perdida”, termo este cunhado para denominar o processo de estagnação do crescimento econômico na América Latina na década de 1980.

Obviamente esse processo não foi específico dessa sub-região das Américas, entretanto sofreu particularmente com ele. Segundo Eric Hobsbawm (1995) os países do mundo capitalista desenvolvido, no final da década de 80 estavam mais ricos e mais produtivos do que no início dos anos 70 em razão do *boom* do comércio internacional de produtos industriais. No entanto essas mesmas condições não eram encontradas em outras regiões do planeta pois, como afirma o autor:

“Por um lado, a situação em regiões particulares do globo era consideravelmente menos cor-de-rosa. Na África, na Ásia ocidental e na América Latina cessou o crescimento do PIB *per capita*. A maioria das pessoas na verdade se tornou mais pobre na década de 1980, e a produção caiu durante a maior parte dos anos da década nas duas primeiras dessas regiões, e por alguns anos na última (UN *World Economics Survey*, 1989, pp.8 e 26). Ninguém duvidou seriamente de que, para essas partes do mundo, a década de 1980 foi de severa depressão.” (1995:395)

Apesar dos efeitos das crises de 1974-5, 1981-2 e do fim da década de 1980 atingirem também os países ricos e desenvolvidos traduzidos em “outra vez se acostumarem com a visão diária de mendigos nas ruas” (Idem: 396), não apresentavam ainda, pelos padrões mundiais, a gravidade da injusta distribuição de renda. Enquanto nos países mais desigualitários dentre os desenvolvidos (Austrália, Nova Zelândia, EUA e Suíça) os 10% mais ricos se apropriavam de 20 a 25% da renda, em países como Filipinas, Malásia, Peru, Jamaica e Venezuela o mesmo percentual de ricos ficavam com mais de 34% e na Guatemala, México, Sri Lanka e Botsuana com mais de 40%. No Brasil o problema era mais gritante, enquanto “os 20% mais pobres da população dividiam 2,5% da renda total da

nação, os 20% mais ricos ficavam com quase dois terços dessa renda” (idem:397).

É notável que da lista de 10 (dez) exemplos de injustiça distributiva do autor, 6 (seis) deles são de países da América Latina. Esse processo de concentração de renda associado à estagnação econômica e altos índices de inflação (fenômeno denominado de estagflação) na América Latina tornou-se ainda mais perverso quando se verifica que os investimentos públicos nas esferas de proteção social declinaram neste período. Segundo Macedo,

“A crise dos anos 80 e as várias iniciativas de ajuste tiveram repercussões desastrosas para o setor saúde na América Latina. A diminuição do financiamento público, particularmente do investimento, inclusive de manutenção, implicou, não somente a quase interrupção do processo de expansão da oferta de serviços, como um perigoso processo de deterioração da capacidade instalada com diminuição da qualidade da atenção. Ao mesmo tempo, a redução geral da renda (8,9% *per capita* entre 81 e 89) e a explosão da pobreza (43% em 1990 ou 185 milhões de pessoas) aumentaram as necessidades e as demandas por serviços públicos(...)” (1997: 14).

Esse processo de erosão dos investimentos sociais que ocorreu na América Latina não foi o padrão dominante nas economias capitalistas ricas. Hobsbawn informa que, enquanto em 1972, treze destes países gastaram 48% das despesas de governo em seguridade social, bem estar e saúde, em 1990 esta cifra havia subido para 51% (1995:397), como efeito do aumento do desemprego gerado pelo padrão de desenvolvimento econômico que levou à substituição da mão-de-obra pela intensa mecanização (idem: 403). Mesmo esse aumento dos gastos sociais ainda não foi suficiente para restaurar o padrão de seguridade da chamada “Era de Ouro” (idem: 223-390) uma vez que os “empregos perdidos nos maus tempos não retornariam quando os tempos melhoravam: não voltariam jamais” (idem:403). Este fato era razão direta de que as rendas do Estado cresciam menos em comparação aos seus gastos entre 1973 e 1990, quando suas economias tiveram um crescimento mais lento que na “Era de Ouro”.

O fato a ser retido aqui é que, mesmo considerando o aumento relativo dos gastos sociais dos países desenvolvidos, o padrão de financiamento do *Welfare State* entra em crise principalmente na década de 1980. O tipo de seguridade social projetado nos países centrais do capitalismo para funcionar em ambiente econômico de pleno emprego torna-se oneroso demais para o Estado em períodos de desemprego crescente e estrutural.

Dado o aumento da massa de desempregados na Europa nos anos 80, a crise do *Welfare State* refletir-se-á mais agudamente na década de 90, quando os ajustes para diminuir os déficits orçamentários “abranchem a redução do público-alvo do apoio, cada vez mais aos grupos vulneráveis” (Rubarth, 1999: 28). Os países europeus da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), ao contrário dos da América Latina, ainda cresceram a taxas pouco acima de 4% ao ano no período de 1984 a 1988. No entanto, a partir de 1990 esse crescimento recua para patamares inferiores a 2% ao ano (Glyn, 1995: 78).

Nos países da América Latina, associado à estagnação econômica, há o agravante da diminuição dos gastos sociais já na década de 1980 e o desmantelamento “dos incipientes sistemas de proteção social” que, em razão da crise, “passaram a adotar políticas de privatização do bem-estar social, o que significa um retorno aos benefícios seletivos ao invés de universais e à aceitação de uma maior diferenciação nos ganhos, que já eram muito desiguais por razões históricas conhecidas.” (Rubarth, 1999: 29).

O início da década de 1990 se configuraria em outro período de crise e “entre 1990 e 1993, poucas tentativas se fizeram de negar que mesmo o mundo capitalista desenvolvido estava em depressão” (Hobsbawn, 1995: 398). Segundo o mesmo autor, o fato fundamental não era que o sistema capitalista não funcionava tão bem como na “Era de Ouro”, mas sim que ninguém sabia mais como controlar as operações e os “caprichos da economia mundial”, dado que a política de governo, coordenada nacional e internacionalmente, o grande instrumento daquela “era”, não funcionava mais (idem, ibidem).

É neste contexto de crises econômicas (1974-5, 1981-2, 1990-3) e de soluções que se desenvolvem os debates entre os keynesianos e neoliberais. Essa batalha “não era um confronto puramente técnico entre economistas

profissionais, nem uma busca de caminhos para tratar de novos e perturbadores problemas econômicos (...) Era uma guerra de ideologias incompatíveis” (idem, *ibidem*).

Estava em questão o próprio papel que o Estado deveria assumir frente a essa nova realidade de descontrole que as operações do capitalismo assumiram. Retomava novas roupagens o velho debate da dicotomia entre a “mão invisível” smithiana do livre mercado e a intervenção estatal keynesiana.

Nesse debate houve uma clara vantagem em favor dos defensores da retirada do Estado de suas funções e papéis adquiridos após a crise de 1929. A expressão “Consenso de Washington” (apesar das ressalvas que lhe são feitas pelo suposto teor de conspiração que evoca) parece ter sido a cunhagem que foi imposta aos programas de ajustes da crise fiscal do Estado e da crise econômico social que se abateu na América Latina, principalmente após a crise da dívida externa de 1981-82 (Petras, 1995; Possas, 1992; Sader&Gentile, 1995; Batista, 1995). Para melhor clareza das conseqüências desse ponto, citamos Diniz (1996):

“(...) Nos termos do chamado ‘Consenso de Washington’, o refluxo do Estado, a liberalização, a desregulação e a privatização seriam os aspectos prioritários da nova agenda. Durante toda a década de 80, estas foram as diretrizes dominantes (Rezende, 1996).

Na América Latina, essa perspectiva foi acentuada pela reação à concepção maximalista de Estado herdada do passado, o que levou à visão oposta de teor minimalista. Em conseqüência, o tema reforma do Estado foi aprisionado teoricamente pela dicotomia Estado-mercado, reativando um liberalismo de matiz ortodoxo, consagrador da fórmula redução drástica do tamanho do Estado – primazia do livre mercado nas decisões relativas à alocação de recursos. (...) A despeito de sua inadequação, o minimalismo se impôs, em detrimento da visão mais pertinente e mais rica da reestruturação do Estado” (p. 5).

Esse debate acerca do novo papel e das novas funções que o Estado deveria assumir nessa conjuntura de crise é coetâneo da visão econômica prevalecente da associação direta entre crescimento econômico e

desenvolvimento social. A década de 1980 foi particularmente singular nessa conjunção, quando se afirmava que só se poderia recuperar a enorme dívida social mediante o crescimento econômico, mesmo considerando que esse pensamento não seja exclusivo e nem tenha sido engendrado naquela década, mas pelo menos desde a década de 1950 quando as propostas de desenvolvimento “concentravam-se em fórmulas para ‘maximizar’ o crescimento, pois entendia-se que os seus benefícios acabariam difundindo-se por toda a sociedade, chegando até a sua base” (Hubarth, 1999: 21).

A centralidade da orientação da ciência econômica, particularmente na questão do ajuste estrutural do Estado não se resume somente ao problema da sua crise fiscal. Em verdade, a centralidade da ciência econômica na explicação dos fenômenos da vida quotidiana ganhou proeminência na década de 1980. Certa vez, a filósofa Marilena Chauí em um programa de entrevista da TV Cultura de São Paulo, o “Roda Viva”, chamou atenção para o fato de que foi justamente naquela década que os principais periódicos do Brasil passaram a editar cadernos especiais versando especificamente sobre o tema economia. Ou seja, essa ciência particular adquiriu *status* no dia a dia do jornais enquanto instrumental explicativo privilegiado da realidade. Segundo a mesma filósofa esse fenômeno não é estranho ao mundo das idéias, uma vez que a sociologia já havia adquirido o mesmo *status* na década de 1960, e a filosofia, por sua vez, na década de 1970.

Esse fato é essencial para se entender a contaminação excessiva que a racionalidade econômica desencadeia nos debates internacionais acerca dos problemas humanos mais candentes do final do século XX, como a pobreza, a exclusão social, os nacionalismos xenófobos engendrados pelas disputas por postos de trabalho na Europa, etc. Essa racionalidade assenta-se no núcleo básico da díade custo-benefício ótimo e sua lógica contabilista do balanço fiscal dos Estados.

No entanto, em fins da década de 1980 e início do anos de 1990 a exclusividade da forma do raciocínio econômico calçado na díade acima começa a perder fôlego na agenda internacional. Os temas sociais ganham relevância nos fóruns multilaterais e intergovernamentais. Um dos fatores que levaram a esse movimento foi o fim da Guerra-Fria (Hubarth, 1999: 15). Esse autor denomina

esse processo de “flexibilização da hierarquia temática” que anteriormente era imposta pela confrontação bipolar (idem: 16). Em verdade, como o mesmo autor salienta, as estratégias de erradicação da pobreza tinham sido incorporadas às preocupações das agências multilaterais e internacionais de cooperação para o desenvolvimento como Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Banco Mundial na década de 1970. No entanto,

“A crise financeira iniciada naquela mesma década e, em menor medida, as alterações políticas em alguns países doadores, porém, produziram nova reviravolta desta abordagem pelos organismos internacionais. Praticamente todas as recomendações oriundas desses organismos passaram, então, a preconizar simplesmente o ‘ajuste’, descuidando do atendimento das necessidades básicas, das questões da pobreza (...). O modelo de ‘ajuste com rosto humano’, do final da década de 80, veio, portanto, contrabalançar essa tendência (...)” (idem: 21).

Esse movimento pendular da emergência das questões sociais na agenda internacional, no entanto, adquire novos contornos no início da década de 1990, isto porque após mais de dez anos de absoluta proeminência do foco no tema da crise fiscal do estado e mais de trinta anos do paradigma do crescimento engendrando necessariamente desenvolvimento, os termos do debate na agenda social da ONU eram outros e se desenvolveram nas Conferência sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento - Rio de Janeiro, 1992; Conferência Mundial sobre Direitos Humanos - Viena, 1993; Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Cairo, 1994; Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social – Copenhague, 1995; Conferência Mundial sobre a Mulher – Pequim, 1995 e, por fim, a Conferência Mundial sobre os Assentamentos Humanos – Istambul, 1996. Nesses eventos houve uma atualização do enfoque do crescimento econômico:

“Na avaliação de Ignacy Sachs, a agenda social constitui uma recusa implícita de teorias economicistas que fazem do crescimento o objetivo central, senão o único, das estratégias de desenvolvimento, assim como assinala o fim da crença na difusão quase automática dos resultados do crescimento econômico para o conjunto da sociedade. Ainda segundo Sachs, as conferências fazem parte da

busca por novos paradigmas de desenvolvimento, que seriam construídos a partir da reavaliação de temas que foram objeto de exame e negociações durante os encontros, tais como: a superação do economicismo; as relações entre o econômico, o ecológico e o social; a redefinição do papel do Estado; e as novas formas de parcerias do sistema internacional (...)" (Rubarth, 1999, 35).

É portanto nesse contexto global de crise do *Welfare State* (Offe, 1984; Esping-Andersen, 1991) da centralidade da teoria econômica na explicação dos fenômenos da vida humana, das políticas de ajuste estrutural do Estado e de suas políticas sociais e macroeconômicas (Draibe, 1993; Cohn, 1995; Laurell, 1995) que desenvolvemos nossa análise dos discursos sobre políticas de saúde para a América Latina e Caribe da Organização Pan-Americana da Saúde em sua relação privilegiada com os discursos sobre o mesmo tema do Banco Mundial.

2- OBJETIVO E MÉTODO

2.1 - Objetivo

Esta dissertação tem como objetivo analisar os discursos produzidos pela Organização Pan-Americana da Saúde, OPAS, em determinado período histórico (1986-1994).

Seus discursos se constroem em função das proposições de políticas de saúde para o conjunto da América Latina, uma vez que aquela Organização, por meio da cooperação entre seus países membros, é a principal instância internacional de formulação de políticas regionais de saúde.

A hipótese básica presente no projeto era a de que, provavelmente, teria havido reformulações discursivas ao longo do período, que seriam fruto das alterações da conjuntura política, econômica e social. Como procurei comentar na introdução, a ordem de grandeza das mudanças ocorridas sugeriria que posições discursivas cristalizadas ou em formulação inevitavelmente sofreriam deslizamentos, conforme o embate de idéias, pela sua compreensão (das mudanças), impusesse uma forma hegemônica de entendimento do diagnóstico, de construção de instrumentos e alternativas de confrontação da situação e dos prognósticos possíveis.

O campo de conhecimentos e práticas referidas é o das formulações de políticas de saúde, espaço e tempo determinados. Porém, o objeto desta dissertação não são suas implementações, tampouco suas conseqüências na realidade concreta das pessoas, mas sim os discursos que as suportam.

Entretanto, partindo do pressuposto de que os discursos, qualquer discurso, não se constrói, não se realiza e nem se atualiza sobre si mesmo, mas sobre outros discursos, foi necessário, por razões práticas e metodológicas, definir sobre qual discurso, em oposição constitutiva, a OPAS teria elaborado as mudanças em seu próprio discurso.

A leitura dos especialistas da área de políticas públicas de saúde, do Brasil e da América Latina, (Melo&Moura; 1990; Melo&Costa, 1994; Eibenschutz,1995;

Conh, 1995; Draibe, 1993; Laurell, 1994, 1995; Leite, 1991; Werneck Vianna, 1991; Diniz, 1996) possibilitou o reconhecimento da relevância superior que o Banco Mundial teve no contencioso das propostas de políticas no cenário internacional e, particularmente, para a América Latina.

Também contribuiu para escolha realizada a relativa expressão que o Banco Mundial alcançou após a publicação do seu relatório anual de 1993, *“Invertir en Salud”*, cujo tema central foi o investimento em saúde. Este relatório é a culminância de um intenso processo de debates e seminários internos que possibilitou a inserção do banco, de forma proeminente, em uma área que era tratada por seus técnicos apenas marginalmente. O relatório é, em verdade, tributário de um estudo produzido pelo próprio banco e publicado em 1987, denominado *“Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for reform.”*

A OPAS teria, pois, como interlocutor privilegiado o Banco Mundial, como a agência que mais financiou projetos na linha das propostas de reforma do Estado, que vicejaram nas décadas de 1980 e 1990, com a característica de ter se inserido mundialmente nas discussões sobre as políticas sociais, particularmente de educação e saúde.

O recorte temporal, 1986-1994, pode ser justificado, aqui, pela intensidade de contato discursivo direto (Maingueneau, 1984) que ocorreu entre estas duas instituições no período de intervalo das duas publicações do Banco Mundial, acima citadas.

2.2 - Método

Adotando a perspectiva metodológica da análise dos discursos, é necessário, portanto, definir do que trata esse sintagma “análise do discurso”. E qual linha teórica apoia o desenvolvimento desta dissertação.

Para todos efeitos, aceitamos a seguinte definição de discurso:

“O reconhecimento da dualidade constitutiva da linguagem, isto é, do seu caráter ao mesmo tempo temporal e atravessado por

entradas subjetivas e sociais, provoca um deslocamento nos estudos lingüísticos até então balizados pela problemática colocada pela oposição língua/fala que impôs uma lingüística da língua. Estudiosos passam a buscar uma compreensão não mais centrada apenas na língua, sistema ideologicamente neutro, mas num nível situado fora desse pólo da dicotomia saussureana. E essa instância da linguagem é o discurso. Ela possibilitará operar a ligação necessária entre o nível propriamente lingüístico e o extralingüístico a partir do momento em que se pressentiu que o 'liame' que relaciona as 'significações' de um texto às condições sócio-históricas deste texto não é de forma alguma secundária, mas constitutivo das próprias significações. (Haroche, Cl. Et alii, 1971:98). O ponto de articulação dos processos ideológicos e dos fenômenos lingüísticos é, portanto, o discurso.

A linguagem enquanto discurso não constitui um universo de signos que serve apenas como instrumento de comunicação ou suporte de pensamento; a linguagem enquanto discurso é interação e um modo de produção social" (Brandão, 1991: 11-12).

Definido assim o discurso, como uma instância da linguagem que opera duas esferas, o lingüístico e o extralingüístico, ou seja, suas condições de produção, podemos passar à definição de "análise do discurso" (AD). Neste caso nos apoiamos em Dominique Maingueneau, teórico da escola francesa da análise do discurso. Em verdade, as categorias de análise empregadas e a forma de abordagem do problema da minha pesquisa é centrado fundamentalmente em seus estudos. É deste autor, portanto, a definição que empregamos:

"De imediato, é preciso explicitar as razões pelas quais uma conversa de bar, por exemplo, não se constitui, em princípio, em objeto da AD, embora, por outro lado, esta seja passível de estudos que se filiam a outras formas de 'análise do discurso'. Poder-se-ia adiantar que a AD (convencionar-se-á, para evitar equívocos, abreviar assim o termo 'escola francesa de análise do discurso') se apóia crucialmente sobre os conceitos e os métodos da lingüística, mas este não é, com toda evidência, um traço bastante discriminador. Na

verdade, é preciso levar em consideração outras dimensões; a AD relaciona-se com textos produzidos:

- no quadro de instituições que restringem fortemente a enunciação;
- nos quais se cristalizam conflitos históricos, sociais, etc.;
- que delimitam um espaço próprio no exterior de um interdiscurso limitado.

Os objetos que interessam à AD, conseqüentemente, correspondem, de forma bastante satisfatória, ao que se chama, com frequência, de *formações discursivas*, referindo de modo mais ou menos direto Michel Foucault que, através deste conceito, entende:

‘um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço que definiram em uma época dada, e para uma área social, econômica, geográfica ou lingüística dada, as condições de exercício da função enunciativa⁹’¹.

Nesta perspectiva, não se trata de examinar um *corpus* como se tivesse sido produzido por um determinado sujeito, mas de considerar sua enunciação como correlato de uma certa *posição* sócio-histórica na qual os enunciadores se revelam substituíveis. Assim, nem os textos tomados em sua singularidade, nem os *corpus* tipologicamente poucos marcados dizem respeito verdadeiramente à AD.” (Maingueneau, 1997:13-4)

Torna-se claro, dessa maneira, que o entendimento do que possa ser chamado de discurso e, por extensão, de “análise do discurso”, só pode ser construído em sua relação com o conceito de formação discursiva, pois “este termo define o que pode e deve ser dito (...) a partir de uma posição dada em uma conjuntura determinada” (Idem: 22).

Portanto, aqui apresenta-se um conceito nuclear da teoria da AD, que além dessa herança do pensamento de Michel Foucault, também é tributário dos

¹ Citação retirada de Foucault, Michel. *L'Archéologie du Savoir*. Paris, Galimard, 1969, p. 153.

avanços apresentados pela vertente soviética da semiologia, principalmente Mikhail Bakhtin. Este último é de fundamental importância para a AD, na medida em que, se contrapondo e ultrapassando Saussure, introduz a noção de dialogismo e polifonia nos estudos lingüísticos. São dois operadores de grande importância para a AD, uma vez que é a partir deles que se pôde debruçar sobre os textos não mais como unidades autônomas, com sentido em si mesmas, mas como unidades construídas em oposição a outros textos e “vozes” que se instalam na narrativa enquanto o “outro” constitutivo de sua identidade.

Esta herança é que permitiu questionar a concepção de oposição entre “língua” e “fala” e construir o conceito de “discurso” (é importante ressaltar aqui, que os próprios lingüistas utilizam o termo entre aspas, uma vez que o conceito é extremamente polissêmico).

O conceito de discurso associado intrinsecamente ao de formação discursiva, que é a perspectiva que adotamos, na trilha de D. Maingueneau, nos impõe a tarefa de explicitar algumas categorias por ele utilizadas e construídas.

Vamos expor o que consideramos de importância vital para as intenções da dissertação. Neste caso, me apoio na seguinte proposição para justificar, assim, minha posição:

“Para terminar o recorte lingüístico, com vistas à análise documentária, é necessário ter em conta que esta utiliza a lingüística enquanto universo teórico capaz de subsidiar a sua atividade pragmática. Neste sentido, não lhe interessam as diferentes correntes lingüísticas enquanto escolas de pensamento, com as suas linguagens, modelos e sistemas fechados, mas sim elementos e conceitos possíveis de serem utilizados no seu fazer pragmático. Esta questão leva-nos, por um lado, a uma dificuldade de precisão terminológica e conceitual dentro da análise documentária quando utiliza o jargão das diferentes correntes lingüísticas utilizadas; por outro, confere à análise documentária uma mobilidade de procedimentos, permitindo-lhe uma abordagem teórica mais rica e globalizante do objeto em análise”. (Cunha, 1990:66)

A primeira noção a ser fixada é em referência ao próprio conceito de formação discursiva e sua identidade. Neste caso deve ser eliminada toda e qualquer pretensão de busca e conformação de uma homogeneidade inerente aos discursos das formações discursivas. Senão vejamos,

“(...) De fato, uma formação discursiva não deve ser concebida como um bloco compacto que se oporia a outros (o discurso comunista contra o discurso democrata-cristão, por exemplo), mas como uma realidade ‘heterogênea por si mesma’:

‘O fechamento de uma formação discursiva é fundamentalmente instável, não se constituindo em um limite que, por ser traçado de modo definitivo, separa um interior e um exterior, mas inscrevendo-se entre diversas formações discursivas, como *uma fronteira que se desloca* em função dos embates da luta ideológica⁷.’²

O que está em questionamento aqui é exatamente a relação com o interdiscurso, e não o contrário:

‘O interdiscurso consiste em um processo de *reconfiguração incessante* no qual uma formação discursiva é levada (...) a incorporar elementos pré-construídos fora dela, com eles provocando sua redefinição e redirecionando, suscitando, igualmente, o chamamento de seus próprios elementos para organizar sua repetição, mas também provocando, eventualmente, o apagamento, o esquecimento ou mesmo a denegação de determinados elementos⁸.’³

Como se vê, contrariamente às representações espontâneas dos sujeitos, a formação discursiva aparece como o lugar de um trabalho no interdiscurso; ela é o domínio ‘inconsistente’, aberto e instável, e não a projeção, a expressão estabilizada da ‘visão do mundo’ de um grupo social.” (Mangueneau, 1997:112-3).

² Esta citação refere-se ao artigo de Coutine, J.-J; Marandin, J.-M., Quel objet pour l’analyse du discours?. In Matérialités discursives, Presses Universitaires de Lille, p 24, 1981.

³ Refere-se aos mesmos autores, obra e página da nota anterior.

Este conceito de interdiscurso remete, portanto, a outro, que vem a ser o de memória discursiva. Essa memória é uma memória histórica formada por conjunto de formulações que podem repetir, recusar ou transformar outras formulações da própria formação discursiva.

Refinando a noção de interdiscurso, Dominique Maingueneau recorre a três outros termos complementares: universo discursivo, campo discursivo e espaço discursivo, que são assim definidos por ele,

“Entende-se por ‘universo discursivo’ o conjunto de formações discursivas de todos os tipos que coexistem, ou melhor, interagem em uma conjuntura. Esse conjunto é necessariamente finito, mas irrepresentável, jamais concebível em sua totalidade pela AD. Quando uma noção é utilizada, é essencialmente para aí recortar os ‘campos discursivos’(...)

O ‘campo discursivo’ é definível como um conjunto de formações discursivas que se encontram em relação de concorrência, em sentido amplo, e se delimitam, pois, por uma posição enunciativa em dada região.(...)

O ‘espaço discursivo’, enfim, delimita um subconjunto do campo discursivo, ligando pelo menos duas formações discursivas que, supõe-se, mantêm relações privilegiadas, cruciais para a compreensão dos discursos considerados. Este é, pois, definido a partir de uma decisão do analista, em função de seus objetivos de pesquisa. Não é por simples comodidade que determinados subconjuntos são recortados (porque seria difícil apreender um campo discursivo em sua totalidade), mas também e sobretudo *porque uma formação discursiva dada não se opõe de forma semelhante a todas as outras que partilham seu campo*: certas oposições são fundamentais, outras não desempenham diretamente um papel essencial na constituição e preservação da formação discursiva considerada.” (idem, 116-7)

É partindo dessa precisão analítica, pois, que faço o recorte do campo discursivo, definindo as agências internacionais de cooperação técnico-financeira

que atuam na área das políticas sociais, especificamente as de saúde, como o conjunto de formações discursivas do campo. Desta forma, portanto, entendo a Organização Pan-Americana da Saúde e o Banco Mundial como dois enunciadores de formações discursivas em relação privilegiada, principalmente quando circunscrevemos uma área geográfica específica, a América Latina. A relação de concorrência entre essas duas formações discursivas compõe a delimitação do espaço discursivo a ser analisado. E, portanto, dizer que o objeto a ser analisado será as relações discursivas que se estabelecem entre as duas formações discursivas é afirmar, como Dominique Maingueneau o faz, o primado do interdiscurso sobre o discurso.

É nessa apreensão da relação de formações discursivas que se coloca o problema da heterogeneidade constitutiva do discurso. É uma oposição necessária, pois é somente a partir dela que se funda o próprio discurso. A heterogeneidade é uma relação de movimento entre o interior e o exterior do texto. Esta noção está calçada na própria idéia da contradição interna à sociedade, ou seja, só entende-se uma sociedade na medida em que o analista estabelece as relações sociais fundamentais como objeto de análise desta mesma sociedade. Isto que dizer, não se pode falar em operariado sem se falar em burguesia industrial, ou ainda, como falar em Movimento dos Sem Terra (MST) sem citar a União Democrática Ruralista (UDR)? Dito isto, vamos ao núcleo central da proposta analítica de Maingueneau:

“(...) sustentar que o espaço pertinente para as regras é da ordem interdiscursiva consiste em propor ao analista o interdiscurso como objeto e *fazê-lo apreender, de imediato, não uma formação discursiva, mas a interação entre as formações discursivas*. Isto implica que a identidade discursiva está construída na relação com o Outro. Não se distinguirá, pois, duas partes em um ‘espaço discursivo’, a saber, as formações discursivas por um lado, e suas relações por outro, mas entender-se-á que todos elementos são retirados da interdiscursividade(...). Um enunciado de uma formação discursiva pode, pois, ser lido em seu ‘direito’ e em seu ‘avesso’: em uma face, significa que pertence a seu próprio discurso, na outra, marca a distância constitutiva que o separa de um ou vários discursos. Nesta

perspectiva, as eternas polêmicas em que as formações discursivas estão envolvidas não surgem de forma contingente do exterior, mas são atualizações de um processo de delimitação recíproca, localizado na própria raiz dos discursos considerados.(...)

Esta interação entre dois discursos em posição de delimitação recíproca pode ser considerado como um processo de ‘tradução’ generalizada, ligada a uma ‘interincompreensão’. Tradução de um tipo bem particular, pois ela opera, não de uma língua natural para outra, mas de uma formação discursiva à outra, isto é, entre zonas da mesma língua. (...) Assim, quando uma formação discursiva faz penetrar seu Outro em seu próprio interior, por exemplo, sob a forma de uma citação, ela está apenas ‘traduzindo’ o enunciado deste Outro, interpretando-o através de suas próprias categorias.” (idem, 119-20).

Tendo situado, portanto, o mecanismo de análise a ser empregado na dissertação, passamos à escolha do *corpus* textual a ser analisado.

2.3 - *Corpus*

Os textos do Banco Mundial que foram escolhidos são a versão em língua espanhola (*Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo*) do documento publicado em 1987, “*Financing Health...*” e o “*Informe sobre el desarrollo mundial 1993 – Invertir en Salud*”,⁴ e a apresentação desse relatório por Philip Musgrove (economista superior do Banco Mundial) inserida no “*Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*” Volume 115, nº 05, de novembro de 1993.

No caso da OPAS, cujos discursos são o objeto central desta dissertação, foi necessário primeiro realizar uma extensiva leitura dos documentos publicados no período. Foram lidos todos os volumes e números da sua publicação seriada, “*Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*” do período: do volume 100 nº 01, de janeiro de 1986, até o volume 117 nº 06, de dezembro de 1994. As “*Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990*”

⁴ Os informes anuais do Banco são conhecido pelo epíteto “Relatórios”.

de 1987, as “*Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para la Organización Panamericana de la Salud en el cuadrenio 1991-1994*” de 1991 e as “*Orientações estratégicas e programáticas 1995-1998*” de 1995 (documento oficial nº 269). Também foi objeto de leitura a “*História de la Organización Panamericana de la Salud*” de 1992. E por último, a publicação conjunta CEPAL/OPAS “*Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*” (Série documentos reproducidos nº 41) de março de 1994.

O Boletim é considerado “*la biografía de la Organización, de la cual é vocero, y por ende, es la historia de la salud pública en nuestro continente*” (Boletim vol. 100 nº 01, janeiro de 1986: Mensagem do Diretor – “*Volumen 100*”). Por essa razão obteve atenção privilegiada. De todos esses volumes foram escolhidos e detidamente lidos, para fins de análise, os seguintes volumes e números:

Boletim vol. 100 nº 04, abril 1986.

Boletim vol. 100 nº 06, junho 1986.

Boletim vol. 101 nº 01, julho 1986.

Boletim vol. 101 nº 03, setembro 1986.

Boletim vol. 101 nº 05, novembro 1986.

Boletim vol. 102 nº 01, janeiro 1987.

Boletim vol. 102 nº 04, abril 1987.

Boletim vol. 102 nº 05, maio 1987.

Boletim vol. 103 nº 05, novembro 1987.

Boletim vol. 103 nº 06, dezembro 1987.

Boletim vol. 104 nº 03, março 1988.

Boletim vol. 104 nº 06, junho 1988.

Boletim vol. 105 nº 01, julho 1988.

Boletim vol. 106 nº 01, janeiro 1989.

Boletim vol. 107 nº 01, julho 1989.

Boletim vol. 107 nº 05, novembro 1989.

Boletim vol. 108 nº 01, janeiro 1990.

Boletim vol. 108 nº 02, fevereiro 1990.

Boletim vol. 108 nº 03, março 1990.

Boletim vol. 109 nº 01, julho 1990.

Boletim vol. 109 nº 02, agosto 1990.

Boletim vol. 109 nº 03, setembro 1990.

Boletim vol. 109 nº 05/06, novembro/dezembro 1990.

Boletim vol. 110 nº 03, março 1991.

Boletim vol. 112 nº 03, março 1992.

Boletim vol. 112 nº 05, maio 1992.

Boletim vol. 112 nº 06, junho 1992.

Boletim vol. 113 nº 01, julho 1992.

Boletim vol. 114 nº 05, maio 1993.

Boletim vol. 114 nº 06, junho 1993.

Boletim vol. 115 nº 03, setembro 1993.

Boletim vol. 115 nº 05, novembro 1993.

Boletim vol. 116 nº 01, janeiro 1994.

Boletim vol. 116 nº 05, maio 1994.

Boletim vol. 116 nº 06, junho 1994.

Boletim vol. 117 nº 01, julho 1994.

Boletim vol. 117 nº 02, agosto 1994.

3 – O TEMPO E O LUGAR DA OPAS

“OPAS defende o fim da saúde universal gratuita.”

Esta era a chamada da matéria da página 4 do caderno *São Paulo* do jornal paulista “Folha de S.Paulo” de 14 de dezembro de 1998. A síntese conclusiva expressa na manchete foi o resultado da entrevista realizada com o diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), George Alleyne (que sucedeu Carlyle Guerra Macedo) em visita àquela época ao Brasil.

No decorrer da matéria jornalística, não configurada segundo a forma de perguntas e respostas, e sim mediante a glosa das aspas, existem algumas afirmações literais como:

“O governo deve assumir a responsabilidade apenas sobre os serviços básicos. Nos serviços mais sofisticados, o Estado tem de garantir que pessoas desfavorecidas tenham acesso. Mas as pessoas que têm capacidade de pagar devem custear esses serviços.”

Ou então,

“O Estado deve e pode garantir um conjunto mínimo de serviços, uma cesta básica. Quando chegamos à tecnologia mais sofisticada, a aspectos mais caros da atenção, creio que há espaço para a atuação do mercado.”

Destas afirmações o jornal definiu a manchete, a gratuidade apenas para a cesta básica e o financiamento do procedimentos mais complexos somente para a população de baixa renda.

Para os profissionais da área da saúde, particularmente da saúde pública e coletiva, essas formulações remetem necessariamente a uma instituição que nos últimos quinze anos iniciou um processo mais intenso nos debates internacionais sobre o financiamento, a organização e a provisão de serviços e atenção à saúde no mundo, o Banco Mundial. Mas e a OPAS? Esta foi sempre a tônica de seu discurso e de suas propostas de políticas de saúde?

Não parece que a resposta à interrogação acima possa ser afirmativa nas análises que passo a realizar no decorrer desse capítulo, pelo menos não no

período escolhido para esse estudo. Entretanto, as condições que levariam a essa disjunção do discurso da gratuidade de serviços de saúde universais já estavam presentes no intenso debate que travaram a Organização Pan-Americana da Saúde e o Banco Mundial, principalmente entre os anos de 1987 e 1994.

É um pouco da história desse confronto discursivo e de suas conseqüências que procuro descrever e analisar nas páginas seguintes. Quais são as evidências dessa relação discursiva polêmica? Quais os sinais de dialogismo e interdiscursividade?

3.1 – O tempo e o lugar

A OPAS é a primeira organização de cooperação técnica em saúde entre os países do mundo. Sua primeira configuração remonta ao início do século 20, precisamente em 1902, cuja constituição foi derivada da 1ª Convenção Sanitária Internacional ocorrida em Washington, entre 2 e 4 de dezembro daquele mesmo ano. “A convenção criou a Oficina Sanitária Internacional, órgão permanente para o cumprimento das decisões da convenção. Estava assim estabelecida a mais antiga organização internacional de saúde atualmente existente: a Organização Pan-Americana da Saúde.” (Macedo, 1997: 20).

As motivações que levaram à sua criação foram próprias do paradigma higienista dos fins dos século XIX. O núcleo básico desse paradigma era a relação intrínseca entre as condições mínimas de higiene e a circulação internacional de mercadorias e pessoas. “A preocupação dominante era a ameaça que as epidemias freqüentes significavam para o comércio internacional e os riscos de sua disseminação pelas correntes migratórias então em alta para as Américas, especialmente para os Estados Unidos. (...) A preocupação quase exclusiva da 1ª Convenção foi determinar as responsabilidades dos governos na notificação e nas medidas sanitárias para o controle das principais enfermidades transmissíveis com atenção especial para os portos” (idem, ibidem).

Essa perspectiva de ação e de filiação paradigmática estava expressa, inclusive, nas resoluções da primeira Convenção, particularmente na terceira:

“Tercero. Se resuelve, además, que la Oficina Sanitaria Internacional estará obligada a prestar el mejor auxilio que pueda y toda la experiencia que posea, para contribuir a que se obtenga la mayor protección posible de la salud pública de cada una de dichas Repúblicas, a fin de que se eliminen las enfermedades y de que se facilite el comercio entre las expresadas Repúblicas.” (OPAS-Hist, 1992: 24)

Segundo Macedo, mesmo após a “evidenciação do caráter social da saúde” realizada “por Virchow quase um século antes” (op. cit., 22), nos primeiros quarenta e cinco anos da Oficina foi esse o foco de sua atenção. A atenção médica não estava no rol de atividades de cooperação a que se destinava, dado que era vista como um problema relacionado à esfera privada e individual.

O quadro das preocupações viria a se modificar após a segunda guerra mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e o nascimento da Organização Mundial da Saúde (OMS). O ajuste do funcionamento da Oficina ao nascimento da ONU/OMS foi de duas ordens. A primeira se refere a seu estatuto: transforma-se de Oficina do sistema interamericano em Organização, tanto daquele sistema como, também, do sistema mundial da ONU. A segunda refere-se à ampliação da sua agenda de saúde. Esta segunda mudança é derivada da definição de saúde que se expressa na constituição da OMS que iria considerar a saúde não mais como simples ausência de doenças ou afecções (conceito pertinente ao paradigma higienista e biológico) e sim como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Frente a essa conceituação ampliada de saúde, a OPAS incorpora em sua agenda de cooperação com as Repúblicas representadas na organização temas como a organização e gestão dos serviços de atenção à saúde, ambiente (enquanto condicionantes daquele ‘estado’) e o tema das relações entre seguridade social e saúde pública (Macedo, 1997: 32).

É deste tempo a elevação do estatuto da saúde e dos seus cuidados à condição de um direito e não mais como uma preocupação ou responsabilidade meramente individual. “O direito à vida não tem valor sem o corolário do direito à proteção da saúde ou a sua recuperação, ou seja, contra a ameaça da enfermidade” (idem, 33). Assim, a saúde entrava definitivamente nas

preocupações da esfera pública, sendo que ao Estado caberia zelar pelo direito à saúde, tendo o governo a responsabilidade pela adoção de medidas econômicas e sociais concretas para a manutenção e recuperação da saúde. As condições históricas das quais é fruto esse ideário dos direitos sociais são o fim da 2ª grande guerra, o início do Plano Marshall, o início da Guerra Fria e a montagem do Welfare State, principalmente os modelos europeus. (Offe, 1984, Esping-Andersen, 1991)

A fim de se adequar a esse novo princípio e de suas correlatas novas atribuições, a OPAS, em 1953 e 1954, inicia a expansão de seu quadro de referência teórico com a incorporação das disciplinas teóricas da Ciências Sociais em seus debates internos, o que a induziu a sugerir aos países membros a introdução dos cursos de medicina social nas escolas médicas da região americana. Essa nova postura era derivada da “aceitação progressiva da natureza social da saúde [que] clamava por conhecimentos que as ciências médicas não podiam proporcionar.” (idem: 35). Convém lembrar que a introdução das Ciências Sociais nas análises dos condicionantes e determinantes da saúde também é fruto do intenso desenvolvimento porque passaram a sociologia e antropologia médica com os estudos realizados por Talcott Parsons nos EUA nas décadas de 50 e 60.

Dado o incremento paulatino da atenção médica, inicialmente devido ao surgimento da Seguridade Social (1950-60) e posteriormente pela expansão da atividade privada (fins de 1960 e década de 1970), a OPAS acompanha a construção de sistemas de saúde na região, particularmente centrando atenção no componente hospitalar público e nas relações entre saúde pública e o sistema de saúde. É dessa crescente complexidade adquirida pelas ações pertinentes ao campo da saúde - com o desenvolvimento tecnológico tanto material e de equipamentos, quanto das especialidades que engendram maiores custos da atenção - que surge a necessidade do desenvolvimento de processos de gestão para o seu acompanhamento. A assunção, no plano das obrigações, pelos Estados, da garantia do direito à saúde e o papel de cooperação da Organização com os estados americanos na formulação de políticas para a efetivação daquela garantia, levaram-na, a partir da reunião de Punta del Leste em 1961, a “incorporar a seu portfólio temas de políticas públicas, colocadas por fóruns

internacionais, de áreas que não a saúde, como foi o caso da inclusão do planejamento, criando o chamado Método Cendes-OPS” (Melo&Costa, 1994: 58).

A introdução do planejamento na agenda de assessoria da OPAS está inserida no contexto do movimento político-intelectual internacional contra as injustiças sociais não equacionadas pelo padrão de crescimento econômico, cuja expressão regional foi a *Ata de Bogotá* (1960). Segundo Macedo a reunião de Punta del Leste foi norteadas pelas preocupações e motivações que levaram à Ata de Bogotá (necessidade de estabilidade política frente às carências sociais da região). Nesta reunião se estabelece um plano de ações, o qual incluía a saúde, para o combate às desigualdades. Em verdade, era uma proposta dos EUA para cooperação regional com o fito de legitimar a *Aliança para o Progresso*. No entanto, o método Cendes-OPS se mostraria extremamente tecnocrata e prescritivo, o que não impediu, porém, que se avançasse no entendimento da natureza política da saúde e da complexidade das suas relações intersetoriais. (Macedo, 1997: 39-40)

A questão da saúde passaria a estar intrinsecamente relacionada aos problemas do desenvolvimento regional, inserida no contexto geral da tentativa de resolução do problema do crescimento econômico sem as contrapartidas sociais deliberadas. A 3ª Reunião especial de Ministros de Saúde, realizada no Chile em 1972, aprova o Plano Decenal de Saúde para a Região, discutido ao longo da década de 60, que tinha como estratégia a universalização da cobertura dos serviços, via sua expansão, a fim de garantir o direito à saúde pelo Estado (idem, 41).

Na década de 1970 o discurso da OPAS estava em consonância aos discursos dos organismos do sistema ONU⁵ e de outros organismos de cooperação multilateral, como o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial, que se expressaram na Conferência da Nações Unidas sobre

⁵ FAO-Organização para a Alimentação e Agricultura, UNICEF-Fundo para Infância, OIT-Organização Internacional do Trabalho, PNUD-Programa para o Desenvolvimento, FNUAP-Fundo para Atividades de População

Desenvolvimento e Ambiente Humano em Estocolmo, 1972. As linhas gerais desses discursos eram a proteção e recuperação do ambiente e a proposição de uma nova ordem econômica mundial mais justa aos países em desenvolvimento. Apesar de que - nas ácidas palavras de Macedo - essas duas propostas tenham

sido, a primeira, adiada em uma geração, e a segunda, esquecida para sempre, foram fundamentais na formulação e desenvolvimento de iniciativas para a saúde (idem, 43).

A principal consequência para as formulações no campo da saúde, desse clima de suposta generosidade dos anos 1970, foi a meta de saúde para todos no ano 2000, estabelecida na Assembléia Mundial de Saúde em 1977.

Nas palavras de Macedo o estabelecimento dessa meta é:

“Proposta como uma idéia força para mobilizar a ação dos governos e do setor saúde, expressa uma verdadeira doutrina para a saúde, que transcende uma data: a saúde como um direito essencial da pessoa e das comunidades, (...) a precedência da promoção e da prevenção sobre o tratamento na atenção integral à saúde; o caráter social da saúde (...); equidade e a universalidade do acesso aos serviços de saúde. Nas Américas [esses *princípios*] já vinham sendo promovidos há bastante tempo, estavam presentes, formalmente, nas bases e objetivos do 2º Plano Decenal de Saúde das Américas (71-80) aprovado pelos ministros de Saúde da Região, em Santiago, Chile, 1972.” (idem: 46)

A estratégia adotada para se atingir aquela meta foi definida na Conferência Internacional de Saúde em Alma Ata em 1978, que tinha como eixo a expansão da atenção primária de saúde e da participação comunitária. A atenção primária tinha como componentes mínimos: educação para a saúde, alimentação e nutrição, água potável e saneamento básico, assistência materno-infantil, imunização, combate às enfermidades endêmicas, tratamento das doenças e traumatismos e medicamentos essenciais. A OPAS, em 1980 e 1982, atinente ao ideário de Alma Ata, lança, no nível regional, os documentos ‘Salud para Todos en el Año 2000: Estrategias’ e ‘El Plan de Acción de Salud

para Todos en el Año 2000', respectivamente, que serviriam como marco para os programas da Organização e para os países membros (OPAS-Hist, 1992: 76).

Estes documentos contemplavam as análises das deficiências detectadas no balanço do 2º Plano Decenal referentes à imunização, atenção materno-infantil, políticas de alimentos etc. Tentava-se, agora dessa forma, via o planejamento estratégico centrado em problemas, alcançar a meta de saúde para todos. Esse planejamento previa o fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde, o desenvolvimento dos recursos humanos e o uso eficaz dos recursos financeiros, uma vez que se havia detectado que o problema principal residia em que a população aumentava mais rapidamente do que podiam ampliar-se os serviços, (idem: 76, 162).

No entanto, a década de 1980, teoricamente o período de implantação daquelas estratégias, seria marcada pela extraordinária crise da dívida externa dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. O volume da dívida era de tal ordem que assim a descreve Hobsbawn:

“Praticamente nada desse dinheiro tinha probabilidade de um dia ser pago, mas enquanto os bancos continuassem a ganhar juros sobre ele – uma média de 9,6% em 1982 (UNCTAD) -, não se incomodavam. Houve um momento de verdadeiro pânico no início da década de 1980, quando, começando com o México, os grandes devedores não mais puderam pagar, e o sistema bancário internacional esteve à beira do colapso. (...) Para a sorte da economia dos países ricos, os três gigantes latinos da dívida [México, Brasil e Argentina] não agiram em conjunto. (...) Este foi provavelmente o momento mais perigoso para a economia mundial capitalista desde 1929.” (Hobsbawn, 1995: 412)

As restrições financeiras, tanto de ordem interna quanto de ordem externa, que seriam denominadas de políticas de ‘ajuste estrutural’ dos Estados (Portella Filho, 1994) nesta década para equacionar o problema da dívida afetaram negativamente sobremaneira os investimentos sociais, inclusive em saúde, na América Latina. A consequência da diminuição do gasto público foi a redução dos “recursos para o investimento e algo menos para a

operação, implicando um processo de deterioração da capacidade instalada e de sua utilização” em contrapartida à maior demanda por serviços públicos em razão do desemprego e do aumento da pobreza na região, estimada em 42% ou 185 milhões de pessoas na década. (Macedo, 1997: 54, 59).

O debate acerca das formas que o desenvolvimento deveria tomar, sintetizada na batalha keynesianos e neoliberais, conforme formulada por Hobsbawn, anteriormente citado, põe na dianteira esses últimos, principalmente com a eleição de Thatcher na Inglaterra e de Reagan nos Estados Unidos da América. O ajuste preconizado pela primeira e suas tentativas de cortes no gastos sociais da Inglaterra será o bordão do discurso na década de 1980.

3.2 - A competição entre as Agências Internacionais de Cooperação

O sistema de cooperação multilateral, coordenado pelas diversas agências da ONU e pelo Banco Mundial, passa a sofrer severas críticas dos países do centro do capitalismo. A análise da literatura realizada por Melo&Costa constata os principais óbices a esse sistema:

“Em primeiro lugar trata-se de uma crise do multilateralismo, em que os países hegemônicos passaram a criticar o crescimento das organizações multilaterais e as dificuldades de coordenação num quadro em que a competição econômica intracentro e centro/periferia se agudeceu (Gueballi (1985) e Schoulz (1982)). Em segundo lugar (...) os países hegemônicos passaram a criticar a ‘politização’ crescente das agências, as quais passaram a refletir porosidade cada vez maior às demandas de seus cada vez mais numerosos membros do Terceiro Mundo (...).

Em terceiro lugar, o sistema das Nações Unidas e o Banco Mundial passaram a ser acusados de burocracias ineficientes, superdimensionadas e caras. A política adotada nas agências em virtude dessas críticas foi a de *zero growth budget (...)*” (1994: 73-4).

É, portanto, nesse ambiente adverso de crise de legitimidade dessas agências em relação aos principais países centrais do capitalismo que se deflagra o principal contencioso pela hegemonia do ideário das reformas dos Estados e, por consequência, do formato que as políticas sociais, dentre as quais a saúde, deveriam assumir na década de 1980.

O Banco Mundial, desde suas origens, se distinguia por seus projetos de investimentos em infra-estrutura (principalmente energia e transportes). Esses investimentos, típicos facilitadores para o investimento industrial e comercial privados, foram necessários para a expansão do capitalismo internacional no pós-guerra, conforme se estabeleceu nos acordos sobre investimento internacional, estabilidade de câmbio e balanço de pagamentos de Bretton Woods.

De 1968 a 1981, sob a gestão MacNamara, passa a se constituir uma agência multilateral de grande importância nos investimentos mundiais com vistas ao combate à pobreza. Porém, após 1981, na gestão de Clausen, o Banco Mundial se volta para a questão do ajuste estrutural das economias endividadas decorrendo daí uma maior politização e maior visibilidade no plano internacional.

Essa inflexão se deveria a dois fatos do início da década: as eleições de Reagan e de Thatcher, que mais severamente criticaram a instituição pela burocratização e desperdício de recursos. (Hobsbawn, 1995:269; Melo&Costa, 1994: 79-80).

Apesar de Melo&Costa não desenvolverem essa possível contradição entre a primeira forma de politização (porosidade às demandas dos países do Terceiro Mundo), que sofreu críticas dos países centrais, e a segunda forma, de presença técnica e política na direção dos ajustes da crise da dívida e da crise fiscal do Estado, pode-se supor que, provavelmente, essa última forma tenha sido mais 'conveniente' aos países centrais.

Nesta nova forma de intervenção, focalizando o ajuste estrutural, particularmente, na segunda metade dos anos 1980, o Banco Mundial inicia sua estratégia pública de sugestões de reformas também no financiamento das políticas sociais, incluindo as de saúde.

A OPAS também sofreu influências desses processos e procurou responder, principalmente, às críticas de ineficiência a partir da Oficina de 1983, que propôs a “Estratégia de Utilização Ótima dos Recursos”, numa tentativa de ajustar-se aos novos tempos de restrições orçamentárias, tanto ao seu funcionamento interno quanto para se alcançar a meta de Saúde Para Todos. Neste último caso principalmente à luz da avaliação do 2º Plano Decenal, realizado no fim da década de 1970.

3.3 – O discurso da OPAS questionado

Segundo Melo&Costa, o sistema OPAS/OMS sofreu duras investidas contra sua competência simbólica de compreensão, análise e proposição de soluções para os graves problemas de saúde na América Latina e Caribe. Os autores inclusive propõem ter havido uma verdadeira batalha entre as ‘comunidades epistêmicas’ da saúde pública e do recente campo da economia da saúde. Em consequência, teria havido “uma tomada de consciência das fragilidades das verdades objetivas e do sistema de crenças da comunidade epistêmica da saúde pública” (op. cit. p. 68).

Esse processo de deslegitimação do papel e do saber da OPAS seria derivado das repostas difusas que esta apresentou aos desafios que a década de 1980 impunha, tanto no que se refere ao ajuste da crise quanto à competição entre as agências pela definição das agendas de reformas setoriais que se processaram. Afirmam que “o vasto perfil de temas e áreas-problema sobre as quais cabe a esta comunidade elucidar relações causais, propor estratégias seguras de ação, definir interesses e formular políticas fragilizaram sem dúvida a capacidade do ‘discurso esotérico’, levando com frequência a que diagnósticos e alternativas nada se diferenciem do discurso dos não-especialistas pela sua arbitrariedade. Esta porosidade das representações de competência científica à percepção do senso comum foi implicitamente a principal argumentação contra a agenda das agências internacionais nos anos 80” (idem, ibidem).

O recurso à epidemiologia, segundo os autores, expressa “na publicação oficial *The Challenging of Epidemiology*” nos fins da década de 80 apontaria para tentativa de ‘legitimação cognitiva’, mas incerto diante das escolhas propostas ao campo da saúde, impostas pela lógica econômica que “parece se tornar uma *sólida referência de competência disciplinar* [grifo meu] capitaneada pela agenda dos bancos internacionais de cooperação e pela crise fiscal causada pela medicalização do orçamento dos países centrais” (idem, ibidem).

As incertezas da eficácia das respostas da epidemiologia ao novo padrão de discussão sobre as políticas de saúde, que estava deslocando a centralidade do debate da *episteme* do sanitarismo para a economia da saúde, se materializariam em 1993 com a publicação do relatório do Banco Mundial destinado ao tema do investimento em saúde. A OPAS tentaria se inserir no debate com a publicação, em conjunto com a CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina), do texto “*Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y Caribe*”, mas, segundo os autores, a adoção do discurso econômico pelos sanitaristas da OPAS era uma opção inadequada, devido às vantagens dos bancos nessa área (idem, p. 71). Talvez fosse necessário também fazer uma comparação inversa no que se refere à inserção dos economistas no campo da saúde, para além dos seus aspectos do ajuste financeiro da crise.

4 – ANÁLISE DO CORPUS

A partir deste momento, iniciamos o processo de análise dos documentos da OPAS, no período estipulado e justificado no capítulo da metodologia desta dissertação, com o fito de verificar de que maneira essa formação discursiva do campo da saúde nas Américas, e particularmente na América Latina e Caribe, operou seus discursos na intrincada trama de competição das agências internacionais de cooperação.

4.1 – Excelência, atenção primária e crise econômica

Mensagem do Diretor: “*Excelencia*”, Boletim 100 (4) de abril de 1986

“En el contexto de la compleja situación actual, los sistemas internacionales de cooperación presentan cierta falta de adecuación y de desarrollo. Frente a ellos se elevan las opiniones y las críticas particularmente las que provienen de los países del ‘primer mundo’, sobre cómo trabajan, cómo deciden y cómo llevan a cabo sus políticas. En otras palabras, se cuestionan su eficiencia y su utilidad.”

O diretor indicava três fatores para entender este problema detectado no início de 1986: primeiro, a competição entre as formas de cooperação multilateral e as formas de relações bilaterais, o segundo, a politização dos organismos e terceiro, a ineficiência desses organismos, dentre os quais naturalmente se insere a OPAS.

É interessante notar que as críticas detectadas, segundo o diretor, provêm dos países que chamou, mediante a glosa das aspas, de primeiro mundo. Lembre-se que a OPAS, embora seja uma organização pan-americana, cumpre, fundamentalmente, o papel de estimular a cooperação entre os países da América Latina e Caribe e cooperar com eles.

Poderíamos entender as aspas utilizadas neste caso com uma demarcação do topos discursivo: a América Latina. Como relatado

anteriormente, foi uma das regiões mais duramente castigadas pela crise dos anos 1980, onde a pobreza e as desigualdades sociais se ampliaram enquanto, nas palavras de Hobsbawn, os países do 'primeiro mundo' ficaram mais ricos. Essa interpretação das aspas no discurso pode ser sustentada, por exemplo, na corrente francesa da Análise do Discurso, quando nas palavras de Maingueneau, "As aspas constituem antes de mais nada um sinal construído para ser decifrado por um destinatário" onde "cada decodificação realizada pelo destinatário *reforça a convivência* entre os parceiros do discurso, visto que estão partilhando a mesma forma de se situar no interdiscurso" (1997: 91).

A interpretação do conflito entre as formas de cooperação também sinaliza para essa compreensão da utilização das aspas pois "Los países que pueden apoyar las actividades de cooperación tienen cada vez más interés en proveer esos fondos directamente y en expresar de esta manera sus propios y legítimos intereses nacionales".

No quadro que descrevemos, dificilmente poderíamos encontrar algum país latino-americano em condições de apoiar, bilateralmente, processos de cooperação do tipo desenvolvido no âmbito das agências multilaterais, que pudessem expressar seus próprios e legítimos interesses nacionais.

Torna-se mais claro esse desenvolvimento discursivo em que a OPAS vai aos poucos configurando seu interlocutor, os países membros – especialmente os latino-americanos - quando explicita os argumentos sobre a politização das organizações;

"Segundo, existe la tendencia, real o supuesta, de politizar los organismos de cooperación. Todos somos conscientes de que en el humano vivir no hay lugar ni tema que se salve de las implicaciones políticas. Y desde la perspectiva de una política de grandes miras, eso es bueno. Sin embargo, cuando hay de por medio ideologías en conflicto e intereses de grupos y movimientos determinados, la politización se vuelve una fuente de infortunios. Por una parte, se han promulgado sanciones contra organismos internacionales sobre la base de que estaban politizados, mientras que, al mismo tiempo, las actividades que son responsabilidad de

estos organismos son politizadas sistemáticamente desde el exterior.”

É importante reter a ordem do discurso neste caso. Se as críticas são provenientes do países do ‘primeiro mundo’ e a estes é facultado expressar seus ‘próprios e legítimos interesses’, parece claro que a politização, pela qual os organismos internacionais são criticados, não é fator interno a eles próprios. A glosa das aspas utilizada para marcar os países do “primer mundo” no início da Mensagem do Diretor encontra sua expressão interna ao discurso: “el exterior”. A real politização não é produto da Organização e sim da politização das atividades que são responsabilidade da Organização, e que advém justamente de quem a critica.

A refutação polêmica, no caso, não incide sobre a constatação, mas incide diretamente sobre o enunciador da asserção de que as organizações estão politizadas (Brandão: 1998:92-93; Maingueneau: 1997: 80-98). O contra discurso da OPAS não nega a politização da saúde, mas nega o sentido de politização empregado pelos países do ‘primer mundo’.

Esta mensagem analisada acima é de fundamental importância em todo discurso da OPAS, pois é derivada dela que todo percurso narrativo sobre o papel que a saúde cumpre como ponte para paz, para o desenvolvimento com equidade deve ser entendido. A saúde está inserida na perspectiva da ‘política de grandes miras’, e esta, portanto, não insere na sua suposta politização ideológica, porém, esta se torna real quando ensejada de fora, ou seja, pelo próprio enunciatário cujo discurso foi absorvido e (re)elaborado.

Os dois primeiros fatores entram no discurso da OPAS em forma de relação polêmica. No entanto o terceiro fator, a ineficiência, é incorporado em relação contratual. Essa relação contratual é tênue, uma vez que é tematizada pelo fortalecimento da excelência e não simplesmente pela adequação de recursos. Vejamos:

“Un tercer factor es la historia de ineficiencia de los organismos internacionales. Nuestros costos de operación son desproporcionadamente altos frente a nuestros recursos, especialmente cuando los comparamos con las posibilidades y

necesidades de los países a los que servimos. Por ello insistimos en que es vital fortalecer la excelencia. Debemos lograrla no porque queramos ser mejores que otros, sino porque es esencial si queremos ser eficientes, útiles y necesarios. Es más, la excelencia no es un propósito interno de la Organización para cumplir su misión, sino que se ha convertido en un requisito básico para nuestra supervivencia como institución”

Na argumentação desse fator a OPAS altera o destinatário do discurso e volta-o para o interior da instituição, para seus pares de cooperação. O pronome “nuestro” conclama para a necessidade de união de forças, não com arrogância, mas com humildade, dado que o que está em jogo é a própria sobrevivência da instituição. Nesta mesma linha de união, temos todos os verbos utilizados na primeira pessoa do plural num claro sinal de inclusão, em um movimento inverso à argumentação dos dois outros fatores onde se opera uma estratégia de demarcação de pertença e exclusão da formação discursiva da organização e da que opera os ataques a partir de fora.

Esse entendimento de qual seria o caráter político da saúde é um indício claro de que a saúde, como direito, deveria continuar sendo um bem público, em oposição generalizada aos discursos do Banco Mundial e dos países centrais - pelo menos quando se dirigem aos países em desenvolvimento em processo de ajuste - que estavam operando restrições a esse ideal, submetendo-o ao fundamento da não-exclusividade (Melo&Costa: 1994: 66; Werneck Vianna: 1991: 142).

Boletim da Oficina Pan-Americana de Saúde, 100(6), junho 1986

Neste boletim duas publicações são importantes; A mensagem do diretor e o tópico “Cronica” (pp. 648-59).

“Mensaje del Director; Atención Primaria”

Neste texto a OPAS se filia ao grande espectro de instituições e das cartas de direitos estatuídas ao longo da segunda metade do século XX. Remetendo a Alma-Ata quando “los pueblos del mundo adoptaran en voz unísona un sistema de valores sociales para la salud” a mensagem reafirma o caráter de direito à saúde como desejo dos povos, o que define seu caráter

universal, e que irá balizar sua fronteira discursiva com as demais formações que adotam o fundamento da não exclusividade.

Mesmo tendo consciência das dificuldades a serem enfrentadas a mensagem afirma que:

“Pero nos impulsaban los principios de equidad, integración, participación, y la visión de la salud como derecho humano y como núcleo vital del desarrollo de los países”

Os problemas apresentados para estatuir a saúde como direito humano e como núcleo vital do desenvolvimento eram expressos pelas trágicas conseqüências da crise econômica que vicejava tanto nos países desenvolvidos como, principalmente, nos países em desenvolvimento. Era assim tematizada a crise:

“Nos acosan los antiguos problemas asociados con la pobreza, los crecientes problemas causados por los cambios asociados al desarrollo y el nuevo desequilibrio del clima sociopolítico y económico. Los servicios de salud aún permiten millares de muertes prevenibles y el derroche de una tercera parte de los recursos disponibles.”

Decerto eram inevitáveis ajustes na organização dos sistemas de saúde a fim de corrigir seus problemas: as excessivas mortes as quais eram possíveis prevenir e o desperdício. A este desafio era apresentada a atenção primária de saúde entendida da seguinte maneira:

“No los desperdiciemos en condenar o justificar lo que hayamos o no hayamos de hecho. Aprovechamos el poco tiempo que nos queda para realizar un cambio profundo y total en los servicios de salud. Reconozcamos que la atención primaria, además de programas o nivel de atención, es un concepto de extraordinario valor para analizar todo el sistema de servicios y todos los niveles de atención, desde los más simples hasta los más complejos, e integralos en un nuevo sistema que verdaderamente responda a las necesidades de las poblaciones”.

O verbo /reconhecer/ utilizado para iniciar a definição da atenção primária é um típico ato ilocutório (Maingueneau 1998: 16; Brandão: 1998: 73-74) que tem por finalidade mudar a realidade do entendimento do que se possa vir a ter do “valor” atenção primária, e desta forma realizar a homogeneização do conceito que será um ponto de distinção entre as formações discursivas que veiculam a saúde como direito, materializada aqui pela OPAS, e das formações discursivas que tendem a reduzi-lo.

Na “Cronica: La Crisis económica y su repercusión en la salud” (p. 648-59) produzida internamente à OPAS, as repercussões da crise dos anos 1980 e dos processos de ajuste foram entendidos da seguinte maneira:

“El proceso de ajuste que han experimentado los países de América Latina desde el comienzo de la crisis ha involucrado una enorme transferencia financiera neta al resto del mundo y ha traído como consecuencia un retraso en el camino hacia el desarrollo. La situación de salud y la provisión de atención de salud ven afectadas por la forma en que las economías nacionales responden al problema de la deuda y a la disminución drástica del flujo de capital extranjero (...) El desequilibrio interno a su vez, puede ser corregido mediante aumentos en el ahorro o a través de reducciones en la inversión doméstica. En todos los países el ajuste se ha orientado en mayor proporción a la reducción de inversiones tanto públicas como privadas” (...) En las actividades con poca o ninguna posibilidad de generar divisas – como en los sectores sociales de salud y educación – el gasto público regular ha sido generalmente reducido.” (p. 650)

Neste quadro de crise econômica e de desfinanciamento da saúde (os gastos *per capita* em saúde em 1985 haviam sido reduzidos até a quarta parte do nível de 1974 (p. 653)) e das suas conseqüências nas condições de saúde e de bem-estar, torna-se necessário atentar para o componente eficiência do setor quando escasseiam os recursos (p. 652).

Em seus prognósticos o documento apontava que os países que estavam lidando com a crise e o ajuste “necesitan ayuda en la forma de advertencias más específicas y recomendaciones más precisas para los

dirigentes del sector salud y los encargados de tomar decisiones políticas a nivel nacional.” Esta diretiva era função da conclusão que a Organização tinha chegado: o que determina como a crise afeta a saúde das populações é, em grande parte, a forma como o governo responde e trata de proteger a saúde (p. 658)

Dentre as recomendações do documento estava o compromisso das políticas de ajuste de proteger os níveis mínimos de saúde e nutrição dos grupos sociais mais vulneráveis. Uma outra era a necessidade de desviar a atenção do gasto total para focar a sua composição. Estava claro que as restrições financeiras do ajuste incitavam a uma maior atenção aos problemas internos dos sistemas de saúde dos países membros, e que era necessário aprender com a crise antes que se voltassem aos patamares anteriores de investimentos porque “La crisis puede ser vista como una oportunidad desagradable pero útil para revisar las necesidades de inversión y las posibilidades financieras antes que el nuevo auge económico elimine las restricciones financieras y permita inversiones antieconómicas”. (p. 659)

Frente a esses desafios, agudamente percebidos pela organização, o resto do ano de 1986 serviria para que a OPAS conclamasse seus interlocutores internos a despender esforços com o fim de reduzir os desperdícios dos poucos recursos de que dispunham. Eficiência, vontade e solidariedade seriam os temas abordados. Esses temas sempre serão contextualizados no interior da crise já devidamente diagnosticada.

4.2 - Eficiência

Vejamos o boletim da OPAS 101(1) de julho de 1986.

‘Mensaje del director: Eficiencia’

“Es en momentos como estos cuando hay que empeñar todas las virtudes y facultades humanas en alcanzar el mayor rendimiento posible de los exiguos bienes a mano; cuando la eficiencia, más que necesidad, se convierte en una manera de

sobrevivir. Nadie lo pondría en duda y, sin embargo, frente a la crisis, frente a la miseria, nos asalta una visión aun más ultrajante y dolorosa: el desperdicio de los pocos recursos disponibles.”

A tarefa essencial era, pois, fazer render ao máximo o que se tinha à mão. E essa era uma tarefa de todos os agentes do processo de atenção à saúde: dirigentes, trabalhadores da saúde e da população. O tema da eficiência se configura então impossível de não ser respondido pela OPAS, mas será traduzido conforme sua própria ‘grelha semântica’ (Fiorin:1991: 8). A palavra *eficiência* está presente nos dois discursos, mas é traduzida como *desperdício*. E este assim se manifesta,

“No solo en las deficiencias de organización y en el uso de tecnologías inapropiadas, sino también en la ociosidad de la capacidad instalada, demoras en las decisiones; prestación de exámenes, hospitalizaciones y otros servicios innecesarios, a veces por presión de los usuarios; costosos equipos que yacen inútiles por falta de mantenimiento y actividades truncadas por falta de información o suministros.(...) Busquemos, entonces, la eficiencia, no como un atributo de los expertos, mas como una responsabilidad de todos”.

No boletim, 101(3) de setembro de 1986 a busca da eficiência era basicamente dependente da vontade, mas não uma vontade individual e sim coletiva, expressa na Conferência Sanitária Pan-Americana na qual participam os governos das Américas, pois cada vez mais de trata de,

“Intensificar la colaboración regional en todas sus dimensiones porque la crisis abarca mucho más que las pérdidas socioeconómicas. Hay causas más profundas que ponen en juego nuestros valores y solidaridad: los modelos de desarrollo adoptados, las relaciones entre países, los motivos que rigen la conducta de individuos y naciones (...). Estas trágicas circunstancias podrían ser la génesis de una entrega más firme y dedicada a buscar la eficiencia, la cooperación que multiplique el esfuerzo común, a integrar plenamente la salud en el proceso de desarrollo. Pero tenemos que arriesgarnos a reformar, a renovar, a

innovar. La Organización está dispuesta a hacerlo, mas los países tienen que participar en esa transformación (...).”

A eficiência, portanto, só é possível dentro dos parâmetros da cooperação, não sendo atributo que se adquire individualmente, e não se deve pensá-la isoladamente de um valor maior, a solidariedade. Essa maneira de argumentar sobre o tema é próprio do sistema de restrições (Maingueneau: 1984) dessa formação discursiva que se funda justamente na idéia do direito à saúde como direito humano e não como um bem privado. A conjunção que a cooperação opera entre eficiência, vontade e solidariedade é que permite à saúde se integrar nos processos de desenvolvimento como fator e não como consequência. Na parte final da citação a Organização, como em todo ato ilocutório, tem a pretensão de criar uma obrigação em seus interlocutores, neste caso os governos, a partir de seu próprio ato de enunciação. Esta forma de relação estabelecida nos atos de fala, da maneira como foi formulada acima, somente é possível quando os interlocutores e o locutor, no caso a OPAS, se postam, no mesmo nível de obrigações e de estatuto hierárquico.

4.3 – Orientações e prioridades

“Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuatrienio 1987-1990.”

Este documento de política da Organização reflete as discussões realizadas pelos seus técnicos e pelas decisões da Conferência que reúne os representantes dos governos e é seu órgão máximo de deliberação. No geral as orientações expressam as avaliações das atividades realizadas anos anteriores. A partir da análise das condições econômicas gerais, já discutidas anteriormente no corpo dessa dissertação, a Organização entende que o ajuste não é um fenômeno passageiro e que se manterá por prazos prolongados. Reafirma-se, portanto, a ‘Estrategia de gestión para utilización óptima de lo recursos de la OPS/OMS’ o que configura a necessidade de se incrementar a eficiência nos gastos com a saúde, dado o crescente contingente de pessoas da região que pressionam a capacidade instalada dos serviços de saúde

associado ao contingenciamento dos gastos. A essa situação se responde com três grandes prioridades:

“el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con énfasis en la atención primaria de salud;

la atención a los problemas prioritarios de salud presentes en grupos humanos vulnerables con programas específicos puestos en marcha a través del sistema de servicios de salud, y

el proceso de administración del conocimiento necesario para llevar a cabo los dos aspectos anteriores, en concordancia con la ‘Estrategia de gestión..’” (p. 10)

Destas três prioridades, a que ganha maior relevo é a primeira. Esta foi desdobrada em seis componentes:

- 1- O fortalecimento dos aspectos relacionados da saúde no desenvolvimento e coordenação da intersectorialidade;
- 2- Reorientação e reorganização dos sistemas nacionais de saúde para alcançar a *eqüidade, eficiência e eficácia* nas ações de saúde;
- 3- Desenvolvimento da capacidade da análise financeira do setor;
- 4- Melhoramento dos sistemas nacionais de informação de saúde e sua articulação com os sistemas de informação de outros setores;
- 5- Promoção de políticas de desenvolvimento, produção, incorporação e utilização de tecnologia e insumos críticos para a prestação de serviços de saúde, e
- 6- Melhor definição das funções do pessoal de saúde, melhorando sua formação e treinamento, principalmente para a gestão dos níveis intermediários e superiores dos serviços. (p. 10-3)

4.4 – Atenção primária em saúde

A OPAS definia assim sua ordem de prioridades em função da maior eficiência dos sistemas de saúde e da maior eficácia das ações. A ‘Mensaje del

Director: Transformación' publicada no Boletim 102 (1) de janeiro de 1987 assim resumia as orientações:

“La atención primaria de salud, como estrategia de transformación de todo el sistema de servicios de salud, constituye el instrumento principal de acción; permite la visualización integral y equilibrada de todos los niveles de atención y componentes del sistema, en función de la cobertura universal y equitativa de las necesidades esenciales y de los servicios básicos, propiciando al mismo tiempo el acceso necesario a los servicios de mayor complejidad”.

Iniciaria então uma enorme batalha de estabilização dos conceitos de eficiência e eficácia para que pudessem ser incorporados sem maiores prejuízos à meta de universalização, integralidade e equidade em saúde.

Primeiro deve-se constatar que a apresentação da tríade *equidade, eficiência e eficácia*, que torna-se constante nos documentos da OPAS, é sempre indicada nesta ordem de aparição.

O Boletim 102(4) de abril de 1987 publica a 'Mensaje del Director: Hospitales' já com a primeira grande polêmica generalizada⁶ em relação às propostas concorrentes no setor. A reorientação da prestação de serviços proposta pelas Orientações de 87-90 incluía, necessariamente, uma redefinição das funções dos hospitais no sistema, no entanto:

“En algunos sectores se ha pensado que el énfasis en la atención primaria como estrategia fundamental de la meta de salud para todos excluye los niveles de atención secundario e terciario. Se ha concluido, equivocadamente, que existe una contradicción entre las tecnologías simples y las más complejas, y a menudo se confunde tecnología apropiada con tecnología simplificada. Es indispensable rectificar este malentendido. En su significado

⁶ Como veremos mais adiante, essa polêmica estava sendo travada com o Banco Mundial que, no mesmo mês de abril de 1987, havia publicado um texto de fundamental importância para a formulação geral das políticas de financiamento dos sistemas de saúde daquela instituição, e que seria a base lógica do relatório anual de 1993 denominado “Invertir en Salud”. Saliente-se que os relatórios do Banco são a sua principal publicação e que costuma causar grande impacto no meios dos formuladores de políticas econômicas e sociais no mundo.

organizacional, los distintos niveles de complejidad forman la entidad indivisible de un sistema bien equilibrado”

A introdução no enunciado de ‘algunos sectores’ tem a clara e evidente finalidade de estabelecer uma relação polêmica por meio do ato de refutação integral de seus termos. As três formas de refutação, pressuposicional, proposicional e a retificação ocorrem nesse movimento (Brandão: 1998: 91-3). Primeiro recusa-se a asserção de ‘algunos sectores’ por meio da negação do pressuposto: atenção primária excluindo os demais níveis de atenção; da proposição da contradição entre tecnologias; e da retificação das funções do hospital no sistema de saúde. A argumentação se constitui um contra discurso na sua integralidade. Em geral a polêmica generalizada como ocorre acima tem o condão de desqualificar o discurso do oponente e procura criar uma situação de coesão interna do discurso agente da formação discursiva que instaura a polêmica entre seus locutores.

4.5 – Economia e saúde: a grande polêmica.

O Boletim 103 (6) de dezembro de 1987, número especial destinado ao tema da ‘Economia da Saúde’, introduz no seu interior o texto do Banco Mundial que ensejou a resposta acima analisada. O estudo publicado em inglês com o título “*Financing Health Services in Developing Countries: An agenda for Reform*”⁷, teve seu resumo traduzido pela OPAS e exposto em forma de debate no interior do boletim.

Os argumentos defendidos por esta formação discursiva específica, que foram apresentados no estudo, têm como eixo estruturante o fundamento da não-exclusividade. Esta marca está expressa textualmente. Dediquemo-nos a sua análise.

Após reconhecer que os países em desenvolvimento conseguiram reduzir a mortalidade e morbidade durante anos, adianta que para manter essa rota:

⁷ Produzido por John Akin, Nacny Birdsall e David de Ferranti, técnicos do Departamento de População, Saúde e Nutrição do Banco Mundial

“depende en gran medida de la capacidad de los sistemas de salud para proporcionar tipos básicos de servicios e información a familias que en general son pobres y se encuentran dispersas. Al mismo tiempo, el aumento de los ingresos, el envejecimiento de la población y la urbanización incrementan la demanda de servicios convencionales de médicos y hospitales. Estas necesidades en pugna han creado tremendas presiones sobre los sistemas de salud en momentos en que no resulta fácil, generalmente, acrecentar el gasto público; de hecho, en muchos países es necesaria su reducción” (p. 695).

A argumentatividade acima expressa um sistema de necessidades contrárias, os serviços básicos em relação aos serviços médicos convencionais e hospitalais; e o aumento da demanda por estes últimos e a necessidade de redução dos gastos públicos. Ou seja, apresenta duas contrariedades que, segundo o disposto na “Mensaje del Director: Hospitales”, analisada anteriormente, ocorre porque a lógica do raciocínio está baseada num conceito errôneo de atenção primária, que exclui os níveis secundário e terciário, e porque não os entendem como fazendo parte de um sistema. Uma outra contradição apresentada será desenvolvida em toda a extensão do texto, qual seja, a cidade como o lugar do aumento da renda, dos ricos, da concentração dos serviços médicos e hospitalares e de sua utilização em contraposição às zonas rurais apresentadas como o lugar da pobreza, da dispersão e da ausência de serviços.

Mesmo reconhecendo que os gastos dos países em desenvolvimento em saúde (tanto gastos públicos quanto privados) em seu conjunto, “equivalen a menos del 5% de los gastos similares en los países desarrollados” (p. 695) as condições financeiras daqueles países tornam de difícil exortação o aumento dos gastos públicos, ainda que esses gastos sejam utilizados “en la forma más eficaz en función de los costos” (idem).

A proposta do Banco para solucionar esse problema seria pois o remanejamento dos gastos que privilegiam os ricos (em atenção médica e hospitalar) para destiná-los aos mais pobres. A fórmula encontrada é endógena ao próprio sistema.

A solução se baseia na distinção entre a noção de bens públicos e privados. Neste caso se operacionaliza o fundamento da não-exclusividade.

“Generalmente las personas están dispuestas a pagar por la atención directa, mayormente curativa, que depare beneficios evidentes para ellas y sus familias. Quienes posean ingresos suficientes para pagar, deben hacerlo. Debe trasladarse el financiamiento y la provisión de esos tipos de servicios privados de atención de la salud (que benefician principalmente al consumidor directo) a una combinación de sector público e sector no gubernamental, reorganizada con la finalidad de lograr una mayor proporción de financiamiento próprio. Ese cambio aumentaría el volumen de los recursos públicos disponibles para aquellas clases de servicios de salud que constituyen ‘bienes públicos’ (...) como vacunaciones, control de enfermedades transmitidas por vectores, eliminación sanitaria de desechos, educación en salud y, en algunas circunstancias, atención prenatal y materna, incluida la planificación familiar. Los beneficios de estos programas esencialmente preventivos corresponden a las comunidades con tales, no solamente a las personas y sus familias. No han de ser pagados voluntariamente por los individuos y deben constituir una responsabilidad del gobierno. Pero la atención fundamentalmente curativa, sea provista por el gobierno o por el sector no gubernamental, debe ser pagada por quienes la reciben.”(p. 696-8)

Os recursos liberados pela nova forma de financiamento também permitiriam ao governo prover serviços básicos e de referência para os pobres, quem geralmente têm acesso limitado a esses tipos de serviços.

Os diagnósticos dos problemas do setor saúde, derivados em parte, “del empeño de los gobiernos en sufragar todos los costos en una atención universal de salud recurriendo a los ingresos fiscales generales” (p. 698) são definidos como:

“Asignación: gasto insuficiente en actividades relacionadas con la salud y eficaces en función de los costos.

(..) que comprendiera los verdaderos programas de salud ‘públicos’ mencionados antes y los servicios curativos y de referencia básicos

Ineficiencia interna de los programas públicos”

La insuficiencia de fondos para el financiamiento de gastos ordinarios no salariales, como correspondientes a medicinas, combustibles y mantenimiento, es crónica, y esta situación, a menudo, reduce sensiblemente la eficiencia del personal de salud

Desigualdad en la distribución de los beneficios derivados de los servicios de salud

Continúa el auge de las inversiones en costosas tecnologías modernas que sirven a unos pocos, mientras resulta insuficiente la dotación de fondos para las intervenciones simples y de bajo costo para el grueso de la población. (..) las personas más prósperas tienen mejor acceso a los servicios no gubernamentales porque pueden pagarlos y a los del gobierno porque residen en zonas urbanas y saben cómo utilizar el sistema” (p, 698-9).

A esta descrição dos problemas do setor saúde o Banco propõe quatro reformas a serem realizadas pelos países em desenvolvimento:

“1- Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud”

A cobrança incidiria sobre os serviços curativos e medicamentos, o que incrementaria os recursos do setor governamental para os programas hoje com insuficiente financiamento, quais sejam, os arrolados como “bens públicos”. A cobrança estimularia o aumento da qualidade, da eficiência e ampliaria o acesso das pessoas mais pobres. Emprego de tarifas diferenciadas para proteger os pobres, que seriam os beneficiários do aumento dos recursos e da eficiência.

“2- Provisión de seguro u otra protección frente a riesgos”

Seria uma forma de mobilizar recursos para o setor e ao mesmo tempo proteger as famílias de perdas financeiras consideráveis. O seguro seria

necessário para aliviar o orçamento governamental frente aos elevados custos da atenção curativa.

“3- Empleo eficiente de los recursos no gubernamentales”

Estimular o setor não governamental (médicos privados, grupos sem fins lucrativos, etc..) para que provejam serviços pelos quais os consumidores estejam dispostos a pagar.

“4- Descentralización de los servicios de salud gubernamentales”

Descentralizar o planejamento, o orçamento e a compra para os serviços, particularmente aqueles que rendem benefícios privados pelos quais se cobra dos usuários.

A fim de não me estender muito nas propostas e intenções do Banco Mundial iniciarei a descrição das respostas ensejadas pelo documento, com o intuito de analisar a forma como a OPAS demarcou as fronteiras de seu discurso com relação a uma instituição representativa de outra formação discursiva e que se apresentava, com grande força, em um setor de atividade que era a razão de ser da própria Organização.

Para dialogar com o documento propositivo do Banco a OPAS escalou Abraham Horwitz, Diretor Emérito da Organização; Júlio Frenk, Diretor Geral do Instituto Nacional de Saúde Pública do México; David Tejada de Rivero, ex-ministro de Saúde do Perú; Antonio Ordóñez Plaja, ex-ministro de saúde da Colômbia; e Guido Miranda Gutiérrez, Presidente da Caixa de Seguro Social da Costa Rica. Para efeito de análise tomaremos apenas os dois primeiros, pelo fato de um ser diretor emérito da OPAS e o outro por tecer alguns comentários de singular importância teórica.

Os comentários de Horwitz se iniciam situando o Banco no contexto geral dos programas de reforma de ajuste nos países em desenvolvimento. Situa o Banco a partir da imagem que a própria instituição faz de si. Uma citação, primorosamente pinçada pelo autor do interior do texto integral do

Banco, vem logo a seguir a esta afirmação sua: ‘En cuanto a su intención, los autores son explícitos’ (p. 710). Vamos à citação⁸:

“El banco es una de las pocas instituciones capaces de presionar con fuerza por una mayor atención al financiamiento de la salud. Lo está haciendo agresivamente por medio de reuniones de rutina, conferencias especiales sobre el tema y la interacción con otros organismos de préstamo con respecto a países específicos” (idem).

Mesmo não pertencendo ao resumo do estudo, traduzido e publicado pela OPAS no Boletim 103 (6), o comentador entendeu como importante introduzi-la. Lembremos que o Boletim tem circulação privilegiada entre meios acadêmicos ligados à área de saúde, mormente aos que se dedicam ao estudo da saúde pública e coletiva, e entre os membros da Organização. É sabido pois, mesmo parcialmente, que a OPAS é uma entidade de funcionamento colegiado e que as decisões são tomadas em grandes encontros anuais e nas conferências quadrienais, o que, nos moldes do pensamento político contemporâneo, implica uma certa imagem democrática. O texto citado, por certo, transpira arrogância e imposição. Aqui o comentador procura marcar o *ethos* diferencial dos dois organismos internacionais, imprimindo um sentido definido com a introdução de sua fala antes da citação. De fato, não é um recurso que estabeleça uma relação contratual, mas sim polêmica.

Em seguida lança um alerta de responsabilidade aos ministros de saúde sobre a necessidade de comparar as assertivas e proposições do Banco com outras :

“Nuestra interpretación práctica es que los gobiernos que acepten el diagnóstico y las reformas que el Estudio contiene podrían beneficiarse de los préstamos del Banco y de otros organismos multi o bilaterales para realizarlas. Los ministros de salud tienen la gran responsabilidad de examinar las propuestas e informar a quienes toma las decisiones, en especial al Presidente

⁸ A citação foi traduzida por Horwitz a partir do próprio texto em inglês, e correspondia à página 50, Na edição em espanhol, publicada pelo Banco Mundial em 1991, corresponde à página 54.

de la República, sobre la realidad del diagnóstico de la situación de salud en el país y la posibilidad de resolver progresivamente los problemas con alternativas diferentes a las que el Banco indica o por medios de las mismas” (710).

O mesmo comentador irá se utilizar de outras citações não previstas no resumo para tecer sua primeira crítica de conteúdo. A crítica é dirigida aos componentes dos argumentos que são privilegiados pelo Banco, demarcando novamente as especificidades entre as duas formações. Após uma assertiva citada, em que o Banco dizia que a concentração do estudo sobre o financiamento não era um pouco caso, ou uma diminuição, (*merma*, no espanhol) da preocupação por todos outros aspectos do setor, o comentador emenda:

‘Sin embargo, la descentralización, la única de las cuatro reformas propuestas que no es exclusiva del financiamiento solo es objeto de un tratamiento parcial. Por ello los gobiernos deberán examinar el sector en su integridad y no disociar los aspectos económicos de los otros componentes de una política nacional de salud y los caminos de acción correspondientes. Ni pueden ser las posibilidades y préstamos significativos el criterio que domine las decisiones. (p. 711)

O tratamento parcial a que se refere faz menção à derivação lógica do enfoque do financiamento que permeia toda a proposta do Banco. Na visão deste, a descentralização é necessária para que as tarifas cobradas sejam utilizadas nos próprios serviços como uma forma de estimular a cobrança e, ao mesmo tempo, aumentar a eficiência na utilização dos recursos. Uma típica lógica de mercado.

Essa crítica é pertinente à própria noção de sistema que conforma a saúde, estruturado em sistemas de atenção. Nessa configuração o comentador afirma que “Concordamos con esta necesidad, pero señalamos que una descentralización real de los servicios de salud debe ser integral y no disociar sino complementar el papel rector normativo del ministerio de salud y la función ejecutiva de los organismos locales” (p. 715).

Sobre o diagnóstico da situação porque passam os serviços de saúde empreende-se um exercício retórico de devolutiva de responsabilidades. Retomando a memória e a trajetória dos discursos da Organização, já analisados, Horwitz arroga o saber necessário:

“Sabemos desde hace mucho tiempo que las inversiones tanto del sector público como del privado están por debajo de las necesidades aparentes, e inclusive, de la demanda real. El documento no hace referencia alguna a las raíces más profundas que explican la situación. Estas se pueden identificar en la política de desarrollo económico e inversión social de los países (p. 711).

Ou ainda, quando discorrendo sobre a crise econômica dos anos 1980, fazendo alusão a uma instituição da mesma origem espaço-temporal do Banco afirma:

“Nada nos dice el Estudio sobre las consecuencias de la recesión económica en esta década y de las políticas de ajuste recomendadas por el Fondo Monetario Internacional que han afectado con mayor intensidad a los sectores sociales, en particular salud y nutrición. (...) Es indispensable, por lo tanto, examinar con mucho cuidado cualquier propuesta de financiamiento del sector salud que requiera mayores contribuciones de los habitantes e incremente los costos recurrentes.” (p. 712).

No entanto, mesmo considerando a seqüência constante de adversativas através do uso freqüente dos operadores /pero/ e /por lo tanto/ como estratégia argumentativa de refutação de pressupostos, existem relações discursivas contratuais, como no caso da necessidade de equilibrar a proporção de gastos nos diversos níveis de atenção como podemos comprovar a seguir:

“En los países de baja cobertura de servicios de salud, la extensión de la misma debe programarse cuidadosamente. Construir hospitales sin incluir simultáneamente los servicios de atención primaria preventiva y curativa y de referencia del área de

influencia de los mismos – un error frecuente hasta hace poco – es una medida que los gobiernos y las organizaciones de cooperación financiera no pueden aceptar. Las consecuencias son las que el Estudio describe y que tenemos que aceptar (...)” (p. 713).

O contrato aqui somente é possível porque é pertinente à meta de saúde para todos, definida em Alma Ata, e que viria a priorizar a atenção primária, sendo, portanto, um tema não interditado no interior dos discursos da Organização.

Passo agora a analisar os comentários de Julio Frenk ao texto do Banco, privilegiando as refutações que incidem mais precisamente sobre os fundamentos teóricos da epidemiologia.

A primeira refutação polêmica desse comentador mobiliza toda a memória discursiva do campo da epidemiologia. Coloca-se em questão a distinção que o Banco Mundial faz do que seriam as necessidades mais prementes dos pobres postuladas em uma de suas prioridades: o enfoque nas doenças transmissíveis.

A refutação se dará traduzindo a dicotomia entre prevenção e cura, subjacente àquele enfoque, na própria grelha semântica da epidemiologia. Vejamos:

“La principal cuestión analítica del documento del Banco Mundial es suponer que la patología postransicional es un problema de los ‘ricos’, mientras que la pretransicional es de los ‘pobres’. La realidad es mucho más compleja que lo sugiere esta visión maniquea” (p. 720).

Do erro analítico em que incorre o Banco Mundial, como sugere o comentador, deriva outro, que seria a dicotomia entre serviços preventivos e curativos, a base da proposta de mudança do financiamento do setor. Após destacar que há concordância na priorização da ação governamental destinada a provisão de serviços preventivos aos grupos mais pobres, a forma é contestada duramente:

“ Sin embargo, es dudoso que ello se logre dicotomizando los servicios personales de los públicos. Esta propuesta, que los

autores presentan como una alternativa innovadora, nos remite, en realidad, a una antigua y artificial separación de responsabilidades que ya ha sido superada en casi todo el mundo. En efecto, la propuesta recuerda mucho la vieja escisión entre un sector dominante de servicios curativos, localizados en el sector privado, y un sector gubernamental paralelo, encargado de prestar servicios de saneamiento ambiental, control de enfermedades transmisibles, prevención y tratamiento básico para los pobres, según la definición obsoleta de la salud pública (...)

Baste señalar que la tendencia mundial hacia la integración de los servicios obedece, entre otras razones, a la dificultad de escindir las necesidades de la población de acuerdo con las dicotomías preestablecidas de prevención *versus* tratamiento o servicios personales *versus* no personales.” (p, 721)

De fato, instaura-se uma polêmica com vistas à desqualificação do oponente, dentro do terreno que é próprio da formação discursiva que vê seus temas mais caros serem recuperados pela outra, de forma a ‘simplificá-los’. Neste caso há um embate claro pela competência discursiva no espaço da saúde. O outro é visto como obsoleto, antigo, superficial e extemporâneo. Procura-se estabilizar fronteiras discursivas que estavam demasiadamente frouxas devido a introdução da lógica econômica na solução de problemas substanciais da saúde, e que eram motivo de investimentos intelectuais intensivos no campo de saberes da saúde. Neste caso, a oposição fundamental entre moderno e atrasado é intensamente tematizado, onde o atrasado é o termo disfórico, destinado ao outro do discurso (no caso o Banco Mundial) e o moderno o termo eufórico, por contraposição, destinado ao comentador e a seus pares que comungam a mesma competência discursiva. Este tipo de debate ganha relevo nos meios políticos e econômicos da América Latina com os eventos de liberalização econômica e de privatização dos serviços estatais, já no início dos anos de 1990 e se intensifica em seus meados. Em geral é uma prática discursiva comum quando se confrontam projetos e visões de mundo contrárias, quando não antagônicas.

Creio ter sido necessário uma análise mais prolongada do Boletim 103 (6) da OPAS em razão da riqueza do diálogo travado entre as duas Instituições. Mais tarde, em 1989 a OPAS produz a Publicação Científica nº 517, denominada ‘Economía de la salud: perspectivas para América Latina’ onde reproduz a “Mesa Redonda” que ora acabamos de analisar, o que vem reforçar a relevância e, portanto, a necessidade da extensiva introdução de excertos desse debate no corpo dessa dissertação.

Em verdade, os termos de debate estavam aí colocados, o que me permite a partir de agora ser mais sucinto nas incursões textuais dos próximos documentos da OPAS, descrevendo apenas os grandes temas, inseridos em forma de resposta aos dilemas porque passou a organização dos sistemas de saúde na América Latina de meados dos anos 1980 a meados dos anos 1990.

As respostas oficiais da Organização aos problemas enfrentados na década de 1980, foram agrupadas em dois grandes eixos: um destinado a redefinir a organização interna dos sistemas de saúde, com o intuito de equacionar os novos ditames de eficiência e eficácia postulados pelas políticas de ajuste; e que podem ser traduzidos em dois componentes, i) o reforço e intensificação dos processos de planejamento, ii) a estruturação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). O outro eixo é destinado a angariar maior visibilidade política ao tema da saúde como forma de proteger o setor das restrições orçamentárias impostas pela crise. Esse movimento será definido pela constante recorrência a temas gerais às quais a saúde passa a ser associada em sentido positivo (desenvolvimento social, paz, democracia). Esse movimento é tentativa de operar as Orientações e Prioridades Programáticas para o quadriênio de 1987-1990.

4.6 – Planejamento e SILOS

A necessidade de se fortalecer o planejamento é expresso no documento “La Planificación en Salud” inserida no Boletim 104 (6) de junho de 1988. Aqui está definida a nova forma de planejamento que deveria nortear as ações de saúde. Assumindo a normativa do planejamento estratégico, insere-

se o poder como elemento importante a se levar em conta nas negociações que os novos tempos impõem.

Para se levar a cabo a meta de saúde para todos, “definida en función de los objetivos de equidad, participación social, eficacia e eficiência social exige por parte de los gobiernos de la Región una acción planificada”, era necessário eliminar a “deuda o brecha sanitaria”⁹ o que exigiria “operaciones y actividades que afecten las condiciones sociales de la salud y que no solo apunten al sector específico de los servicios de salud. Estamos hablando del poder, de las condiciones y políticas económicas, de la capacidad organizativa y del liderazgo” (p, 589).

A tentativa de controlar a expressiva polissemia instaurada com a absorção dos temas de uma formação discursiva pela outra, numa relação de troca polêmica (o Banco entende à sua maneira ‘atenção primária’ e, por sua vez, a OPAS traduz eficiência também à sua maneira) dá-se por meio da parafraseagem dos termos dos discursos do oponente, e da repetição e fortalecimento do entendimento dos termos do seu próprio discurso como no trecho abaixo: “La atención primaria de salud, estrategia para lograr la meta, se puede interpretar de tres maneras diferentes: como un nivel tecnológico simple o primario, como un programa específico para grupos sociales marginados y como una estrategia y política integrales de salud en todos sus niveles. Así es la interpretación de la OPS cuando dice ‘...esta estrategia debe ser válida y aplicable a toda población y no quedar restringida a grupos postergados o marginados, aunque la satisfacción de las necesidades básicas de estos constituya un objetivo principal. Es por esta razón que no es posible concibir la atención primaria como un programa limitado a satisfacer, en alguna medida, las necesidades mínimas de grupos que viven en la extrema pobreza.” (p. 590)

⁹ Este termo, “deuda sanitaria” será constantemente associada a outro termo, “deuda social” num exercício constante de parafraseagem (Maingueneau: 1997: 95-6) através de metapredicações ‘que servem para identificar, no discurso, dois termos, X e Y, cuja equivalência não é instituída pela língua (...) A parafraseagem aparece em AD como uma tentativa de controlar em pontos nevrálgicos a polissemia aberta pela língua e pelo interdiscurso (idem: 96). A introdução do qualificativo /social/ nos termos desenvolvimento, eficácia, eficiência também obedece a essa mesma lógica.

A OPAS define aqui a atenção primária que quer, como uma política para além dos parâmetros da ação compensatória como foi entendida a proposta do Banco Mundial.

A forma encontrada para isso foi a organização dos serviços em Sistemas Locais de Saúde, que seria a tática adequada para responder às necessidades de saúde. O Boletim 106 (1) de janeiro de 1989 apresenta os fundamentos dessa reestruturação da organização do sistemas como “una respuesta interna del sector para lograr mayor equidad, eficacia y eficiencia en sus acciones” (p. 69).

O modelo deveria se basear na atividade ‘*rectora*’ dos ministérios, nível no qual permaneceria a gestão global do sistema, inclusive seu financiamento, sendo pois uma forma diversa de descentralização da proposta pelo Banco Mundial.

No item de readequação dos mecanismos de financiamento o termo eficácia sofre uma reinterpretação conforme a grelha semântica imposta pela formação discursiva:

“La eficacia de estos mecanismos [de financiamiento] depende en última instancia de su capacidad de respuesta a las necesidades prioritarias de los distintos grupos de población. Por lo tanto, será necesario modificar las formas tradicionales de distribución y control de los recursos financieros, teniendo en cuenta la meta de una cobertura total a través de los SILOS” (p.70).

A eficácia não é função econômica, mas resultado da capacidade de resposta das ações de saúde mediante a cobertura total do sistema, pois “las acciones deben ser globales y su ejecución, integral, evitando la sectorización por patologías o programas aislados” onde “los programas de atención elaborados para solucionar los problemas de salud prioritarios deben formar parte de la capacidad básica de respuesta de los recursos con que cuenta la red de servicios” (idem).

Novamente a OPAS retoma os termos do debate realizado em 1987 com o Banco Mundial, reafirmando suas certezas e submetendo as noções de

eficácia e eficiência aos ideais de atenção integral e universal de saúde e equidade.

4.7 – Política, comunicação e credibilidade

O outro movimento da OPAS foi dirigido para fora dos marcos de ação da instituição. Partindo da nova visão de planejamento, onde o elemento Poder é introduzido, procurará relacionar a saúde em conjunção positiva com diversos outros temas, como por exemplo a paz e o desenvolvimento. Para isso investirá na estratégia discursiva de ressaltar a dimensão política da saúde e o seu papel pró-ativo na formulação de um novo desenvolvimento que recupere a imensa dívida social da Região. O tamanho do desafio foi assim reconhecido na Mensagem do Diretor (La dimensión Política de la Salud) do Boletim 107(5) de novembro de 1989:

“Puesto que la asignación de recursos a este sector es parte de una pugna distributiva entre bandos competidores, tanto más aguda cuanto escasos son los recursos disponibles, la organización de los sistemas de salud y de los servicios que prestan depende de decisiones de carácter político”

A forma dramática com que o diretor reconhece a situação em fins dos anos 1980, traduzindo-a na cena de “pugna distributiva entre bandos competidores” por recursos escassos refletia a necessidade de proporcionar, e viabilizar, maior visibilidade política à saúde nos fóruns internacionais e internos aos governos.

Esse esforço vai ser narrado nas mensagens do diretor nos Boletins 108 (1) de janeiro de 1990 (Promoción del sector de la salud), 108 (2) de fevereiro (Comunicación). Nestas mensagens são explicitados os desacordos sobre a forma como são tomadas as decisões que afetam o setor saúde e o bem-estar das populações - sem que o setor tenha sido consultado - ao mesmo tempo em que o setor é chamado para sanar as conseqüências daquelas decisões.

Em seu Boletim 108 (3) de março de 1990 a ‘Mensaje del Director; Credibilidad’ retoma-se a questão da excelência (já tematizada em 1986) e demonstra que a batalha discursiva pela projeção política da saúde estava em perigo, e que o fator fundamental residia no problema da eficácia e eficiência, nos termos postos pelo Banco Mundial.

Refletindo sobre porquê o setor não alcançava a devida relevância nos processos de tomada de decisões, considera:

“Una consideración objetiva del problema revela dos factores que es preciso analizar: la percepción de las acciones de salud como consumo que contribuye poco o nada a la producción y la opinión de que el sector ha sido y continúa siendo ineficiente. El primero exterioriza una falta de comprensión de las contribuciones de este sector a la productividad, al empleo, a la producción y al desarrollo. El segundo está justificado en cuanto los servicios administrados por el sector no hayan podido responder oportuna y eficientemente a las demandas de las poblaciones. Ambas percepciones (...) influyen para restarle credibilidad a las acciones del sector (...)

Tenemos que probar de modo evidente, mediante la promoción de una serie de acciones, que el sector de la salud ha hecho una contribución extraordinaria al desarrollo social dela Región y que puede ser eficaz e eficiente (...)

Nuestra credibilidad depende sobre todo de poder demostrar sin lugar a dudas que el aporte que tenemos que dar – y estamos dando – se puede realizar con eficacia e eficiencia”.

Ou seja, haveria de se provar ao público externo que o setor era eficiente e eficaz, mas não nos termos de eficácia e eficiência sociais e sim nos termos próprios que as correntes do pensamento econômico que estavam orientando os ajustes as entendiam.

4.8 – Saúde no desenvolvimento

Pois bem, era necessário então inserir a questão da saúde no contexto mais amplo das políticas de desenvolvimento e demonstrar que era parte dos fundamentos desse. Para isso nos Boletins 109 (1) e 109 (2) de 1990 (julho e agosto, respectivamente) as mensagens do diretor ('Salud en el desarrollo y desarrollo en la salud'; e, 'Hacia un nuevo modelo de desarrollo) se pautaram pela questão. Este novo modelo de desenvolvimento foi a adaptação dos discursos dos organismos do sistema ONU, com a participação da OPAS na Região, conforme discutido na introdução dessa dissertação, com aportes de Rubarth (1999).

As condições de produção desse discurso são o agravamento das desigualdades sociais e de pobreza após o ajuste financeiro estrutural porque passaram os países em desenvolvimento (inclusive ensejaram dois Relatórios Anuais específicos do Banco Mundial: em 1990, cujo tema foi "A Pobreza" e o relatório de 1991 sobre "Os Desafios do Desenvolvimento"). Estavam em questão as formas como se deveria empreender o desenvolvimento a fim de abater a dívida social acumulada. Essa era a tônica do debate mundial.

A OPAS, em 1992, Boletim 112 (3) de março, propunha "Cuatro planteamientos para la acción" em sua mensagem do diretor: a cooperação e articulação entre os governos da região; promover um novo desenvolvimento e não "volver a aplicar los modelos caducos que fallaran frente a los problemas del pasado"; rever o papel do Estado; e que o acesso universal aos serviços de saúde deveria "avenirse con un aumento de calidad y la eficacia".

O novo desenvolvimento necessário, epíteto da OPAS para o 'desenvolvimento com rosto humano', deveria, necessariamente, contar com os aportes da saúde porque,

"La contribución primordial de la salud al desarrollo necesario es conformar su finalidad: el bienestar y la equidad. En consecuencia, el desarrollo que requieren nuestros países no puede ser el resultado de consideraciones exclusivamente economistas, por justificadas que sean.

La salud está intimamente vinculada a las condiciones que sustentan el desarrollo, como ramo de aplicación y oportunidades para la ciencia y la técnica, como objeto y estímulo del avance de las instituciones y el estado de derecho (..) y como campo de responsabilidad directa del Estado renovado con la participación de todos” (Mensaje del Director; aportes de la salud ao desarrollo. Boletín 113 (1), julio 1992).

A Organização cumpre suas próprias orientações e entra em um debate que até então tinha apenas tangenciado. De fato as questões do desenvolvimento que “requierem nuestros países” não poderiam estar somente a cargo dos economistas e de suas doutrinas. Marcava-se dessa maneira um espaço e tempo onde a OPAS expressava a dimensão política da saúde tematizada pelo desenvolvimento necessário.

Em 1993 a Organização precisou responder a essa “intromissão” em áreas não privativas de sua atenção, e respondeu mobilizando novamente sua memória discursiva. Desta vez desenvolvendo também uma polêmica interna. A mensagem do diretor do Boletim 114 (5) de maio de 1993 (“Las Dimensiones técnica y política de la salud) pode exemplificar esse movimento:

“Hay una idea bastante generalizada en el campo de la salud pública, sobre todo entre la gente de pensamiento más conservador, de que la atención que prestamos a la perspectiva general de la salud en desarrollo – y en particular a la dimensión política que ello implica – conspira en contra de las actividades específicamente dirigidas a controlar las enfermedades. Los que así opinan pretenden, por lo tanto, que el sector de la salud se concentre exclusivamente en organizar los servicios de atención, luchar contra las enfermedades y trabajar en otros aspectos afines que por tradición han delimitado su jurisdicción. Se trata de una percepción equivocada, que soslaya el carácter intersectorial de la salud y retrocede el camino andado en la última mitad del siglo XX.

No podríamos responder honradamente a la interpretación actual de la salud - como producto social (...) – con un trabajo

fundamentado en la doctrina de ‘etiología específica’ o en el prurito tecnicista de principios de siglo.”

Um bom exemplo de polêmica interna que vem responder a dois propósitos. Reforçar o caráter social da doença, que lhe permite defender a dimensão política da saúde e daí a necessidade de participar do embates políticos de formação das agendas internacionais, bem como possibilitar a sedimentação de uma nova autoridade discursiva interna. Para melhor entendimento do que digo, recorro a Maingueneau:

“Um discurso supõe mais que uma memória das controvérsias que lhe são exteriores; à medida que aumenta o corpus de suas próprias enunciações (...) vê-se desenvolver uma polêmica interna. Dessa forma, o discurso é mobilizado por duas tradições: a que o funda e a que ele mesmo, pouco a pouco instaura. Ao cabo de um certo tempo, é inevitável que parte da tradição interna atinja o mesmo estatuto da primeira, ganhando a ‘autoridade’ necessária para as produções de seus enunciadores” (1997: 125).

A polêmica incide sobre a proposta do Banco Mundial, que procurava destinar ao setor público apenas competência, sob a justificativa de eficácia em função dos custos, de operar os velhos programas de saúde pública, deixando a atenção médica ao mercado, ao mesmo tempo que remete à própria gênese do discurso que funda a epidemiologia social, processo iniciado nos idos dos anos 1950, como visto anteriormente. O que permite a emergência da polêmica interna é certamente o embate, introduzido pela economia no campo da saúde, entre fundamento da não-exclusividade e o princípio da saúde como direito humano universal e produto de políticas integrais de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Essa justificação pode ser comprovada pelo trecho que transcrevemos abaixo retirado da Mensagem do Diretor (*Verticalid versus Integralidad*) no Boletim seguinte (vol. 114 nº 6, junho 1993) onde se reafirmam os princípios da integralidade da atenção que podem ser efetivados pelos SILOS.

“Hay quienes consideran, sin embargo, que los programas especializados de lucha contra las enfermedades transmisibles pugnan contra el ideal de la prestación de servicios integrales. Esta opinión es el resultado de suposiciones erróneas que conducen a fabricar una oposición falsa entre la verticalidade de los programas y la integralidad en la atención de salud. Es un conflicto espurio que en realidad no existe.”

4.9 – O Relatório 1993 do Banco e a OPAS

Esta polêmica estava em andamento quando foi lançado o Relatório Anual do Banco Mundial de 1993 com o tema “Invertir en Salud” que é considerado um marco nesse debate, porque, apoiando-se em extensiva coleta de dados, como em geral o Banco faz, recoloca os mesmos termos do documento de 1987, objeto de mesa redonda no Boletim de 103 (6) de dezembro de 1987 e que, a meu ver, desencadeia o movimento de expansão da temática tratada pela OPAS para além dos problemas próprios da saúde, colocando-a no âmbito mais geral das questões do desenvolvimento e, assim, politizando-a, externa e internamente.

Este relatório foi duramente criticado pelos grupos que se filiam à corrente da epidemiologia social na América Latina, com relação, principalmente, à sua vertente puramente economicista da questão saúde, pela visão restritiva de “bem publico” (Laurell, 1994: 11), pela introdução de um “conjunto de servicios clinicos esenciales” (Banco Mundial, 1993: 114-15), e pela sobrecarga de responsabilidades atribuídas às mulheres nos cuidados de saúde da família (Martin& Andrade, 1994: 62-3).

Segundo Laurell (1994) ainda que o “Invertir en salud” tenha a mesma concepção básica do documento de 1987, alguns aspectos mais criticados foram corrigidos. Da análise até agora realizada sobre os documentos da OPAS, podemos exemplificar uma mudança discursiva de fundo e que pode estar relacionada à estratégia SILOS e da noção de atenção integral:

“Los debates acerca de si los servicios de salud se deberían concentrar en los ‘grupos vulnerables’, como los niños, las mujeres embarazadas y las personas de edad, o acerca de las funciones relativas de los hospitales y los centros de salud, o acerca de las medidas preventivas por oposición a las actividades curativas son en el fondo debates relativos a la combinación adecuada de intervenciones. (Banco Mundial: 1993: 60-1)”

O Banco recua, discursivamente, de fato em um aspecto da organização dos serviços em que não se sentia seguro de sua competência cognitiva, o que, no entanto, não o impede de ironizar a ênfase na universalidade e gratuidade da atenção em alguns trechos do relatório ou mesmo fazer afirmações de forte impacto. Vamos aos exemplos.

Trecho de forte impacto:

“En la mayoría de los países en desarrollo, el conjunto de intervenciones de esse “PAI Plus” en el primer año de vida de los niños tendría la mayor eficacia en función de los costos que todos los servicios de salud disponibles actualmente en el mundo” (idem: 09)¹⁰

Trechos de ironia sobre a medição da eficácia em função dos custos:

“La insistencia en sacar mayor partido posible al dinero no sólo es plenamente compatible con la compasión por la víctimas de las enfermedades, sino que es la única forma de evitar sufrimientos innecesarios.” (idem: 63)

Trecho de ironia, apresentado após a justificativa de financiamento, com fundos públicos, dos serviços essenciais ofertado aos pobres, e que estaria portanto em consonância com o argumento de que a saúde é um direito fundamental :

“Aunque cabe que la mayoría de la población pueda pagar esa atención, los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar

¹⁰ O Banco se refere aqui ao Programa Ampliado de Imunizações, estabelecido pela Assembleia Mundial de Saúde em 1974.e estabelecido formalmente nas Américas em 1976. O conjunto desse PAI se refere à imunização contra o sarampo, poliomelite, tétano, coqueluche, difteria e tuberculose (Macedo, 1997:44). O PAI PLUS do Banco seria a inserção de outras duas imunizações: Hepatite B e febre amarela.

que los pobres puedan también ejercer esse derecho, al menos hasta donde la sociedad se lo pueda permitir” (idem: 58)

Essa breve exposição de alguns trechos do Relatório de 1993 do Banco tem apenas a função de nos aproximarmos do tipo de deslocamento semântico que possa ter havido desde 1987. Pelo aproximado, percebe-se que os enunciados do Banco, enunciador da formação discursiva específica em litígio com a formação da qual apresentei a OPAS como enunciadora, sofreram pouco impacto.

A OPAS publicou uma apresentação do Relatório por Philip Musgrove (economista senior do Banco, e que fez parte do estudo) em sua seção “Temas de Actualidade” do Boletim 115 (5) de novembro de 1993. Nessa apresentação o autor informa que as opiniões do Relatório se apoiavam em extensas provas e análises e “ofrece una base más racional elección entre diferentes inversiones o actividades de mejoramiento de la salud” (p. 456) ao mesmo tempo que reafirmava a anterioridade e primazia da eficácia sobre a equidade porque “El insistir en que el costo-eficacia, bien entendido, es criterio para la acción no es contrario a la compasión ni a la equidad, sino más bien un medio de lograr esos fines.”

A OPAS tornaria a referir esse Relatório em junho de 1994, Boletim 116 (6), na Mensagem do Diretor (El contexto actual de la salud en el desarrollo), onde reafirma a importância que se tem outorgado aos aspectos sociais do desenvolvimento, inclusive a saúde. Apenas cita o critério de “costo-eficacia” como uma maneira de medição dos investimentos em saúde desenvolvido no “Invertir en Salud”.

Neste boletim também comenta o enfoque da CEPAL, ‘transformación productiva con equidad’ e informa sobre o estudo conjunto daquela instituição com OPAS denominado “Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe”.

4.10 – Saúde, equidade e transformação produtiva: “la canasta básica”

Em agosto, Boletim 117 (2), o diretor afirmava em sua mensagem (“Salud y transformación productiva con equidad”) que no plano da reforma setorial propriamente dita “tenemos que generar las circunstancias que aseguren la universalidad de acceso a los servicios de salud, la eficacia social de la atención y la eficiencia en el uso de recursos” e que este chamado para a ação era o propósito do documento “Salud en la transformación productiva con equidad” que OPAS e CEPAL haviam preparado conjuntamente e que seria examinado na Conferência de setembro. Nesta Conferência George Alleyne seria escolhido para substituir Carlyle Guerra Macedo.

Como informam Mello&Costa (1994), esse documento teria sido uma resposta ao Relatório Anual do Banco de 1993, e que “a opção estratégica foi produzir com a Cepal um documento que integrasse a questão da saúde às questões de equidade e transformação produtiva, e que mostrasse que a ‘OPS tinha algo a dizer sobre a questão’” (p. 70). Estas últimas aspas se referem a uma nota de rodapé, número 7, onde se indica a fala de um técnico da OPAS afirmando que o documento “foi objeto de fortes críticas e boicotes internos porque assinala uma ruptura com o discurso sanitarista característico da Instituição que combina um humanismo difuso com um discurso sanitarista”.

O documento, “Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe”, de fato é um marco de dissolução de fronteira discursiva. A proposta, apesar de procurar manter a integridade da idéia de universalização a condiciona à mesma ordem de restrições diagnosticadas pelo Banco Mundial:

“En diversas instancias se ha reiterado la necesidad de incrementar los recursos asignados a los sectores sociales en general y al de la salud, en especial. Si bien es cierto que los esfuerzos al respecto desplegados por algunos países de la región no alcanzan a los niveles que el consenso sugiere, se debe reconocer que no en todos los casos es conveniente incrementar el gasto social” (pg. 81)

Mais adiante, sucumbe à lógica econômica da qual procurou se furtar em toda sua trajetória discursiva que até então analisamos.

“La tendencia a la recuperación de los costos, mediante la fijación de tarifas que cubran total o parcialmente el valor de la prestación de servicios públicos anteriormente gratuitos, se está generalizando. Desde el punto de vista de la equidad, resulta absolutamente justificable aplicar el principio de que “el que puede hacerlo, debe pagar”, en especial porque con frecuencia esos servicios favorecen a sectores solventes de la sociedad. “ (p, 82)

Neste trecho, nota-se que estava ocorrendo uma absorção integral do discurso do Banco Mundial pela OPAS. As necessidades de resposta ao problema do financiamento impostas pelas agências de financiamento internacionais, e pelo processo de ajuste por qual passaram os países da Região, acarretaram a introdução desse tema no próprio núcleo discursivo da OPAS. Um tema, entretanto, que havia sido pré-construído fora dela.

A derivada dessa polifonia não controlada pode ser melhor figurativizada pela proposta de “ La Canasta Básica” que seria “um conjunto determinado de atenciones de salud en las áreas de fomento, prevención, curación, que se proveerán a todos los miembros de la sociedade, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población y sus diversos grados de riesgo, atendiendo a la disponibilidad de recursos de cada país y segundo las preferencias sociales y opciones política adoptadas” (p. 63)

Essa proposta faria parte das “Orientações Estratégicas e Programáticas 1995-1998” da OPAS (Documento Oficial nº 269, 1995: 29-30).

Ao ‘conjunto de servicios clínicos esenciales’ do Banco Mundial, a OPAS/CEPAL haveria de marcar, em seu discurso, o epíteto de Cesta Básica, e que, por ironia, seria atribuída ao próprio Banco Mundial.

Chegamos ao fim da análise dos documentos da OPAS. É daqui, portanto, que podemos retornar à manchete do jornal ‘Folha de S.Paulo’ que introduziu este capítulo.

5 - CONCLUSÃO

Foi-nos possível observar, ao longo do desenvolvimento da análise do *corpus* textual, a expressão de uma polêmica discursiva, às vezes parcial e às vezes generalizada, entre as duas formações discursivas em relação privilegiada em um determinado espaço.

O tema de fundo que norteou essa polêmica foi o do direito à saúde como bem público. Essa discussão é um subgrupo das discussões gerais, que vêm ocorrendo desde meados da década de 1970 e todo o período das de 1980 e 1990, sobre a viabilidade de se manter o conjunto dos direitos sociais também como bens públicos.

O fato histórico que desencadeia essa discussão foi a crise do *Welfare State* europeu, decorrente da crise fiscal do Estado. Na América Latina e Caribe agrega-se a esse fenômeno a crise da dívida externa. A década de 1980 foram anos de ajuste estrutural destinado a solucionar esses problemas.

Nesse contexto de crise de financiamento e de restrições orçamentárias do Estado, a crítica ao direito à saúde como bem público não incide sobre todas as suas atividades. Incide justamente na atenção médica, seu componente de maior custo. Sobre as atividades típicas da saúde pública do início do século – que Julio Frenk cunhou de “definição obsoleta” – tais como prestação de serviços de saneamento ambiental, controle das doenças transmissíveis, vacinação, e tratamento básico para os pobres não incidiram as críticas. Muito pelo contrário, foram a essas atividades que o discurso do Banco Mundial (enquanto enunciador de uma formação discursiva específica) recorreu para justificar sua teoria de bens públicos.

É a essa classe de serviços, que comportam alto grau de “externalidades”, que se deveriam destinar os recursos públicos orçamentários. A atenção médica clínica, por beneficiar apenas o indivíduo e sua família, portanto se configurando um bem privado, deveria ser financiada com recursos privados. O princípio fundamental que estrutura esse raciocínio é o da não-exclusividade.

A OPAS procurou, em toda trajetória analisada, contrarrestar esse princípio mobilizando toda sua memória discursiva, sempre resgatando - e

tentando fortalecer - a tradição instaurada a partir da segunda metade do século XX, que introduzira a atenção médica como um elemento indissociável do conceito de saúde como uma necessidade humana essencial.

Para responder a essa necessidade humana essencial o sistema OPAS/OMS, em 1978, define a atenção primária de saúde como estratégia para se alcançar a meta de saúde para todos no ano 2.000. É nessa idéia-força que a OPAS irá sistematicamente se ancorar para resistir a ameaça do retorno da atenção médica clínica ao âmbito do privado. Mas para isso terá que tematizá-la insistentemente com a figura do sistema de saúde, organizado em distintos níveis de complexidade, dentre os quais os níveis de atenção médica secundária e terciária seriam parte necessária, conformando uma entidade indivisível e equilibrada.

Às críticas de ineficiência e ineficácia a esse sistema de saúde, a OPAS respondeu com os Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Nessa nova forma de organização dos serviços seria possível integrar todos os serviços e ações dispersas que, via de regra, superpunham-se umas às outras, duplicando intervenções e elevando os custos gerais do setor saúde. A ênfase no planejamento e no desenvolvimento dos recursos humanos, na sua vertente gerencial, seria uma forma de viabilizar e potencializar a articulação intersetorial no território delimitado pelos SILOS, aumentando-se assim a eficiência e eficácia das intervenções.

A necessidade da intersectorialidade percebida no SILOS pode ser indicada pela introdução do elemento Poder nas discussões sobre o planejamento. A perspectiva era fornecer instrumental analítico a fim de capacitar os gerentes do setor para seu papel de liderança nos arranjos intersetoriais. Foi essa necessidade, também, que levou a OPAS a estimular os ministros da saúde, dos governos membros, a expandir o seu campo de ação, procurando novos interlocutores. Especialmente os parlamentos (Melo&Costa, 1994: 77).

Nesse terreno, próprio ao seu discurso, a OPAS consegue manter estável a idéia de cobertura universal e integral à saúde. Recusa, nos seus próprios termos, a interpretação da atenção primária como um programa específico para grupos pobres e marginalizados e configurado por um nível de

atenção simples. Sua visão é a de que a atenção primária deve ser uma estratégia válida e aplicável a toda população, contemplando os três níveis de atenção.

Nessa estruturação discursiva, onde a saúde é entendida como direito humano essencial, as idéias de universalização e integralidade da atenção devem ser associadas a idéia de gratuidade, uma vez que a saúde se comporta enquanto bem público. Em nenhum momento de seu discurso, quando versava sobre as particularidades do próprio sistema de saúde, a OPAS dissociou estas idéias.

Portanto, o fator essencial que desestabilizou esse equilíbrio semântico associativo entre universalidade, integralidade e gratuidade foi a introdução da OPAS em um terreno discursivo em que o Banco Mundial estava em clara vantagem propositiva e argumentativa: o financiamento e suas formas de composição. O estudo conjunto CEPAL/OPAS, pela aceitação dos termos do discurso do Banco, é pedra angular daquela desestabilização.

Cumpre, assim, indagar até que ponto a incorporação do tema financiamento, pré-construído fora da formação discursiva que a OPAS é enunciadora, será capaz de provocar o apagamento, o esquecimento ou até mesmo a denegação do ideal de integralidade e universalidade da atenção médica gratuita. Talvez a palavras de George Alleyne, quando da posse de seu primeiro mandato como diretor da OPAS, possa sugerir uma pista:

“Pero aun dentro de la continuidad a la que aludo cierto grado de cambio es necesario, porque los tiempos en que fueron elegidos mis precursores son distintos a los de hoy: la ortodoxia de nuestras prácticas actuales fue, sin duda alguna, la heterodoxia de ayer y de seguro será lo obsoleto del mañana.” (Boletim OPAS 118 (1), 1995: 77).”

A conferir.

6 - BIBLIOGRAFIA

- AKIN, John; BIRDSALL, Nancy; FERRANTI, David. *Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: programa de reformas*. Washington D.C.: Banco Mundial, 1991.
- BATISTA, Paulo Nogueira. *O consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas da América Latina*. São Paulo: Programa Educativo Dívida Externa-PEDEX. 1995 (Caderno nº 6).
- BANCO MUNDIAL. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993 "Invertir en salud"*. Washington D.C.: Banco Mundial, 1993.
- BRANDÃO, Maria Helena N. *Introdução à análise do discurso*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1991. (Série Pesquisas).
- _____. *Subjetividade, argumentação, polifonia; a propaganda da Petrobrás*. São Paulo: Editora Unesp, 1998. (Prismas).
- CEPAL/OPS. *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS, 1994.
- COHN, Amélia. Políticas Sociais e Pobreza. *Revista Planejamento e Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: IPEA n. 12: 1-18. jun./dez. 1995.
- CUNHA, Isabel Maria R. F. *Do mito à análise documentária*. São Paulo: Edusp, 1990. (Teses; vol 11).
- DINIZ, Eli. *Globalização, ajuste e reforma do Estado: um balanço da literatura recente*. São Paulo, 1996, mimeo (Texto apresentado no Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política, 11 a 13 dezembro 1996).
- DRAIBE, Sonia M. - Qualidade de Vida e Reformas de Programas Sociais: O Brasil no Cenário Latino-Americano. *Revista Lua Nova*. São Paulo: CEDEC, 31: 5-46, 1993.
- EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

- ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas de Welfare State. *Revista Lua Nova*. São Paulo, CEDEC, 24: 85-116, 1991.
- FRENK, Julio. El financiamiento como instrumento de política pública. *Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud*. Washington, D.C.: OPS, vol. 103 nº 06, p. 719-25, diciembre de 1987.
- FIORIN, José Luiz. Polifonia textual e discursiva. *Anais do V Encontro Nacional da ANPOLL*. Porto Alegre, ANPOLL- Associação Nacional de Pós-graduação e pesquisa em Letras e Lingüística, p.3-10, 1991.
- GLYN, Andrew. Os custos da estabilidade: os países capitalistas avançados nos anos 80. In SADER, E. (org.) *O mundo depois da queda*. São Paulo: Paz e Terra, 1995.
- GUTIÉRREZ, Guido Miranda. La salud como valor económico en una época de crisis. *Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud*. Washington, D.C.: OPS, vol. 103 nº 06: p. 739-42, diciembre de 1987.
- HOBBSBAWN, Eric. *Era dos Extremos; o breve século XX, 1914-1991*. 2. ed. São Paulo: Cia. das Letras, 1995.
- HORWITZ, Abraham. Economia y salud. Mas alla del financiamiento. *Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud*. Washington, D.C.: OPS, vol. 103 nº 06, p. 710-18, diciembre de 1987.
- LAURELL, Asa C. (coord.). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Mexico: Universidad Autónoma Metropolitana/Fundación Friedrich Ebert, 1994.
- LAURELL, Asa C. (org.). *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995.
- LEITE, Marcia da Silva P. Políticas sociais e cidadania. *PHYSIS-Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol 1, n.1, p. 117-132, 1991.
- MACÊDO, Carlyle G. *Notas para uma história recente da saúde pública na América Latina*. Brasília, OPAS-Representação Brasil, 1997.

MAINGUENEAU, Dominique. *Novas tendências em análise do discurso*. Campinas, SP: Pontes, 1997.

_____. *Genèse du Discours*, (Cap II, III). Bruxelles, P. Mardaga, 1984.

MARTIN, Florencia P. S.; ANDRADE, Maria A. G.. Unidades Familiares, mujeres y salud en el desarrollo. In LAURELL, A. C. (coord.) *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Mexico: Universidad Autónoma Metropolitana/Fundación Friedrich Ebert, 1994.

MELO, Marcus Andre B. C. & MOURA, Alexandrina S. de. Políticas públicas urbanas no Brasil: uma análise dos projetos do Banco Mundial. *Planejamento e Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: IPEA n. 4: 99-126, dez. 1990.

MELO, Marcus Andre B. C.; COSTA, Nilson do Rosário. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. *Revista Planejamento e Políticas Públicas*, Rio de Janeiro: IPEA, n. 11: 49-108, jun/dez 1994.

OFFE, Claus. *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

OPS. *História de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington, D.C: OPS, 1992.

PETRAS, James. *Ensaio contra a ordem*. Brasília,:Scritta Editorial, 1995.

PLAJA, Antonio Ordóñez. Convocatoria a un debate sobre financiamiento y salud. *Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud*. Washington, D.C.: OPS, vol. 103 nº 06, p. 733-38, diciembre de 1987.

PORTELLA FILHO, Petronio. O ajustamento na América Latina: crítica ao modelo de Washington. *Revista Lua Nova*, São Paulo, n. 32, p. 101-132, 1994.

POSSAS, Cristina. Estado, movimentos sociais e reformas na América Latina: uma reflexão sobre a crise contemporânea. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 35: 77-93, jun. 1992.

RIVERO, David Tejada de. El financiamiento de la salud. Condiciones de su eficacia e equidad. *Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud*. Washington, D.C.: OPS, vol. 103 nº 06, p.725-32, diciembre de 1987.

RUBART, Ernesto Otto. *A diplomacia brasileira e os temas sociais: o caso da saúde*. Brasília: Instituto Rio Branco, Fundação Alexandre Gusmão, Centro de Estudos Estratégicos: 1999 (Coleção Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco).

SADER, Emir; GENTILI, Pablo (org.). *Pós-neoliberalismo; as políticas sociais e o estado democrático*. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

WERNECK VIANNA, Maria Lucia T. Notas sobre política social. *PHYSIS-Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol 1, n.1, p. 133-160, 1991.

ANEXO

A - Documentos do Banco Mundial, lidos mas não utilizados como *corpus* da análise.

Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1986. A Tímida Recuperação e Perspectivas de Crescimento Constante. Políticas Comerciais e de Preços na Agricultura Mundial. Banco Mundial, Washington, D.C., 1986. (Tradução para o português realizada pela Fundação Getúlio Vargas, RJ, RJ).

Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1987. Barreiras ao Ajuste e ao Crescimento na Economia Mundial. Industrialização e Comércio Exterior. Banco Mundial, Washington D.C, 1987. (Tradução para o português realizada pela Fundação Getúlio Vargas, RJ, RJ).

Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1988. A Gestão da Economia Mundial: Oportunidade e Riscos. Finanças Públicas no Desenvolvimento. Banco Mundial, Washington D.C, 1988. (Tradução para o português realizada pela Fundação Getúlio Vargas, RJ, RJ).

Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1989. Sistemas Financeiros e Desenvolvimento. Banco Mundial, Washington, D.C., 1989. (Tradução para o português realizada pela Fundação Getúlio Vargas, RJ, RJ).

Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1990. A pobreza. Banco Mundial, Washington, D.C., 1990. (Tradução para o português realizada pela Fundação Getúlio Vargas, RJ, RJ).

Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1991. O Desafio do Desenvolvimento. Banco Mundial, Washington, D.C., 1991. (Tradução para o português realizada pela Fundação Getúlio Vargas, RJ, RJ).

Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1992. Desenvolvimento e Meio Ambiente. Banco Mundial, Washington, D.C., 1992. (Tradução para o português realizada pela Fundação Getúlio Vargas, RJ, RJ).

Informe sobre el Desarrollo Mundial 1994. Infraestructura y Desarrollo. Banco Mundial, Washington, D.C., 1994.

B - Documentos da OPAS, lidos mas não utilizados como *corpus* da análise.

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 100 n^{os} 01, 02, 03, 05 (janeiro, fevereiro, março, maio) de 1986.

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 101 n^{os}. 02, 04, 06 (agosto, outubro, dezembro) de 1986.

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 102 n^{os}. 02, 03, 06 (fevereiro, março, junho) de 1987.

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 103 n^{os}. 01, 02, 03, 04 (julho, agosto, setembro outubro) de 1987.

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 104 n^{os}. 01, 02, 04, 05 (janeiro, fevereiro, abril, maio) de 1988.

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 105 n^{os}. 02, 03, 04, 05, 06 (agosto, setembro, outubro, novembro, dezembro) de 1988

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 106 n^{os}. 02, 03,04,05, 06 (fevereiro, março, abril, maio, junho) de 1989

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 107 n^{os}. 02, 03, 04, 06 (agosto, setembro, outubro, dezembro) de 1989.

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 108 n^{os}. 04, 05, 06 (abril, maio, junho) de 1990.

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 109 n^{os}.04 (outubro) de 1990.

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 110 n^{os}. 01, 02, 04, 05, 06 (janeiro, fevereiro, abril, maio, junho) de 1991.

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 111 n^{os}. 01, 02, 03, 04, 05, 06 (julho, agosto, setembro, outubro, novembro, dezembro) 1991.

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 112 n^{os}. 01, 02, 04 (janeiro, fevereiro, abril) 1992

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 113 n^{os}. 02, 03, 04, 05, 06 (agosto, setembro, outubro, novembro, dezembro) de 1992.

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 114 nºs. 01, 02, 03, 04 (janeiro, fevereiro, março, abril) de 1993

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 115 nºs. 01, 02, 04, 06 (julho, agosto, outubro, dezembro) de 1993

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 116 nºs. 02, 03, 04 (fevereiro, março, abril) de 1994.

Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, vol. 117 nºs. 03, 04, 05, 06 (setembro, outubro, novembro, dezembro) de 1994.

UBEDA, Carlos Smok. La reforma del sector salud en Chile: experiencias y retos. OPAS, Washington D.C., 1994 (Serie Informes Técnicos nº 32)

OPS. Estado, desarrollo y salud. Discusiones Técnicas 1993. OPS, Washington D.C., 1994 (Serie Informes Técnicos nº 36)

OPAS. Orientaciones Estrategicas y priorydades programáticas para la Organización Panamericana de la Salud – 1991-1994. OPS, Washington D.C., 1991.

C - Dicionários de Espanhol consultados

Diccionario de uso del Español. **Maria Moliner. Madrid: Editorial Gredos, 1990**

Diccionario del Español de América. Marcos Augusto Morínigo. Anaya&Mario Muchnik, 1996 (2ª edición)

Diccionario del Español actual. Manuel Seco Reymundo, Olimpia Andrés Puentes, Gabino Ramos González. Madrid: Grupo Santillana de Ediciones S.A, 1999