

COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Serie Reformas de Política Pública 16

BRASIL: A REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE

**Ana Luiza D'Avila Viana
Maria Helena G. de Castro**

Proyecto Regional de Reformas de Política Pública
CEPAL / Gobierno de los Países Bajos



NACIONES UNIDAS

BRASIL: A REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE

Ana Luiza D'Avila Viana
Maria Helena G. de Castro

Proyecto Regional de Reformas de Política Pública
CEPAL / Gobierno de los Países Bajos



NACIONES UNIDAS
COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE
Santiago de Chile, 1993

LC/L.783
Noviembre de 1993

O trabalho aqui apresentado foi elaborado pelas senhoras Ana Luiza D'Avila Viana e Maria Helana G. de Castro, Pesquisadoras do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas e Consultoras do Projeto Regional sobre Reformas de Política para aumentar a Efetividade do Estado na América Latina e no Caribe (HOL/90/S45), sob a coordenação de Sônia Miriam Draibe, Diretora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas.

Este trabalho não foi submetido a revisão editorial e as opiniões nele vertidas são da exclusiva responsabilidade dos autoras, podendo não coincidir com as da Organização.

SUMARIO

	<i>Pág.</i>
PREFÁCIO	5
I. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NA DÉCADA	7
Introdução	7
1. O contexto pré reforma sanitária no Brasil	11
2. As políticas de saúde	16
II. AS DISCUSSÕES SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE E A EMERGÊNCIA DO SUDS/SUS	31
Introdução	31
1. Quem é quem no atendimento á saúde no brasil e sua performance recente	33
2. A política da transição democrática	38
3. As transformações na política de saúde	40
4. O SUDS e sua implementação	48
III. ESTRATÉGIA DE AÇÃO, CONFLITOS E INTERESSES NA REFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE	54
Introdução	54
1. Formulação e implantação da reforma	55
2. Entraves e alternativas ao sus	59
3. Considerações finais	65
IV. CONCLUSÃO	70
Notas	75
BIBLIOGRAFIA	79
ANEXO 1: CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE	81
ANEXO 2: ENTREVISTAS	83

PREFÁCIO

O Projeto Regional sobre Reformas de Política para aumentar a Efetividade do Estado na América Latina e no Caribe (HOL/90/S45), que a CEPAL executa com a cooperação do governo dos Países Baixos, tem por objetivo identificar as reformas que habilitem os Estados da região a colocar em prática políticas eficazes para alcançar as metas conjuntas de estabilidade macroeconômica, transformação produtiva orientada ao crescimento sustentado, e equidade social.

Com este objetivo, o Projeto se propôs a analisar os processos efetivos de reforma das políticas públicas, numa visão articulada da reforma do aparato do Estado e suas relações com os grupos de interesses e os atores sociais, no contexto dos desafios que enfrentam os países da região na presente fase de seu desenvolvimento e das modalidades de funcionamento que vão adquirindo suas economias.

Para isto, são executadas análises dos processos de reformas nas diferentes áreas de políticas públicas num conjunto de países da região que têm empreendido tais processos. As áreas selecionadas correspondem a: reformas tributárias, privatização de empresas públicas, reformas comerciais, reformas trabalhistas e reformas nas áreas de políticas sociais. Os países selecionados são: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica e México.

Em seguida, são realizadas análises comparativas —entre países— das reformas em cada área instrumental selecionada com o objetivo de extrair as respectivas lições, derivadas dos diferentes contextos nacionais.

Finalmente, pretende-se integrar as análises dos processos de reforma em cada país numa visão multidimensional do processo de reforma do Estado que está ocorrendo em cada um deles, derivando conclusões sobre as condições e possibilidades das estratégias de reforma do Estado na América Latina e Caribe.

I. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NA DÉCADA

Introdução

O Brasil na década de 80 formula e implementa uma profunda reforma no sistema de saúde. A reforma caracterizou-se pela integração dos subsistemas de saúde pública e da previdência — constituindo um sistema único e nacional — e pelo desenvolvimento de um processo de descentralização das decisões e da operação dos serviços, visando maior autonomia por parte dos estados e municípios.

Modificaram-se a estrutura organizacional do sistema — com a formação de áreas descentralizadas de saúde; a forma de gestão — com a formação dos Conselhos de Saúde nos três níveis de governo (nacional, estadual e municipal) e com a presença dos vários segmentos participantes da política, inclusive dos usuários; o modo de funcionamento — atualmente, os centros de saúde pública incorporaram a assistência médica, através de ações de pronto atendimento e de atendimento programado; a relação público/privado na provisão de serviços — aumentou a capacidade instalada ambulatorial do setor público e o Estado passou a regular o setor privado de forma mais eficiente, inclusive porque descentralizou os mecanismos de controle; e o perfil de financiamento e do gasto público em saúde — é alta a participação, atualmente, dos recursos fiscais dos estados e municípios para o gasto em saúde.

A reforma do sistema de saúde foi impulsionada pelas próprias características políticas da década, de abertura e de aprofundamento do processo de redemocratização, e pelo papel relevante desempenhado por um grupo de atores, responsável pela formulação de alternativas à política anterior, que atuou de forma decisiva no sentido de galvanizar apoios importantes para a reforma do sistema, a partir de um movimento que atuou dentro das instituições de saúde e junto à sociedade civil, denominado "Movimento Sanitário".

O movimento de reforma iniciou-se pela constituição das Ações Integradas de Saúde — AIS — no início da década, visando repassar recursos do INAMPS para as Secretarias Estaduais, de forma a implementar a integração das ações setoriais, a nível dos governos estaduais e locais, sem contar que propiciou expansão física e reaparelhamento da rede pública e novas contratações de recursos humanos.

Em 1987, com a constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), foi dado novo passo no sentido da descentralização operativa, através de um conjunto de convênios que transferiram para o nível estadual as responsabilidades pela gestão dos serviços (inclusive para contratação de serviços de terceiros). Finalmente, em 1988, a nova Constituição Federal cria o Sistema Único de Saúde (SUS), ratificado nas

Constituições Estaduais de 1989 e Leis Orgânicas dos Municípios, onde se propugna os princípios da descentralização com comando único a nível municipal para a gestão dos serviços públicos de saúde.

A reforma, que do ponto de vista interno foi reforçada e impulsionada pelo processo de democratização, do ponto de vista internacional também foi auxiliada por uma conjuntura favorável a mudanças: a década foi, em todo mundo, de mudanças na política de saúde e de reestruturações significativas nos modelos de prestação de serviços. O cenário internacional desde a segunda metade da década de 70 caracteriza-se pela formulação de novas concepções para a política de saúde, orientada pela necessidade concreta de um novo modelo assistencial e institucional para os serviços e de um novo padrão de financiamento para o setor.

Tais mudanças foram impulsionadas pela "Crise Sanitária", caracterizada por M.Ferrera¹ como fruto de um quadro de déficits financeiros e desordem institucional dos sistemas nacionais de saúde, movimento relacionado portanto com uma crise maior, a da economia e do "Estado de Bem Estar Social" nos países capitalistas avançados.

Na metade dos anos 70, a crise pareceria indicar a incapacidade do "Estado de Bem Estar Social" de continuar financiando os serviços públicos essenciais e, dentre eles, o financiamento da oferta sanitária, o que exigiria limites à oferta, tanto do ponto de vista do montante de recursos alocados, como também restrições nos custos desta oferta. Em outros termos, os Estados foram levados tanto a repensar os esquemas de financiamento do sistema, quanto a melhorar o nível de eficiência e efetividade dos serviços.

Nesse sentido, processa-se uma nova estratégia na área da saúde que se desdobra em dois movimentos:

a) *A necessidade de implantação de um modelo de saúde enfatizando a assistência primária à saúde, cujos princípios básicos se pautaram pela universalização da cobertura, pela descentralização (regionalização, hierarquização e integração) dos serviços de saúde, bem como pela maior participação das comunidades no planejamento, organização e controle desses serviços.*

O exemplo mais acabado desse movimento foi a Reforma Sanitária Italiana em 1978, que teve como características mais gerais: i) universalização da cobertura (assistência como direito do cidadão); ii) supressão das diversas entidades de "mútuas", constituindo uma nova e uniforme estrutura baseada no Distrito Sanitário e na Unidade Sanitária Local (USL); iii) regulamentação normativa, prevendo uniformes modalidades de acesso e de movimento da parte do usuário dentro do serviço; iv) reorganização "horizontal" do serviço sanitário, eliminando a barreira entre os níveis de assistência e reintegrando o momento de prevenção, da cura e da reabilitação; v) recomposição unitária a nível territorial das diversas atividades setoriais, privilegiando o serviço de base.

Pode-se dizer que a Reforma representou um esforço de racionalização² que, além de pretender uma reestruturação organizativa da oferta, propôs uma máxima abertura para a demanda no sentido de "una política di servizi che vanno verso l'utente".³

Outro marco importante na busca de novos modelos foi a "Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde", realizada em Alma-Ata, na URSS, em 1978, onde as preocupações e reflexões sobre a questão da saúde se cristalizaram em algumas propostas concretas. A Conferência reforça e explicita o movimento de mudanças, no sentido de indicar como saída da crise a reorientação das políticas nacionais de saúde e ressalta a prioridade à assistência primária à saúde, em graus diferenciados e de acordo com as realidades sócio-econômicas e políticas.

A partir da constatação da desigualdade entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro destes últimos, estabeleceu-se um compromisso mundial: "os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e toda comunidade mundial na próxima década deve ser de que todos os povos do mundo atinjam até o ano 2000, um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social".⁴ A Conferência enfatizou, também, a necessidade de um novo enfoque em saúde e de uma nova organização para os serviços, que permita reduzir a separação entre os "privilegiados" e os "carentes", de forma a atender de maneira mais abrangente todos os cidadãos.

Foram definidos como Cuidados Primários de Saúde aqueles essenciais (serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação) "baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e com tecnologia de acesso universal para o indivíduo e suas famílias e a um custo que a comunidade e o País possam manter em cada fase de seu desenvolvimento (...) Os Cuidados Primários são parte integrante do sistema de saúde do País, sendo o ponto central e o foco principal".⁵ Nesse sentido, a Conferência chama a atenção para a necessidade de coordená-los, em âmbito nacional, com os demais níveis do sistema de saúde.

De fato, acelerou-se o desenvolvimento de políticas de "Primary Health Care" (PHC) em vários países de diferentes estágios econômicos, a partir da difusão dos princípios da atenção primária ocorridos a partir de Alma-Ata, conforme estudos efetuado pela UNICEF/WHO.⁶ Segundo tal estudo, as decisões nacionais com base no PHC inspiraram-se tanto em estudos anteriores, efetuados na década de 70 pelo WHO, quanto nas diretrizes emanadas da Conferência de Alma-Ata. O PHC surge como resposta ao descompasso existente entre as necessidades de saúde e os recursos de saúde disponíveis, tanto em países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos.

Apesar de ter ocorrido um incremento de ações de PHC na década de 70, não se pode dizer que este processo teve seu início aí. Na verdade, bem antes dessa data, alguns países iniciaram políticas nesse sentido (exemplo clássico é o "National Health Service Act", na Inglaterra). A adoção da política de PCH variou de país a país, segundo suas respectivas circunstâncias históricas e representou um salto em relação às políticas e visões tecnicistas da saúde, altamente difundidas nos anos 60, já que incorporou variáveis políticas, econômicas e sociais aos processos de decisões. Outro aspecto desse salto refere-se ao discurso do PHC pela integração da atenção primária a um sistema

maior que contemple harmonicamente as demais áreas da saúde, tais como: os diversos níveis da assistência hospitalar, apoio laboratorial, fornecimento de medicamentos e a própria medicina privada. Da mesma forma, deve estar integrada a outras políticas, naturalmente ligadas à melhoria das condições de vida da população, como saneamento ambiental, programas de nutrição, educação, etc.

Cabe sublinhar os vários pontos em comum que aproximam substancialmente os princípios gerais da Conferência de Alma-Ata, os princípios esboçados na Reforma Sanitária italiana e os enunciados nas políticas de "Primary Health Care", desenvolvidos em vários países na década de 70: todos propugnam por um novo enfoque em saúde, a partir da configuração de um novo sistema, cujo eixo seja a atenção primária, porém integrada aos demais níveis de assistência.

b) *O segundo movimento ocorreu naqueles países que já tinham implantado sistemas nacionais de saúde. Nestes, a atenção se voltou à reordenação, procurando controlar a demanda sanitária supérflua e reduzir os custos de oferta, através de vários instrumentos institucionais.*

As políticas de contenção da demanda sanitária e de redução dos custos da oferta sanitária foram implantadas, por exemplo, através da reforma do Programa de "Medicare e Medicaid" americano, nos primeiros anos da década de 70 (e, posteriormente, de um modo muito mais drástico no governo Reagan); da reorganização do National Health Service inglês, em 1974 (e mais recentemente no governo Thatcher); do pacote de medidas apresentado na Alemanha, em 1977; dos controles regulativos expedidos, na Itália, a partir de 1978; e, finalmente, dos diversos expedientes disseminados em quase todos os sistemas sanitários ocidentais, atualmente.

Os principais instrumentos regulativos de contenção da demanda e da oferta sanitária baseiam-se em reorientação do consumo e controle de custos através:

- 1) da contenção da demanda por meio: i) da instituição do ticket sanitário ou ticket moderador;⁷ ii) e do controle sobre a informação e a propaganda farmacêutica.
- 2) da diminuição dos custos da oferta (regulação do comportamento diagnóstico-prescritivo do médico) por meio: i) do estabelecimento de padrões terapêuticos por doença como forma de controlar o comportamento diagnóstico-prescritivo do médico (controle ex-ante); ii) e do estabelecimento do custo mensal das prescrições de cada médico e posterior comparação com índices estabelecidos de custos médios de receita (controle ex-post).
- 3) limitação da oferta, pela: i) limitação do número de médicos; ii) limitação da oferta de serviços hospitalares.

Em suma, ambos os movimentos ocorreram dentro de um quadro de crise e caracterizaram-se por buscar modelos alternativos que resolvessem tanto as questões internas ao sistema de saúde, quanto aquelas referentes à satisfação dos usuários e, mais importante, dessem conta do quadro de reestruturação do "Estado de Bem Estar Social".

Por outro lado, os movimentos citados de reformulação dos sistemas nacionais de saúde, bem como a Conferência de Alma-Ata —marco político da adoção de novos padrões de intervenção do Estado, na área de saúde— devem ter influenciado significativamente, e de maneira positiva, os órgãos de financiamento internacional, chamando a atenção para a problemática situação da saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento.

O eixo da atuação de agências, como o Banco Mundial, também sofreu mudanças importantes: no caso do Banco, sua estratégia de financiamento aos países subdesenvolvidos sofreu alterações em razão, também, de mudanças no seu marco teórico (Informe Pearson)⁸ e da marca imprimida pela administração McNamara, nos anos 70. Esta mudança explicita-se na nova interpretação do Banco no que se refere ao crescimento econômico e desenvolvimento social: a satisfação das necessidades básicas e a luta contra a pobreza, contrastando com sua interpretação anterior, não derivam automaticamente do crescimento econômico, mas devem estar desde o início integradas ao desenvolvimento econômico.⁹

Em suma, a década a nível internacional foi de profundas transformações, sendo que o Brasil adentra no cenário internacional tardiamente, situando-se tão somente a nível do primeiro movimento: estabelecimento de um sistema nacional de saúde público e unitário, com universalização da cobertura.

1. O contexto pré reforma sanitária no Brasil

O Brasil se insere nesse quadro de transformações da política de saúde motivado tanto pela constatação da caótica situação da saúde da população brasileira, levantada pelos diagnósticos realizados na primeira metade dos anos 70, quanto pelos problemas surgidos no final dos anos 70 no modelo de saúde vigente, consubstanciados na chamada "Crise da Previdência Social". Pode-se dizer que, no Brasil, a "Crise Sanitária" aparece como "Crise da Previdência Social". Tal fato se explica por ser a mesma a grande financiadora dos serviços médicos de saúde e responsável pela totalidade das ações de assistência médica individual no país.

a) *As Condições de Saúde nos anos 70*

As pressões objetivas, isto é, as condições de vida de grande parte da população brasileira vinham se agravando consideravelmente na primeira metade dos anos 70, não obstante a vigorosa expansão dos investimentos e do produto real, observada na fase 1968/1973 —o período do "milagre brasileiro".

O agravamento das condições de vida pode ser ilustrado por vários indicadores econômicos-sociais. Dentre eles, queremos destacar a evolução da mortalidade infantil, que no período de auge do crescimento econômico atingiu níveis bastante elevados, verificando-se seu valor máximo na década de 1970: coeficiente de 103.5 mortes por mil nascidos vivos em 1973, e 102.4 em 1975. Para efeito comparativo considere-se que a média para a América Latina (exclusive Brasil) era da ordem de 43.7 por mil no período.

Quanto à esperança de vida ao nascer, dados da PNAD/1975¹⁰ indicam que na primeira metade dos anos 70 persistiram disparidades sociais em relação à esperança de vida: enquanto para os extratos de rendimentos superiores a 5 (cinco) salários mínimos a esperança era de quase 70 anos (média do País); para os de rendimentos de até 2 (dois) SM, registrava-se menos que 60 anos.

Yunes,¹¹ analisando as principais causas de óbitos de menores de 1 ano no período 1968/1977, aponta as enterites, pneumonias e outras causas primárias. Para as doenças transmissíveis, as causas foram assim hierarquizadas: sarampo, tétano, tuberculose, coqueluche, malária, pólio, doenças meningocócicas, difteria, febre tifóide e meningite sem especificação. O autor chama a atenção para o fato de que a piora nas condições de saúde guarda uma nítida correlação com o aumento na concentração de renda, com a inadequação nutricional, o baixo nível de instrução e um alto grau de migração para os centros urbanos no período, além da falta de tratamento preventivo e de medidas de saneamento ambiental.

Na população brasileira, em geral, as doenças infecciosas e parasitárias se destacavam como primeiras nas causas de óbitos em 1970.

O estudo realizado pela FIBGE/UNICEF, com base nos dados do ENDEF-1974/1975, mostra que 31% de todas as famílias da população estudada (Nordeste e Estado de São Paulo) não satisfaziam seus requerimentos mínimos de energia. Quanto à ingestão energética, avaliada em relação aos requerimentos para as atividades e horas trabalhadas, mais da metade das famílias estavam em risco, por não consumirem quantidades suficientes de alimentos que permitisse satisfazer a essas necessidades.¹²

Esses indicadores, obviamente, refletem o perfil da distribuição de renda, altamente concentrado do país a partir da década de 60. Durante a década de 70, a participação da renda da metade mais pobre da população declina de 15% para 14.2%, e a dos 10% mais ricos cresce de 46.5% para 47.8%. O índice GINI passa de 0.565 a 0.580¹³, o que evidencia um contínuo agravamento, embora em ritmo atenuado, em relação à segunda metade da década de 60.

Essas pressões, que chamamos de objetivas, forçaram o governo a modificar sua retórica, estabelecendo uma igualdade hierárquica entre o desenvolvimento social e o crescimento econômico.

Muitas das ações governamentais na área da saúde, na segunda metade dos anos 70, irão ocorrer como resposta a esse quadro de agravamento das condições de vida.

Por outro lado, a oposição ao regime autoritário incorporou a denúncia dessa situação em seu discurso político.

b) *A Crise do Subsistema Previdenciário de Saúde*

Na década de 70, eram dois os organismos federais (Ministério da Previdência e Assistência Social e Ministério da Saúde e Secretarias de Estado) responsáveis pela

elaboração, acompanhamento, coordenação, avaliação e financiamento das ações de saúde. Cabia ao Ministério da Previdência e Assistência Social¹⁴ prover atenção médica curativa aos segurados, em qualquer caso, e aos não segurados em caso de urgência. O tipo de atendimento prestado é de caráter individualizado e tem por base os hospitais e ambulatorios. O Ministério da Saúde¹⁵ responde pela assistência coletiva especializando-se em ações de caráter médico-sanitário de cunho preventivo. A gestão da política estava a cargo do Conselho de Desenvolvimento Social - CDS.¹⁶

Por volta dos anos 50, o país despendia cerca de 1% do PIB com a função saúde. Nessa época, parcela expressiva dos gastos destinava-se a programas de saúde pública (controle de doenças transmissíveis). Note-se que em 1949, 87.1% dos gastos totais com a saúde destinavam-se a ações preventivas. A partir daí, crescem os gastos com a atenção de caráter individualizado. Em 1964, observa-se uma queda expressiva na participação da assistência coletiva, que passa a representar apenas 64.1% dos gastos totais. O início da década de 60 representou um período de indefinição quanto à participação dos dois subsistemas nos gastos no setor saúde. Ao longo da década seguinte, principalmente a partir de meados dos anos 70, a preponderância do gasto de saúde previdenciária fica clara. Esta preponderância, no início dos anos 80, se confirma de forma inequívoca: enquanto a participação do Ministério da Saúde decresce, chegando, em 1982, a representar 15.4% dos gastos totais, a participação do INAMPS não é nunca inferior a 82% (1983), atingindo o ponto mais alto em 1982 (84.6%).

A importância da atenção médica previdenciária pode ser ressaltada, ainda, pela expressiva participação do INAMPS nos gastos do Ministério da Previdência e Assistência Social: do final dos anos 70 o INAMPS gastava cerca de 30% do orçamento da Previdência; no início dos anos 80, esse percentual apresenta uma tendência à queda, correspondendo a 24.39%, em 1982.

No Brasil, como foi salientado, a partir da década de 70 a quase totalidade dos recursos para a atenção à saúde provém do Sistema de Previdência e Assistência Social. O esquema de financiamento montado para dar suporte ao sistema previdenciário brasileiro vincula-se estreitamente ao movimento cíclico da economia, isto porque, são as contribuições compulsórias, com base na folha salarial de empregados e empregadores que compõem o grosso da arrecadação previdenciária, embora alguma quantia provenha da União e de outras receitas. A contribuição compulsória dos trabalhadores e empregados ao longo da década de 70 atinge em média 88% da receita total do Sistema Previdenciário. Para os anos de 1980 e 1984, esta média alcançou a proporção de 89.6%. Quanto à contribuição da União, essas médias são de, respectivamente, 7.6% e 7.7%.¹⁷ Evidentemente que a preservação desse sistema de financiamento, a partir da incorporação efetiva do serviço de atendimento médico individualizado, só se viabilizou com uma rigorosa expansão da massa de contribuintes, o que de fato ocorreu na década de 70: a relação contribuintes/população economicamente ativa eleva-se de 29.4%, em 1970, a 53.3% em 1980".¹⁸

O crescimento econômico, com um acentuado processo de urbanização, promoveu um aumento expressivo de assalariados registrados. Ao mesmo tempo que se expandiu a base de contribuintes pela inclusão de categorias anteriormente excluídas.

Por outro lado, a outra face dessa situação é o aumento dos fatores geradores da despesa, quer pela significativa ampliação da cobertura, quer pelo crescimento do número de beneficiários.

Conforme observam Coutinho e Salm, "o crescimento da massa de contribuintes impede a eclosão de um desajuste financeiro que tardará até o momento em que a economia entre em crise prolongada. A aparente solvência do sistema não esconde uma incompatibilidade entre a política social (a oferta de serviços e benefícios) e seus critérios de financiamento".¹⁹ Na medida em que o comportamento da receita total do sistema previdenciário é determinada fundamentalmente pelo comportamento das contribuições compulsórias, fica imediatamente estabelecida a estreita relação entre o nível da atividade econômica e a disponibilidade de recursos para o setor saúde.

O grande gargalo reside no fato de que existe uma correlação direta entre nível da atividade econômica e o financiamento da oferta de serviços, mas o mesmo não pode se afirmar com relação à demanda social. Ao contrário, com a recessão econômica, que se alastra nos anos 80, "o estreitamento da base de arrecadação (alíquotas de salários e folhas salariais), decorrente da queda do emprego e do salário médio é acompanhado pela contínua elevação do número de benefícios e de demandantes dos serviços médicos; o sistema entra em crise, assim como entram todos os programas sociais, especialmente os financiados por tributos lançados sobre a folha salarial".²⁰

Como reflexo dessa crise, verifica-se que a proporção dos gastos em atendimento médico em relação à receita de contribuição, que foi em média da ordem de 30%, na década de 70, caiu para o patamar de aproximadamente 25%, na primeira metade dos anos 80. As receitas das contribuições compulsórias apresentaram tendência de crescimento real declinante, no período de 1976 a 1984, chegando a se observar taxas negativas, em 1980 e 1983 de 0.61% e 2.13%, respectivamente. Conforme Fagnani, Braga e Silva, "isso se deve, em primeiro lugar, à redução progressiva do ritmo de crescimento do emprego que acompanhou o movimento de desaceleração da economia a partir de 1976; e, em segundo lugar, ao esgotamento dos fatores que contribuíram para seu próprio crescimento até 1976: a incorporação de parcelas crescentes de população economicamente ativa como contribuinte, a elevação do teto de contribuição máxima, a rápida incorporação de autônomos acompanhada da elevação da alíquota de contribuição e a extensão da previdência ao empregador rural".²¹ A partir de 1979, a situação se agrava substancialmente pelos efeitos da recessão econômica e seu impacto sobre a massa de salário, quando se verifica significativo aumento do desemprego e o processo de desindexação dos salários.

Além do esquema de financiamento do setor ser extremamente vulnerável ao nível da atividade econômica, outras características se destacam nessa estrutura de financiamento tal como a regressividade do padrão de financiamento inter-assalariados e inter-empresas. No que diz respeito aos assalariados, a diferenciação das alíquotas de contribuição não é suficiente de modo a fazer incidir um ônus equitativo entre os salários maiores e menores. No mesmo sentido, empresas menos capitalizadas pagam proporcionalmente mais que suas congêneres; em época de crise tendem a crescer os índices de evasão e sonegação no recolhimento das contribuições previdenciárias por

parte das empresas, implicando uma queda na receita e expondo um contingente crescente de trabalhadores, especialmente jovens e mulheres, a trabalharem sem contrato formal e, portanto, sem cobertura do sistema previdenciário. Por outro lado, o subsistema público de saúde sempre contou com escassos recursos, pois é financiado através do orçamento federal (fonte de recursos do Ministério da Saúde) e pelos orçamentos estaduais (fonte de recursos das Secretarias Estaduais de Saúde) e a participação do Ministério da Saúde nas despesas totais da União, no período de 1978 a 1983, foi sempre inferior a 2%; a dos Estados também nunca excedeu a 3% do total do gasto estadual.

Dessa forma, é praticamente consensual entre os estudiosos e especialistas do setor, principalmente na segundo metade da década de 70 e início dos anos 80, a necessidade de se repensar a estrutura de financiamento da política de saúde no Brasil, bem como de própria política de saúde, em termos de uma maior eficiência e efetividade frente as reais demandas da população. Com a crise orçamentária da Previdência, entra na ordem do dia a necessidade de alterar a estrutura de financiamento do gasto público em saúde, bem como alterar o modelo de assistência vigente. Nesse sentido, acreditamos que a crise da Previdência torna-se um ponto fundamental de inflexão da tendência dominante da política de saúde que vigorou até o final dos anos 70.

Em resumo, a crise da Previdência é financeira e institucional e, ao mesmo tempo, conjuntural e estrutural. Do ponto de vista financeiro, o aspecto conjuntural liga-se ao declínio da atividade econômica, que reduz massa de salários; o aspecto estrutural vincula-se à ausência de instrumentos financeiros que possibilitam a valorização dos recursos da Previdência a longo prazo (carência de oferta de títulos de longo prazo pelo Sistema Financeiro Nacional). Do ponto de vista institucional, a crise está na desorganização dos serviços, reflexo de uma ausência de ação coordenadora. O aspecto conjuntural vincula-se à ausência de instrumentos de coordenação e planejamento (técnico e operacional) dos órgãos responsáveis. O aspecto estrutural liga-se à ausência de um modelo de saúde que privilegie ações de base e que organize os serviços segundo critérios regionais, hierárquicos e integrantes, visando a racionalização e a efetividade dos serviços.

Por outro, a crise da Previdência evidencia problemas de natureza diversa que podem ser assim enunciados: i) o atrelamento da política social à política econômica, característica do período 1964/84, que, segundo E. Fagnani: J.C. Braga e Pedro Luiz Barros Silva, manifesta-se na "inadequação das necessidades de financiamento das políticas sociais a obtenção da equidade".²² Se, por um lado, o Setor Saúde (financiado pela Previdência) conseguiu manter esquemas de financiamento autônomos em relação ao orçamento fiscal, por outro, estabeleceu critérios no sentido da auto-sustentação financeira que são incompatíveis com a efetividade das políticas sociais; ii) a necessidade de implantar novo modelo de saúde, que fuja da história recente do Sistema Nacional de Saúde, no Brasil no pós 64, o qual, em breves traços, segmentou as ações individuais das coletivas, a medicina curativa da preventiva, e privilegiou a oferta de serviços privados; iii) por último, a necessidade de incorporar variáveis políticas à definição das diretrizes da área social. As pressões dos atores não governamentais (sociedades civis, Movimentos Sociais, Sindicatos e Partidos), no período da Transição Política (1974/1984), e o próprio

ambiente gerado pela abertura, apontaram a democratização do aparelho de Estado como medida urgente a ser alcançada envolvendo desde uma maior transparência das ações públicas até uma participação maior da comunidade na definição, implantação e avaliação das políticas do Estado.

A eclosão da crise da Previdência veio, portanto, ocasionar uma série de mudanças na política nacional de saúde, a partir do início dos anos 80. Tais mudanças se desdobram até os dias atuais.

2. As políticas de saúde

Aqui pretendemos destacar as principais políticas formuladas e implementadas pelos Ministérios responsáveis pelas ações de saúde (Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social), no período compreendido entre 1975/1991. Podemos subdividi-las por períodos: primeiro, foi o momento das políticas (tipo o Programa de Pronto Atendimento —PPA) que objetivavam à ampliação da cobertura, mas reforçando e expandindo o modelo assistencial curativo do Inamps, através da compra de serviços; em seguida, surge a necessidade de se constituir as bases de organização dos dois subsistemas —público e previdenciário, o que foi feito através da formulação do Sistema Nacional de Saúde, através da Lei 6229, em 1975, porém sem pretender a unificação dos dois subsistemas, nem tampouco reverter as lógicas sobre as quais se assentavam as ações de saúde públicas e previdenciárias; terceiro, o momento de emergência das Ações Integradas de Saúde —AIS— e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde —SUDS, que impulsionam para a descentralização dos recursos previdenciários para os Estados e Municípios, e propiciam a entrada do subsistema público nas ações de assistência médica individual; por último, com a criação do Sistema Único de Saúde —SUS, na constituição federal de 1988, reverte-se de vez o modelo anterior, através da incorporação da assistência médica pelos serviços públicos, o aumento da coordenação e regulação do sistema pela esfera pública, além da garantia da universalização da cobertura.

Antes porém, é necessário identificar as características e as críticas ao modelo de assistência vigente até a constituição do Sistema Único de Saúde. Podemos, de forma resumida, assim retratar os grandes traços da oferta de serviços de saúde no Brasil: i) o real executor da política governamental para o setor era o INAMPS; ii) o financiamento das ações do INAMPS fazia-se através da captação de recursos independente do orçamento fiscal, extraídos via contribuições sociais incidindo de forma direta ou indireta sobre a massa de assalariados; iii) o INAMPS oferecia serviços médicos através de sua rede de ambulatórios e hospitais ou da rede contratada e/ou conveniada junto ao mesmo. A rede contratada e conveniada era predominantemente privada lucrativa. Tal forma de prestação de serviços favoreceu a criação e expansão de um complexo médico industrial; iv) e, por último, as ações de saúde coletiva e individual estavam separadas, sendo que as primeiras estavam sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais, e a segunda do INAMPS.

As consequências foram um modelo de prestação de serviços centralizado, pois era um órgão do nível federal o real executor da política. Privilegiador de uma forma

de financiamento que não potencializou nenhum avanço no campo da justiça fiscal e de caráter pró-cíclico, o que o torna extremamente vulnerável às crises econômicas. Cristalizador de redes de atendimento separadas e não integradas (saúde coletiva oferecida de forma "marginal", por um Ministério com poucos recursos —Ministério da Saúde—; saúde individual oferecida através da assistência médico hospitalar, no âmbito da assistência médico-previdenciária). Privatizante, do ponto de vista da execução dos serviços, na medida em que favorecia a criação de um complexo médico privado com fins lucrativos. Deteriorador da capacidade instalada do setor público, por não contemplar a alocação de recursos para a manutenção e reequipamento das redes de atendimento existentes, quanto para os investimentos na expansão. Constituidor de uma rede de equipamentos a nível médico hospitalar que, pelas características desordenadas e distorcidas de sua expansão, tanto a nível da esfera estatal, quanto a esfera privada, não obedeceu a critérios vinculados à distribuição dos problemas de saúde da população. Tendente a expandir cobertura, embora segmentando e diferenciando o acesso para distintos segmentos das classes subalternas. Finalmente, de planejamento, gestão, avaliação e controle difíceis, face à multiplicidade de organismos e interrelações envolvidas.

A partir dessas constatações, desde a segunda metade da década de 70, avolumaram-se iniciativas do nível federal no sentido da reestruturação da política. Os programas como o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), o Prev-Saúde (Programa Nacional de Serviços de Saúde), e o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde Previdenciária Social, proposto pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), e as AIS (Ações Integradas de Saúde), se inserem em um movimento que caracterizou-se por esboçar alternativas à intervenção estatal prevalecte nos anos 70, na área de saúde, e criou, como poderemos ver a seguir, as bases institucionais para a reforma sanitária dos anos 80 —a constituição efetiva do Sistema Unico de Saúde— SUS.

a) *O sistema nacional de saúde*

O Sistema Nacional de Saúde foi constituído pela lei 6229 de 17 de julho de 1975. A lei dispôs sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo as competências dos diversos Ministérios envolvidos direta ou indiretamente com a promoção, recuperação e manutenção da saúde da população.

O dispositivo legal atribuiu ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela elaboração da Política Nacional de Saúde. Entre as atribuições específicas desse Ministério, constam as de: "elaborar planos de proteção à saúde e de combate as doenças transmissíveis e orientar sua execução"; de elaborar normas capazes de assegurar a proteção, recuperação e promoção da saúde coletiva; de oferecer à nação um Programa Nacional de Alimentação e Nutrição e de submetê-lo à apreciação do Presidente da República, promovendo, em seguida, através do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição —INAN, a coordenação, a fiscalização e finalmente a avaliação do mesmo; de realizar a coordenação da vigilância epidemiológica em todo país, com especial atenção para as vias de acesso ao País; de exercer o controle sobre os medicamentos, drogas e produtos alimentares destinados ao consumo e ainda sobre os produtos de beleza e limpeza e vestuário que possam ocasionar danos à saúde; de conceber normas referentes a

instalação de equipamentos de saúde; de proceder à avaliação do quadro sanitário do país e a verificação da conveniência da utilização de métodos e procedimentos utilizados a nível internacional, de modo a impactar favoravelmente sobre as condições sanitárias observadas, realizando ademais a fiscalização sobre as condições de trabalho dos profissionais vinculados a área de saúde e ainda o controle sanitário das migrações e dos produtos de importação e exportação do país.

Pela mesma lei 6229, cabia ao Ministério da Previdência e Assistência Social: elaborar os planos que garantam o atendimento médico individualizado da clientela, coordenando-os a nível nacional; realizar o credenciamento de entidades de finalidade não lucrativas de modo a integrá-las ao sub-sistema público; prestar através de serviços próprios ou contratados a terceiros o atendimento médico a clientela, mantendo sob fiscalização do Ministério os serviços contratados; fixar em conjunto com o Ministério da Saúde as normas e padrões de prestação desses serviços; realizar a distribuição gratuita ou subvencionada de medicamentos à população carente.

Conforme o dispositivo legal, o Ministério da Educação ficou com a formação e habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde. Ao Ministério do Interior coube o desenvolvimento de programas de saneamento básico em articulação com o Ministério da Saúde; ao Ministério do Trabalho coube a promoção de atividades vinculadas à higiene e à segurança do trabalho dos profissionais da área bem como da prestação de auxílio a capacitação desses profissionais.

Os Estados, o Distrito Federal, os Territórios e Municípios, conforme estabelecido pela Lei 6229 receberão incentivos técnicos financeiros da União para que organizem seus serviços, atividades e programas de saúde, segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde.

Em contrapartida, os Estados, Territórios e Distrito Federal devem realizar o planejamento de suas ações de saúde, articulando seus planos permanentemente aos planos do governo central e, naturalmente, às diretrizes do Sistema Nacional de Saúde.

Nesse particular, cabe destacar a competência dessas esferas de poder de criar e operar os serviços básicos de saúde e ainda promover a integração de seus serviços ofertados pelos municípios, estendendo o apoio técnico e financeiro de modo a permitir a descentralização das ações e aproximação do atendimento à clientela. A cooperação entre a unidade federada e o Governo Central foi também requerida no equacionamento e na solução dos problemas de saúde de cada região específica. Por outro lado, a Lei 6229 estabeleceu como atribuição municipal a manutenção dos serviços de pronto socorros e dos serviços de vigilância epidemiológica. Os planos de ação do município deveriam, além de estar articulados aos estaduais e aos federais, respeitar as normas estabelecidas pelo Sistema Nacional de Saúde.

No Documento, elaborado pelo Ministério da Saúde, que discorre sobre o Sistema Nacional de Saúde são definidos os fundamentos de Política Nacional de Saúde que consideramos importante salientar:

- i) A idéia de que existe uma política de saúde no país, a qual deve, entretanto, assumir um caráter nacional, e para tanto faz-se necessário que a mesma seja organizada sistematicamente e enviada, conforme dispositivo legal. —Lei 6118/74), à apreciação do Conselho de Desenvolvimento Social;
- ii) aceita-se como fato consensual a necessidade do Estado de estender os serviços de saúde básicos a toda população, embora o que esteja previsto na Constituição assegure assistência apenas aos integrantes do mercado de trabalho;
- iii) o Estado, as empresas, os indivíduos e a família são corresponsáveis pela manutenção da saúde;
- iv) grande parte dos problemas de saúde da população, podem ser resolvidos mediante a utilização de procedimento simples. Assim sendo, a ampliação da cobertura dos serviços de saúde torna-se possível por meio da utilização de pessoal de nível médio ou auxiliar, o que não só permite a racionalização dos serviços, a interiorização das ações, como também uma maior eficácia no atendimento hierarquizado por complexidade das ações, bem como a redução de custos operacionais e o melhor aproveitamento dos recursos humanos disponíveis;
- v) a participação comunitária deve ser estimulada. Para tanto, recomenda-se o uso de lideranças locais, de modo a romper os possíveis antagonismos e desconfianças em relação aos novos métodos de atenção à saúde introduzidos na comunidade;
- vi) recomenda-se o respeito ao tipo de atenção pré-existente desde que se consiga a co-existência desses métodos à nova forma de organização formal;
- vii) enfatiza-se a necessidade de uma ampla articulação entre os órgãos que executam ações de saúde;
- viii) o estabelecimento da carreira de saúde pública multiprofissional é tido como essencial ao bom desempenho de ações voltadas para atenção coletiva;
- ix) o poder decisório nos diversos níveis de operacionalização do sistema deverá estar cometido a colegiados com participação das instituições mais significativas do setor. A gerência dos programas e projetos deverá ser executada por pessoal de dedicação exclusiva. Este pessoal não deve estar envolvido com entidades privadas na execução das ações referentes ao seu respectivo programa.

Pelo que foi descrito anteriormente, percebe-se que o Sistema Nacional de Saúde não altera substantivamente o sistema de saúde pré-existente. Porém, em verdade, trata-se de um esforço de reordenação e de integração de suas partes constitutivas. O que há de novo é a prioridade conferida, a nível do discurso governamental, às ações médico-sanitárias e à ênfase atribuída ao setor público na prestação de serviços de saúde. A iniciativa privada não está excluída da proposta do SNS. O que ocorre é a tentativa de se alterar o peso entre os serviços prestados pelo setor público e pelo setor privado e a correlação de forças entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde na condução e execução da política de Saúde.

b) *O Plano de Pronta Ação (PPA)*

O Plano de Pronta Ação —PPA é contemporâneo à Lei do Sistema Nacional de Saúde, vindo em reforço do modelo anterior, por isso mesmo não constituindo peça importante no sentido da mudança. Porém, através deste Plano, são expandidos os níveis

de cobertura do sistema e, portanto, o mesmo pode ser visto como embrião da universalização, proposta em 80, através das AIS, do SUDS e do SUS.

O Plano de Pronto Ação, do Ministério da Previdência, de 1975, visava dar acesso, a todo previdenciário, à consulta médico-ambulatorial através da rede privada contratada e conveniada, universalizando o atendimento de urgência. De fato, foi um marco no sentido da confirmação do "discurso pró compra de serviços", revertendo, definitivamente, a partir de 1974, a tendência da rede própria do Inamps em absorver a maior parte das consultas ambulatoriais, pois até essa data cerca de 80% das consultas se faziam por intermédio da rede do Inamps. A partir do Plano ocorre queda do percentual das consultas realizadas pela rede da Previdência sobre o total de consultas. Os percentuais para 1975 e 1976 são, respectivamente, 58.4% e 48.5%. As consultas, a partir de 1975, passam a ser feitas na rede ambulatorial não-própria, crescendo 230.9% em 1975 e 59.6% em 1976. Nestes mesmos anos, o crescimento das consultas pela rede própria são de 16.8% e 7.0%".²³

O Plano de Pronto Ação deve ser entendido como o marco definitivo da consolidação da tendência de absorção da assistência à saúde pelo Ministério da Previdência. Através deste, fortalece-se a burocracia previdenciária e, mais uma vez, o setor privado. Note-se que o PPA é financiado pelo Inamps. Nesse sentido, vale registrar que entre 1969 e 1976, os gastos do Inamps com assistência ambulatorial cresceram de 400%, enquanto na área hospitalar a expansão foi de 184.7%. O dispêndio ambulatorial em relação ao total do programa saúde do Inamps passa de 25.7%, em 1969, para 37.7%, em 1976, enquanto a hospitalar cai de 67.0%, para 56.1%.²⁴

c) *O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento —PIASS*

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Ministério da Saúde —PIASS— foi criado a 24 de agosto de 1976, tendo sido estendido a todo País pelo Decreto 84219, de 1979. Através do referido Programa, o Governo reconhece a precariedade das condições de saúde em áreas carentes do país, comprometendo-se a dotar as comunidades de até 20 000 habitantes de uma estrutura básica de saúde. Trata-se de um esforço de interiorização, tal como o próprio nome indica, e de hierarquização do atendimento, devendo este pautar-se pela eficiência e o baixo custo. Note-se que com relação aos custos, o programa corporifica a escassa disponibilidade de recursos em função da crise dos anos 80 e revela preocupação com o elevado volume de recursos dispendido em assistência médica. Nesse sentido, opta-se pela ampla utilização de pessoal de nível auxiliar e de preferência extraído da própria comunidade —maneira pela qual busca-se a aceitação dos serviços a nível local— cuja atuação se daria de modo a realizar a prevenção de doenças transmissíveis, a triagem e o encaminhamento a unidades mais complexas de atendimento.

Cabe apontar, ainda, que as metas referentes ao saneamento, quais sejam, a implantação de serviços de abastecimento, de água, instalações de fossas e privadas domiciliares deveriam contar para sua execução com o engajamento e participação dos usuários, sendo o material fornecido pelas autoridades governamentais. Quanto aos mecanismos de coordenação do Programa vale destacar, a nível federal, o Grupo

Executivo Interministerial (GEIN), e a nível estadual, o Grupo de Coordenação Estadual (GCE), cabendo aos Municípios e às diferentes Diretorias Regionais de Saúde das Secretarias Estaduais, assumirem, de maneira gradual, a coordenação efetiva.

Ao Grupo Interministerial (GEIN), composto por representantes do MS, do MPAS, do Ministério do Interior e do Planejamento, delegou-se a incumbência de acompanhar e avaliar a execução do programa. Contava-se, ainda, a nível federal, com uma Secretaria Técnica, vinculada e subordinada à Secretaria Geral do MS, devendo atuar na análise dos projetos estaduais e, também, na elaboração de normas e diretrizes do Programa. Ao Grupo de Coordenação Estadual (GCE) cabia, através de uma equipe técnica, tratar da elaboração anual dos projetos apreciados pelo GEIN e, ainda, a coordenação da implementação das mesmas e a supervisão das unidades em funcionamento.

O êxito do programa implicaria no fortalecimento do setor público, especialmente das Secretarias Estaduais de Saúde. A despeito da ampliação da capacidade física instalada, o programa não conseguiu a melhoria nos índices de saúde da população alvo. A resistência ao programa e a carência crônica de recursos conduzem à opção pela ampliação da rede, postergando-se os gastos com as metas relativas ao saneamento e, ainda, com relação à melhoria do atendimento. Com relação à falta de recursos, vale destacar a adesão tardia do INAMPS, o qual assume o custeio parcial do programa apenas em 1979, no momento em que se retraem os recursos provenientes do orçamento dos Estados.

c) *O Prev-Saúde*

O advento do Prev-Saúde vinculado ao MS e MPAS, em 1980, faz com que o PIASS, considerado "segmento" rural do Prev-Saúde, se esvazie enquanto programa específico. O projeto inicial do programa é encomendado a um Grupo Técnico Interministerial prevendo a extensão dos cuidados primários de saúde à toda a população por intermédio de uma rede única, hierarquizada e regionalizada, sob o controle da rede pública.

O anteprojeto do Prev-Saúde explicita uma preocupação com os custos e com a racionalização do atendimento. São linhas do Prev-Saúde o combate à ociosidade, o melhor aproveitamento dos recursos físicos e a preocupação com a melhoria do ambiente de vida, através da ênfase conferida ao saneamento e a projetos de habitação, entendidos como básicos para a maior efetividade da política pública de saúde. Por outro lado, estabelecia-se a população alvo, qual seja, aquela das periferias urbanas ou de áreas rurais carentes. Postulava-se, ainda, a suspensão de novos credenciamentos e a encampação, via alteração do destinatário dos gastos, a favor da rede pública. Do ponto de vista da assistência médica, a ênfase recai sobre os serviços básicos prestados por agentes comunitários. Ressalte-se, também, a preocupação com a melhoria do ambiente de vida expressa na ênfase conferida ao saneamento e a habitação. Note-se que, tal qual no PIASS, o anteprojeto propõe uma ação integrada no que tange às políticas sociais, estabelecendo como alvo, além das populações rurais de áreas carentes, aquelas das periferias urbanas.

No que tange à prestação de serviços, postula a suspensão de novos credenciamentos e a encampação progressiva dos serviços prestados por terceiros pela rede própria, subordinando as demais instituições filantrópicas ou beneficentes, ao controle estrito do Estado: "no âmbito de atenção às pessoas abrangem os cuidados primários prestados por agentes comunitários, por pessoal auxiliar e por médicos generalistas; a atenção ambulatorial diferenciada em quatro áreas básicas (clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e odontológica) e o internamento em Unidades Mistas".²⁵ No que tange à coordenação do programa, vale destacar: a nível federal, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação —CIPLAN, coordenada pelos Secretários Gerais do MS e do MPAS, com a função de estabelecer o vínculo com os demais Ministérios envolvidos; a nível estadual, a Comissão Interministerial de Planejamento Estadual —CIPE, com a finalidade de estabelecer a articulação entre SES, MS, o INAMPS e MPAS cabendo a presidência da mesma ao Secretário Estadual de Saúde; e, ainda, a nível regional, a criação de Diretores Regionais de Saúde. As pressões advindas do INAMPS, e de outros órgãos, derrubam o anteprojeto e, com isso, esvazia-se o programa.

d) *O Conselho Consultivo de Administração Previdenciária —CONASP— e as Ações Integradas de Saúde —AIS—*

Em 1981, cria-se o Conselho Consultivo de Administração Previdenciária —CONASP, no âmbito do Ministério da Previdência. Em agosto de 1982, aprova-se o Plano de Reorientação da Assistência e Saúde, de onde emergiria as Ações Integradas de Saúde —AIS. O CONASP foi criado com intuito de rever a política vigente e passa a ter uma atuação decisiva do ponto de vista normativo, dado o espaço aberto pela necessidade de revisão das formas de organização da assistência médica-previdenciária e da diretriz mais geral de contenção do gasto do complexo previdenciário.

A atuação do CONASP é caracterizada pela realização de estudos visando à elaboração de um programa de trabalho reorientador da política de assistência médica-previdenciária, de onde emerge o "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito de Previdência Social". O referido Plano revela três linhas de intenções: 1) reduzir o nível do gasto do complexo previdenciário, através da modificação da forma de pagamento do setor contratado, passando ao pagamento mensal pelos serviços prestados; 2) utilizar de forma crescente a rede pública, a níveis regional e local, através do estabelecimento de convênios de ações integradas em assistência à saúde; 3) obter uma reformulação na forma de organização dos serviços de Atenção à Saúde, cujo resultado não prejudique ou mesmo melhore os níveis de atendimento alcançados, sem no entanto chocar-se com as diretrizes da política econômica e do gasto público em vigor.

A agência central e indutora desse processo de mudança é o próprio INAMPS, que continua centralizando os mecanismos principais de comando da política estatal em Atenção à Saúde. O Plano foi implantado em 1983 e manteve-se até 1984.

Os resultados mostraram que o Plano acabou funcionando muito mais como redutor de despesas, do que transformador da política de saúde. A participação percentual do INAMPS na despesa global da Previdência Social foi decrescente entre 1981 e 1983, elevando-se novamente em 1984. A existência do Plano permitiu que fosse

plantado, em uma conjuntura adversa, o embrião das Ações Integradas de Saúde, definidas já em meados de 1984 como estratégia governamental de reorientação do setor, tornando-se um dos elementos direcionadores para a condução da política de assistência médica previdenciária.

e) *As Ações Integradas de Saúde —AIS*

Seguindo as orientações contidas no plano do CONASP, a CIPLAN instituiu em 1984 uma estratégia de intervenção denominada "Ações Integradas de Saúde", que passou a ser o principal mecanismo de reversão do perfil de intervenção estatal em Saúde dos anos 70. As AIS significaram uma estratégia de integração programática entre as organizações de saúde de nível federal, estadual e municipal, incluindo-se também os demais prestadores de serviços existentes em cada unidade federada.

No nível federal, participam o MPAS, através de sua Secretaria de Serviços Médicos, e o INAMPSP; o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), e a Central de Medicamentos (CEME); e o Ministério da Educação através de seus Hospitais Universitários e de ensino. No nível estadual, participam as Secretarias de Saúde, hospitais, fundações, universidades estaduais e outras organizações produtoras de serviços públicos, filantrópicos ou não. No nível municipal, incluem-se as Secretarias de Saúde locais, as instituições municipais de ensino e os hospitais.

Seus principais objetivos são: a estruturação de sistemas estaduais de saúde com alto grau de resolutividade; desenvolvimento de capacidade gerencial dos serviços a nível local e regional; integração da alocação de recursos oriundos de diversas fontes; valorização dos recursos humanos participantes da equipe de saúde; planejamento da intervenção através do desenvolvimento de parâmetros técnica e financeiramente viáveis e adaptados às condições locais; orientação da pesquisa e das atividades das instituições de ensino para as necessidades de saúde em cada região.

As áreas gerais de intervenção das AIS são a assistência médico-hospitalar e farmacêutica e desenvolvimento institucional. As AIS têm como pressuposto que o poder público é o único responsável pelo controle do sistema de saúde e pela saúde da população. Além disso pressupõem a integração interinstitucional, o planejamento da intervenção, orientado pelo quadro de problemas sanitários, e a integralidade das ações de saúde, evitando as dicotomias preventivo/curativo, individual/coletivo, ambulatorial/hospitalar.

As AIS foram formalizadas através de três tipos de instrumentos jurídico-administrativos: os convênios entre esferas de governo (explicitam objetivos, estrutura e mecanismos de funcionamento das AIS em cada estado); termos aditivos (visam a operacionalização de projetos específicos de atuação conjunta, envolvendo compromissos programáticos e financeiros); termos de adesão (visando à incorporação das prefeituras de determinadas regiões às AIS, definindo programas e recursos financeiros).

A estrutura funcional pensada para dar viabilidade a essa estratégia foi a de constituir-se instâncias colegiadas para planejamento, gestão e acompanhamento das AIS nos diferentes níveis de governo. No Plano Nacional, cabe à CIPLAN normatizar a atuação integrada das organizações federais. A nível estadual criaram-se as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), composta pelo Secretário Estadual de Saúde (seu coordenador), pelo Superintendente Regional do INAMPS por representantes dos Ministérios da Saúde e Educação. Ao nível regional, criou-se a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), que tem como atribuição o planejamento integrado e a coordenação das AIS em cada região de saúde, nos estados. Participam da CRIS tanto os representantes regionais da Secretaria Estadual e do INAMPS, quanto representantes das diferentes organizações que aderiram às AIS em cada região. Finalmente, no plano local criaram-se as Comissões Locais ou Municipais Interinstitucionais de Saúde (CLIS/CIMS), para planejar e gerir as Ações Integradas no âmbito do município ou de um conjunto de municípios, dependendo da complexidade de cada caso. Integravam tais comissões os representantes das organizações "convenientes", da (s) secretaria (s) municipal (ais) de saúde ou da prefeitura, e outras entidades comunitárias, sindicatos, ou representativas da população local.

A alocação de recursos cabe ao INAMPS, através da manutenção de seus serviços próprios, remuneração dos serviços privados contratados e co-participação no custeio dos hospitais de ensino e universitários, dos serviços de saúde pública, e na co-gestão dos hospitais públicos. O estabelecimento de convênios e a definição dos orçamentos dos serviços próprios são de responsabilidade do Ministério da Saúde. Ao Ministério da Educação cabe a co-participação nas despesas de seus próprios hospitais, dos hospitais universitários e de ensino não pertencentes a rede federal própria e no financiamento de projetos de adequação de instalações ou compra de equipamentos para serviços beneficiários de saúde em municípios onde não existem hospitais federais próprios.

A análise do desempenho das AIS até 1984 evidencia como resultado um grau maior de entendimento entre as várias organizações públicas, que não havia sido alcançado anteriormente. Ademais, significou aporte de recursos substantivos do INAMPS para a rede pública, o que até então não ocorria. Segundo estudos do NEPP,²⁶ os maiores problemas enfrentados na operacionalização cotidiana das AIS foram: i) retração dos recursos das esferas estaduais e locais em algumas unidades da federação, alterando na prática o princípio da repartição proporcional de encargos; ii) excessiva hegemonia do INAMPS, que passa a ter forte ingerência nas secretarias estaduais e locais de saúde, na medida em que os repasses de recursos estão condicionados a padrões de produtividade pré-fixado; iii) baixa representatividade e falta de agilidade das comissões de planejamento e gestão de serviços, que não conseguiram se efetivar como locus real das decisões; iv) à não inclusão efetiva dos prestadores privados nessa estratégia.

Como instrumento de universalização e equidade, as AIS apresentaram limitações claras já que não foi conseguido, por exemplo, fazer o atendimento prestado pelos serviços privados aos trabalhadores rurais equivalente ao dos urbanos. O sistema de remuneração incentivava a produção dos serviços destinados aos beneficiários urbanos, pois pagava-os segundo sua quantidade e grau de complexidade; os fornecidos à popula-

ção rural são remunerados por subsídio, segundo a cobertura potencial, levando o prestador a restringir o atendimento.

Entretanto, com as AIS parece ter sido iniciado um processo que, sem resolver a questão maior da estruturação de uma política nacional de saúde, conseguiu transferir mais recursos federais para estados e municípios, aumentar os níveis de equidade e universalização; estimular a produtividade das secretarias de saúde estaduais e municipais e dos demais órgãos públicos, além de diminuir o paralelismo e a duplicação de esforços através de programações e alocações conjuntas.

As AIS incorporaram a linha de atuação expressa no Plano do CONASP consubstanciada na valorização das atividades básicas de saúde. Apóiam-se em uma rede única, hierarquizada por complexidade de atendimento e, portanto, com a explicitação clara, em todos os níveis, de competências e deveres e, especialmente, dispersa ou seja, regionalizada. Opta-se pela descentralização administrativa da atenção à saúde, com participação decisória dos setores envolvidos tanto na prestação de serviços quanto na sua utilização. A saúde é entendida como direito do cidadão e um dever do Estado. A rede básica transforma-se na porta de entrada do sistema e, por meio desta, pretende-se ampliar a resolubilidade das ações como um todo.

Em 1984, 400 municípios implantam as AIS. Este número evolui para 501, em 1985, e, em 1986, para 2 215. Note-se que ao longo desse período cresce a participação desse programa nos dispêndios do INAMPS —4% em 1984, 10% em 1985 e 14% em 1986.^{27 28}

f) *O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde —SUDS*

No ano de 1987, instalou-se o Congresso Constituinte e foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde —SUDS. O SUDS marca o início, de fato, da constituição de um novo padrão de intervenção estatal no setor da saúde. A transformação pretendia descentralizar a decisão política e seus desdobramentos operacionais; regionalizar e hierarquizar as redes de atendimento; obter melhor desempenho do setor público, fazendo-o controlar o setor privado; dar maior resolubilidade e integralidade aos serviços e universalizar o atendimento —deveria produzir resultados imediatos, de modo que o usuário pudesse perceber a transformação e lutasse por sua manutenção e permanência.

O modelo de unificação adotado pelo INAMPS foi o de fortalecimento das administrações estaduais e municipais, através da assinatura dos convênios SUDS. A partir da assinatura destes convênios, a política de integração dos serviços federais, estaduais e municipais de saúde, deixou de ser um exercício de cooperação interinstitucional, para tornar-se uma opção explícita de unificação pelo caminho da estadualização e municipalização dos serviços de saúde.

Em 1987, o INAMPS assinou os primeiros convênios SUDS. Estes convênios, celebrados entre o INAMPS e as Secretarias de Estado da Saúde, prevêem a passagem gradativa da administração dos contratos e convênios e das unidades assistenciais

próprias do INAMPS para o governo estadual, num processo de estadualização e municipalização da saúde. Porém, tais convênios assumiram, entretanto, formas variadas, contemplando conforme o estado diferentes níveis de transferências de funções, bem como abrangendo diferentes esferas descentralizadas de governo. Existiram ainda convênios que se caracterizaram como mera ampliação das AIS. Essas diferenças estão associadas com a conjuntura política e social específica de cada estado, implicando "formatos" diferenciados de SUDS conforme a importância dos governadores e de seus secretários de saúde no sistema político, e as condições técnicas e operacionais das secretarias de saúde e da rede de serviços de saúde em cada estado.

Embora desenvolvido de forma diferenciada em cada unidade da Federação, o SUDS objetiva, num primeiro momento, transferir os Postos de Atendimento Médico —PAM's e os hospitais próprios do INAMPS para as secretarias estaduais de saúde e, a seguir, transferir os Centros de Saúde dos estados (inclusive os PAM's de pequeno porte do INAMPS) para as prefeituras, reestruturando a rede de serviços públicos de saúde a nível dos estados e municípios. Tem-se como meta que o sistema se organize mantendo os serviços primários (que têm abrangência local), sob responsabilidade das prefeituras e os serviços de nível secundário e terciário (que em geral têm abrangência regional), sob responsabilidade dos estados. O SUDS busca reorganizar o sistema de saúde através da consolidação do processo de estadualização e municipalização, abrindo perspectivas de fortalecimento, qualificação e maior expansão dos serviços primários de saúde.

Através dos convênios SUDS, o INAMPS garantiu a descentralização da maior parte das decisões sobre a política de saúde do nível federal para o nível estadual, transferindo a gerência da sua rede de serviços próprios (com seus recursos humanos) e de custeio, e a gerência de seus serviços contratados e conveniados (juntamente com os recursos financeiros correspondentes) para a responsabilidade das Secretarias de Estado da Saúde. No entanto, o instrumento que possibilitou este decisivo passo de descentralização não previu qualquer mecanismo que garantisse idêntica descentralização e desconcentração de poderes nas secretarias estaduais, o mesmo se podendo dizer com relação às secretarias municipais de saúde.

Enfim, pode-se afirmar que o repasse financeiro crescente do nível federal para os outros níveis de governo, a consequente expansão dos serviços primários no nível público e a integração entre as instituições de saúde, ocorrida de 1982 em diante, constituíram condições essenciais para que se pudesse organizar um sistema único de saúde. Fatos políticos de grande significação, como o funcionamento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde e o funcionamento do Congresso Constituinte, também pressionaram as instituições de saúde a tomarem iniciativas concretas para a estruturação de um sistema único de saúde, regionalizado, hierarquizado, universal, integralizado e descentralizado.

g) *O Sistema Único de Saúde —SUS e a Lei Orgânica da Saúde*

No texto constitucional, promulgado em 1988, a Saúde é concebida como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser assegurada mediante políticas sociais

e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Cria-se o Sistema Único —rede de ações e serviços públicos de saúde, regionalizada e hierarquizada — descentralizado, com direção única em cada nível de governo, atendimento integral com ênfase nas medidas preventivas, mas sem prejuízo das assistenciais, e com participação comunitária.

Compete ao Sistema Único de Saúde: i) prestar assistência integral à população, predominantemente nos aspectos preventivos e promocionais, através da rede pública de serviços básicos, e complementarmente pela rede privada filantrópica; ii) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados, equipamentos e insumos; iii) executar ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador; iv) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; v) participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; vi) incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; vii) fiscalizar e inspecionar alimentos, bebidas e água; viii) participar do controle e fiscalização dos produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; ix) colaborar na proteção do meio ambiente e do trabalho.

Para financiamento do Sistema Único, a Constituição prevê recursos da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos territórios e municípios, além de outras fontes. É vedado a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções a instituições privadas com fins lucrativos.

À iniciativa privada não é garantido o direito ao exercício da assistência à saúde, embora no SUS as instituições privadas participem de forma complementar, segundo as diretrizes do Sistema, mediante contrato de direito público ou convênio, estabelecido preferencialmente com entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos. Salvo nos casos previstos em lei, a Constituição vigente veda a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no Brasil.

A implementação do SUS, após a promulgação da Constituição de 1988, fêz-se através da elaboração de Lei Orgânica aprovada pelo Congresso Nacional, como fruto do Relatório do Deputado Geraldo Alckmin na Comissão de Assistência, Previdência e Saúde e dos Projetos de Lei Raimundo Bezerra (1989) e do Executivo (1989). A Lei Orgânica (8080/90) foi finalmente aprovada pelo Congresso e sancionada com vários vetos pelo Presidente da República. Em dezembro de 1990, no entanto, o Poder Executivo envia ao Congresso novo Projeto de Lei (8142/90), após absorver propostas de vários segmentos envolvidos no setor, tentando reparar os problemas gerados pelos vetos presidenciais ao Projeto original.

Duas ordens de problemas se impuseram no centro das discussões sobre a implementação do SUS: a definição das instâncias gestoras do sistema de saúde e a adoção de critérios para os repasses dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os estados e municípios. O Projeto original previa a existência de Conselhos de Saúde, envolvendo a participação dos diferentes agentes com atribuição de formular, acompanhar, planejar e fiscalizar a implementação da política de saúde. A Lei 8080/90

veta a existência de Conselhos. Por sua vez a Lei 8142/90 prevê não só o Conselho, como dispõe que a participação da burocracia governamental, dos prestadores de serviços, dos profissionais do setor saúde e dos usuários será paritária. A Norma Operacional Básica de Janeiro de 91 definiu, ainda, como atribuições dos Conselhos de Saúde, a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde na sua instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. É também atribuição dos Conselhos a aprovação dos Planos de Saúde em cada esfera de sua atuação, bem como a fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias Estaduais e/ou Municipais e/ou Fundos de Saúde.

Quanto à transferência de recursos, a Lei original previu o repasse automático, baseado nos seguintes critérios: população, perfil epidemiológico, gasto proporcional em serviços, desempenho técnico/financeiro e econômico de período anterior e plano quinquenal de investimento. A Lei definia um teto mínimo para o repasse aos Municípios (não inferior a 45% do Fundo de Saúde) e a abolição da forma Convênio. Os vetos presidenciais extinguiram o repasse automático, o teto mínimo, a abolição dos Convênios e definiram os seguintes critérios para repasse: 50% dos recursos do Fundo de Saúde seriam repassados segundo os perfis demográficos e epidemiológicos, e níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais; os outros 50% seriam negociados segundo Programas e Projetos.

O último projeto de Lei (8142/90), através de regulamentação,²⁹ deixou o repasse automático em aberto e designou para o ano de 1991 que as transferências sejam feitas com base no critério demográfico, tendo ainda como parâmetro de reajuste a unidade de cobertura ambulatorial (UCA). O teto mínimo para o repasse aos municípios foi expandido para 70% do Fundo de Saúde, sendo que a base jurídica das transferências deverá ser os Convênios. A regulamentação da Lei define ainda as seguintes exigências para o recebimento dos recursos pelos Estados e Municípios: formação de Conselhos de Saúde (com representação paritária); Fundos de Saúde e Planos de Saúde aprovados pelo Conselho e referendado por autoridade do poder executivo; Programação e Orçamento da Saúde; Relatório de Gestão Local; e constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários, com prazo de 2 anos para implementação.

As novas regulamentações definem, ainda, o pagamento da cobertura ambulatorial pública e privada com base em procedimentos diagnósticos (atos médicos), e o repasse direto para os municípios e prestadores privados. Os problemas que tais resoluções trazem ao sistema de saúde são vários, sendo que num âmbito mais abrangente ele impõe obstáculos, podendo-se destacar os seguintes:

i) o sistema antigo com base nos termos aditivos ao convênio SUDS previa o repasse mensal para o custeio dos centros ambulatoriais municipalizados. Agora esses recursos agrupam-se em uma Unidade de Cobertura Ambulatorial, a UCA/mês, constantemente corrigida. Do valor total dessa cobertura (população do Estado x UCA) deduz-se o valor das guias de autorização de pagamentos dos centros ambulatoriais públicos e privados.³⁰ O pagamento por produção na rede ambulatorial pública introduz uma série de inconvenientes, desde a falta de recursos para os gastos com programas especiais (a rede pública desenha uma série de atividades agrupadas ao Programas

visando o atendimento às populações de risco como os de tuberculose, hanseníase, AIDS, hemoterapia, e outras ações tipo educação em saúde e ações coletivas). Acrescenta-se ainda a falta de tradição do setor público em contabilizar as ações curativas e preventivas da mesma forma que o setor privado, o que significa dizer que as ações públicas em saúde fogem da regra oferta/cadastramento e produção/faturamento de atos médicos;

ii) o repasse direto para municípios e setor privado esvazia os serviços de avaliação e controle das instâncias regionais do Estado;

iii) o repasse através de guia de autorização de pagamento(s) desarticula o sistema adotado no Estado de São Paulo, justamente onde o processo de municipalização é mais desenvolvido. Este procedimento não é adotado neste Estado desde 1988, quando o pagamento passou a ser peça integrante do sistema orçamentário (através de programação financeira mensal com empenho após demonstração de existência de recurso), sendo todo o sistema contabilizado nos moldes da administração financeira estadual;

iv) os recursos a serem repassados em duodécimos aos Estados e Municípios serão resultados da subtração dos gastos com os prestadores privados. Isso significa que os serviços privados serão privilegiados;

v) em estudo realizado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, há demonstração de que os municípios grandes serão agraciados com recursos que superam a antiga lógica de pagamento por custeio, ao mesmo tempo que os municípios pequenos serão prejudicados.

Pode-se dizer a partir dos problemas levantados acima que as bases de sustentação do sistema passam a ser o setor privado especializado e as Prefeituras de grande porte, sendo que a saúde coletiva preventiva fica mais uma vez à mercê dos insuficientes recursos oriundos dos orçamentos estaduais e municipais. A implementação do SUS, mesmo no Estado de São Paulo, onde seu desenvolvimento foi maior, apresentava, antes mesmo dessas novas resoluções, uma série de problemas decorrentes da incapacidade do nível regional em gerenciar o novo modelo de saúde. As novas medidas de municipalização aceleraram o processo de desajuste dos níveis regionais, pois quando o município é economicamente forte e possui alta capacidade de resolutividade, dificilmente estará estimulado a promover um entrosamento satisfatório com o nível regional. De um modo geral, ao se tornarem um dos eixos da implementação da política de saúde, os municípios distorceram o modelo assistencial em favor do aumento da cobertura do sistema, consubstanciado no pronto atendimento. As atuais resoluções só virão confirmar tal tendência, à medida em que o pagamento por produção, tanto para o setor público como para o setor privado, induzirão a um desvio produtivista no sistema e um afastamento das questões relativas à qualidade e ao tipo de assistência prestada.

Quanto às instâncias gestoras, a tendência que se verificou no Estado de São Paulo foi a do domínio do poder local (Prefeituras) na atuação e composição das comissões interinstitucionais, sendo que a instância regional (CRIS) atuava mais como neutralizadora dos conflitos municipais, decorrentes, em sua maior parte, das diferenças das faixas salariais adotadas pelo município e das chamadas invasões de áreas (demanda por serviços de outro município). O princípio de paridade nos Conselhos de Saúde talvez neutralize a presença hegemônica do poder local, porém são inúmeros os mecanismos de que disporão as prefeituras para impedir uma participação que se oponha às

diretrizes de suas políticas locais, além do baixo grau de organização da população no que se refere às prerrogativas de sua cidadania social.

Pode-se afirmar que a avaliação atual do SUS evidencia um reforço muito grande dos municípios na implementação da assistência à saúde, sendo que os mesmos evoluíram de simples expectadores a prestadores de serviços. Não obstante, eles não podem ainda ser vistos como co-partícipes do sistema único, mas apenas como ofertantes —contratados, a partir da forma de pagamento definida pelas novas resoluções. Tal configuração constitui um obstáculo de dimensões consideráveis ao poder de decisão da comunidade de promover saúde; ao mesmo tempo, ela dificulta a relocação da dimensão biológica da medicina num âmbito dependente dos objetivos sociais.

II. AS DISCUSSÕES SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE E A EMERGÊNCIA DO SUDS/SUS³¹

Introdução

A característica mais marcante da década na área de saúde no Brasil foi o reforço do setor público tanto na oferta de serviços básicos, quanto na coordenação e regulação do sistema de saúde, além da garantia da universalização da cobertura. Tal fato constitui-se em real paradoxo, pois a crise econômica dos anos 80 evidenciou a fragilidade dos estados nacionais, principalmente no tocante ao financiamento das políticas sociais. Em específico, a crise rompeu com um padrão de proteção social assentado na relação salarial, pois o maior financiador das ações de saúde é a Previdência Social, cuja fonte básica de captação de recursos é a contribuição salarial. Por isso mesmo, a década de 80 colocou em cena a crise da Previdência Social, em vários países, inclusive no Brasil.

Entretanto, diferentemente de outros países latino-americanos, a crise econômica e, conseqüentemente, do padrão de financiamento das políticas sociais não trouxe à tona propostas de privatização para a área de saúde. Ao contrário, o traço marcante da década foi a implementação de um sistema público de saúde, universal, gratuito e unitário, como vimos no capítulo anterior. A inspiração maior para a formulação desse sistema encontrava-se tanto nos projetos para área de saúde desenvolvidos em alguns países do primeiro mundo (Inglaterra, Itália, e países nórdicos) em décadas passadas, quanto nas propostas desenhadas a nível do cenário internacional na segunda metade da década 70, de reforço à constituição de um novo tipo de intervenção do Estado, baseado na assistência primária e voltado para o aumento da efetividade das ações de saúde.

Entretanto, as razões de explicação desse paradoxo estão no próprio processo de democratização do regime autoritário no Brasil, pois as críticas à privatização do modelo de atenção à saúde consolidado ao longo dos anos 70 foram trazidas à superfície com muita ênfase quando da democratização. O período da abertura política no Brasil foi um momento propício à crítica ao modelo privatizante dos anos 70, cuja contraface era um Estado passivo, no sentido de não somente financiar ações privadas (os investimentos privados em saúde através de fundos públicos, e as ações privadas através da compra de serviços). A crítica, entretanto, estendia-se à própria forma de atuação do Estado no pós-64 e já não era mais específica à saúde, mas ao modelo mais geral de atuação dos governos militares, no sentido de centralizar recursos e poderes.

As propostas para a área de saúde, portanto, eram de mudança dessa lógica: em primeiro lugar, deveriam diminuir os contratos com o setor privado, ampliando a oferta de serviços públicos básicos; em segundo, deveriam aumentar as funções reguladoras do Estado, porém através de um sistema descentralizado; por último, a proposta de Sistema único também incorporava outros pontos que estavam na agenda de discussões da década-

da —descentralização, participação e aumento da eficiência, eficácia e efetividade das ações sociais.

Por outro lado, a proposta de Sistema Unico no Brasil não era antagônica à crítica e a algumas das propostas neo-liberais para a área social, onde a ação do Estado era criticada pelo excesso de centralismo, desperdício e pouca efetividade. O que se propôs, no Brasil, foi um outro tipo de intervenção, que incentivasse a descentralização, mas, ao mesmo tempo, que deixasse de comprar tantos serviços do setor privado, essa sim, razão dos desperdícios e da pouca efetividade da política. A explicação para o desperdício e a não efetividade guardavam, então, estreita correlação com a privatização da área de saúde, assim como pelo papel passivo —não regulatório— do estado.

Portanto, era difícil, se não impossível, propor privatização dos serviços no Brasil, pois a razão da falta de eficiência do sistema era justamente o caráter privatizante que assumiram as ações na área de saúde no período autoritário. Do ponto de vista do financiamento, o encolhimento dos recursos à disposição do Estado também não era visto como empecilho à constituição do sistema público: o "vilão" era o setor privado que absorvia a quase totalidade dos recursos disponíveis, sendo que a constituição do sistema único era peça chave para o "enxugamento" do gasto público em saúde e, inclusive, para a diminuição dos custos do sistema, dado que o modelo operado pelo setor privado era hospitalocêntrico. Por outro lado, a crítica ao modelo anterior baseava-se também na alta participação dos recursos previdenciários e da pouca alocação de recursos de origem fiscal para o gasto em saúde, consubstanciado na baixa participação do Ministério da Saúde na década de 70 e início dos 80, no gasto público em saúde.

Na verdade, o processo de democratização trouxe à tona no Brasil um movimento de conscientização do conceito de cidadania social, inspirada nos países que constituíram fortes sistemas de proteção social —o Estado de Bem Estar Social—. São características desse sistema de tipo institucional-redistributivo a produção e a distribuição de bens e serviços sociais extra-mercado, os quais são garantidos a todos cidadãos universalmente cobertos e protegidos, à despeito de sua inserção e renda no mercado de trabalho. Entretanto, a própria crise econômica atuou como limite importante à constituição desse tipo de sistema para toda a área social. Por outro lado, o movimento de conscientização do conceito de cidadania social encontrou, na saúde, a sua área mais fecunda, através da atuação do "Movimento Sanitário" que, segundo Fleury,³² teve três vertentes de realização: a constituição de um campo de saber —a chamada saúde coletiva; a criação de espaços para uma prática política alternativa —que foi feito através de um conjunto de projetos experimentais de atenção primária, medicina comunitária, etc, e um trabalho de difusão ideológica, de criação de uma nova consciência sanitária. O trabalho de difusão ideológica foi centralizado, de forma preponderante, numa instituição da sociedade civil, o Centro de Estudos Brasileiros de Saúde —Cebes— que, segundo Fleury, tratava da difusão dessa nova consciência, dessa prática política e desse novo saber e constituía, ao mesmo tempo, uma rede mais intrincada entre os trabalhadores da área de saúde.

A década foi plena de eventos, cabendo salientar desde os Simpósios sobre Política Nacional de Saúde, ainda no final dos anos 70, a partir do qual organiza-se o Movimento Sanitário, até os demais encontros, onde a participação do Movimento Sani-

tário já era intensa, como as próprias Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, as reuniões da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Comunitária), a instalação da Comissão da Reforma Sanitária, e as discussões tanto na Constituinte quanto na regulamentação dos dispositivos ali expostos, consubstanciada na elaboração da Lei Orgânica de Saúde, através da Plenária das Entidades de Saúde.

São atores políticos importantes, desde então, para a formulação de propostas alternativas ao modelo de saúde vigente, o Movimento Sanitário, juntamente com a burocracia estatal. A burocracia estatal, desde a falência da Previdência, no final da década de 70, vinha constituindo-se em ator político fundamental no sentido da reforma, pois foi através de iniciativas do próprio setor público que foram implementadas as políticas de reestruturação da área de saúde, como foi visto no capítulo anterior. Obviamente, não se está falando da burocracia estatal como um todo, mas de segmentos desta mesma burocracia. A atuação dentro do Estado foi a tônica do movimento em saúde, o que se explica pela debilidade dos canais de representação de interesses da sociedade, como partidos e sindicatos. Portanto, entre as várias políticas sociais, a área da saúde é que irá contar com um movimento pró-intervenção do Estado mais importante, organizado e atuante, razão, inclusive, do avanço das propostas e implementações nessa área.

Por outro lado, a constituição do Movimento Sanitário reflete, também, a formação de uma massa crítica no setor, fruto, talvez, da própria expansão do ensino médico, no Brasil, após 70, e do grande peso econômico e administrativo do setor previdenciário na área da saúde, o que propiciou a formação de um vasto segmento burocrático estatal, que irá se posicionar pró reforma. Na verdade forma-se uma "elite" na saúde, apesar do movimento de assalariamento dos médicos, bem ao contrário, por exemplo, do servidor da educação, que se proletarizou ao longo do regime autoritário. Essa elite encontrou na saúde seu locus privilegiado de florescimento na década de 70, através da expansão horizontal do sistema previdenciário.

1. Quem é quem no atendimento à saúde no Brasil e sua performance recente

Como se viu, até a implantação do SUDS em 1987, o sistema público de saúde era dicotômico, com o Ministério da Saúde cuidando das ações preventivas e o Ministério da Previdência e Assistência Social responsabilizando-se, de forma centralizada, pelas ações curativas de diagnóstico, tratamento e reabilitação, ações essas planejadas, controladas e avaliadas pela esfera federal. Cabia às Secretarias Estaduais de Saúde ações de saúde pública de tipo higienista e atendimento primário, desenvolvido conjuntamente com órgãos municipais. Somente com a implantação das AIS, em 1983, buscou-se promover maior integração dos programas desenvolvidos pelo INAMPS/MPAS, Ministério da Saúde e pelas Secretarias estaduais de saúde. Entretanto, como vimos, este programa não promoveu a efetiva unificação das ações sob um comando único, em cada nível de governo, nem tampouco a real descentralização do gerenciamento das unidades de saúde, processo que será implementado a partir da implantação do SUDS/SUS, pois é somente com a criação do Sistema Único de Saúde, pela Constituição de 1988, que se inicia de fato a formação de um sistema Nacional de saúde.

Ao reforçar a medicina curativa, em modelo hospitalocêntrico, em detrimento da medicina preventiva e primária, a expansão da cobertura dos serviços de saúde, a partir do final dos anos 60, introduziu uma série de distorções, como já foi salientado. Basta lembrar que em 1949 o gasto público com saúde distribuía-se em 13% em medicina curativa e 87% em medicina preventiva, e no final dos anos 80 essa distribuição era, respectivamente, de 78% e 22%.³³ Mais grave porém, foi a expansão do atendimento a partir do polo previdenciário, na medida em que a crescente universalização da cobertura significou crescente diminuição do compromisso do Estado com a questão da saúde.

Do ponto de vista organizacional e das relações entre o setor público e o privado, além da excessiva centralização de recursos e do poder decisório na estrutura do INAMPS e do MPAS, a política de atenção à saúde, até meados dos anos 80, apoiou-se numa estreita parceria entre o Estado e os segmentos privados. Credenciando médicos e contratando serviços hospitalares, clínicos e laboratoriais, a "privatização" da política implementada pelo Estado, com recursos públicos, significou o fortalecimento dos interesses ligados ao complexo médico-empresarial privado, responsável por cerca de 70% da oferta de serviços no país, até meados da década passada. Com a implantação do novo modelo assistencial, descentralizado e municipalizado, não só alteraram-se os mecanismos decisórios e a forma de gestão da política, como observa-se tendência à inversão do modelo curativo-hospitalocêntrico e a um certo deslocamento do setor privado. Primeiro, porque este último sempre teve tímida participação na atenção primária à saúde. Segundo, porque na medida em que foram se restringindo os meios de financiamento do sistema, dado o aguçamento da crise, o setor privado tendeu a recuar na oferta, agindo de forma mais autônoma em relação ao Estado: expande-se sobretudo a medicina de grupo em convênio com empresas e os seguros privados de saúde.

No que se refere à clientela demandante do sistema de saúde, sua característica básica até o início dos anos 80 era a dicotomia entre segurados X não-segurados do sistema previdenciário, com direitos e formas de acesso bastante diferenciados. Dada a universalização formalmente ocorrida e a afirmação dos direitos de cidadania para fins de atenção médica, com a nova Constituição, hoje a clientela potencial do sistema é toda a população do país: cerca de 147 milhões de pessoas. Obviamente, as demandas dessa clientela diferenciam-se segundo as faixas de renda, perfil de morbidade e epidemiológico das regiões, características etárias, condições de acesso ao sistema público-privado de atendimento.

Em relação à capacidade instalada do sistema de saúde no Brasil, foi bastante significativo o crescimento do setor público nos anos 80. Foi sobretudo a rede ambulatorial que cresceu, passando de 7 823 estabelecimentos em 1976 a cerca de 24 000 em 1988, sendo que o setor público respondia, em 1988, por 71.8% daquela rede contra 13.3% do setor privado lucrativo, sendo o restante de responsabilidade de entidades filantrópicas. Bem mais modesto foi o crescimento da rede hospitalar, que passa de 5 310 estabelecimentos em 1976 a 6 920 em 1988, sendo maior o crescimento do setor público —que cresce a uma taxa de 5.2% contra apenas 2% do setor privado. Mantém-se, porém, a preponderância absoluta do setor privado (lucrativo e filantrópico), o qual responde por cerca de 77% do total de estabelecimentos hospitalares, sendo predominante a participação do setor filantrópico.³⁴

Apesar do crescimento da rede hospitalar do setor público, cai sua participação relativa na oferta: em 1976, este respondia por 27% dos leitos hospitalares e somente por 22.3% em 1988. Nesse movimento, é decrescente o comportamento do número de leitos por 1 000 habitantes: a taxa de 4.2 em 1976 cai para 3.6 em 1988. Também decrescente é o comportamento da taxa bruta de internações por 100 habitantes/ano, que passa de 11.0 em 1981 para 5.3, em 1989. Cresce, entretanto, o número de consultas médicas por habitante/ano, elevando-se da taxa de 1.9 em 1981 a 2.7 em 1988. Essa dinâmica reflete, de um lado, o crescimento do setor público, no total de consultas ofertadas (que crescem cerca de 10% entre 85-88) e, de outro, a tendência à expansão dos procedimentos ambulatoriais em detrimento das internações hospitalares, tendência, de resto, consagrada internacionalmente, dado o avanço científico e tecnológico da medicina e a exigência de evitar internações desnecessárias por razões preventivas.

No que se refere ao comportamento do emprego em saúde, dados da FIBGE/AMS para o ano de 1987 mostram um total de 708 944 postos de trabalho, representando um incremento de 37.5% em relação ao início dos anos 80, em decorrência da crescente participação do setor estatal na área de saúde. No final da década, o Estado transforma-se no principal empregador da saúde, detendo 55.1% do total de empregos em saúde, processo acompanhado de progressiva descentralização: entre 1981-1987, a participação federal cai de 21.2 para 18.2%, enquanto a estadual passa de 20 para 27.7%, e a municipal de 7.5 para 12.1%. Assim, no período, o crescimento do total de postos de trabalho foi de 18.2% para empregos federais; 70.2 para empregos estaduais; 121.6% para empregos municipais; 11% no setor privado lucrativo e 29.8% no não-lucrativo. Cabe assinalar que o aumento do emprego no setor estatal foi acompanhado de tendência à queda na produtividade. Entre 1985-1987, cai cerca de 6.8% o número de consultas por emprego médico/ano nos estabelecimentos públicos, enquanto no setor privado essa relação observa um crescimento de 15.8%.

Entretanto, a relação público/privado no modo de funcionamento do sistema de saúde brasileiro, não se esgota no dimensionamento da capacidade instalada de ambos os setores, nem tampouco na comparação de seu desempenho, do ponto de vista da oferta de serviços. Para além de distinguir a rede pública da rede privada, é importante caracterizar o "mercado privado" de serviços de saúde. Este constitui-se por um conjunto de práticas de assistência curativa voltadas a um perfil de demanda que pode (ou não) ser mantido por recursos governamentais. Além disso, independentemente de sua forma jurídica (pública ou privada), os estabelecimentos de saúde podem ou não estar inseridos no mercado privado ou na rede pública, uma vez que o Sistema Único de Saúde/SUS admite uma combinação de formas de ação: o Estado presta serviços através de seus próprios estabelecimentos ou da compra de serviços suplementares à entidades e estabelecimentos privados, cabendo ao setor público a regulação de preços, condições técnicas e institucionais da oferta, além da formulação da política e coordenação do modelo assistencial descentralizado, regionalizado e hierarquizado.

No Brasil, o mercado privado de assistência médica constitui-se por cinco modalidades: o setor privado contratado pelo setor público; as formas de atenção médico assistencial das empresas; o segmento médico assistencial das famílias; o setor filantrópico; e a medicina ofertada pelos grandes hospitais privados beneficentes e rede de consultó-

rios de médicos particulares. A atuação do setor privado contratado pelo setor público dá-se via convênios ou contratos com o INAMPS, segundo as seguintes modalidades: contratos com sindicatos, com empresas, com estabelecimentos lucrativos de saúde ou com prestadores filantrópicos —esses considerados os parceiros prioritários do setor público, com a implantação do SUS.

A oferta de serviços médico assistencial pelas empresas é composto por formas de organização dos serviços no âmbito das empresas ou de categorias profissionais, que se dividem em três tipos principais: a "auto-gestão", a "co-gestão" e o seguro saúde. A primeira refere-se a serviços próprios e/ou credenciados ou contratados através de convênio de pós-pagamento, serviços esses administrados pela própria empresa. A segunda é constituída por serviços contratados junto às instituições de medicina de grupo ou cooperativas médicas, ou ainda através de serviços contratados administrados, configurando uma forma de co-gestão, pois a empresa associa-se a um prestador visando atender ao público-alvo. Por fim, o seguro saúde caracteriza-se por prestação de serviços aos segurados de uma empresa que entrega à outra entidade a administração de seu programa de saúde.

O segmento médico assistencial das famílias é composto pelo desembolso direto, ou seja, os gastos diretos das famílias com serviços de saúde de sua livre-escolha, excluídos os planos ou seguros de saúde. As famílias podem também desembolsar em planos —Medicina de grupo/cooperativas — ou com as formas do Seguro Saúde.

O setor filantrópico constitui-se por dois blocos: a) mercados de clientela aberta parcial, que atende determinados tipos de clientela especializada (doentes mentais, tuberculosos, etc); b) e mercados de clientela aberta universal. Há, ainda, uma rede de grandes hospitais privados beneficentes (geralmente de grupos populacionais, como colônias de imigrantes, tipo "Hospital Sfrío Libanês", em São Paulo) e a rede de consultórios médicos particulares, grande parte atendendo a convênios de seguros privados.

O mercado privado de assistência médica supletiva encontrava-se distribuído por usuário, em 1989, do seguinte modo: cabia à medicina de grupo 48.2%; às cooperativas médicas 23.4%; ao sistema de auto-gestão 24.1% ao seguro saúde 3% e aos planos de administração 1.3% desse mercado. Segundo pesquisa recente,³⁵ o total da cobertura pelo mercado privado no Brasil correspondia, naquele ano, a 32 milhões de usuários, 60% desses com domicílio no Estado de São Paulo. Com a implementação do SUS, agravamento da recessão e do desemprego, cai para 28.7 milhões de pessoas em 1991. Esse movimento é acompanhado de tendência à queda da participação relativa no mercado do sistema de auto-gestão e da medicina de grupo, cuja participação cai para 17.5 e 47.3%, respectivamente, e expansão das cooperativas médicas, seguro saúde e planos administrativos que passam a cobrir 28.0, 4.3 e 2.7%, respectivamente, mantendo-se estável a posição preponderante do Estado de São Paulo, ou seja 60% do total de usuários. É importante assinalar que o mercado privado de assistência médica supletiva foi um dos grandes beneficiados pela Reforma do Sistema de Saúde, pois lhe foi assegurado autonomia e liberdade de ação, sem sofrer nenhum tipo de regulação do Estado via SUS.

A Medicina de Grupo, com cerca de 300 empresas no Brasil, metade delas no Estado de São Paulo, atende 13.5 milhões de pessoas, 80% delas através de convênios com empresas. Representada pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) e pelo Sindicato Nacional de Empresas de Medicina de Grupo (SINANGE), tem como projeto básico dos anos 90 investir mais na construção ou contratação de Hospitais e prontos-socorros e definir planos de atendimento a classes mais baixas. O setor de medicina de grupo possui hoje 78 hospitais; 7 800 leitos próprios; 600 centros de diagnóstico; 1 000 hospitais conveniados; 18 mil médicos contratados em regime de CLT e 40 mil funcionários paramédicos e administrativos. Entre as principais empresas destacam-se: Golden Cross/AMICO, Interclínicas, Intermédica e Medial. O faturamento mensal da Medicina de Grupo, em 1991, correspondeu a 167 milhões de dólares, com um custo per capita de US\$ 12.4 por usuário.

O sistema de Cooperativas Médicas representado pela UNIMED do Brasil, atende uma clientela de 10.5 milhões de pessoas. Criada em 1966, a UNIMED abrange hoje 211 cooperativas, com unidades distribuídas por todos os estados brasileiros e 60 000 médicos associados, o que corresponde a cerca de 25% do total de médicos do país. Formadas pelas Associações Médicas de cada cidade, as unidades cooperativas prestam atendimento em consultórios particulares, e pretendem crescer mais nos anos 90, investindo em construção de hospitais. Em 1990, o custo per capita mensal da clientela coberta foi de US\$ 10.

Os planos de auto-gestão, formados sobretudo pelas empresas estatais e grandes empresas privadas, atendem a 5 milhões de beneficiários, com tendência à restrição de seu mercado, em razão do aumento dos custos de assistência médica. São representados pela Associação Brasileira de Serviços Próprios das Empresas (ABRASPE).

Com nove empresas no mercado, os planos de administração atendem a 770 mil beneficiários. Administrando planos de grandes empresas, oriundas da auto-gestão, destacam-se as seguintes empresas: Sul América e Interclínicas, em São Paulo, e PREVINA na Bahia.

O Seguro Saúde, com onze empresas atuando no mercado, atende a 1 230 000 usuários e, ao lado dos Planos de Administração, constituem os segmentos que mais cresceram no período 1989/91, em razão de disporem de grande número de credenciados em todo o Brasil, inúmeros pontos de venda, grande poder de barganha, além de investirem pesadamente em publicidade. Bradesco e Sul América respondem juntos por 81% do mercado em seguro-saúde, cabendo ao Bradesco 60.4% do total. O custo per capita/mês por segurados, em 1991, situou-se em torno de US\$ 14.3.

Ao contrário do setor privado supletivo, os hospitais privados contratados pelo setor público têm suas receitas estreitamente dependentes dos recursos do INAMPS. Estima-se que 70% da receita dos hospitais privados lucrativos e 85% da receita dos privados filantrópicos e beneficentes são constituídas por recursos públicos. Por essa razão a Federação Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (FENAES), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH),³⁶ a Associação Brasileira de Hospitais (ABH), a Federação Nacional das Misericórdias e o Sindicato dos Hospitais (SINDHOSP) vêm se mobilizan-

do frente à defasagem dos preços pagos pelo INAMPS, para internação e atendimento ambulatorial, e ao atraso dos repasses a partir de setembro de 1991. Mais grave, entretanto, é a situação das misericórdias e entidades beneficentes, que congregam 2 250 hospitais, respondendo por 63% do total da oferta de leitos no Brasil, e por 52% da oferta no Estado de São Paulo.³⁷

Além desses atores, que atuam na prestação de serviços, a reforma do sistema é diretamente afetada por um conjunto de atores que influenciou o debate público e a tomada de decisões. Destacam-se, entre esses: i) o movimento sanitarista, representado especialmente pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), pelo CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), e universidades —particularmente a Faculdade de Saúde Pública da USP, o Instituto de Medicina Social da UERJ, o Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. ii) a elite médico-hospitalar universitária, ligada sobretudo aos "centros de excelência" que desenvolvem pesquisas e respondem pelos procedimentos de alto custo (cirurgias cardiovasculares, transplantes, etc) prestados pelo setor público; iii) as associações profissionais, como a Associação Médica Brasileira (AMB) e as associações organizadas nos estados e municípios; iv) os sindicatos médicos e a Federação Nacional dos Médicos (FNM), representantes dos setores organizados da categoria; v) órgãos de controle da ética médica, como o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais; vi) os novos órgãos colegiados de gestão da política de saúde, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, organizados de forma paritária entre os prestadores e representantes de usuários; vii) senadores, deputados e comissões parlamentares ligados à questão da saúde; viii) e, por fim, os governadores e prefeitos que passaram a ocupar lugar central no novo modelo descentralizado de saúde.

São múltiplas as formas de expressão e de participação desse conjunto de atores. Através de jornais e revistas próprias, de seus representantes no Legislativo e nos partidos políticos, de seus "lobbies" organizados, de suas corporações, eles conformam uma matriz de conflito que assume características peculiares na formulação/implementação da reforma, no período de transição democrática.

2. A política da transição democrática³⁸

A transição do regime militar no Brasil se fez sem a ruptura da ordem institucional, dentro dos princípios enunciados pelo Governo Geisel de abertura "lenta, gradual e segura", apesar do processo acelerado de desagregação das bases sociais e políticas do regime militar e do grau crescente das manifestações oposicionistas, principalmente a partir de 1982. No campo da política social, o desafio era o da superação de um padrão geral, e de atenção à saúde, em particular, centralizado, auto-sustentado financeiramente pelos assalariados, fragmentado organizacionalmente, privatizado e maximizador de interesses particulares.

Simplificando, é possível apontar três grandes eixos de problemas que constituiram o conteúdo básico do pacto que assegurou a coalizão governante: i) a necessidade de definição de um novo padrão de desenvolvimento que conseguisse combinar crescimento econômico e distribuição mais equânime da riqueza sem perder a oportunidade de conseguir, a partir de um novo ciclo expansivo, uma nova inserção no cenário geopolítico e econômico internacional; ii) a necessidade de definição de um novo arcabouço jurídico-institucional para o novo padrão, que constituisse formas de convivência política entre o estado, o sistema político e a sociedade, levando a população brasileira a transitar, sem rupturas, de uma situação autoritária, marcada por relações de natureza predominantemente corporativa e clientelista, para a democracia; iii) a necessidade de definição de um novo perfil para a política social brasileira onde se estabelecesse uma relação solidária entre o padrão de desenvolvimento e os mecanismos compensatórios e de proteção social, incluindo-se a redução de "bolsões de pobreza absoluta" e de desigualdades para obtenção de maiores níveis de equidade.

Essa era a agenda consensual da transição, existindo, ainda, "agendas ocultas" que para atores sociais participantes da "Aliança Democrática", se sobrepunham e contradiziam vários dos aspectos da agenda de consenso. A dinâmica desses atores sociais, caracterizava-se, então, pela tentativa de substituir, à direta e à esquerda, itens e conteúdos da agenda explícita por itens e conteúdos de suas agendas ocultas.

A coalizão governante, que iniciava sua gestão a partir de 1985, procurava combinar a proposição de medidas emergenciais, de forma simultânea ao início de transformações mais profundas e de caráter estrutural, no campo social, político e econômico. Os exemplos mais significativos foram a convocação da Assembléia Nacional Constituinte (revisão do marco jurídico institucional global); a tentativa de adoção de um novo padrão de desenvolvimento (seu esboço inicial expressava-se nas entrelinhas do Plano Cruzado); e a tentativa de reestruturação e modernização da máquina administrativa do Governo Federal (reforma administrativa no Ministério da Fazenda e reformulação da Política de Previdência e Assistência Social).

No que dizia respeito exclusivamente às políticas sociais, os problemas decorriam da necessidade de rever o processo de centralização na gestão das políticas sociais, sem perder a capacidade de planejar, coordenar e articular ações de governo de caráter nacional; de rearticular as ações das diferentes esferas de governo (União, Estado e Município) na formulação, implementação e gestão da política social; e de promover a democratização dos processos decisórios de formulação, implementação e gestão das políticas sociais, sem cair no limite oposto da pulverização e segmentação das ações governamentais. Por outro lado, era preciso também revisar o princípio da auto-sustentação financeira que presidia as decisões de financiamento no campo social, o que envolvia a aplicação de recursos orçamentários em programas sociais, ainda que não-rentáveis na ótica empresarial.

Esse processo deveria ser pensado, ainda, no bojo de uma ampla reforma na atual estrutura tributária nacional, o que igualmente envolvia questões políticas e econômicas, a saber: a) revisão efetiva do sistema tributário nacional, de modo a reduzir sua regressividade e ao mesmo tempo garantir recursos adicionais para o gasto

social; b) privilegiamento do gasto em um momento de visível deterioração da capacidade financeira do setor público; c) equacionamento de mecanismos que pudessem garantir a contribuição financeira dos municípios e estados —ao que parece, os maiores beneficiários das mudanças na estrutura tributária nacional— aos programas sociais considerados prioritários pela sociedade.

Finalmente, era urgente a necessidade de se constituírem mecanismos de representação política que permitissem maior visibilidade aos processos decisórios de governo, de modo a minimizar os efeitos nefastos da privatização das políticas públicas. Ao nível do discurso, rompeu-se com a concepção de política social que prevalecia até então, reconhecendo-se a enorme "dívida social" acumulada e procurou-se estruturar, coerentemente com amplo diagnóstico realizado sobre a situação social do país, planos setoriais de forma a superar a estrutura de desigualdades encontradas.

3. As transformações na política de saúde

Nos Ministérios responsáveis pela área de saúde, eram identificados como problemas prioritários a desigualdade no acesso aos serviços, a falta de organização da rede, a baixa resolutividade e produtividade dos recursos existentes, a estrutura de financiamento setorial inadequada, a ausência de integralidade das ações e a multiplicidade e descoordenação das instituições atuantes no setor, tudo isso associado à excessiva centralização do processo decisório. O Ministério da Saúde enfatizava a necessidade de privilegiar os serviços estaduais e locais e as ações básicas de saúde. Elegeu-se a integração interinstitucional entre níveis de governo como forma de maximizar a organização dos serviços em uma rede única, hierarquizada e regionalizada, aproveitando a totalidade da capacidade instalada do setor público. Este deveria ser o responsável pela formulação, execução e controle das ações de qualquer natureza para o setor. Caberia ao setor privado, enquanto concessionário de um serviço público, o atendimento da demanda que não pudesse ser atendida pela rede pública, sob sua coordenação e controle.

Para a implementação dessas medidas, fazia-se necessário enfrentar os seguintes grupos de medidas: o primeiro, a nível político e institucional, envolveria a decretação do direito universal à assistência a saúde consubstanciado em um conjunto de medidas normativas que garantissem o acesso de qualquer pessoa aos serviços de saúde públicos e de seus concessionários; a revisão da lei do sistema nacional de saúde, em vigor naquele momento e datada de 1975, com a unificação dos comandos político-organizacionais em todos os níveis de governo; convocação de uma conferência nacional para o debate das questões estratégicas com todos os segmentos representativos da sociedade brasileira como forma de subsídio a Assembléia Nacional Constituinte; e reformulação do Fundo Nacional de Saúde e constituição de fundos estaduais para a captação e aplicação de recursos para o setor; o segundo, a nível operacional, visaria induzir um amplo processo de descentralização e desconcentração das decisões envolvendo: repasse de recursos e das responsabilidades executivas da União para estados e municípios; implementação da integração interinstitucional baseado na experiência de gestão colegiada das Ações Integradas de Saúde; definição dos compromissos financeiros de cada instituição do setor; franquia do acesso das organizações de representação dos interesses da população,

especialmente associações de moradores, aos órgãos de gestão colegiada; alteração da política de recursos humanos; melhoria da eficiência gerencial, etc.

Ainda que em termos distintos, o diagnóstico elaborado no âmbito do MPAS/INAMPS seguia na mesma direção. Tal constatação não constitui surpresa, na medida que este conjunto de medidas fazia parte da agenda do movimento médico-sanitarista que, como já se disse, desde meados dos anos 70 constituiu-se em oposição ao desenvolvimento da política de atenção à saúde do período autoritário. Além disso, a maior parte dos quadros dirigentes do MS e INAMPS, nesse momento, estavam vinculados ao próprio movimento médico-sanitarista. Porém, há diferenças de postura sobre os mesmos problemas. O MS procurava ampliar seus espaços reais de atuação através da incorporação de toda a agenda de reforma do movimento sanitário: controle estatal sobre as ações do setor privado; descentralização e descontração em prol de estados e municípios; a unificação do comando da política a nível nacional.

O MPAS/INAMPS, por sua vez, a despeito de no geral compartilhar dos mesmos princípios, era bastante mais cauteloso e muitas vezes ambíguo em relação às ações a implementar. Duas razões podem explicar tal comportamento: i) o INAMPS, enquanto real condutor da política de atenção à saúde, quer por sua maior capacidade financeira, quer por sua necessidade de gerenciar a prestação de serviços, interiorizava todos os conflitos e demandas decorrentes das ações do sistema político de outros órgãos do Executivo, da burocracia previdenciária que atua no órgão, da corporação médica, do setor privado prestador de serviço e fornecedor de bens e equipamentos; ii) os dirigentes da Previdência Social tinham dúvidas quanto à forma e oportunidade da fusão deste órgão com o MS, estabelecendo um comando único a nível federal, com a conseqüente perda da posição de autonomia que esta autarquia desfrutava, e com conseqüências nebulosas quanto ao destino da fatia de recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social que era gasto em assistência médica.

Até o momento dos diagnósticos, avançou-se bem. O momento de implantação das medidas é que apresentou desdobramentos e obstáculos de porte significativo e de difícil superação. As pressões refletiram-se principalmente sobre o MPAS/INAMPS, dado o seu poder de atuação ser muito grande, especialmente, pela autonomia financeira que passa a desfrutar a partir do processo de recuperação das finanças previdenciárias, determinado pela recuperação do nível de emprego e do valor do salário médio real, já a partir de 1984.

a) *Os interesses em jogo e os conflitos*

Os principais atores políticos com interesses a defender na área de saúde são: i) os escalões superiores das agências estatais em nível federal que participam da gestão da política, ou seja, Ministério da Previdência e Assistência Social, Saúde, Educação; presidentes das autarquias e fundações e empresas ligadas a esses ministérios e o seu primeiro nível de dirigentes (INAMPS, DATAPREV, FSESP, CEME, ETC.); ii) a Presidência da República; iii) os Ministérios da Área Econômica (Fazenda e Planejamento); iv) o sistema político através de parlamentares (deputados e senadores) com mandato federal, estadual e local, tradicionalmente ligados à questão da saúde; v) a burocracia

das organizações que operacionalizam os programas de intervenção e suas federações e sindicatos; vi) os agentes privados prestadores de serviço, quer através de suas organizações de representação de interesses (sindicatos patronais e federações), quer individualmente quando possuem relevância e recursos políticos suficientes; vii) as corporações profissionais dos trabalhadores do setor, com destaque para a área médica; viii) os governos estaduais e locais; ix) os agentes privados fornecedores de equipamentos e medicamentos e materiais diversos que são utilizados na prestação de serviços; x) a população enquanto usuária.

De forma muito simplificada, é possível dizer que as principais linhas de conflito, interação e aliança entre esses atores coletivos são dadas pela disputa de posições privilegiadas de acesso: i) à distribuição dos recursos orçamentários; ii) à distribuição dos recursos financeiros; iii) à distribuição dos credenciamentos, convênios e da autoridade de contratação; iv) ao uso dos serviços ofertados;

Os recursos desses atores nas negociações é diferenciado tanto por sua importância relativa frente à dinâmica do setor, quanto pelo conteúdo distinto das demandas em questão, a cada momento. É possível separar tais atores coletivos em alguns grupos que caracterizam melhor o seu tipo de ação: i) o grupo dos atores políticos que se utilizam, de forma clientelista, de suas posições privilegiadas para intermediar interesses de terceiros junto ao complexo previdenciário: incluem-se aqui a Presidência da República, os parlamentares, os dirigentes partidários e as lideranças e personalidades da sociedade a nível regional e local; ii) o dos agentes econômicos que procuram viabilizar seus interesses corporativos: incluem-se aqui as organizações prestadoras de serviço e os fornecedores; iii) o dos segmentos burocráticos dos ministérios econômicos que procuram restringir e controlar o gasto público: incluem-se neste grupo parte dos dirigentes do Ministério da Fazenda, especialmente os órgãos de controle do gasto público, e do Ministério do Planejamento, isto é Secretaria de Orçamento e Finanças e de Controle das Estatais; iv) o dos segmentos burocráticos que têm função de gerir a política e a operacionalização do complexo previdenciário: incluem-se aqui os dirigentes dos órgãos gestores de nível federal e a burocracia dessas organizações, as corporações médicas e de outros profissionais, os governos estaduais e locais (secretarias de saúde); v) o dos atores sociais usuários dos serviços: incluem-se aqui a parcela da população que necessita da utilização dos serviços mantendo, com o complexo previdenciário, uma relação de convivência frequente e contínua.

É necessário ter presente que, no padrão que prevaleceu até início dos anos 80, foi possível estabelecer, especialmente no período do "milagre econômico", mecanismos de operação e decisão que culminaram na concessão de vantagens para quase todos os atores ligados ao setor. A utilização do sistema previdenciário e, dentro dele, da política de assistência médica, foi o mecanismo mais poderoso de concessão de "benefícios" existente no governo federal e viabilizou uma combinação de clientelismo e de obtenção de apoios que, nos períodos eleitorais, garantem votos e apoios financeiros: são exemplos o credenciamento de médicos, hospitais e clínicas; o adiantamento de recursos financeiros para hospitais e clínicas em dificuldades; as internações; o tratamento fora de domicílio; a participação "privilegiada" em concorrências de fornecimento de bens e serviços, as nomeações, etc. Tal prática sempre foi favorecida pelo crescimento do SIMPAS, pelo seu peso em termos de agências, posto de atendimento, etc.

A forte centralização possibilitou, ainda, a montagem e o desenvolvimento de um gigantesco sistema de clientela que a Presidência da República e os parlamentares, sem exceção, sempre utilizaram e manipularam para o atendimento de demandas, ampliando suas bases de legitimação e de apoios. Para o grupo dos agentes econômicos fornecedores de bens e serviços, o esquema montado também foi perfeito no atendimento de suas demandas durante boa parte dos anos 70 e menos satisfatória a partir daí. O grupo dos usuários, também foi contemplado em alguns aspectos. Dizia-se prejudicado pelo padrão de política em vigor. Isso certamente é verdade se olharmos a perspectiva do usuário, como aquela calçada na resolução técnica de seu problema de saúde. Sabe-se, entretanto, que essa mesma população sofreu, em decorrência da expansão ao menos quantitativa, observada na área médica, um processo violento de "medicalização", e graças a expansão em termos de oferta, mesmo sendo limitada, houve absorção de parte da demanda existente.

Em relação ao grupo dos gestores da política, também é possível afirmar que houve algum ganho para todos que nele foram enquadrados: i) os dirigentes usufruíam um ganho político significativo proporcionado pelos recursos de poder que a manipulação dessa máquina gigantesca proporcionava; ii) os governos estaduais e locais tinham ganhos porque, a partir do final dos anos 80, passam a vincular-se à política de assistência médica previdenciária (desde o PIASS até as Ações Integradas de Saúde). Mesmo os dirigentes de outros órgãos não vinculados ao SINPAS/MPAS/ INAMPS, tais como MS, MEC, Autarquias, Fundações e Empresas subordinadas enquadram-se neste último caso. Portanto, é razoável afirmar que beneficiavam-se de recursos repassados através de convênios variados.

O único grupo que reagiu em determinados momentos contra essa estrutura particular de arranjos foi o que aqui denominou-se de grupo dos segmentos burocráticos ligados à organismos controladores do gasto público. Como é suficientemente conhecido, dada a forma particular de captação de recursos, a política de assistência médica previdenciária tem muita autonomia em relação às regras estabelecidas pelos Ministérios Econômicos, no que diz respeito ao gasto público. Nos momentos de crescimento econômico, e conseqüentemente de crescimento da receita previdenciária, esta autonomia é plena e, portanto, a ação das autoridades econômicas é quase nula. Na situação inversa como no final dos anos 70 e início dos 80, havia muita interferência no quanto se gastava, na medida em que pela legislação em vigor a União é responsável pela cobertura de eventuais insuficiências financeiras do Complexo Previdenciário. Em suma, nos momentos de maior dificuldade financeira, as autoridades econômicas pressionam por medidas de contenção. Feito isso, o restante é problema dos dirigentes setoriais. Por essa razão é que, mesmo em conjunturas mais adversas, conseguiu-se manter um equilíbrio ainda que precário, nas alianças e conexões existentes neste cenário.

Por isso, realizar as alterações pretendidas nos diagnósticos iniciais da Nova República, equivaleria iniciar um processo que desagradaria a quase todos os atores políticos com acesso à arena de negociação setorial. Mais do que isso, a transformação pretendida e sintetizada nas palavras de ordem —descentralizar a decisão política de alocar recursos; regionalizar e hierarquizar as redes de atendimento; obter melhor desempenho do setor público fazendo-o inclusive controlar o setor privado; dar maior

resolutividade e integralidade aos serviços e universalizar o atendimento —iria, em princípio, produzir resultados que desagradariam até mesmo ao usuário, no sentido de que estranharia um tipo de assistência onde a medicalização hospitalocêntrica não se constituiria no principal objetivo assistencial. Mas como entre 1985 e 1987 os recursos não faltaram, dada a recuperação da economia, o crescimento das receitas previdenciárias e a deterioração do valor real dos benefícios, houve facilidades para a deflagração do processo de mudança na estrutura de funcionamento da política de saúde. Entretanto, faltou entre os dirigentes do MPAS, INAMPS, MS (parceiros na gestão da política) concordância quanto à forma de implementar as modificações nesse complexo jogo de forças e interesses.

b) *As alternativas de mudança: O SUDS como consenso*

É possível identificar três alternativas de mudanças que apareceram nas negociações políticas ao longo da década, na VIII Conferência Nacional de Saúde, entre os militantes do Movimento Sanitarista, no temário dos trabalhos da Comissão da Reforma Sanitária, (formada após a VIII Conferência), e na própria Assembléia Constituinte, no bojo dos trabalhos da Comissão da Ordem Social.

A primeira alternativa propunha a modernização da máquina previdenciária dando maior eficiência e eficácia gerencial ao INAMPS, mantendo-o como órgão do complexo previdenciário, sem alterar seu papel na prestação de assistência médica (direta ou indireta); no financiamento de ações de saúde; e no controle e avaliação dos recursos utilizados e ações realizadas.

A segunda alternativa tinha por base a unificação do setor saúde em nível federal, consolidando as funções do conjunto dos órgãos federais que administram e gerenciam as ações e serviços de saúde em um organismo novo e unificado. Supunha ainda a montagem de arcabouços institucionais novos nas esferas estadual e municipal, viabilizando o comando único nas três esferas de governo. Trata-se, em outras palavras, de realizar a unificação sob o comando do Ministério da Saúde.

A terceira alternativa é aquela que mantinha diferentes esferas de comando do setor saúde autônomas entre si nos níveis estadual e municipal. Essas esferas assumiriam integralmente as funções de planejamento e execução dos serviços de saúde em seus níveis de atuação e, parcialmente, a responsabilidade pelo financiamento das ações. A nível federal, essa alternativa contemplaria, inicialmente, a existência de dois organismos, mantendo os sistemas estaduais e municipais de saúde, duas referências a nível central, sem, no entanto, manter vinculação técnica e/ou administrativa com elas. Nesse caso, o que estaria sendo viabilizado seria um processo de unificação mantendo inalterada, ao menos provisoriamente, a hegemonia do INAMPS no comando da política de atenção à saúde, a nível federal.

Na primeira alternativa, mantinha-se o papel do INAMPS como ator fundamental no setor saúde, implicando seu reforço institucional e sua influência direta e efetiva sob o processo decisório da política de saúde. A segunda alternativa reforçaria, paralelamente, dois polos decisórios distintos. Como vimos, planejamento global e

orçamentação seriam centralizados em um organismo único, o que implicaria ao Ministério de Saúde um papel decisivo na condução processo de formulação de políticas. Por outro lado, os estados e municípios emergem, nessa proposta, como forças potencialmente capazes de interferir e influenciar, dado que passariam a decidir sobre a execução e controle dos serviços. A terceira alternativa, por sua vez, poderia implicar um efetivo rearranjo do processo decisório, deslocando para as esferas descentralizadas de governo o poder de decisão sobre as políticas. Qualquer que seja a organização no que tange ao nível central —órgão único ou não— este poderia ver reduzida sua influência na formulação e implementação de políticas de saúde, na medida que não teria controle direto sobre as ações das esferas estaduais e locais, detendo somente instrumentos de planejamento indicativo.

Como já foi citado, a discussão de tais alternativas estratégicas acontecia num contexto de reativação econômica, quando as receitas previdenciárias ganharam um impulso significativo. Isso fez com que fosse possível ir promovendo algumas alterações na correlação de forças vigentes, sem contrariar, estruturalmente, os interesses dos diferentes atores que interagem com a política de assistência médica previdenciária.

Nessa perspectiva, adotaram-se várias medidas que aliviavam as pressões e preparavam o cenário da mudança, entre 1985 e 1986: i) aumentos reais na tabela de remuneração do setor privado; ii) novo convênio com as entidades filantrópicas, reforçando sua remuneração e transformando-as em parceiros "privilegiados" do setor público; iii) concessão de adiantamentos para resolver problemas financeiros mais agudos de hospitais, atendendo a demandas do sistema político e da Presidência da República; iv) aumento significativo da remuneração para os serviços profissionais de médicos; v) aumentos de remuneração para possibilitar uma recuperação dos níveis salariais aos funcionários.

Também ocorreu um maior dispêndio do INAMPS com o setor público, mas o efeito maior parece ter sido o estreitamento das relações entre esferas de governo a partir de um discurso e de uma prática que procuravam caracterizar uma relação de parceria, co-participação e co-responsabilidade no enfrentamento dos problemas de saúde. Obtiveram-se também ganhos expressivos nos trabalhos da Comissão de Ordem Social da Constituinte, que praticamente ratificou as propostas globais oriundas da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, elaboradas em estreita relação de cooperação de todos os participantes do Movimento Sanitário inclusive os dirigentes do INAMPS.

A nível interno, no MPAS e INAMPS, o debate também se intensificou, dada a necessidade de imprimir eficácia ao sistema seja para concretizar os objetivos formais do Governo de priorizar a área social, seja para ampliar o espaço político dos dirigentes desses órgãos através da melhoria de seu desempenho e do aumento dos graus de satisfação da população usuária com os serviços. A noção de busca de eficácia traduziu-se na meta de conceder à população um acesso resolutivo aos serviços de saúde. E é essa meta que deu base à formação de novos consensos e propiciou avanços significativos em direção à reorganização do INAMPS. Essa reorganização passou a ser o passo inicial do processo de mudança, onde a descentralização cumpriu importante papel. Obviamente, não existiu uma perfeita sintonia de idéias no interior da equipe dirigente do MPAS/INAMPS e destes com o restante do movimento sanitário quanto à forma de

condução desse processo de escolha de uma estratégia. Porém, emergiram "novos consensos", entre final de 1986 e começo de 1987, refletindo uma composição entre os interesses dos principais dirigentes do INAMPS e MPAS, e que se consubstanciaram na forma de convênios com os governos de Estado para implantação de um Sistema Unificado de Saúde -SUDS.

Veja-se, inicialmente, quais foram esses "novos consensos": i) o INAMPS perde seu papel de prestador de serviços (tanto a prestação direta, como a indireta), e torna-se eminentemente um órgão controlador e co-financiador do sistema de saúde; ii) a prestação de serviços passa a ser efetuada de forma descentralizada pelos estados e municípios; iii) o planejamento passa também a ser realizado de forma descentralizada, visando evitar o paralelismo de iniciativas, bem como buscar melhores níveis de resolutividade, regionalização, hierarquização e integralidade das ações de saúde; iv) os princípios de integração, hierarquização, regionalização, resolutividade e controle social são assumidos como objetivos prioritários, visando à eficácia do sistema de saúde a curto prazo.

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) é, portanto, a expressão concreta desses consensos acima referidos. Sua implantação é feita através de convênios com os governos de estado. Tais convênios assumiram, entretanto, formas variadas contemplando, conforme o estado, diferentes níveis de transferência de funções, bem como abrangendo diferentes esferas descentralizadas de governo. Por um lado, essas diferenças estão associadas com a conjuntura política e social específica de cada estado, implicando "formatos" diferenciados de SUDS conforme o grau de centralidade do estado no projeto político dos dirigentes do MPAS/INAMPS; a importância dos governadores e de seus secretários de saúde no sistema político; e as condições técnicas e operacionais das secretarias de saúde e da rede de serviços de saúde em cada estado. Por outro lado, as diferenças entre convênios refletem também pontos de divergências que continuavam a existir entre as concepções dos condutores desse processo, seja a nível do INAMPS, seja no âmbito do MPAS.

Com a eleição dos novos governadores, as relações entre os dirigentes da Previdência Social (MPS/INAMPS) e os Governadores eleitos estreitaram-se ainda mais. Procurou-se, claramente, obter respaldo de um ator coletivo (governos estaduais) que, legitimado pelo voto, passava a ter um grande poder de pressão e negociação, em geral, dados os caminhos da transição política brasileira, podendo alterar significativamente a correlação de forças no setor de saúde. Os dirigentes da Previdência Social possuem o recurso mais importante para convencer novos governadores e novos secretários de saúde da necessidade da descentralização: os recursos que seriam transferidos em um momento de dificuldade para as finanças estaduais e municipais. Por outro lado, seria a única forma de possibilitar que a rede de serviços se tornasse mais efetiva para a população, ao transferir a responsabilidade de alocação de recursos para dirigentes políticos que, por força de sua "localização", são mais sensíveis às pressões populares.

Inicia-se, a partir de meados de 1987, a celebração de um conjunto de convênios com os estados, visando repassar as funções de gerência dos serviços e da contratação de terceiros. Procurava-se induzir, sempre que possível, o próprio estado a realizar um movimento concomitante de descentralização de parte de suas funções (já existente e

recém-recebidas) para os municípios. Nessa divisão, os municípios ficariam responsáveis pelo atendimento básico (ambulatorial e hospitalar) e os estados pelo atendimento de segundo e terceiro nível. O que deveria ficar com o governo federal nunca foi delimitado com clareza. É possível supor que as unidades de referência nacional e de mais alta especialização deveriam permanecer nessa esfera de governo.

Simultaneamente, iniciou-se a reforma administrativa do INAMPS, que procurava dar início ao processo de fusão das superintendências regionais com as secretarias estaduais de saúde, cessão de imóveis e equipamentos, transferência de pessoal, etc. Dessa forma, procurava-se fazer com que o centro decisor do planejamento operacional, da gestão dos serviços, da contratação e controle do setor privado fosse um órgão estadual, eliminando o duplo comando que sempre caracterizou o setor saúde nesse nível de governo.

Os dirigentes da Previdência Social (MPAS e principalmente do INAMPS) perdiam assim sua capacidade de alocar recursos e distribuir facilidades, ficando com a capacidade de discutir, negociar e alocar baseados no planejamento e na programação dos estados, nas metas físico-financeiras e na quantia de recursos a transferir. Com esse novo papel, o interesse político na nomeação dos dirigentes do INAMPS diminuiria sensivelmente, passando a existir uma organização que teria sua razão de existência na avaliação e controle das ações estaduais e locais. Ter-se-ia um novo polo de cobrança e fiscalização com características mais técnicas e sem o poder de distribuição de recursos.

O sistema político teria que se rearticular totalmente, passando a depender da criação ou da manutenção dos canais de comunicação e pressão com os governos estaduais e locais, diminuindo bastante a ingerência do governo federal.

A Presidência da República teria que incorporar, também, os governos estaduais e locais, de forma diferenciada do que até então, em sua rota de negociação e distribuição de atendimentos, nomeações, etc. A rede privada contratada teria seu desempenho avaliado e possivelmente o conteúdo da prestação de serviços, quer do ponto de vista quantitativo, quer do ponto de vista financeiro, revisto. Isso porque será lógico supor que, nenhum estado receberia as atribuições de questão sem antes certificar-se do que e como estava assumindo tal papel. Isso faria com que, no mínimo, a rede privada perdesse força relativa. O funcionamento da rede pública deveria melhorar, dado o esforço de inversão financeira feito em 1985, 1986 e 1987. Haveria também em relação a ela uma avaliação de desempenho que rompesse com aquele círculo de pouco salário, pouco trabalho e completa estabilidade. Isso porque esquemas de isonomia funcional e salarial estariam previstos nos convênios e os governos estaduais teriam como conseguir maior produtividade.

Dessa forma, e ainda que de maneira abrupta, os interesses foram forçados a se rearticular ao redor das lideranças políticas estaduais e locais, o que possibilitaria, dado o seu padrão mais progressista em alguns estados estratégicos, a obtenção de maior espaço para a pressão dos usuários, compensando em parte a sua não participação nas decisões no sistema em substituição.

4. O SUDS e sua implementação

Entretanto, iniciado o processo de descentralização, vários problemas surgiram. Destacam-se entre eles:

i) a ausência de iniciativas coordenadas na elaboração dos convênios, no repasse de recursos e na preparação do processo de renovação dos instrumentos legais a cada ano.

ii) as pressões políticas decorrentes da desmontagem do sistema de clientela, a nível federal, que a implantação do projeto de mudança começava implicar. Conter tais pressões implicava na necessidade de obter resultados mais expressivos no atendimento junto à população e tentar evitar o surgimento de problemas operacionais menores, como atrasos de pagamento, erros na confecção de tabelas de remuneração, falta de dotações orçamentárias etc., de modo a evitar atritos desnecessários entre os dirigentes do MPAS/INAMPS e os demandantes de "benesses";

iii) a capacidade desigual de absorção, pelas secretarias de estado da saúde, das atividades transferidas pelo INAMPS e, conseqüentemente, de implantação de processos de mudança organizacional e formação de recursos humanos corretamente "preparados" técnica e gerencialmente;

iv) a ausência de mecanismos de superação das resistências externas, representadas principalmente pelo setor privado. Isso era necessário para que se pudesse viabilizar a efetiva integração e planejamento dos serviços de saúde a nível dos estados. Note-se que, para o setor privado, a realização descentralizada das atividades de compra de serviços (prestação indireta) era particularmente desinteressante, dado que obrigaria a negociações, em cada estado, das formas e níveis de pagamento dos serviços, enfraquecendo potencialmente sua capacidade de pressão a nível central e através de organizações nacionais de representação de interesses. Para que essa resistência não prejudicasse o desenvolvimento do SUDS e os serviços à população, era fundamental que, a nível de cada estado, fosse definida qual a necessidade real de utilização de serviços dos setores privado e filantrópico, desfazendo em parte os graus de incerteza dos prestadores quanto a seu futuro, através de novos contratos com os que permanecessem vinculados ao sistema, que deveriam incluir formas e níveis de remuneração mais adequados;

v) a ausência de medidas administrativas para superar as resistências internas, por parte de burocracia do INAMPS, que seria necessariamente afetada pelo novo papel e formato organizacional da diretora geral e superintendência regionais da autarquia. Tais medidas eram necessárias para que se pudesse realizar a cessão de espaço técnico e administrativo, vinculado ao INAMPS para o exercício das funções de execução das ações de saúde nas secretarias de estado e município. Tais medidas deveriam considerar, entre outras, a questão dos direitos adquiridos dos funcionários, bem como o incentivo para sua absorção definitiva nos órgãos estaduais e municipais, para que pudessem ter algum efeito útil e aplacar pressões;

vi) a ausência de normas adequadas nas áreas de suprimento, repasse de recursos e controle e avaliação da prestação de serviços. Isso era necessário para viabilizar operacionalmente o novo sistema e impedir a retração dos recursos estaduais ou municipais alocados em saúde, conforme ocorreu em momentos diversos do processo de implantação das Ações Integradas de Saúde.

Dois tipos de resistência foram particularmente sentidos: uma advinda das lideranças políticas acostumadas a levar vantagem com o antigo sistema, no Congresso, articuladas com escalões internos à própria Presidência da República, que passaram a pressionar fortemente, buscando obstaculizar a realização dos convênios ou a substituição de pessoas nos postos-chave de comando de esfera estadual. Isso se devia ao fato de que à medida em que os processos de estadualização ocorriam, tornou-se evidente que determinados governos estaduais e sua extensão parlamentar, não alinhados com a estratégia do Palácio do Planalto estavam recebendo recursos de maneira autônoma e fora do campo de negociação e sanção estabelecido no nível da Presidência da República.

Outro tipo de resistência era oriundo da própria burocracia do INAMPS, que também passa a pressionar contrariamente a seu processo de transferência para a esfera estadual e local, dificultando e boicotando a manutenção dos níveis de atividade do INAMPS. Curiosamente, os prestadores privados não pressionaram diretamente, de forma muito contundente, nesse primeiro momento, parecendo aguardar o desfecho da disputa intraburocrática e aquela que se dava no interior do primeiro escalão do governo e do Congresso Nacional.

A esfera estadual de governo, para a qual se transferiram, ainda que de maneira pouco regular, atribuições e competências, manifestava-se de modo diferenciado. Em São Paulo, procurou-se imprimir rapidamente regras próprias, moldando o processo de estadualização às diretrizes político-partidárias do governo estadual e estabelecendo certo grau de autonomia, tanto em relação aos dirigentes do INAMPS do nível central, como às outras Secretarias de Saúde.

Outras secretarias de saúde como a do Pará, Alagoas, Rio Grande do Sul e Bahia procuraram atuar de maneira bastante integrada com a Direção Geral do INAMPS, o mesmo acontecendo com o Rio de Janeiro. Em outros estados, não houve um movimento de apoio ou de autonomização mais explícito, dependendo em cada caso, de qual o grupo político que ocupava a Secretaria de Saúde e de seu grau de articulação com aquele que ocupava a Superintendência Regional do INAMPS. Isto significou mais precisamente que, apesar do repasse de recursos inicial, vários obstáculos político-administrativos ainda precisariam ser removidos para que o processo de descentralização produzisse efeitos mais concretos. Nesse sentido, o elemento mais frágil do processo dizia respeito à forma de repasse de recursos e transferência das atribuições que apoiava-se num instrumento jurídico limitado e de fácil reversibilidade: os convênios.

Finalmente, a própria inoperância das organizações estaduais e locais de saúde, elas próprias necessitando de uma reestruturação profunda para conseguir assumir o papel de gestoras dos SUDS, completava o quadro de obstáculos mais urgentes a superar. A influência política de determinados governos estaduais e, dentro deles, das secretarias de saúde, parece ter sido decisiva dada a instabilidade das relações do governo federal (leia-se Presidência da República) com a esfera estadual de governo.

O término dos trabalhos constituintes e a aprovação da nova Carta Constitucional —onde aparece de forma inquestionável que as ações de atenção à saúde são parte integrante de um sistema único (sem dicotomia entre ações preventivas e curativas ou

de recuperação), descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, com rede regionalizada e hierarquizada — também auxilia a desmontar as resistências. A partir desse momento, as discussões colocam-se, em outro nível. Trata-se agora de definir como unificar o nível federal, quais as atribuições de cada esfera de governo, quais as fontes de recurso e as formas e critérios de distribuição, etc. É dentro desse novo contexto que se inicia uma outra etapa de implantação do novo Sistema.

a) *Primeira avaliação do novo sistema*

Como era esperado de um processo de mudança com as características do ocorrido no setor saúde, a implantação do SUDS nas diferentes unidades da federação foi extremamente diferenciada. Apesar disso, existem um conjunto de características comuns que merecem destaque, englobando tanto pontos positivos decorrentes desse processo, quanto problemas que devem ser superados para que a transformação do padrão de intervenção estatal possa avançar, no sentido da obtenção de maior efetividade social.

Os problemas principais são:

i) **Estruturação de um novo Modelo Assistencial.** Talvez esse seja o ponto mais controverso desse processo como um todo e onde os avanços sejam menos visíveis até o momento. A dicotomia preventivo/curativo ainda não parece ter sido superada e o enfrentamento entre as lógicas assistenciais distintas do INAMPS e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde encontra-se presente em todos os estados da federação. Prova disso, foi a tendência observada nos encontros regionais de avaliação onde a preocupação predominante era a da necessidade de definir ou explicitar um modelo, simultaneamente ao estabelecimento de processos de intercâmbio de experiências.

ii) **Unidades de Prestação de Serviços.** Em relação a essa questão, surge uma diretriz que de certa forma estava já presente nas discussões anteriores ao processo de descentralização: a necessidade, de ampliar a autonomia administrativa e operacional das unidades prestadoras de serviço. Observa-se, também, uma preocupação em adequar as unidades assistenciais ao "modelo assistencial" julgado mais conveniente, independente de seu conteúdo ainda parecer nebuloso. Tal prática tem redundado em ampliações, reequipamento, novas construções, alterações de bases tecnológicas da rede e formas de articulação das medidas de prevenção com as de cura, as mais diversas e que se encontram em estágio muito distinto de concretização.

iii) **Natureza e alcance das vigilâncias.** Surge a necessidade de ampliar o enfoque e o âmbito das ações tradicionais de vigilância, incluindo doenças crônico-degenerativas, causas externas e meio ambiente. Além disso, as questões que preocupam os gestores dizem respeito à necessidade de descentralizar as atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, obedecendo as peculiaridades de cada estado, e a estimular o nível local para a formação de recursos humanos nessa área.

iv) **Relações entre as redes pública e privada.** Em princípio e no atual estágio do processo, o setor privado é considerado essencial, dada sua capacidade instalada.

Procura-se, no entanto, identificar qual é a necessidade real de sua utilização dentro do sistema para viabilizar os contratos e convênios. O maior obstáculo para que isso ocorra é a necessidade de organização e funcionamento, em níveis razoáveis, da rede pública, condição fundamental para o redimensionamento do sistema de atendimento em seu conjunto. Além disso, as definições dos fluxos de encaminhamento e dos mecanismos de avaliação e controle dos prestadores privados, ainda pouco operantes, é fator de preocupação. Até mesmo as iniciativas de transformar o setor filantrópico no parceiro preferencial do setor público parecem problemáticas, devido às várias indefinições, de nível operacional e financeiro, que o processo de descentralização atravessa.

v) **Medicamentos e outros insumos.** Descentralizar recursos para aquisição, por exemplo, é uma das necessidades mais sentidas. A reivindicação, nesse caso, é de descentralização da Central de Medicamentos (MS), porém mantendo-se como órgão formulador da política nacional de medicamentos.

vi) **Recursos Humanos.** O profissional é considerado como peça fundamental para a transformação efetiva do padrão de política prevalecente. Parece ser consenso que maiores salários e maiores níveis de treinamento são condições necessárias, mas não suficientes para sua integração real no processo de transformação em curso. Nesse sentido, constituem problemas principais: a centralização da lógica assistencial ainda no profissional médico; a tensão permanente entre a lógica técnica e a lógica política na nomeação de cargos diretivos de diferentes níveis; a inexistência de carreiras e planos de cargos e salários unificados, o que é por sua vez problematizado pelo fato de que inexistem clareza sobre a forma legal de unificação, e até mesmo de transferência de pessoal entre níveis de governo; a inexistência de recursos humanos com o perfil adequado à nova realidade setorial; falta de integração com o aparelho formador o que impossibilita discutir a adequação da formação às necessidades; dificuldade de fixação dos profissionais médicos em determinadas regiões do país.

vii) **Sistema de Informações.** A fragilidade dos sistemas existentes constitui outro ponto de dificuldade para os gestores. A sua desarticulação e pouca adequação para a atividade de planejamento, a nível regional e local, são um empecilho que deve ser superado prioritariamente na continuidade do processo.

viii) **Mecanismos de Avaliação e Controle.** Sua relativa inoperância é uma decorrência direta da fragilidade e pouca adequação dos sistemas de informação existentes. As tentativas em curso nos diferentes estados encontram-se ainda na etapa de procurar fundir os mecanismos existentes a nível da assistência médica previdenciária com os das esferas estaduais. Tal fusão é controversa. Existem estados que procuram adotar o que existe, e a partir daí iniciar um processo de aperfeiçoamento. Outros, denunciando vícios de origem especialmente nos sistemas originários do INAMPS, procuram elaborar mecanismos inteiramente novos.

ix) **Financiamento do Sistema.** O financiamento do sistema é a maior preocupação dos gestores no atual momento, dadas as dificuldades observadas nas transferências de recursos aos Estados, pelo INAMPS, em decorrência dos problemas financeiros da Previdência Social, em 1989/90. O problema financeiro envolve três questões:

1) formas de obtenção de um maior volume de recursos; 2) definição de critérios e mecanismos de transferência de recursos automáticos e negociações de forma explícita e em legislação, eliminando-se a figura dos convênios; 3) criação de fundos estaduais e municipais como forma de gestão dos recursos, de modo a evitar o dispêndio em outros setores e agilizar a aplicação. Além disso, e no curtíssimo prazo, constitui entrave para todos os gestores a multiplicidade de critérios de prestação de contas dos recursos repassados, os constantes atrasos, a desatualização do valor financeiro dos repasses em uma conjuntura de aceleração inflacionária.

x) **Organização a nível estadual e municipal.** É ponto consensual a necessidade de redefinição do espaço de atuação estadual. A adequação da nova estrutura estadual, face ao modelo assistencial, também é consensual, ainda que a ambiguidade ou falta de definição quanto a este último permaneça, como já foi citado. A questão da regionalização no interior de cada unidade da federação é motivo de controvérsia. Para alguns, ela é base para o processo de municipalização, enquanto para outros esta última prescinde a primeira. A municipalização é vista por todos como estratégica na transformação da política de saúde. No entanto, e de forma equivalente à questão do modelo assistencial, a discordância acerca do que ela significa operacionalmente é intensa. Procura-se demonstrar que o poder se concentrou nas mãos dos secretários estaduais, que se tornaram os responsáveis pelo repasse dos recursos previdenciários para as esferas locais. Tal processo estaria obstaculizando a obtenção de maior autonomia do poder local na formulação de uma política adequada às necessidades específicas da população adstrita a cada município. Estratégias a parte, como é citado em um relatório de avaliação (Fundap, 1989), a municipalização implica na explicitação de novos papéis para o nível estadual, o que as experiências em curso demonstram que ainda não está claro. Nesse sentido, o que não está claro é exatamente qual é o modelo assistencial, e qual o papel dos três níveis de governo na sua viabilização mais eficaz. Nesse sentido, a questão da distritalização também é controversa, avançando aqui e acolá, mas carecendo de uma discussão acerca de sua natureza que, entre outras, separe suas funções de natureza epidemiológico-assistencial das de cunho administrativo, sem prejuízo da eficácia da rede.

xi) **Mecanismos de Participação Popular.** Ampliar os canais de participação, dando-lhes conteúdo efetivo parece ser o saldo de experiência da descentralização, no que diz respeito à questão do controle social. Essa seria a única forma de alterar o curso do problema mais geral do controle público no Brasil. Vários problemas acumulam-se nesse campo, indo desde a necessidade de se definir e esclarecer o que é, e qual o papel do controle social e da participação, até a obrigação de ampliar o acesso às informações dos públicos-alvo e da opinião pública em geral. Nesse amplo espectro de problemas, ocupa lugar de destaque o papel que os mecanismos colegiados atualmente existentes deveriam ter, e quais outros e com que natureza deveriam ser criados.

A despeito desse conjunto de problemas e da inexistência de uma avaliação do processo baseada em dados quantitativos e qualitativos mais rigoroso, a opinião dos gestores é francamente positiva quanto aos benefícios da descentralização. Destacam-se alguns aspectos:

- i) maior racionalização do uso de recursos em relação à situação centralizada, levando a uma melhoria no nível de prestação de serviços, sinalizada pela ampliação de quantidade em alguns estados e de qualidade em outros;
- ii) maior viabilidade de implantação de mecanismos de planejamento, avaliação e controle face à gestão única em cada nível de governo;
- iii) reorientação da aplicação de recursos ambulatoriais, da rede privada para a pública que é hegemônica, demonstrando maior racionalidade na aplicação dos mesmos;
- iv) início de um processo de recuperação da rede pública, permitindo a incorporação de novos serviços necessários à assistência integral à saúde;
- v) maior racionalização da compra de serviços, face a descentralização do poder de compra do setor privado para os estados, inclusive na área hospitalar, permitindo o direcionamento dos pacientes para as "portas de entradas" ambulatoriais públicas do sistema, com melhora da integralidade do atendimento e economia de recursos;
- vi) diminuição do caráter clientelista do acesso aos serviços e da maximização de interesses particulares de burocratas e empresários na compra de serviços complementares ao setor privado;
- vii) aumento da capacidade de resolutividade da rede, explicitação de demanda reprimida, diminuição das duplicidades e possibilidade de repensar as formas de gerência da rede, através de uma lógica de atenção integral, regionalizada e hierarquizada;
- viii) incentivo à desconcentração da gerência dos serviços de nível estadual e descentralização com o processo de municipalização, que a despeito de dificuldades avança em todos os estados, com melhoria gerencial relativa das instâncias operacionais no primeiro nível e pressão para a capacitação técnica e administrativa no segundo;
- ix) abertura de novos canais de participação do usuário e de controle social, no nível estadual e local, através dos Conselhos de Saúde.

III. ESTRATÉGIAS DE AÇÃO, CONFLITOS E INTERESSES NA REFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE³⁹

Introdução

Este capítulo tem por objetivo mapear a matriz de conflitos e as principais estratégias de ação dos atores envolvidos no processo de reforma da política de saúde no Brasil, com base em entrevistas,⁴⁰ assim como descrever as alternativas presentes no debate atual. Contextualizado, num período de profundas transformações político-institucionais e de crise econômica, como já assinalado nos capítulos anteriores, tal processo pode ser dividido em dois momentos principais: a) a formulação e implantação da reforma; b) os impasses atuais de sua implementação e as alternativas em jogo.

Ambos os momentos são atravessados por distintas dinâmicas envolvendo os atores vinculados ao processo. No sentido de procurar reconstituir esta dinâmica, optou-se por analisar esses dois momentos, segundo a lógica de atuação estratégica dos atores governamentais e não-governamentais, ligados à reforma do sistema de saúde, assim distribuídos: a) Executivo federal e conflitos inter-burocráticos; b) Executivos estaduais e municipais; c) Legislativo federal e grupos parlamentares; d) Associações profissionais e sindicatos; e) Elite médico-universitária; f) Movimento sanitarista; g) Representantes do setor Privado Hospitalar; h) Medicina de grupo; i) Seguros Privados de Saúde; j) Cooperativas Médicas; k) Os Conselhos: Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

No caso da reforma da política de saúde, procurou-se privilegiar aqueles atores⁴¹ que cumprem funções principais tanto no plano intelectual quanto no do poder, de modo a identificar os conflitos de interesses e o grupo que assume papel hegemônico no processo de reforma, bem como as interações (e novas alianças) que se estabelecem na sua implantação. Como se sabe, ao definir uma verdadeira reestruturação do modo de funcionamento do sistema de saúde e da própria concepção do modelo assistencial, calçado no princípio do direito universal da cidadania, a reforma colocou em movimento uma nova relação Estado/sociedade, público/privado, com reflexos importantes nas formas de representação e dos recursos políticos, institucionais e sociais que afetam as estratégias de ação dos atores.

Com relação ao primeiro momento —da formulação e implantação da reforma— procurar-se-á examinar, a partir da visão dos atores entrevistados, as seguintes questões: a incorporação da reforma à agenda do governo da Nova República; grau de influência dos assessores técnicos do governo; conflitos inter-burocráticos e disputa de poder entre Ministério da Saúde (MS)/o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e, posteriormente, as disputas intra-burocráticas entre o Ministério da Saúde e INAMPS;

atitudes do setor privado (prestador de serviços de saúde) frente à reforma; papel dos grupos de poder estratégicos e a formação de uma coalização reformista; comportamento da burocracia ante à reforma; comportamento dos parlamentares ante a reforma, no processo constituinte; em que medida a regulamentação da reforma se dispersa no tempo; grupos potencialmente prejudicados e/ou beneficiados pela reforma e grau de participação na sua implementação.

No que se refere ao segundo momento —impasses atuais da implementação da reforma e novas alternativas em jogo— procurar-se-á identificar os principais entraves à implementação do SUS, de acordo com a avaliação dos atores entrevistados, e a matriz de conflito que vem influenciando a agenda de debates sobre as alternativas futuras do Sistema Único de Saúde.

1. Formulação e implantação da reforma

É consensual entre os diferentes atores ligados à política de saúde brasileira e à reforma do sistema, a idéia de que a construção do referencial do novo modelo foi fruto, sobretudo, do debate e das ações estratégicas desempenhadas por profissionais que atuam no setor público, intelectuais, professores universitários, membros de sindicatos de trabalhadores, de associações profissionais e dos movimentos populares de saúde, que surgem nos grandes centros urbanos.

Lideradas pelo movimento sanitarista, essas forças sociais organizadas encontraram terreno propício à difusão de suas propostas inspiradas na Reforma Sanitária Italiana. No contexto de democratização, passam a ocupar espaços decisivos em estruturas estatais da esfera federal, secretarias estaduais e municipais de saúde, desde o início dos anos 80. Alguns quadros importantes do movimento sanitarista já nos anos 70, atuavam como técnicos do Ministério da Saúde e do IPEA, mas só no início da década de 80, alguns deles passam a ocupar postos no INAMPS, ampliando seu espaço político.

Com a eleição direta dos governadores em 82, a intensa mobilização em torno do resgate da dívida social, o exemplo de bem-sucedidas experiências municipais na área da saúde,⁴² o apoio dos partidos progressistas, esse movimento ganha contornos extremamente favoráveis no governo da Nova República. Ao contrário do setor educação, o campo do debate entre as esquerdas, no setor saúde, se homogeneiza estabelecendo um consenso acerca dos princípios básicos norteadores da reforma.

É verdade que com o agravamento da crise financeira da Previdência Social, no final dos anos 70, e seus impactos na transformação do sistema de saúde —como a criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde do Sistema de Previdência Social/CONASP, o qual impulsiona a reorientação dos serviços através do Programa de Ações Integradas de Saúde/AIS — são dados os primeiros passos facilitadores do processo de reforma.

Mas é somente na Nova República que estarão dadas as condições político-institucionais para a efetiva formulação da Reforma do sistema. Desde a formação do

governo Tancredo Neves, todas as propostas —plano COPAG, documento das secretarias estaduais de saúde, Documento CEBES/ABRASCO, documento do PMDB— já falavam da reestruturação do sistema. De outro lado, a constituição do ministério do governo de transição, no primeiro momento, parecia refletir um pacto oculto entre as diferentes forças da Aliança Democrática: garantir aos setores progressistas, o comando da área social, e aos conservadores a hegemonia na condução da política econômica.

No setor saúde, desde o início do governo Sarney, surgem tensões entre a direção do Ministério da Saúde e a do Ministério da Previdência e Assistência Social em torno do encaminhamento da reforma.⁴³ Dois eixos principais norteavam o debate: a questão da estatização do sistema e o debate organizacional a respeito da reestruturação do modelo assistencial com vistas à unificação administrativa das ações preventivas (MS) e curativas (INAMPS). De um lado, o grupo reformista, representado pela ABRASCO, na direção do INAMPS/MPAS, defendia a reestruturação do sistema de saúde privilegiando o papel do setor público e, no plano organizacional, a unificação administrativa no Ministério da Previdência. Esse grupo junta-se ao bloco dos economistas defensores do conceito de "Seguridade Social" com Orçamento Social único num só ministério —"do Bem-Estar Social"— dividido em três departamentos: previdência, saúde e assistência social. De outro, o grupo mais à esquerda vinculado ao CEBES, então com poder político no MS, defendia a estatização do sistema e a unificação organizacional, no Ministério da Saúde.

Com efeito, até o advento da Nova República era tênue a divisão CEBES X ABRASCO no interior do movimento sanitário. Divergências maiores ocorriam no interior do movimento sindical, especialmente na disputa corporativa contrária à universalização com recursos do INAMPS, defendendo a "previdência para os previdenciários". De qualquer forma, para dirimir os conflitos inter-burocráticos no interior do aparelho de Estado, foi proposta a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde visando promover uma ampla discussão sobre a reforma do sistema. Concretizada em março de 1986, a VIII Conferência⁴⁴ reúne mais de 5 000 representantes de todos os segmentos da sociedade civil, legitimando as profundas transformações propugnadas pela "Reforma Sanitária"⁴⁵ que darão as diretrizes do capítulo sobre seguridade social e saúde da nova Constituição Federal de 1988. Entre essas, destacam-se:

- a) o reconhecimento da saúde como direito da cidadania e dever do Estado, rompendo a distinção previdenciários X não-segurados, com a garantia da universalização;
- b) a definição de que a saúde será financiada pelo Estado, nos seus três níveis, e pelo conjunto da sociedade;
- c) a relevância pública dos serviços de saúde integrados, regionalizados e descentralizados numa rede coordenada pelo Estado, sob comando único em cada esfera —federal, estadual e municipal— e, com o papel suplementar do setor privado na oferta;
- d) a participação da comunidade na gestão e controle do sistema, através de conselhos paritários organizados em cada nível de governo;
- e) a atenção integral como base do modelo assistencial, com prioridade às ações preventivas, o que implica na integração das atividades preventivas e curativas numa mesma estrutura organizacional.

Em seguida, constituiu-se a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), em setembro de 1986, constituída por representantes das três esferas de governo, centrais sindicais de trabalhadores urbanos e rurais, confederações patronais, associações de moradores, setor hospitalar privado lucrativo e filantrópico, Federação Nacional dos Médicos, movimento sanitário e parlamentares. Concluídos em março de 1987, os trabalhos da CNRS aprofundam as diretrizes aprovadas na VIII Conferência, detalhando todos os aspectos —institucionais, organizacionais, tecnológicos e financeiros da Reforma Sanitária, proposta para a Nova Constituição, defendendo a criação do SUS e a unificação da estrutura administrativa no Ministério da Saúde.

Deve-se salientar uma diferença básica entre as propostas aprovadas na VIII Conferência e aquelas resultantes da Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Na primeira, não houve consenso em relação à participação do setor privado no sistema, prevendo-se sua participação complementar durante a transição do modelo que deveria ser progressivamente estatizado. A concepção de gestão descentralizada trazia embutida a idéia de um sistema estatal único e nacional. Na CNRS, de outro lado, trabalhou-se em outra perspectiva, com a participação mais ativa do setor privado, especialmente das Misericórdias, convergindo-se para a idéia de um sistema predominantemente público mas articulado ao privado. Introduce-se a questão da autonomia de estados e municípios, que deveria ser respeitada pelo Sistema Único descentralizado.

Paralelamente, inicia-se a implantação do SUDS, em 1987, pelo INAMPS/MPAS, cujo objetivo de descentralização dos serviços, fortalece o apoio à reforma dos governadores e secretários estaduais de saúde. Essa etapa de transição do sistema visava, principalmente, alterar a estrutura do INAMPS, promovendo sua fusão com as secretarias estaduais⁴⁶ e deslocar certos recursos de poder utilizados pelos deputados federais, como nomeações, credenciamentos e convênios do setor de assistência à saúde para os governos estaduais, segundo critérios normativos e técnicos fiscalizados pelas Comissões interinstitucionais. Pretendia-se, com essa estratégia, a retirada progressiva do INAMPS da prestação direta de serviços, o aumento do controle sobre as fraudes e o reforço das decisões colegiadas ao nível dos estados; a diminuição dos recursos repassados ao setor privado e incremento dos aportes a estados e municípios; o aperfeiçoamento dos mecanismos de planejamento integrado, o privilegiamento das instituições filantrópicas como parceiras do setor público e o enfraquecimento do setor privado lucrativo contratado. No plano político, essa estratégia foi sustentada por um conjunto de forças: a direção do MPAS, o movimento sanitário, governadores, secretários de saúde, sindicatos médicos e a elite médica universitária.

Com a implementação do SUDS, surgem fortes resistências da tradicional burocracia previdenciária e do setor privado hospitalar aliado ao Centrão,⁴⁷ contra a fusão do INAMPS, conformando um grupo de pressão que reivindica a recomposição das estruturas regionais daquele órgão. Em meados de 88, com a vitória desse grupo, reorganizam-se os escritórios regionais, mesmo nos estados onde já havia ocorrido a fusão, acirrando-se os conflitos entre eles e as secretarias estaduais de saúde. Aquece-se novamente o conflito entre a nova direção do INAMPS, apoiada pelo setor privado, versus Ministério da Saúde e versus sanitaristas, críticos do SUDS nessa etapa.

De toda forma, na Constituinte vence a proposta reformista. Pode-se dizer que no processo constituinte surgiram três posições distintas a respeito da reforma sanitária: i) a coalizão reformista, que unifica setores do movimento sanitário em aliança com setores progressistas do Legislativo (parlamentares do PMDB, PT, PSDB, PCB, PC do B e PDT) apoiados por sindicatos dos setores assalariados e pela Federação Nacional dos Médicos, em defesa do SUS; ii) o setor privado hospitalar, apoiado pela direção da AMB, com forte lobby organizado junto ao Centrão, defendendo a continuidade do modelo anterior, a extinção das AIH's, a introdução da livre-escolha acompanhada do relaxamento dos mecanismos de regulação do Estado, sem abrir mão do financiamento com recursos públicos; iii) os seguros privados e a medicina de grupo que, embora apoiassem o projeto do setor privado hospitalar, conformavam um grupo de interesse mais preocupado em manter sua liberdade de ação protegida de qualquer forma de regulação estatal, portanto também vitoriosos na nova Constituição, que garante sua total autonomia.

Dois temas principais dividiram os segmentos que apoiaram a coalizão reformista: a discussão do conceito de seguridade social, com suas implicações administrativas e financeiras na operacionalização integrada das três áreas (previdência, saúde e assistência social), proposta defendida no texto constitucional pela Comissão de Ordem Social, e o debate quanto à necessidade de o Sistema Único de Saúde ter sua fonte própria de financiamento, defendido por sanitaristas na sub-comissão de saúde, ao longo do processo Constituinte. Ambas as propostas tinham a oposição do setor privado.

A implantação do SUS, no plano político-institucional, dá-se após a elaboração das Constituições estaduais e Leis Orgânicas Municipais, que tenderam a reproduzir os dispositivos da Constituição de 88, com algumas variações regionais. Simultaneamente, processa-se a elaboração da Lei Orgânica de Saúde, no Legislativo Federal. Como divergências internas entre o MS e o MPAS retardassem a apresentação de um projeto de lei do Executivo, foram debatidos três projetos oriundos do Legislativo.⁴⁸ Mais organizados do que no momento da Constituinte, manifestam-se agora vários "lobbies" do setor privado,⁴⁹ interesses corporativos das burocracias previdenciárias e da Saúde, hospitais universitários, etc. Embora os princípios constitucionais tenham sido incorporados à lei 8080 de 19 de setembro de 1990, nela estão ausentes mecanismos reguladores tanto do setor privado supletivo como dos produtores de insumos e alta tecnologia. Além disso, os vetos presidenciais atingiram pontos fundamentais previstos na Reforma Sanitária, especialmente a questão dos conselhos e da transferência automática de recursos a estados e municípios, uma vez que foram mantidos os convênios.

É verdade que a Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 —fruto de um acordo entre lideranças partidárias do Congresso e o Governo, negociado após intensas reivindicações da Plenária de Saúde organizada por entidades da sociedade civil— altera alguns dispositivos da lei 8080, assegurando mecanismos automáticos de repasses, o caráter paritário dos Conselhos e as condições para municípios e estados receberem os recursos federais (implantação dos conselhos, do fundo de saúde, elaboração do plano de saúde, planos de cargos e salários, contrapartida de recursos e relatórios de gestão). No entanto, em janeiro de 1991, as portarias e Norma Operacional do Ministério da Saúde

restituem os convênios como base jurídica das transferências e os repasses diretos para municípios e setor privado.⁵⁰

A estratégia de (re) centralização do poder decisório na esfera federal e de fortalecimento do INAMPS torna-se clara a partir daí. No plano institucional, estava pronto o novo arcabouço jurídico para a implementação da reforma; na prática, sua execução passa por entraves operacionais que ferem os objetivos previstos originalmente. Na verdade, a reforma do INAMPS, no governo Sarney,⁵¹ desarticulou o setor privado hospitalar contratado, estimulando a expansão dos seguros privados e planos de assistência médica, que crescem sobretudo a partir de 1987. Com o fortalecimento do INAMPS no governo Collor, a articulação direta do governo central com os municípios visa, de um lado, compor uma base de sustentação política, e de outro, esvaziar o nível estadual. Ao mesmo tempo, a centralização decisória e financeira na esfera federal permite a rearticulação do setor privado junto ao INAMPS.

Não por acaso, nas palavras de um árduo defensor da reforma: (...) "O SUS é uma realidade claudicante, menos pela proposta do que pela execução. Vencemos a batalha e não levamos. O SUS é ainda um desafio".⁵² Mais radicais, algumas lideranças do movimento sanitário consideram que a vitória do modelo SUDS/SUS deveu-se à ausência de forças políticas capazes de sustentar um projeto conseqüente de Reforma Sanitária, entendido como uma Reforma da Saúde capaz de dar conta da heterogeneidade e gravidade do processo de transição epidemiológica em curso no país, vale dizer uma Reforma onde a questão da saúde e da qualidade dos serviços —e não apenas o acesso sem critério a serviços de saúde—fosse prioritária".⁵³

2. Entraves e alternativas ao SUS

Entre os principais entraves, assinalados pelos atores entrevistados, destacam-se: a insuficiência de recursos financeiros; problemas organizacionais e de gestão; conflitos de interesses entre o setor privado e o setor público; disputas inter-burocráticas, nas diferentes esferas de governo. Obviamente, cada um dos temas é tratado de maneira distinta pelos atores implicados na reforma. Vejamos seus discursos e projetos.

No âmbito do executivo federal, a questão do financiamento, a insuficiência de recursos humanos, inexistência de um plano de cargos e salários, as dificuldades de integração da burocracia do INAMPS ao MS por serem culturas diferentes, e as resistências dos estados e municípios em participar de forma mais ativa no financiamento, são os principais entraves do SUS. Há consenso entre a direção do Ministério da Saúde e a do INAMPS quanto à necessidade urgente de definir as fontes de financiamento do SUS, dado que a lei não previu recursos novos e que a expansão imediata do acesso aos serviços congestionou a capacidade de pagamento da oferta.⁵⁴ A participação dos estados e municípios no financiamento é ainda lenta e bastante diferenciada regionalmente, com tendência ao maior crescimento da participação dos municípios do que dos estados. Há também consenso quanto à garantia do direito universal à saúde pelo Estado; dificuldade de se pensar mecanismos moderadores ou algum tipo de focalização, tratando-se antes de aumentar os recursos dos três níveis e da comunidade no financiamento, procurar

reduzir "espontaneamente a demanda sem reduzir os direitos"; racionalizar os gastos e as indicações de procedimentos de alto custo; definir centros de excelência com condições clínicas e de pesquisa; e fiscalizar melhor o setor privado.

Como alternativas à crise atual, foram sugeridas: promover uma ampla discussão sobre as possibilidades de pagamento pelos segmentos de renda mais alta; criar incentivos (abatimento no imposto de renda), mas mantendo a contribuição obrigatória ao INSS para todas as faixas de renda; promover uma descentralização radical, administrativa e financeira; definir mecanismos diferenciados de repasses para os estados mais pobres, através da criação de uma Caixa de Compensação na esfera federal; garantir o controle social através dos Conselhos em todos os níveis; normatizar a atuação do segmento supletivo, medicina de grupo e seguros privados; e, por fim, extinguir a tabela única nacional de preços pagos pelo INAMPS, obedecendo as variações regionais do gasto em saúde, segundo critérios diferenciados.

No plano da gestão nacional do SUS, a atuação dos Conselhos — Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) — expressa a grande novidade no processo de democratização do sistema. Segundo os entrevistados, o CNS, implantado em abril de 1991, só agora começa a desempenhar seu papel, devido aos antagonismos entre o Ministro da Saúde e o Conselho, no início de sua atuação. De outra parte, CONASS e CONASEMS, têm atuado de forma mais ativa nas decisões do setor saúde. Contudo, representantes dos três conselhos consideram as alterações na gestão do sistema, como uma das mudanças mais radicais em relação ao padrão anterior. Primeiro, porque quebrou-se a lógica do acesso restrito às estruturas de poder, pelo setor privado hegemônico. Segundo, porque através dos conselhos também se quebrou o "cunho ideológico —partidário monopolizado pelo movimento sanitarista", no setor saúde, uma vez que a pluralidade de representação garante voz a todas as tendências partidárias.

Os principais entraves ao SUS, na avaliação de representantes do CONASS e CONASEMS, resumem-se aos seguintes pontos:

a) em decorrência do "sucateamento do SUS", resultante de uma estratégia federal formulada acima do Ministério da Saúde, vem se afirmando o novo desenho neo-liberal do sistema. Ou seja, investe-se na perda de qualidade e efetividade do sub-sistema público, provocando a expulsão das classes médias em direção aos planos privados de assistência, processo que expressa uma focalização perversa, dado que 40% dos recursos SUS destinam-se aos procedimentos de alto custo —que representam 3% do total de atendimentos, clientela majoritariamente (cerca de 80%) coberta pelo setor privado supletivo.

b) o processo de municipalização, já em curso em 645 municípios do país, tem sido obstaculizado pelo sucateamento dos hospitais públicos e filantrópicos, o que dificulta acordos entre prefeituras e Santas Casas necessários à consolidação do sistema.

c) falta decisão política para implementar de fato a Lei Orgânica de Saúde e promover a descentralização radical do sistema, mediante a definição de critérios automáticos de repasses.

d) a indefinição de recursos para o setor saúde limita o avanço do SUS, na medida em que o governo federal tem desviado recursos destinados ao setor saúde para outros fins.⁵³

e) por fim, algumas divergências dividem as opiniões do CONASS e do CONASEMS a respeito dos critérios de repasses federais a estados e municípios. Para o primeiro, é urgente a revisão das portarias e Norma Operacional do SUS (de janeiro de 91), no sentido de que os recursos para investimentos transferidos a municípios sejam aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde, a fim de que as secretarias estaduais exerçam sua função de coordenação estadual do SUS, fiscalizando a aplicação dos aportes financeiros de acordo com os planos municipais de saúde e a programação anual. Para o segundo, os repasses diretos aos municípios devem ser mantidos, embora reconheça o papel de coordenação do nível estadual.

Com as alternativas à crise, CONASS e CONASEMS propõem basicamente que se cumpra a Lei Orgânica de Saúde, garantindo a universalização dos direitos via aprofundamento da descentralização, do grau de controle social, expansão de recursos orçamentários alocados em saúde das três esferas de governo (no mínimo de 10 a 15% dos orçamentos de cada nível), definição de mecanismos automáticos de repasses para evitar o clientelismo das transferências negociadas e realização imediata da IX Conferência Nacional de Saúde, da qual resultará um "Pacto de metas prioritárias" para o setor, como fruto do debate entre todos os segmentos.

Na verdade, a Lei Orgânica de Saúde rompia com as transferências negociadas, ao estabelecer mecanismos automáticos de repasses —50% dos recursos segundo critérios populacionais e 50% de acordo com critérios técnicos. Com a promulgação da lei, a instituição do repasse mediante critério populacional é automática. Não obstante, ao não regulamentar os critérios técnicos, o governo federal estabelece o pagamento por produção, através da Norma Operacional do MS de janeiro de 91, o que estimula ações curativas e induz ao produtivismo sem controle, totalmente em desacordo com a lei. Além disso, ao reservar para si o Pró-Saúde, o MS passa a negociar recursos de investimento caso a caso, com toda sorte de interferências políticas, deixando a negociação dos recursos de custeio para as secretarias estaduais e municipais, que passam a administrar os confrontos cotidianos do sistema e não têm capacidade de realocar recursos para outras atividades, que não a prestação de serviços de assistência médica.

No âmbito do Legislativo federal, parlamentares que participaram das Comissões de Saúde e Ordem Social, no processo constituinte, e da elaboração da Lei Orgânica de Saúde, destacam como principais entraves ao SUS: falta de empenho do Executivo no cumprimento da lei; insuficiência de recursos financeiros, excessiva ingerência política na gestão, em todos os níveis de governo; prefeiturização dos conselhos e baixo grau de controle social; visão setorializada da Lei Orgânica de Saúde, sem contemplar a idéia de que saúde deve estar articulada ao conceito de seguridade social; a não criação dos Fundos de Saúde, nos três níveis (federal, estadual e municipal) que deveriam absorver a função de repassador de recursos, ainda centralizada no INAMPS. Considerando irreversível a implementação do SUS, propõe-se como estratégia para sua consolidação: a criação dos fundos, que estabelecerão condições para o progressivo desaparecimento do INAMPS; a implantação de consórcios ou distritos sanitários abrangendo vários municí-

pios com perfil sanitário e sócio-econômico semelhante, de modo a permitir a micro-regionalização do planejamento do modelo de atenção integral hierarquizado; a luta cotidiana de todos os envolvidos — poder público, profissionais da saúde, usuários — no processo de "revolução cultural" exigida pelo SUS, construindo uma nova solidariedade com base nos direitos universais da cidadania.

Opositores das propostas de privatização, pois consideram saúde responsabilidade básica do Estado, os entrevistados defendem a participação do setor privado para complementar os serviços públicos e a possibilidade que os segmentos de maior renda optem por planos privados de assistência, desde que mantida a contribuição compulsória à seguridade por todas as faixas de renda.

No interior do movimento sanitário, os reformistas consideram a não reestruturação interna do Ministério da Saúde — que mantém suas estruturas centralizadas e concentra o poder decisório⁵⁶ e o excesso de corporativismo do pessoal da saúde, como os principais entraves do SUS, ao lado da questão de financiamento. Como o segmento privado supletivo é hoje hegemônico, e não mais a FENAES e a FBH, trata-se sobretudo de regulamentar aquele segmento, dado o caráter excludente dos planos e seguros privados que atingem clientela muito seletivas sem cobrir os procedimentos de alto custo, preponderantemente cobertos com recursos públicos. Apesar disso, com o processo de municipalização melhorou a cobertura, a percepção dos usuários quanto ao seu papel na fiscalização do sistema, o grau de participação dos municípios no financiamento. No Estado de São Paulo, por exemplo, a participação relativa dos municípios no setor saúde pula de 5.65% em 1980, para 23.83% em 1990; a do Estado passa de 22.82% para 37.94%, enquanto a do INAMPS cai de 71.53% para 38.23%, no mesmo período.

Como alternativas ao SUS, os reformistas propõem retomar a idéia de descentralização com programação e orçamentação conjunta, mediante transferências de recursos técnicos e financeiros para estados e municípios; discutir a implantação do Distrito Sanitário que envolve uma nova relação médico/paciente; incentivar a melhoria do estado de saúde da população, através de medidas que premiem os Distritos Sanitários com melhor desempenho; eliminar o pagamento por produção; investir na formação de recursos humanos; definir um plano de cargos e salários que contemple salários diferenciados para os distritos que lograrem melhores índices de saúde; estimular o efetivo funcionamento dos conselhos na fiscalização do SUS; e, por fim, retomar a discussão sobre a criação de um ministério único da seguridade social, englobando Previdência, Saúde e Assistência Social.

Compartilhando muitas das críticas e teses propostas pelos reformistas, os sanitários mais radicais reivindicam a definição de um orçamento próprio para a saúde, com especificidades de receita; a manutenção do MS; a constituição do Fundo Nacional de Saúde e a implementação da Lei Orgânica.

Entre as entidades representativas da categoria médica, a Federação Nacional dos Médicos (FENAM), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB), são unânimes em apontar a questão do financiamento, atrasos nos repasses, o baixo grau de participação nos conselhos e sua manipulação política pelos

prefeitos e a indefinição de uma política de recursos humanos, como os principais entraves do SUS, sendo consensual o apoio ao modelo universal, descentralizado e hierarquizado implantado pela constituição. AMB e CFM propõem a definição urgente de recursos específicos para a Saúde, nos três níveis de governo e a criação dos fundos. A FNM defende a criação de um imposto único para a área de saúde; a formulação de uma política nacional de recursos humanos com base na isonomia salarial; critica os repasses por produção; e considera como o principal entrave ao SUS a postura da maioria dos sindicatos de trabalhadores que reivindicam planos de assistência médica ofertados pela medicina de grupo e cooperativas médicas nas pautas de negociação coletiva, recusando-se a lutar pela "saúde como um direito". Filiada à CUT, a FNM vem discutindo a necessidade de redefinir a composição dos conselhos de saúde, em todos os níveis, com vistas a aumentar a participação proporcional dos trabalhadores sindicalizados,⁵⁷ no controle social do SUS. Para o CFM, o problema do gerenciamento do SUS, só se resolverá com a extinção do INAMPS, para acabar com a duplicidade de comando, disputas intraburocráticas e utilização política dos cargos e credenciamentos. Já a AMB, que defende a centralização de recursos na esfera federal, propõe como alternativa a introdução do fator moderador, garantido um teto, para melhorar o controle do usuário sobre o SUS.

Em relação às elites médicas, ligadas aos hospitais universitários e centros de pesquisa, critica-se a excessiva politização do SUS, a "prefeiturização" dos conselhos, e os equívocos no tratamento homogêneo preventivo/curativo. A medicina preventiva não desenvolve ações de prestação de serviços, depende sobretudo de planejamento em larga escala, mas de abrangência limitada. Já a assistência médica valoriza a relação entre quem presta e quem recebe o serviço, não pode ser planejada, nem limitada na sua abrangência. Nesse sentido, um dos principais problemas do SUS foi a horizontalização das ações primárias, acompanhadas da expansão da rede pública mas sem dotar as unidades de pessoal necessário para o atendimento integral; a maior parte dos que trabalham nos centros de saúde habitam longe das unidades e não estabelecem vínculos com a população usuária; como os médicos não acompanham os clientes, quebra-se o elo médico/paciente; as unidades básicas não dispõem das referências para a melhoria da resolutividade dos serviços; é extremamente insuficiente o número de hospitais secundários e terciários; a concepção do SUS não contempla a transição demográfica e o novo perfil de morbidade da população brasileira.

Um dos problemas centrais da reforma da política de saúde, segundo as elites médicas, refere-se aos procedimentos de alto custo. Primeiro, critica-se o caráter alienado do desenvolvimento científico-tecnológico, comandado internacionalmente pela indústria, que tem inviabilizado uma medicina moderna para os pobres. Segundo, as distorções na formação dos médicos que esbanjam inutilmente procedimentos de alto custo, dadas as deficiências das escolas de medicina e ausência de programas de capacitação. Terceiro, a ausência de mecanismos eficazes de controle e avaliação, da parte do Ministério da Saúde, seja quanto à produção de serviços, seja quanto aos critérios de alocação de recursos para investimento em alto custo.⁵⁸ Quarto, o caráter seletivo dos seguros privados que restringem o atendimento de alta complexidade, sobrecarregando os hospitais públicos.

Como alternativas, as elites médicas sugerem: i) a partir da escassez de recursos públicos para enfrentar a complexidade das demandas de saúde, definir prioridades rea-

listas: "oferecer o mínimo a milhares de pessoas", com base no suposto de que os avanços na saúde do mundo não foram alcançados com procedimentos de alto custo e sim com medidas sanitárias; ii) criar um sistema misto público/privado; iii) separar as ações de saúde pública —que deveriam ser de responsabilidade federal, centralizadas no MS— dos serviços de assistência médica, sendo a execução das ações primárias e secundárias coordenadas pelos municípios, e as de alta complexidade, supervisionadas pelo nível estadual; iv) criar um Fundo Nacional de Saúde, gerido de forma tripartite —empregados, empregadores, governo— e constituído por receitas oriundas da Loteria e do INSS; v) estabelecer centros de excelência (hospitais universitários) regionais com função de definir e divulgar procedimentos corretos de alto custo;⁵⁹ vi) regular e normatizar o segmento supletivo; vii) priorizar os investimentos públicos em hospitais secundários, com 60 leitos em média, distribuídos espacialmente segundo as carências locais, para integrá-los aos postos de saúde e descomprimir os grandes hospitais; viii) definir critérios de repasses inter-estados, para compensar aqueles estados que absorvem demanda de fora de sua jurisdição;⁶⁰ ix) como alternativa de curto prazo, face à crise hospitalar, sugere-se a participação comunitária na gestão e no financiamento dos hospitais públicos e filantrópicos;⁶¹ x) incentivar o investimento em saúde pela iniciativa privada.

Há consenso no sub-setor privado —af incluídos o setor hospitalar lucrativo ou filantrópico contratado do SUS, e o segmento supletivo— quanto aos principais entraves do SUS: a "prefeiturização" do sistema, com a manipulação dos conselhos pelos prefeitos, desperdício de recursos SUS alocados segundo critérios políticos, entrada das prefeituras na oferta de serviços desnecessários (laboratórios, construção de hospitais, exames de alta complexidade, etc.); resistência dos estados e municípios em investir recursos orçamentários em saúde; insuficiência das verbas federais; a concepção do SUS é "filosoficamente correta", mas sua operacionalização equivocada, e piorou após a Norma Operacional de janeiro de 1991, que estimulou o super-faturamento das prefeituras e a duplicação de serviços na esfera municipal, contrariando a Lei Orgânica de Saúde.

Para as entidades representativas do setor hospitalar, FENAES, FBH, Federação Nacional das Misericórdias e Confederação Nacional das Misericórdias, as alternativas ao SUS passam em primeiro lugar, pela definição de alíquotas específicas para a saúde, nos três níveis de governo, e especificação detalhada da destinação de recursos. As Misericórdias defendem a centralização dos recursos no órgão arrecadador, e a co-participação dos usuários no pagamento dos serviços; a criação de planos de assistência próprios das Santas Casas; a criação do Bônus-Saúde via loteria, como fonte alternativa de financiamento; e, por fim, a fusão do setor privado lucrativo e das misericórdias com a UNIMED, visando ampliar a oferta de planos de assistência médica mais acessíveis aos segmentos de baixa renda. Técnicos da FENAES sugerem urgência na criação dos Fundos de Saúde, nos três níveis; arrecadação federal centralizada na Previdência, mas com recursos separados tanto na arrecadação como na destinação dos recursos para assistência médica e consideram necessário que a maior parte dos recursos arrecadados nos municípios permaneçam na esfera local. A FBH sugere que 30% dos fundos dos servidores públicos da União, Estados, Municípios e do Distrito Federal, sejam diretamente incorporados aos recursos destinados à assistência à saúde. É consensual a defesa da contribuição social compulsória como fonte de custeio para a saúde.

No plano da gestão, sugere-se a criação de conselhos com a participação paritária de governo, empregados e empregadores, com funções deliberativas sobre prioridades de alocação de recursos. Contrários à participação das prefeituras na prestação de serviços, são favoráveis à manutenção do modelo descentralizado, que priorize a iniciativa privada, e a ampla discussão sobre a introdução de critérios de seletividade no sistema, garantindo serviços gratuitos universais para os que não podem pagar (até 5 S.M., por exemplo).

Em relação ao setor supletivo, alternativas conflitantes são propostas pelos diversos segmentos. A medicina de grupo considera função do estado as ações de saúde pública, assistência primária e a manutenção dos centros de excelência, universidades e pesquisa; defende o sistema descentralizado misto e seletivo, com maior participação (ou exclusiva) do setor privado contratado na prestação de serviços, arrecadação centralizada de recursos do governo federal, com alíquotas específicas para a saúde, e a privatização dos acidentes de trabalho e do atendimento para as faixas de mais alta renda. Os seguros privados, sem serviços próprios, são contrários à criação dos Fundos de Saúde, e defendem a centralização de recursos na Previdência, pois consideram os recursos de assistência médica uma parte dos benefícios previdenciários; são favoráveis à contribuição compulsória para todas as faixas salariais e criação de incentivos para aqueles que optarem pelos seguros privados. Para as cooperativas médicas, defensoras do SUS e da municipalização, trata-se de garantir uma receita específica para a saúde, atendimento primário universal, seguro-saúde complementar opcional e investir na aliança SUS/Santas Casas/UNIMED's.

Com a exceção das cooperativas médicas, a estratégia predominante no sub-setor privado tem como ponto de partida a discussão dos ante-projetos de lei sobre as reformas da Previdência Social, enviados recentemente ao Congresso, pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Na área de saúde, as reformas da Previdência são complementadas pelo Seguro de Riscos Sociais, pelo qual se propõe a contratação privada de um seguro obrigatório que cobrirá acidentes de trabalho, enfermidades profissionais e, inclusive, enfermidades comuns. Tal projeto prevê que o seguro obrigatório contra acidentes de trabalho e enfermidades profissionais seja totalmente custeado pelo empregador, enquanto o de enfermidades comuns, também obrigatório, poderá ter cerca de 30% dos seus custos a cargo do empregado.

3. Considerações finais

Dois aspectos principais devem ser ressaltados em relação às estratégias dos atores face à reforma da saúde. Primeiro, o razoável consenso estabelecido entre os setores progressistas no momento da formulação passa agora por clivagens diferenciadas, que resultam em parte da implementação do novo modelo, em dissonância com o desenho original da reforma, mas também dos efeitos não-previstos tão comuns em qualquer processo de implementação. Se foi possível construir uma ampla coalizão, liderada pelo movimento sanitário organizado em torno da reforma, hoje a própria implementação do SUS multiplicou as arenas de conflito e as formas de representação dos interesses afetos à política de saúde.

Em segundo lugar, ressalta-se a tendência em repensar o referencial que orientou a reforma, seja porque os entraves enfrentados na implementação sugerem correções de curso naturais nos processos de reforma, seja ainda em função de constrangimentos, uns conjunturais —como o aguçamento da recessão, exigindo ajustes no curto prazo— outros estruturais, como a crise de financiamento do setor público e a urgente necessidade de promover uma efetiva reforma do Estado que conjugue "nação com cidadania".⁶³

Nesse sentido, o debate atual sobre a reforma de saúde exige a reflexão crítica de algumas questões, todas elas relacionadas à efetiva incorporação dos novos direitos assegurados constitucionalmente e sobretudo, à construção de uma democracia mais justa e solidária: a questão do financiamento, a forma de organização do sistema e os mecanismos de controle e fiscalização do SUS.

Quanto à questão do financiamento, não obstante o baixo patamar de recursos fiscais destinados à área social e disponíveis para a cobertura universal das políticas sociais englobadas na seguridade social, o problema central refere-se à estrutura do orçamento da seguridade —que inclui no mesmo fundo recursos para a saúde e para os benefícios previdenciários. Os trabalhos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária já propunham a separação dos recursos, para contornar as oscilações do ciclo econômico impondo a canalização majoritária de recursos para cobrir os benefícios. Além disso, tratam-se de recursos alocados segundo lógicas distintas: os previdenciários devem ser projetados a longo prazo e o financiamento da saúde, objeto de decisões de curto prazo.⁶⁴ Um bom exemplo das distorções resultantes dessa estrutura são as ambigüidades da parte destinada à saúde no Orçamento da Seguridade Social aprovado para 1992: aumenta-se a participação relativa da saúde; amplia-se o conceito do gasto em saúde, que passa a abranger construção escolar, programas de meio-ambiente, demarcação de temas indígenas, etc; e, mantém-se, em termos absolutos, o mesmo valor destinado à saúde em 1991.

Um aspecto positivo da reforma é o crescimento dos recursos orçamentários dos estados e principalmente dos municípios no financiamento da saúde. Não só é exemplar o caso de São Paulo, onde mais se avançou o processo de municipalização, como estimativas preliminares do CONASS, do CONASEMS e do Ministério da Saúde confirmam essa tendência em vários estados do país. No entanto, não se dispõe ainda de informações precisas para uma avaliação consistente dessa tendência, de modo a identificar o comportamento do gasto municipal e estadual, contemplando a grande heterogeneidade do país, as variações regionais e porte dos municípios. No estado de São Paulo, pesquisa do NEPP/UNICAMP,⁶⁵ registrou tendência ao crescimento relativo dos recursos orçamentários municipais na área de saúde, no período 1989/91, em cidades de diferentes regiões, com destaque para os municípios grandes e médios, cuja participação varia de 10 a 20% do total do orçamento. Movimento semelhante vem ocorrendo em algumas capitais do país: em 1991, foi expressiva a participação relativa do setor saúde no orçamento de cidades como Salvador (15%), Teresina (15%), São Paulo (12.6%), Porto Alegre (10.4%), Manaus (12%), Boa Vista (13.5%) e Belo Horizonte (10%).⁶⁶

Nesse sentido, parecem no mínimo apressados os argumentos críticos da descentralização alegando redução dos recursos próprios gastos com saúde, por estados

e municípios, substituindo-os pelos recursos transferidos pelo INAMPS. Porém, se a entrada dos estados e municípios recoloca a importância de recursos fiscais para o gasto, principalmente em atenção primária, a atenção hospitalar encontra-se, ainda, na total dependência de recursos previdenciários. A crise atual do Sistema, do ponto de vista financeiro, vincula-se estritamente ao debilitamento dos recursos previdenciários para a assistência de segundo nível, em um momento de expansão da demanda para este tipo de atendimento, dado o envelhecimento da população.

Mas tão ou mais importante do que a magnitude do gasto em saúde, é sem dúvida a organização do sistema, suas condições de acesso, a qualidade dos serviços prestados, aspectos que envolvem um conjunto de pré-requisitos previstos no SUS como planejamento, capacitação de recursos humanos, mecanismos de fiscalização e controle social eficazes, reestruturação administrativa na coordenação do sistema em todos os níveis, normas adequadas de regulação do setor privado. E nesse plano o SUS é ainda, na avaliação de diferentes atores, um balão de ensaio.

Há indícios de que nos estados onde se avançou nas etapas de transição ao modelo —AIS e SUDS—ocorreram algumas transformações no plano organizacional que têm favorecido o atual processo de municipalização, na medida em que foram criadas condições mais adequadas à integração dos serviços e hierarquização dos ações. Mas permanecem sérios entraves, como a excessiva burocratização dos repasses de investimento centralizados na esfera federal, mantendo a lógica das soluções negociadas com cada prefeitura, o que abre a possibilidade de sobreposição de equipamentos e de serviços em franca contradição com o planejamento do modelo, além das conhecidas interferências políticas nos critérios de alocação e de credenciamento do setor privado.

De outro lado, os repasses automáticos (UCA's e AIH's), a partir da Norma Operacional de 91, passaram a orientar-se pela lógica produtivista, o que além de contrariar a concepção do modelo assistencial previsto na reforma, acaba induzindo ao predomínio das ações curativas pelos diferentes prestadores também com implicações na superposição de ações Estado prefeituras/setor privado não-lucrativo —instâncias que comporiam a espinha dorsal do sistema atuando de forma integrada e complementar na estruturação das referências e contra-referências.

Na verdade, a unificação da tabela de preços SUS/INAMPS em janeiro de 1991, ao equiparar os preços pagos ao setor privado lucrativo ou não e ao estabelecer pagamentos por produtividade aos serviços estaduais e municipais de saúde, abalou a pretendida "parceria" ou "prioridade" ao setor privado não-lucrativo, prevista no modo de funcionamento do SUS. Isso porque, com a extinção do IVA/VDH, as Santas Casas e hospitais filantrópicos tenderam a reduzir substancialmente o pronto-atendimento, as ações ambulatoriais e os exames laboratoriais, devidos a restrições orçamentárias, de um lado, e de outro favoreceram a duplicidade de serviços prefeituras/Santas Casas que competem entre si. Não por acaso, o discurso dos representantes do setor filantrópico —essencial à maior efetividade do SUS, pois responde por 63% do total de leitos no país— aponta claramente para uma nova estratégia: aliar-se ao setor privado lucrativo, definir planos de assistência médica para os hospitais de grande porte e competir com o setor público.

No que se refere aos mecanismos de gestão e fiscalização do SUS, embora predominem opiniões negativas quanto ao papel que vem sendo exercido pelos conselhos, parece fora de dúvida que mesmo com as limitações atuais houve mudanças significativas no processo decisório. Ampliou-se o número de interlocutores válidos em todas as esferas de governo; quebrou-se o monopólio de representação predominante nas duas pontas do espectro político — movimento sanitário X setor privado hospitalar; fortaleceu-se o jogo político orientado por pressões organizadas na instância legislativa, rompendo com a lógica anterior de acesso direto às estruturas burocráticas do Estado. Mesmo que ainda prevaleçam formas clientelistas e corporativas de barganha no funcionamento dos conselhos, parece estar em curso um novo aprendizado do jogo democrático. Prova disso foi a realização das conferências estaduais preparatórias do IX Conferência Nacional de Saúde, onde a tendência majoritária nos diferentes estados apontou para o surgimento de representações locais mais autônomas em relação às reivindicações corporativas (do setor privado e dos sindicatos médicos) e à liderança do movimento sanitário.

Mais complicada, no entanto, é a questão dos recursos humanos. Para além da ausência de políticas de treinamento, formação, reciclagem e especialização do pessoal da área de saúde, a reivindicação de "isonomia salarial" e os baixos salários do setor público têm justificado a baixa produtividade, o grevismo e o absenteísmo, da parte dos servidores. Nesse sentido, parece necessário aprofundar a discussão sobre a pertinência do isonomismo salarial num país estruturalmente tão heterogêneo, sendo também questionável a isonomia no quadro de constituição de sistemas únicos, no âmbito municipal. Ademais, a tendência internacional presente na reestruturação dos sistemas de proteção social tem apontado a introdução de políticas salariais com base em critérios de produtividade, dedicação exclusiva, etc, como forma de promover maior qualidade aos serviços públicos.

Por fim, a crescente expansão do mercado privado supletivo de assistência médica, nos anos recentes, de forma autônoma em relação ao SUS, sugere algumas perguntas a respeito da relação público/privado, dado o caráter universal do sistema implantado pela constituição. Sabe-se que as camadas médias e os assalariados de baixa renda inseridos no mercado formal de trabalho vêm recorrendo a esquemas privados, os primeiros via planos de assistência às famílias, os segundos através dos direitos assegurados pelas empresas e reivindicados pelas categorias organizadas do movimento sindical. Busca-se o setor público apenas para o atendimento dos procedimentos de alto custo não cobertos pela maioria dos planos privados. Como assinalam Favaret e Oliveira (1989):⁶⁷ "Percebe-se claramente a conformação tendencial do sistema de saúde brasileiro, onde cada vez mais seus dois espaços componentes — público e privado — se autonomizam em termos financeiros, lógica de expansão e articulação com as clientela demandantes".

Para os autores, o caminho da universalização entre nós é inverso à "universalização inclusiva", típica do caso inglês, onde o acesso à saúde como um direito inibiu a expansão do sub-sistema privado, promovendo a incorporação de todos os segmentos sociais ao sistema público. Sugerem a existência de um processo de "universalização excludente", no caso brasileiro, em que a dinâmica de expansão do sistema dá-se às custas da queda na qualidade dos serviços públicos, acabando por "expulsar" do sistema diversos

segmentos sociais, como forma de acomodar a constante ampliação da demanda a uma oferta restrita. Nessa direção, a "universalização excludente", para os autores acaba assumindo uma função redistributiva: dado o grau de heterogeneidade da sociedade brasileira, a convivência de um sistema público de saúde restrito com um subsistema privado autônomo, viabiliza a atuação redistributiva do Estado, garantindo o acesso aos serviços de saúde para os setores sem condições de fazê-lo via mercado. Assim, ao excluir para o subsistema privado os segmentos médios e os assalariados das grandes empresas públicas e privadas, o processo de "universalização excludente" abre espaço para que o Estado atenda com maior efetividade os segmentos mais carentes, que têm no subsistema público o seu "referencial básico de assistência".⁶⁸

De nosso ponto de vista, esse argumento precisa ser melhor avaliado. É verdade que a universalização, no caso brasileiro, tem o mérito de eliminar as barreiras corporativas que caracterizavam o padrão anterior, mesmo que isso signifique assegurar o direito de todos à saúde, no plano formal, e na prática o atendimento dos setores de baixa renda, anteriormente excluídos, dadas as limitações da oferta. Nesse ponto, o sistema é sem dúvida mais redistributivo. No entanto, instaura-se uma lógica duplamente perversa que contraria a argumentação acima. Primeiro, mesmo no sistema público cria-se um modelo dual: atendimento básico de baixa qualidade para os segmentos excluídos do mercado privado e ações de alta complexidade tecnológica ofertadas pelo setor público preponderantemente dirigida aos segmentos excluídos "naturalmente" do sistema público —os setores cobertos pelo subsistema supletivo. Isso significa o afinilamento da oferta de procedimentos de alto custo para aqueles setores mais organizados, com capacidade de pressão e de vocalização de demandas junto ao sistema político. Conforma-se assim no próprio SUS "uma medicina para os pobres, outra para os ricos".

Em segundo lugar, como os procedimentos de alto custo absorvem cerca de 45% dos recursos financeiros do SUS, o subsistema privado "autônomo", acaba sendo subsidiado pelo Estado. Dessa forma o Estado perde sua potencialidade de ofertar serviços mais efetivos para os setores de baixa renda, além de assegurar uma confortável situação para o segmento supletivo, isento de qualquer forma de regulação e apresentando aos seus segurados a vantagem de descontar do imposto de renda seus gastos com assistência médica privada.

Em suma, se é verdade que a reforma da saúde teve o mérito de implantar a "universalização excludente", fortalecendo as funções redistributivas do sistema brasileiro de proteção social, é também verdade que os efeitos não-previstos desse processo necessitam ser revistos com urgência face ao agravamento da crise atual do sistema de saúde.

IV. CONCLUSÃO

O Brasil implementou na década de 80, o projeto que, desde o final da década de 70, vinha sendo ensaiado, isto é, a conformação de um sistema nacional de saúde, integrando os subsistemas público e da previdência, universalizando a cobertura, e incorporando o princípio da saúde como dever do estado e direito do cidadão. Em resumo, para esta área, pode-se afirmar que a noção de cidadania social manifestou-se como idéia-força.

Isso só foi possível graças à grande movimentação alcançada em torno da questão da saúde, como vimos, o que resultou na neutralização das forças que potencialmente poderiam se opor à proposta de sistema único —tanto o setor privado quanto os segmentos burocráticos da máquina previdenciária e sua extensão política (parlamentares). Por outro lado, surgiram novos apoios importantes para a reforma: os governadores (e os secretários estaduais de saúde) e os prefeitos, agraciados com os recursos previdenciários. Em resumo, a própria abertura política, ao propiciar a eleição direta para governos estaduais, forneceu a base política fundamental de sustentação da reforma. Com isso, queremos deixar claro que o processo de democratização foi o grande sustentador da reforma, ao fazer emergir novos atores políticos imprescindíveis para modificar a lógica centralizadora anterior, como é o caso dos dirigentes regionais e locais (governadores e prefeitos), tendo em vista que o sentido da reforma foi exatamente o reforço dos níveis descentralizados.

Porém, a base financeira do sistema continuou centralizada, em um momento de debilidade fiscal da União. Pode-se afirmar que a constituição do sistema único, até o momento, não equacionou a questão do financiamento, o que vem ocasionando problemas crônicos à implantação do SUS. Os problemas são de várias ordens, como vimos ao longo dos capítulos anteriores, porém o do perfil do financiamento, além dos critérios de distribuição de recursos, é o que tem se colocado de forma mais candente, imediata e grave, como atestam os resultados das entrevistas relatadas no Capítulo III desse trabalho.

Atualmente, o financiamento do SUS depende em quase 70% do Orçamento da Seguridade Social (OSS), e em 30% dos orçamentos fiscais da União, dos Estados e Municípios (dados de 1991). Como se sabe, o orçamento da Seguridade Social vem sendo aviltado pela sonegação dos recolhimentos previdenciários por parte das empresas (cálculos para 1991 estimam o não recolhimento de 40% das contribuições das empresas por sonegação ou inadimplência); pela migração dos trabalhadores da economia formal para a informal (os diagnósticos relativos à década de 80 apontam, no mercado de trabalho, a tendência de crescimento, entre os assalariados, dos sem contrato formal);

pela cobertura de despesas do orçamento fiscal com recursos do orçamento da Seguridade e, finalmente, pela retenção do Finsocial. Por outro lado, os recursos para a área de saúde, definidos em 30% do orçamento da Seguridade Social segundo a Lei de Diretrizes Orçamentárias de 92, estão de fato rebaixados, já que neles se incluem vários tipos de despesa, conforme assinalado nos capítulos anteriores, reduzindo aquele percentual a 18%. As propostas orçamentárias de 91 e 92, de 4.52 trilhões e 3.10 trilhões, respectivamente, correspondem a 23.6% e 23.3% do orçamento da Seguridade. Há aí, um problema de fundo que vem sendo constantemente denunciado pelos parlamentares participantes da Comissão de Seguridade Social da Câmara de Deputados. O problema vincula-se à incapacidade da União em ampliar suas bases financeiras, tendo em vista a política recessiva.

Por outro lado, a distribuição desses recursos, como vimos, baseia-se na UCA para despesas ambulatoriais, AIH para internação hospitalar, e no Pró Saúde para as despesas de investimentos. Cabe salientar que, de forma gradual, foram equiparados os valores das tabelas de pagamento independentemente do tipo de prestador de serviços (público, privado ou filantrópico), homogeneizando-se as formas de pagamento e os valores de pagamento das atividades médico assistenciais.⁶⁹ Ora, a UCA introduz um desvio produtivista no sistema (tendo em vista o pagamento por produção) que, apesar de estar auto-regulado (o volume total de recursos é definido per capita), pode, ainda assim, incentivar superprestações e superfaturamento. Por outro lado cabe salientar a alta regressividade dos valores determinados para as UCAS, nos distintos grupos de estado, o que não vem sendo compensado pela Unidade de Capacitação da rede —UCR (que destina percentuais maiores para os estados com menores valores de UCA), dado que a UCR destina-se exclusivamente para aquisição de equipamentos das unidades já existentes. Também os valores correspondentes às AIHs⁷⁰ estão constantemente defasados em relação a inflação, gerando perdas substantivas aos hospitais públicos e ao setor conveniado do SUS.

Finalmente, o Pró-Saúde, ao não trabalhar com critérios definidos para o financiamento do investimento em saúde, reintroduz o jogo da "barganha política", através da briga pelo acesso dos estados ao Ministério, visando à aprovação de seus projetos de investimentos. Portanto, os problemas a serem enfrentados referem-se à origem dos recursos e à sua distribuição.

Quanto à origem dos recursos que financiam o SUS: 70% provêm do orçamento da Seguridade Social e 30% do orçamento fiscal da União, Estados e Municípios. Aí, o gargalo prende-se aos problemas que envolvem a composição de recursos para Seguridade e ao não cumprimento dos 30% para saúde. Ou seja, o problema vincula-se à centralização do financiamento ao SUS (alta dependência dos recursos federais).

A nosso ver, uma das soluções possíveis é a "safda paulista" (do estado de São Paulo), que mudou o perfil do financiamento do gasto em saúde: de uma composição de 70% de recursos previdenciários e 30% de recursos fiscais (do estado e municípios), em 1980, para 62% de recursos do Estado e Município (38% Estado e 24% Municípios), e 38% de participação federal, em 1990 (cabe salientar que o maior incremento ocorreu na área municipal, que contribuía com menos de 6%, em 1980, para o gasto em saúde).

Ou seja, o estado de São Paulo inverte a composição das fontes de financiamento para a saúde. Essa inversão, se não foi exclusiva desse estado, é verdade porém que não ocorreu em outros estados com tamanha intensidade. É fato, entretanto, que muitos municípios são, atualmente, reais sustentadores das ações em saúde a nível local (como foi salientado nos capítulos anteriores).

Porém, a dúvida aparece quando se sabe que são poucos os estados em condições de adotar a "saída paulista" ou o "padrão paulista", dado a própria crise econômica, que impôs uma recessão profunda à economia brasileira, um aviltamento dos padrões salariais e, por conseguinte, comprometeu as bases de arrecadação dos estados (imposto sobre circulação de mercadorias). Mas, deve ser lembrado que o sistema constitucional de participação e distribuição de receita tributária fez com que a disponibilidade de recursos para cada nível de governo, no Brasil, não mantenha uma relação direta com o recolhimento tributário realizado por cada um (nos estados a relação entre receita disponível e receita arrecadada diretamente alcançou 50% em 1988, e nos municípios 135%, em 1986), o que demonstra que houve margens para a expansão do gasto frente aos níveis de arrecadação no período mais recente. Por isso emerge um consenso em torno da municipalização acelerada da assistência ambulatorial. Porém, o que fazer com a área da assistência hospitalar, atualmente, na grande dependência dos recursos previdenciários (federais)?

Aí, a questão se torna mais complexa, dado que a desvinculação da assistência hospitalar universal dos fundos previdenciários pressupõe a criação de um vigoroso imposto ou de um adicional sobre imposto já existente, implicando portanto em modificações na estrutura tributária. A universalização da saúde, no Brasil, se fez sobre a receita previdenciária e o mecanismo, até hoje, de refinanciá-la via orçamento fiscal, está sendo realizado através dos estados e municípios, ou seja, é exclusiva dos níveis estaduais e municipais, pois foram esses os níveis privilegiados com a reforma tributária de 1988. Talvez, uma das saídas seja a separação dos componentes de Orçamento da Seguridade Social —Saúde, Benefícios, Assistência— e a criação de novas fontes fiscais, a nível estadual e municipal, para o gasto nessas áreas, como reivindicam atores importantes da política. Ou seja, descentralização financeira para as ações de saúde, rompendo-se com a dicotomia fonte-centralizada/execução descentralizada.

Entretanto, é certo que nos defrontamos com um problema estrutural: na América Latina não há exemplos da adoção de modelos liberais de política social, onde o orçamento fiscal financia as políticas para os pobres, e os sistemas de contribuição financiam benefícios para quem pode pagar (foge a esta regra o caso da educação que, em todo mundo, foi instituída como pública e universal, financiada com recursos fiscais). Isso por razões bem simples: o modelo liberal apóia-se em estruturas sociais de pouca pobreza (leia-se os pobres são poucos) e muita riqueza (os ricos são muitos). Por isso, também, são progressivos os sistemas tributários. Aqui, ao contrário, os pobres são muitos e os ricos poucos e, inclusive por isso, é regressivo o nosso sistema tributário. Esse fato explica, em parte, porque a universalização, quando adotada na saúde, emerge do sistema de contribuição e não, do orçamento fiscal. Na reforma sanitária italiana, a passagem de um sistema de saúde, financiado pelos recursos previdenciários, para um financiado pelos orçamentos fiscais (federais, regionais, municipais), foi peça angular da

reforma. Aqui, tal passagem encontra barreiras estruturais (a própria estrutura tributária) de grande envergadura. Por isso, impõe-se a solução via estados e municípios.

Quanto à distribuição dos recursos —na forma da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), AIH, e Pró Saúde, o problema central está no desvio produtivista imposto pelo pagamento da cobertura ambulatorial; pela desatualização dos valores da AIH; e pela "barganha política" implícita à conformação do Pró Saúde.

Quanto à escolha dos critérios para a distribuição dos recursos (população, capacidade instalada, desempenho assistencial, série histórica do custeio das unidades da Federação), trabalhos recentes⁷¹ vêm tentando identificar os indicadores para cada critério e formas de ponderação, que levem à obtenção de maiores níveis de equidade. Porém, todos esbarram na não definição das populações que se pretende beneficiar. Como bem assinalou Porto,⁷² "para selecionar os critérios para repasse de recursos financeiros, e as variáveis que serão usadas na sua operacionalização, deve-se inicialmente definir as populações que se pretende beneficiar e os resultados que se desejam incentivar, ou seja, é necessário construir a imagem —objetivo que se procura alcançar". Sem isso, a adoção de critérios estará sempre privilegiando uma ou outra situação, sem que se tenha definido o que será privilegiado.

Outra discussão a ser feita sobre a conformação do sistema de assistência à saúde no Brasil prende-se à distribuição da clientela por perfis de renda. Pode-se afirmar que a tendência atual é a utilização do SUS pelas famílias pobres, calculadas em 35% da população; da medicina supletiva, na forma de convênio empresa ou planos de auto gestão, pelos empregados das grandes empresas e instituições privadas e públicas; e na forma dos seguros médicos, pelas famílias médias e ricas. Porém, para a assistência terciária (alta complexidade), é ainda o setor público, via os Hospitais Universitários e Fundações (como é o caso do HC e Incor, em São Paulo), o grande ofertante (quase 50% dos recursos SUS encaminham-se para procedimentos de alto custo).

Esse perfil induziu à crítica da "universalização excludente", conforme foi visto no capítulo III. Ou seja, diferentemente do caso inglês, onde a universalização foi includente, aqui, o sistema público não propicia a entrada dos segmentos médios (da sociedade) no sistema, o que provoca, por um lado, um perfil redistributivista na assistência à saúde, focalizando as camadas mais pobres da população; por outro, retira do sistema as camadas que são "ouvidas", que têm condições de reivindicar e controlar a própria qualidade da assistência médica, o que compromete a qualidade da assistência prestada. Porém, como foi assinalado no capítulo anterior, mesmo dentro do sistema público, cria-se um hiato entre os serviços básicos e os de alta complexidade, e os últimos acabam funcionando como suplementares à assistência ofertada pela medicina supletiva privada. Como o atendimento de alto custo absorve quase 50% dos recursos SUS, o subsistema privado "autônomo" acaba sendo subsidiado pelo Estado.

Em suma, o próprio caráter redistributivista é passível de suspeição. Nesse plano, coloca-se uma questão de fundo maior: os próprios percalços da constituição dos sistemas institucionais redistributivistas de política social, em países com características econômicas e sociais bastante diversas daquelas que inicialmente desenharam tais tipos

de políticas. Como salientam Favaret e Oliveira:⁷³ "...independentemente dos trâmites e conflitos políticos envolvidos nas mudanças das políticas estatais em relação ao setor saúde, o resultado terá que reconhecer realidades estruturais básicas da sociedade brasileira que a diferenciam significativamente de outros contextos onde a ação universalizante garantiu um padrão de ampla cobertura socialmente indiferenciada. A pesada desigualdade social, a crise financeira do estado, bem como a existência de um sólido setor privado de oferta de serviços relativamente autonomizado e apoiado pelo surgimento de diversas inovações financeiras capacitadoras do acesso de amplos segmentos a estes serviços, são, entre outros fatores, elementos estruturais e conjunturais que definem caminhos e especificidades do sistema de proteção social brasileiro neste momento crucial de ruptura" (grifos nossos).

Ou seja, instaura-se um conflito permanente entre os dois tipos de Welfare State, retratados por Draibe e Aureliano:⁷⁴ de um lado, o processo de democratização induz para a adoção de padrões institucionais redistributivistas (o europeu do norte); por outro, as características econômicas e sociais (desigualdade social e debilidade financeira do estado), mais a criação de sistemas diferenciadores (como é o caso da medicina supletiva privada), empurram para a conformação de um tipo residual de intervenção do estado (o modelo americano).

Agrega-se a isso o cenário de crise, aliado às propostas neo-liberais, que vão, paulatinamente, obrigando a redefinição dos conceitos e teses levantadas pela política social ao longo dos anos 80. Afrouxam-se os princípios universais/redistributivistas e avançam novos consensos. Talvez os maiores sejam o de vincular os benefícios a algum tipo de contribuição (acima de dado patamar de renda), como vem sendo feito na maior parte dos países europeus, e o da focalização.⁷⁵ De certa forma, atende-se a dois dos preceitos neo liberais para a política social —o da focalização e o da privatização.

Na verdade, a democratização, em um momento, apontou para o redistributivismo, porém as condicionalidades econômico-sociais (o perfil de distribuição de renda) revertem para o modelo dual americano, pois o estado não consegue incluir na proposta de universalização, aqueles em condições de pagar. Porém, é necessário ressaltar que o modelo americano de assistência à saúde —sistema público (para pobres e velhos) e o privado (para aqueles em condições de pagar)— não encaminhou-se para uma forma liberal clássica, pois o sistema privado é constituído em sua maioria por seguros de empresa e não familiares, onde há contribuições de empregados, empregadores e do próprio estado. Ou seja, há indicação, que mesmo nos Estados Unidos, foi necessário separar a capacidade de demanda dos planos de saúde familiares, do nível e estrutura de distribuição de renda do país. Isto é, não é um modelo liberal por excelência, pois são os planos de saúde, "bancados" por empregados e empregadores, além do estado, que financiam a assistência médica. Esse esquema de financiamento apenas se sustenta, segundo Favaret e Oliveira, devido ao amplo aporte de subsídios estatais a este tipo de gasto empresarial, o que faz com que o repasse destes custos aos preços seja bastante reduzido, não interferindo, portanto, de maneira significativa, na capacidade competitiva das empresas".⁷⁶

Entretanto, a crise atual, e o apelo ideológico do neo-liberalismo encaminham a política social para a focalização e novas formas de privatização, porém distinguindo-se

do modelo dual por ser apenas um rearranjo dentro de um quadro que caminha para a residualidade. Na verdade, os conceitos adjetivadores da política social, como universalismo X focalismo, centralização X descentralização, gratuidade X privatização, etc. precisam ser rediscutidos à luz das condicionalidades estruturais de cada país. Por exemplo, focalizar "pobres", na América Latina, é quase universalizar. Privatizar é excluir os pobres do sistema e reforçar inequidades. O caso da saúde é um caso típico de separação extrema, mesmo nos países ricos, da capacidade de demanda dos perfis de renda. Ou seja, reafirma-se a necessidade de serem repensados os grandes modelos do estado de bem estar, à luz das condicionalidades sociais e econômicas intrínsecas à cada país latino-americano, principalmente nos períodos de crise. O momento atual, se por um lado questiona fortemente os pressupostos distributivistas/universais, tanto do estado do bem estar (europeu), quanto do estado desenvolvimentista (latino-americano), por outro, impõe limites sérios à adoção do modelo neo-liberal de política social, dado o agravamento do quadro estrutural de inequidades (o perfil de distribuição de renda dos países latino-americanos). Nesse impasse, ganha força o deslocamento das políticas sociais para as órbitas regionais, municipais e locais.

Notas

- 1 FERRERA, M. e ZINCONE, G., "La Salute che noi pensiamo", Società Editrice Il Mulino, Bologna, 1986.
- 2 Dada sua complexidade a Reforma Sanitaria Italiana, pela sua Lei 833, de 1978, só é comparável ao National Health Service Act, de 1946, na Inglaterra.
- 3 Expressão utilizada pelo Plano Sanitário que propôs a Reforma Italiana, segundo Ferrera, M. e Zincone, G., "La Salute che noi pensiamo", Società Editrice Il Mulino, Bologna, 1986.
- 4 Declaração de Alma-Ata -Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde- Artigo V, p.3. OMS-UNICEF, 1978.
- 5 Alma-Ata, op.cit. p. 14.
- 6 National Decision -Making for Primary Health Care- A Study by the UNICEF/WHO Joint Committee on Health Policy World Health Organization -Geneve, 1981.
- 7 Chama-se Ticket Sanitário ou Moderador um dos mecanismos possíveis de aumentar a co-participação financeira a ser paga pelo paciente ou usuário, tanto na compra de assistência, quanto na de produtos farmacêuticos.
- 8 Informe Pearson (Partuess in Development), Banco Mundial, 1969.
- 9 Conforme Lichtensztein e Baer, "o Banco Mundial admitiu que o crescimento não conduziria mecanicamente ao bem-estar das grandes maiorias dos países subdesenvolvidos. O argumento, então, foi o de que uma estratégia adequada deveria cobrir tanto o crescimento econômico, como a satisfação das necessidades básicas: reconheceu-se que um crescimento maior permitiria que uma parte dos recursos gerados no setor moderno pudessem ser utilizados no desenvolvimento de uma maior infra-estrutura social; e por sua vez a satisfação das necessidades básicas teria efeitos positivos na expansão do setor moderno da economia". Os autores chamam a atenção, contudo, que as prioridades do Banco ainda se canalizaram, na década de 70, para o crescimento econômico e que, na área de saúde, continuam dirigidas aos programas que vinculam-se fundamentalmente àqueles educativos e de controle da natalidade, embora apoiando também o desenvolvimento da medicina preventiva e obras de saneamento básico. Quer dizer, se prendeu mais aos enfoques tradicionais, do que às questões de reestruturação dos serviços de saúde. LICHTENSZTJN, S. e BAER, M., "Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial: Estratégias e Políticas do Poder Financeiro". Brasiliense, 1987.
- 10 Brasil 1985 -Relatório sobre a Situação Social do País. Vol. I. NEPP/UNICAMP, 1986, p. 98.
- 11 YUNES, J., Evolução da Mortalidade Infantil e Mortalidade Infantil proporcional no Brasil, São Paulo, 1981.
- 12 FIBGE/UNICEF, Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil -Aspectos Nutricionais 1974/1975, RJ, IBGE, 1982.
- 13 NOFFMANN, Helga, "Pobreza e Propriedade no Brasil: o que está mudando?" In: A Transição Incompleta. Organizado por Edmar Bacha e Herbert S.Klein, Paz e Terra, RJ, 1986, p.66.
- 14 O Ministério da Previdência e Assistência Social foi criado no ano de 1974 (Lei 6034), e pouco tempo depois, em 1977, ocorre uma nova reformulação institucional, criando-se o SINPAS -Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social. O SINPAS engloba as atividades

desempenhadas pelo Ministério distinguindo-as funcionalmente. O INPS responde pela concessão de aposentadorias e pensões e demais programas de benefícios; o INAMPS pelos cuidados à Saúde; o IAPAS pela administração previdenciária; e finalmente a LBA e FUNABEM destinam-se à execução de programas de cunho assistencial à população carente.

15 O Ministério da Saúde é criado em 1953 e reestruturado em 1974/1976 (Decretos 74981/74 e 79056/76). Da referida reforma resulta uma nova estrutura no Ministério: passam a integrá-lo, além da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM); a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS); a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS) e a Secretaria Nacional de Programa Especiais de Saúde (SNPES).

16 O organismo interministerial responsável pela gestão da política de Saúde era o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), criado no ano de 1974, pela Lei nº 6118 de 9 de outubro de 1974, com a finalidade de constituir uma instância superior de coordenação das ações setoriais no campo social, de modo a evitar a duplicidade de esforços, o desperdício de recursos e garantir a prioridade social das políticas governamentais. Por intermédio da referida Lei coube ao Conselho apreciar a política de saúde formulada pelo Ministério da Saúde, assim como os planos referentes ao setor provenientes do Ministério da Previdência e Assistência Social e, ainda, do Ministério da Educação. Por outro lado, a Lei 6118 revoga o parágrafo 3º do artigo 156 do Decreto-Lei 200 pelo qual se estabelecia a necessidade de obediência da assistência médica da Previdência à política nacional de saúde. O CDS como primeira resolução cria o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS, em 1974, com a finalidade de financiar programas da área social, ficando a sua administração sob a responsabilidade da Caixa Econômica Federal.

17 Fagnani, Eduardo; Braga, J.C. e Silva, B.P.L. -Recessão e Financiamento das Políticas Sociais. Texto para Discussão Interna nº 7 IESP/FUNDAP. Set., 1986, p. 48.

18 Coutinho, M. e Salm, C. -"Previdência Social". In: A Transição Incompleta. Organizado por Edmar L. Bacha e Herbert S. Klein. Rio de Janeiro, Paz e Terra vol. 2, 1976, p. 226.

19 Coutinho, M. e Salm, C. op.cit. p. 228.

20 Coutinho, M. e Salm, C. op.cit. p. 226.

21 Fagnani et. alli., op. cit. p. 49.

22 Fagnani et. alli., op. cit.

23 Braga, José Carlos de Souza e Paula, Sérgio G., "Saúde e Previdência". In: Saúde em Debate, Hucitec, São Paulo, 1986.

24 Braga, José Carlos de Souza e Paula, Sérgio G. op. cit., página 116.

25 Brasil, 1985, Relatório sobre a Situação Social do País -NEPP/Unicamp vol. I p. 134.

26 NEPP/UNICAMP, Brasil 1985 (2 volumes); Brasil 1986; Brasil 1987.

27 Fagnani, Eduardo, "Marcos Gerais da Política Social da Nova República". Março de 1987 -Unicamp I.E./CECON, mimeo.

28 Desde 1982, quando foi elaborado o Plano COMASP e, especialmente, após o estabelecimento da política de Ações Integradas de Saúde -AIS, em 1984, vinha ocorrendo uma importante expansão da rede de serviços primários de saúde -basicamente da rede pública de Centros de Saúde das prefeituras e estados. O INAMPS teve um papel fundamental no financiamento da expansão desta rede através dos convênios das AIS, que atingiram, em 1986, 2 418 prefeituras, abrangendo todos os estados da Federação e alcançando a cifra de Cz\$ 4 476.77 milhões (a preços de 1986), gastos pelo INAMPS na compra de serviços desta rede. Mais do que um repasse de recursos do nível federal para os demais níveis de governo, a compra de serviços da rede pública atuou como um poderoso incentivo para que as prefeituras e as secretarias estaduais de saúde passassem a investir em assistência médica e, o que é mais importante do ponto de vista da racionalização do sistema, a dirigir seus investimentos para a atenção ambulatorial.

29 Portarias 1481 de 31/12/90; 15, 16, 17, 18, 20 de 08/01/91; Resolução 250 de 07/01/91 e Norma Operacional Básica 01/91 de 07/01/91.

30 A fórmula do repasse é a seguinte:

População de Estado X UCA = Repasse

Repasse: 12 = Repasse Mensal

Repasse - Guia de autorização de Pagamento (Público + Privado) = Y

10% de Y = Repasse para a Secretaria Estadual para as ações de vigilância

Y - 10% (Y) = Z

Z: População do Estado = W

W x População do(s) Município(s) = Repasse Municipal

31 Este capítulo recupera integralmente as análises realizadas pelo NEPP/UNICAMP: "Desenvolvimento de Políticas de Saúde nos anos 80 - O Caso Brasileiro" elaborado por Sônia M. Draibe, Ana Luiza d'Ávila Viana e Pedro Luiz Barros Silva, 1990.

32 Fleury, Sônia, "Bases Sociais para a Reforma Sanitária no Brasil", Divulgação em Saúde para Debate, CEBES, Junho 91.

33 Ver Draibe, S.; Castro, M.H.G. e Azeredo, B. "O Sistema de Proteção Social no Brasil", Relatório Final de Pesquisa, Projeto CEBRAP/Mellon/Kellog's "Social Policies For the Urban Poor", sob a coordenação de G.O'Donnell e V. Faria, dezembro de 1991 (pp. 38-40).

34 Draibe, S.; Castro, M.H.G e Azeredo, B. (1991) pp.49-50, ibid.

35 Pesquisa realizada pela Towers Perrin Consultoria/TPF & C, 1991.

36 São filiados à FENAES 5 500 hospitais e 40 000 outros estabelecimentos de saúde; à FBH, cerca de 3 000 hospitais.

37 Justo, Geraldo. "Relação Poder Público - Hospitais Sem Fins Lucrativos", 1991 (mimeo).

38 Este item e os demais desse capítulo, apóiam-se nas idéias de Silva Barros, Pedro Luiz, desenvolvidas no texto citado na nota 31 e em demais trabalhos do autor.

- 39 Capítulo desenvolvido pela consultora Prof^a Maria Helena G. Castro, NEPP/UNICAMP.
- 40 A análise baseia-se em entrevistas realizadas com atores governamentais e não-governamentais diretamente ligados ao processo de reforma, seja como decisores, seja como representantes de setores afetados pelas mudanças em jogo, seja ainda como executores do novo sistema implantado. Ver, em anexo, a relação dos entrevistados.
- 41 Por atores estamos nos referindo, como Muller, àqueles indivíduos ou grupos que ocupam posição estratégica no sistema de decisões e que respondem, no processo de formação de políticas, pelas funções de articulação do campo cognitivo e do campo de poder. Enquanto mediadores são eles que definem os temas do debate e do quadro intelectual no qual se desenvolvem as negociações, alianças ou conflitos que permeiam as tomadas de decisões. No plano intelectual, são os responsáveis pela construção de um referencial ou visão de mundo que condiciona a percepção com que outros atores secundários intervêm no sistema de decisão e no processo de implementação de políticas. No plano do poder, são os articuladores da nova hierarquia que se instaura entre os contendores, impondo inclusive a hegemonia de um grupo como liderança do processo de decisão. Muller, Pierre. Les Politiques Publiques, Paris, PUF, Col. Que Sais-Je?, 1990 (pp-50).
- 42 Especialmente os casos de Niterói, Campinas, Londrina, Montes Claros e Piracicaba, pondo em prática o planejamento municipal de saúde, segundo as novas diretrizes.
- 43 Valdir Pires era o ministro do MPAS; Carlos Santana do MS; Nécio Cordeiro, presidente do INAMPS e Eleutério Rodriguez Netto, chefe de gabinete do MS; Sérgio Arouca, presidente da FIOCRUZ; e José Noronha, chefe de gabinete do INAMPS.
- 44 Ver Anexo sobre as Conferências Nacionais de Saúde no Brasil entre 1974 e 1986.
- 45 É na VIII Conferência, que a estratégia de ação do movimento ganha o nome de "Reforma Sanitária", inspirada na reforma italiana de 1978.
- 46 Em sete estados avançou-se na fusão administrativa INAMPS/secretarias -São Paulo, Alagoas, Rio Grande do Sul, Goiás, Paraná, Mato Grosso e Espírito Santo, já no ano de 1987.
- 47 Bloco parlamentar fisiológico que passa a apoiar o governo Sarney com a derrota do Plano Cruzado.
- 48 Projetos apresentados pelos deputados Raimundo Bezerra (que incorpora o projeto elaborado pelo NESP/UNB), Roberto Jefferson e Eduardo Moreira. A lei aprovada é fruto de um acordo em torno dos projetos R. Bezerra, Geraldo Alckmin e executivo. O relatório Geraldo Alckmin previa a extinção do INAMPS, mas perdeu para o lobby do setor privado.
- 49 Particularmente do setor hospitalar, pressionando contra a celebração de contratos no município e da medicina de grupo e seguros privados contrários ao controle dos conselhos municipais sobre eles.
- 50 Ver cap. 1, pp. 44-46.
- 51 Sobretudo na gestão Rafael de A. Magalhães, com a implementação do SUDS.
- 52 Entrevista realizada com o deputado Valdir Pires, 5/02/92.
- 53 Depoimento de Cristina Possas, coordenadora da CNRS, 9/01/92.
- 54 Segundo estimativas preliminares do INAMPS, até julho de 91 os hospitais médios e grandes estavam com superávit; com a aprovação do novo plano de Custeio e Benefícios da Previdência, o pagamento dos hospitais contratados saiu do calendário e perdeu-se a capacidade de recomposição de preços com a aceleração inflacionária, liberação de preços dos remédios, etc. Foram mais afetados os grandes hospitais e aqueles em obras de expansão, reformas, etc. Alguns hospitais médios e grandes foram capazes de atravessar a crise porque formaram fundos de captação.
- 55 Cita-se, por exemplo, a votação da Lei de Diretrizes Orçamentárias pelo Congresso, garantindo 30% do Orçamento da Seguridade Social para a saúde, recursos esses que na Comissão Orçamentária foram destinados a itens como Saneamento Básico, Pagamento de docentes das Universidades, Merenda Escolar, Demarcação de Terras Indígenas, construção de CIACS, Encargos Previdenciários da União, Higiene e Segurança do Trabalhador, restando apenas 18% para as ações de saúde.
- 56 Critica-se a dificuldade de integração do INAMPS ao MS, por não ter se desenvolvido plenamente o projeto de unificação; o fato do orçamento do MS não ser unificado; as instituições do MS continuam trabalhando com suas lógicas independentes (SUCAM, Fund. CESP, Vig. Sanitária); a não-transferência dos recursos operacionais do MS para as secretarias estaduais e municipais; a atuação do INAMPS segundo três lógicas distintas (lógica do ambulatório/UCAS; lógica das internações/AIH's lógica dos investimentos/Pró Saúde); as resistências corporativas dos quadros do MS X INAMPS e sua não-integração aos quadros estaduais e municipais.
- 57 Propõe-se a seguinte composição: 25% de trabalhadores da área de saúde; 20% governo; 5% de prestadores privados e 50% de usuários.
- 58 Cita-se o predomínio de critérios políticos na alocação de recursos, como construção de centros de diálise em prefeituras pequenas; total descontrole na área de próteses ortopédicas; e, a defasagem dos preços pagos pelo INAMPS que acabou tirando o poder moral das Câmaras Técnicas de Controle dos Procedimentos de Alta Complexidade, constituídas por especialistas.
- 59 Alguns sugerem o Modelo INCOR (fundação) como parâmetro para a reestruturação dos hospitais universitários (ensino, pesquisa, atendimento), no sentido de viabilizar o custeio do corpo clínico com dedicação exclusiva.
- 60 Por exemplo, o número de UCA's distribuído para São Paulo é insuficiente para dar conta da demanda por atendimento ambulatorial, 10% dela oriunda de outros estados.
- 61 Foram citados os exemplos de Matão e Bebedouro, onde essa experiência tem tido sucesso.
- 62 Estima-se que 80% do faturamento dos grandes hospitais classe "A" está hoje em mãos de 6 seguradoras. A curto prazo, na avaliação do Seguro Saúde Bradesco, é urgente um acordo entre

seguradoras e hospitais, na medida em que os custos de internação vêm crescendo excessivamente, e, com a crise do INAMPS, também o número de segurados.

63 Ver o inteligente artigo de Luciano Martins, criticando a fragilidade dos argumentos neo-liberais e a necessidade de uma profunda reforma do Estado, que redefina seu papel na economia e na sociedade, mas não a partir de critérios doutrinários ou corporativos, sempre invocados pelos segmentos mais organizados da sociedade brasileira independentemente de suas colorações políticas. Folha de São Paulo, 9/02/92, pag.3.

64 Ver Médici, A. e Oliveira, F.de. "A Política de Saúde no Brasil: Subsídios para uma Reforma", mimeo, 1991.

65 NEPP/UNICAMP "Educação, Saúde e Atenção ao Menor: Uma Avaliação dos Serviços Públicos no Estado de São Paulo", Relatório Final, dezembro de 1991.

66 Relatório - Síntese, Financiamento do Sistema de Saúde, Frente Nacional dos Prefeitos.

67 Favaret Filho, Paulo e Oliveira, Pedro Jorge de. "A Universalização Excludente", texto para Discussão nº 216, IEI/UFRJ, setembro de 1989.

68 Ibid, p. 34.

69 A UCA é uma unidade de valor da assistência ambulatorial, sendo a quantidade de consultas a referência para o pagamento da cobertura ambulatorial (pública ou privada). A AIH custeia a internação hospitalar pública e privada com base nos "procedimentos" e não pela quantidade de atos médicos efetuados em cada internação. Porém, os hospitais universitários podem receber adicionais de 25% (quando tenham cursos de residência) e 50% (quando, além do curso de residência, ofereçam cursos de pós-graduação), através do Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento de Pesquisa em Saúde - FIDEPS.

Além disso foram constituídos instrumentos diferenciadores e/ou compensatórios como o Índice de Valorização de Qualidade - IVQ - correspondendo a um acréscimo de 20% sobre o total devido ao hospital; e os Fatores de Estímulo à Municipalização - FEM e à Gestão Estadual - FEGE, correspondendo a adicionais sobre a quota de recursos ambulatoriais.

Cabe salientar, ainda, que pela Norma Operacional Básica - SUS/92, de fevereiro de 1992, os contratos com hospitais que participam do sistema de forma complementar, bem como sua exclusão, será de competência das Secretarias Municipais de Saúde.

70 A AIH também é autogerada, pois há quotas máximas para cada estado (0.10 AIH/ população) e há mecanismos diferenciadores como o IVQ e o Fideps (Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento de Pesquisa em Saúde). Cabe salientar, ainda, a existência de dois fundos compensatórios para atender eventuais ajustes: o primeiro, a nível estadual, constituído de 20% da quota estadual de AIH, ressarcem municípios que atuem como referência estadual; o segundo, a nível federal, é dirigido para unidades e procedimentos de alta complexidade.

71 Ver, por exemplo: Vianna S.M., et alii, "O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferência de recursos federais para estados e municípios", Brasília, OPS, 1990; e Dorneles G. et alii, "Análise da distribuição dos recursos financeiros para a assistência à saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul e proposta da operacionalização dos critérios para sua distribuição", Porto Alegre, 1991, mimeo.

72 Porto, Sílvia, "Descentralização de Recursos no Setor Saúde: Comentários sobre algumas propostas", Revista Planejamento e Políticas Públicas, nº 5, junho de 1991.

73 Favaret Filho, Paulo e Oliveira, Pedro Jorge de. "A Universalização Excludente", texto para Discussão nº 216, IEI/UFRJ, setembro de 1989.

74 Aureliano, Liana e Draibe, Sônia, "A especificidade do 'Welfare State' Brasileiro", in Economia e Desenvolvimento 3, Brasília, Cepal, 1989.

75 Está em discussão, no Ministério da Saúde, a adoção de formas de co-pagamento para os procedimentos de alto custo.

76 Favaret Filho, Paulo e Oliveira, Pedro Jorge de. "A Universalização Excludente", texto para Discussão nº 216, IEI/UFRJ, setembro de 1989.

BIBLIOGRAFIA

- Braga, José Carlos de Souza e Paula, Sérgio G., "Saúde e Previdência". In: Saúde em Debate, Hucitec, São Paulo, 1986.
- Brasil 1985, -Relatório sobre a Situação Social do País. NEPP/UNICAMP, Vol. I, 1986.
- Coutinho, M. e Salm, C. "Previdência Social". In: A Transição Incompleta. Organizado por Edmar L. Bacha e Herbert S. Klein. Rio de Janeiro, Paz e Terra vol. 2, 1976.
- Declaração de Alma-Ata -Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde- OMS-UNICEF, 1978.
- Draibe, S.; Castro, M.H.G. e Azeredo, B. "O Sistema de Proteção Social no Brasil", Relatório Final de Pesquisa, Projeto CEBRAP/Mellon/Kellog's "Social Policies For the Urban Poor", sob a coordenação de G.O'Donnell e V. Faria, dezembro de 1991.
- Fagnani, Eduardo, "Marcos Gerais da Política Social da Nova República". Março de 1987 -Unicamp I.E./CECON, mimeo.
- Fagnani, Eduardo; Braga, J.C. e Silva, B.P.L., "Recessão e Financiamento das Políticas Sociais". Texto para Discussão Interna nº 7 IESP/FUNDAP. Set., 1986, p. 48.
- Favaret Filho, Paulo e Oliveira, Pedro Jorge de. "A Universalização Excludente", texto para Discussão nº 216, IEI/UFRJ, setembro de 1989.
- FERRERA, M. e ZINCONE, G., "La Salute che noi pensiamo", Società Editrice Il Mulino, Bologna, 1986.
- FIBGE/UNICEF, Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil -Aspectos Nutricionais 1974/1975, RJ, IBGE, 1982.
- Fleury, Sonia, "Bases Sociais para a Reforma Sanitária no Brasil", Divulgação em Saúde para Debate, CEBES, Junho 91.
- HOFFMANN, Helga, "Pobreza e Propriedade no Brasil: o que está mudando?", In: A Transição Incompleta. Organizado por Edmar Bacha e Herbert S.Klein, Paz e Terra, RJ, 1986.

- Justo, Geraldo, "Relação Poder Público - Hospitais Sem Fins Lucrativos", 1991 (mimeo).
- LICHTENSZTJN, S. e BAER, M., "Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial: Estratégias e Políticas do Poder Financeiro". Brasília, 1987.
- Médici, A. e Oliveira, F.de. "A Política de Saúde no Brasil: Subsídios para uma Reforma", mimeo, 1991.
- Muller, Pierre. "Les Politiques Publiques", Paris, PUF, Col. Que Sais-Je?, 1990 (pp-50).
- National Decision -Making for Primary Health Care- A Study by the UNICEF/WHO Joint Committee on Health Policy World Health Organization - Geneve, 1981.
- NEPP/UNICAMP: "Desenvolvimento de Políticas de Saúde nos anos 80 - O Caso Brasileiro", (elaborado por Sônia M. Draibe, Ana Luiza d'Ávila Viana e Pedro Luiz Barros Silva), 1990.
- NEPP/UNICAMP "Educação, Saúde e Atenção ao Menor: Uma Avaliação dos Serviços Públicos no Estado de São Paulo", Relatório Final, dezembro de 1991.
- Relatório - Síntese, Financiamento do Sistema de Saúde, Frente Nacional dos Prefeitos.
- YUNES, J., "Evolução da Mortalidade Infantil e Mortalidade Infantil proporcional no Brasil", São Paulo, 1981.

ANEXO 1

CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

As Conferências Nacionais de Saúde foram realizadas desde a formação do Ministério da Saúde, visando a discussão das propostas e estratégias de ação para o setor. Nos primeiros governos militares essas não se realizaram. A partir do governo Geisel (1974/78) é que se reativam as Conferências Nacionais de Saúde, as quais terão substantivo papel na redefinição das prioridades do governo para o setor saúde.

A V Conferência foi convocada pelo Decreto nº 75409, de 25 de fevereiro de 1975, realizando-se em agosto do mesmo ano na getão do Ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado. O tema básico de discussão da referida Conferência foi a proposta do Sistema Nacional de Saúde.

A temática da Conferência espelha o diagnóstico e as linhas de ação do governo Geisel. Segundo o diagnóstico governamental, as falhas existentes na atenção a saúde decorreriam da ausência de coordenação entre as múltiplas ações empreendidas nos diversos níveis de governo e inter-ministérios e, ainda, da falta absoluta de racionalidade operacional. O fracionamento dessas ações implicaria na existência de múltiplos subsetores de saúde que, agregados de modo racional, conduziriam à constituição do Sistema Nacional de Saúde. Por outro lado, os programas de saúde pública, a cargo do Ministério da Saúde, ganham destaque. Constam da pauta de discussões os seguintes temas: o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil; o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; o Programa de Controle de Grandes Endemias; e ainda a Extensão dos Programas de Saúde às Populações Rurais.

A 01 de março de 1977, convoca-se a VI Conferência Nacional de Saúde a qual se realiza, em agosto do mesmo ano.

O Ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado admite, na ocasião, a existência de dicotomia entre as ações previdenciárias e de saúde pública. Diante da constatação recomenda a coexistência dessas duas redes de atendimento, cada qual atuando de modo autônomo, com preservação de suas particularidades.

Retoma-se, portanto, a questão da operacionalização do SNS. A despeito dos avanços observados no que diz respeito ao maior grau de detalhamento quanto às alternativas de transformação do padrão médico assistencial privatista não há qualquer alusão a necessidade de integração, regionalização e hierarquização das ações de saúde.

O quadro temático da Conferência foi o seguinte: Situação atual do Controle das Endemias; Operacionalização dos Novos Diplomas Legais Básicos, aprovados pelo Governo Federal em matéria de Saúde; Interiorização dos Serviços de Saúde; e Política Nacional de Saúde.

A VII Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo Decreto nº 84160 de 20 de novembro de 1979 realizando-se sob o comando do Ministro Waldyr Mendes Arcoverde, em março de 1980. O tema abordado nessa Conferência é o da implantação dos Serviços Básicos de Saúde. Pela primeira vez existe a preocupação explícita com a hierarquização, regionalização e integração das ações de saúde nos vários níveis. A ênfase à implementação desses serviços responde a pelo menos duas imposições: a explosão de custos do tipo de assistência prestada pela Previdência, problematizada pela crise e, ainda, o efeito demonstração oriundo das influências internacionais de democratização dos serviços de saúde. O governo então, capitaliza para si essas imposições, buscando a democratização dos serviços como meio de buscar legitimidade popular.

Em março de 1986, o Ministério da Saúde promoveu a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual teve lugar um amplo processo de discussão sobre os principais problemas de gerenciamento, controle e administração de saúde da população brasileira, envolvendo todos os setores organizados da sociedade. Mais do que uma simples discussão, no entanto, as diretrizes emanadas desta Conferência serviram como referência e base para o Decreto Presidencial que criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em junho de 1987.

Três grandes temas foram discutidos na VIII Conferência Nacional de Saúde: Saúde como Direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. Da discussão em torno desses temas resulta o consenso de que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem a

uma simples reforma administrativa e financeira. A natureza das modificações exigidas implica a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos preconizados pela reforma sanitária.

A política de atenção à saúde deve, portanto, estar integrada às demais políticas econômicas e sociais de modo a garantir que, através da melhora das condições de vida em geral, o Estado seja capaz de reverter o quadro atual de condição de saúde da população.

O direito à saúde é vinculado à cidadania. Desta forma, cabe ao Estado garantir que, o acesso a esses serviços seja universal e igualitário em todos os níveis hierarquicamente dispostos. Para tanto, os serviços de saúde devem ser operados de modo descentralizado, cabendo ao poder público normatizar e exercer o controle sobre os serviços ofertados por agentes públicos ou privados, no sentido de garantir um padrão de atendimento adequado.

No que se refere à reestruturação do Sistema Nacional de Saúde o que fica estabelecido é que dela deva resultar a criação de um Sistema Único de Saúde com separação plena entre os Ministérios da Saúde e Previdência. Do ponto de vista institucional, o que se requer é que o sistema reestruturado fique a cargo de um único Ministério concebido expressamente com essa finalidade.

Rejeita-se a proposta de estatização imediata dos serviços de saúde, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público em todos os níveis articulados entre si.

Por outro lado, o sistema Único de Saúde seria financiado por várias receitas provenientes de impostos gerais e também sobre produtos e atividades danosas à saúde. Caberia a Previdência à partir da constituição do Sistema Único, realizar o repasse da verba alocada no INAMPS até que se constitísse um fundo capaz de garantir um orçamento próprio ao Sistema.

ANEXO 2

ENTREVISTAS

1. Dr. Chafick Faraht: Médico, Secretário-geral da FENAES; presidente do Sindicato dos Hospitais de São Paulo; membro do Conselho Estadual de Saúde e do Conselho de Seguridade Social.
2. Dr. Eurípedes Ferreira: Professor da Escola Paulista de Medicina, ex-assessor do Ministério da Saúde.
3. Irmã Josefina: Médica, Diretora do Hospital Santa Marcelina/E.S.P. Membro do Conselho Estadual de Saúde.
4. Dr. Geraldo Justo: Administrador Hospitalar; Representou as Misericórdias na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Comissão Nacional de Reforma Sanitária.
5. Dr. Fúlvio Pillegi: Médico, Diretor do INCOR; foi membro do Conselho Nacional de Saúde; membro do Conselho Nacional de Seguridade Social.
6. Dr. Julian Czapski: Médico, Diretor Técnico da FENAES, Diretor da Federação Internacional de Hospitais, Membro do Conselho Municipal de Saúde do Município de São Paulo; Foi presidente da ABRAMGE.
7. Dr. Mário Cardoso: Presidente da Associação Médica Brasileira
8. Dr. Álvaro Perin: Secretário Geral da Federação Nacional das Misericórdias, Provedor da Santa Casa de Rio Claro.
9. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos: Professor DMP/UNICAMP; foi Secretário Municipal de Saúde de Campinas; ex-Secretário Estadual de Saúde do Estado de São Paulo; assessor do CONASS -Ministério da Saúde.
10. Dr. José Noronha: Diretor do Instituto de Medicina Social/UERJ; Foi chefe de gabinete do presidente do INAMPS (gestão Valdir Pires); secretário de Medicina Social (gestão Raphael de A. Magalhães).
11. Dr. Edgar Mário Berger: Médico, Vice-presidente da Golden Cross.
12. Dr. César Torres: Diretor Técnico do Seguro Saúde Bradesco.
13. Dr. Hésio Cordeiro: Reitor da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e ex-presidente do INAMPS.
14. Dr. Cori Acioly: Diretor-Executivo da Federação Brasileira de Hospitais.
15. Dr. Octávio Mercadante: Assessor da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.
16. Dr. Herval Pina Ribeiro: Assessor da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.
17. Dr. Arlindo de Almeida: Presidente da ABRAMGE.
18. Prof. Adib Jatene: Diretor da Faculdade de Medicina da USP.
19. Prof. José Aristodemo Pinotti: Ex-Secretário Estadual de Saúde do Estado de São Paulo.
20. Dr. Eurípedes Carvalho: Presidente da Federação Nacional dos Médicos.
21. Dr. Castilho: Presidente da UNIMED do Brasil.
22. Dr. Raimundo Bezerra: Relator da Sub-Comissão de Saúde da Assembléia Constituinte.
23. Deputado Geraldo Alckmin.

24. Senador Almir Gabriel: Relator da Comissão de Ordem Social da Constituinte.
25. Deputado Valdir Pires: Ex-Ministro da Saúde.
26. Deputado Antonio Britto: Presidente da Comissão de Seguridade Social.
27. Dr. Eleutério Rodriguez Neto: Assessor do Legislativo; presidente do CEBES.
28. Dr. Cândido: Ex-secretário-geral do Ministério da Saúde.
29. Dr. Ricardo Ackel: Ex-presidente do INAMPS.
30. Dr. Luis Spigolon: Presidente da Confederação Nacional das Misericórdias.
31. Dr. Ivan de Moura Fé: Presidente do Conselho Federal de Medicina.
32. Dr. José Eri Medeiros: Presidente do CONASEMS.
33. Deputado Sérgio Arouca: Ex-Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.
34. Dr. Sérgio Draibe: Professor da Escola Paulista de Medicina.
35. Raphael de Almeida Magalhães: Ex-Ministro da Previdência e Assistência Social.
36. José Saraiva Felipe: Ex-Secretário de Serviços Médicos do MPAS.
37. Edmur Pastorello: Ex-Secretário Geral do MS.
38. Carlos Monte: Ex-Secretário Geral do MPAS.
39. Eduardo Levcovitz: Ex-Secretário de Medicina Social do INAMPS.
40. Ana Teresa da Silva Pereira: Ex-Superintendente Regional do INAMPS/RJ.
41. Deputado José Lourenço: PFL/BA.
42. Mansur José Mansur: Presidente da Associação dos Hospitais do Rio de Janeiro e Vice-Presidente da Federação Brasileira de Hospitais.
43. Sérgio Piola: Coordenador-Adjunto de Saúde e Previdência Social do IPEA.
44. André C. Médici: Professor da Escola Nacional de Saúde Pública
45. Renato Pires: Ex-Diretor do Grupo Técnico de Planejamento da SES/SP
46. Ricardo Nogueira: Ex-Assessor Parlamentar do INAMPS e do MPAS
47. Flávio Poppe de Figueiredo: Diretor da SEMIC- Serviços Médicos a Indústria e Comércio e da Associação Brasileira de Medicina de Grupo