

3ª Conferência Nacional de Saúde

17 A 21 DE MARÇO DE 1986.

TEMA II - Reformulação do Sistema
Nacional de Saúde
Visão Geral
Reordenamento do Sistema Nacional
de Saúde

EUGÊNIO VILAÇA MENDES

8.^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA II - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde
Visão Geral

Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde

EUGÊNIO VILAÇA MENDES*



*Consultor Nacional da Organização Panamericana de Saúde.

BUTANTAN
A serviço do povo

VIII. CONCLUSÃO

A reformulação do Sistema Nacional de Saúde, nos termos propostos, para se materializar, vai requerer modificações em dois níveis: um macro, do reordenamento político-jurídico e, um outro, micro, da operacionalização de modelos assistenciais.

Esses dois movimentos devem se realizar concomitantemente, o que significa negar uma posição de linearidade ou etapismo na construção social do novo sistema de saúde.

REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

No nível do reordenamento político-jurídico, haverá que se concretizar a ação mudancista na remoção do "entulho sanitário" de caráter autoritário expresso, com maior vigor, no tripé jurídico que sustenta o Sistema Nacional de Saúde: a Constituição de 1954/64, a Lei 4220 do SNS e a Lei 5439/77 do Sistema Nacional de Previdência Social.

Eugênio Vilaça Mendes

No que concerne à Constituição, a luta dos setores democráticos deverá se concretizar no sentido de que se estatue, no texto, a doutrina da Reforma Sanitária, onde a saúde se colocará como o resultado do exercício de um conjunto articulado de direitos relativos à educação, ao emprego, ao meio ambiente, à previdência social, à habitação, à alimentação e nutrição, ao lazer, ao esporte e, também, aos serviços de saúde.

Trabalho apresentado como contribuição aos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Nesse decorrerá a inscrição, como princípio constitucional, dos serviços de saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Brasília, fevereiro 1986.



1. INTRODUÇÃO

Inicialmente, há que se reconhecer que a saúde não pode ser reduzida ao conjunto de intervenções de natureza médica, preventivas, curativas ou reabilitadoras, ofertadas por serviços de saúde.

Mais que isso, o termo saúde expressa a qualidade de vida de uma população, num dado espaço e num dado momento, refletindo as suas condições objetivas de vida que têm suas origens num patamar transcendente à simples oferta e consumo de serviços médicos.

Falar de saúde implica, portanto, uma indagação permanente dos seus determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais e a inserção, na política de saúde, de novos espaços sociais como os da educação, meio ambiente, previdência, emprego, habitação, alimentação e nutrição, lazer e esporte.

Saúde será a resultante da ação articulada desses diferentes setores e o eixo integrador dos setores sociais com as políticas econômicas.

O entendimento dessa realidade implica a negação de que ela se reduza a um conjunto de procedimentos médicos que, sem perder o referencial da saúde pública, pode ser tratado nas suas especificidades de modo a contribuir, com as modificações que são necessárias, para a melhoria da qualidade de vida da população.

O presente trabalho reflete opiniões pessoais do autor, não representando, por seqüência, posições das entidades a que está vinculado.

Isso porque não se pode, mecanicamente, transportar para o Brasil, país que vive um momento de transição epidemiológica, a abun-



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

I. INTRODUÇÃO

Inicialmente, há que se reconhecer que a saúde não pode ser reduzida ao conjunto de intervenções de natureza médica, preventivas, curativas ou reabilitadoras, ofertadas por serviços de saúde.

Mais que isso, o termo saúde expressa a qualidade de vida de uma população, num dado espaço e num dado momento, refletindo as suas condições objetivas de vida que têm sua origem num patamar transcendente à simples oferta e consumo de serviços médicos.

Falar de saúde implica, portanto, uma indagação permanente dos seus determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais e a inserção, na política de saúde, de novos espaços sociais como os da educação, meio ambiente, previdência, emprego, habitação, alimentação e nutrição, lazer e esporte.

Saúde será a resultante da ação articulada desses diferentes setores e o eixo integrador dos setores sociais com as políticas econômicas.

O entendimento dessa real dimensão da saúde não deve, contudo, implicar a negação de que ela abriga um componente de serviços médicos que, sem perder o referencial macro esboçado e as interfaces que guarda com as outras políticas sociais, para fins práticos, pode ser tratado nas suas especificidades de modo a contribuir, com as modificações que são necessárias, para a melhoria da qualidade de vida da população.

Mesmo porque não se pode, mecanicamente, transportar para o Brasil, país que vive um momento de transição epidemiológica, a abun-

dante crítica sobre a ineficácia dos serviços de saúde, especialmente aquela produzida nos países capitalistas centrais, onde o perfil nosológico é distinto do nosso(*)).

Fica claro, então, que o objetivo do presente trabalho é a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, entendido como a forma que se articulam, entre si e com o Estado e a Sociedade, as diferentes modalidades assistenciais de prestação de serviços médicos preventivos, curativos e reabilitadores.

Porque é, assim também, que se lhe decodifica nas intenções do ato convocatório da VIII Conferência Nacional de Saúde. O que não significa desconhecer que esse fórum, por sua importância e por sua oportunidade, não deva ser a arena política onde, atores sociais comprometidos com os interesses reais de nossa população, desfraldem a bandeira de uma Reforma Sanitária que garanta, como direito de cidadania, no próximo contexto constitucional, condições de vida expressas na materialidade da educação, da habitação, do saneamento, da alimentação e nutrição, do esporte, do lazer, do emprego, da previdência social e da assistência médica.

(*) O que não significa adotar uma postura de desconhecimento da relativa ineficácia do modelo hegemônico de prática médica, a medicina científica ou flexneriana. Ver, a propósito, MENDES, E.V. - A evolução histórica da prática médica. Belo Horizonte, FINEP/PUCMG, 1985.

II. SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE - CONFORMAÇÃO, INSTITUCIONALIZAÇÃO E CRISE ATUAL

As conformações que adquire, espacial e temporalmente, o Sistema Nacional de Saúde, são produto de uma multiplicidade de processos que se expressam, de uma parte, na autonomia relativa da prática e, de outra, ao nível dos conjuntos sociais em que essa prática se constitui e se processa. Vale dizer, que as práticas, estruturadas sob as formas de modalidades assistenciais, representam construções sociais que resultam, historicamente, da intervenção do pessoal de saúde, bem como dos diferentes setores sociais que se constituem numa dada sociedade. Por consequência, os sistemas de saúde, ainda que se movendo com uma relativa autonomia modificam-se, historicamente, no sentido de se ajustarem à evolução e às crises cíclicas das sociedades a que pertencem.

No caso brasileiro, parece haver poucas dúvidas de que o sanitarismo campanhista(*), localizado no complexo Ministério da Saúde - Secretarias estaduais e municipais, constituiu-se na prática hegemônica até a consolidação do processo de industrialização, no governo Kubitschek(**). Paralelamente, mas de forma limitada, a partir do início da década de 40, como resposta ao esforço de guerra, surgiu um novo sanitarismo - que poderia ser denominado de sanitarismo dependente - cujo "locus" institucional foi a Fundação SESP e que, por razões econômicas, não pôde se hegemonizar. Houve

(*) Para um aprofundamento dos modelos de sanitarismo, ver: LUZ, M.T. - As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

(**) As razões de hegemonia do sanitarismo e de sua superação estão bem detalhadas em BRAGA, J.C. & GOES DE PAULA, S. - Saúde e Previdência, estudos de política social. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.

um momento, é verdade, do discurso do sanitarismo desenvolvimentista, no período 60/64, mas que não chegou a se implementar apesar de, doutrinariamente, ter dado a tônica dos documentos oficiais daquela época.

O processo de industrialização que pôs fim ao modelo econômico agro-exportador, induziu ao aparecimento da assistência médica da Previdência Social e, foi por volta do ano de 1965, que os gastos em assistência médica da Previdência Social ultrapassaram, pela primeira vez, os do Ministério da Saúde, onde se exercitava o sanitarismo campanhista.

Observou-se, então, um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações de saúde pública tradicionais, o que levou à conformação e hegemonização do modelo médico-assistencial privatista(*), entendido como aquele de gerência estatal, com ênfase na atenção médico-hospitalar executada por agentes privados, ausência de participação dos trabalhadores no processo decisório e centralização da normatização e dos recursos financeiros no nível federal.

A construção desse modelo - já que, originalmente, a tradição do estado brasileiro era de prestar serviços diretamente - teve sua origem ideológica numa tecnocracia modernizante que se instalou na Previdência Social e pode se consolidar pelas modificações da natureza do Estado brasileiro pós-64, levando a uma série de reformas e contra-reformas que, segundo Silva(**), resultaram em:

(*) Expressão utilizada por LUZ, M.T., 1979, op.cit.

(**) SILVA, P.L.B. - O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde no Brasil na década dos 70. Cadernos FUNDAP, 3: 27-50, 1983.

- a) "A exclusão da classe trabalhadora das decisões nessa área, bem como dos projetos alternativos a uma política de caráter assistencial, adotando-se simultaneamente uma visão restrita em termos de saúde pública e de dominância da atenção médico-hospitalar no campo de assistência médica previdenciária;
- b) A criação do INPS que passa a gerir a assistência médica previdenciária prestada, até então, pelos diferentes Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, com o consequente desenvolvimento de mecanismos de centralização do processo decisório, do financiamento e da implantação dos programas em atenção à saúde no aparato estatal e a nível federal;
- c) A orientação para a compra de serviços ao setor privado no campo de assistência médica previdenciária, como resultado da articulação desse setor com segmentos burocráticos que passam a gerir tal política, com ausência de controle de suas ações por parte das classes trabalhadoras;
- d) A tendência da assistência médica previdenciária de caráter médico-hospitalar a tornar-se o polo predominante da intervenção estatal em atenção à saúde, reservando para a atenção médico-sanitária um lugar secundário nas prioridades do governo;
- e) A inexistência de uma articulação adequada entre as diretrizes de política econômica e o desenvolvimento social, no sentido da criação de mecanismos de financiamento que "alavancassem" o desenvolvimento de programas em atenção à saúde a partir do orçamento fiscal."

Esse modelo médico-assistencial privatista, dado a sua concomitância com o período do "milagre" econômico e com uma situação de estabilidade autoritária, consolidou-se pela ação solidária dos atores relevantes, a tecnoburocracia estatal e os produtores de serviços (as empresas médicas) e de bens (principalmente as empresas produtoras de equipamentos e medicamentos), o que conduziu à sua expansão através do aumento paulatino da clientela previdenciária.

Cabe sublinhar que o próprio mecanismo da remuneração dos serviços contratados ao setor privado - as unidades de serviço - ao ter o seu valor variável segundo a complexidade e a densidade tecnológica do ato médico facilitava, a um tempo, o processo de capitalização das empresas médicas e da incorporação de tecnologia.

Assim é que, em 1971, instituiu-se o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL) gerido pelo FUNRURAL e, em 1972, incluíram-se, na Previdência Social, os empregados domésticos e os autônomos.

Ao tempo em que se ampliava o âmbito da ação da Previdência Social, desnudava-se o caráter discriminatório da política de saúde, na medida em que ficavam claras as desigualdades no acesso, qualitativo e quantitativo, entre as clientelas urbanas e entre estas e as rurais(*). O que expressava, no campo sanitário, o que se estatua na Lei Orgânica da Previdência Social, de 1960, reiterado, posteriormente, na Constituição de 1967/69, onde o direito à assistência médico-hospitalar só é garantido aos beneficiários previdenciários.

(*) O Decreto nº 73.617/74, que aprovou o Regulamento do PRORURAL estabelece que a assistência hospitalar a beneficiários rurais só poderá ser prestada por entidades não lucrativas, sob a forma de subsídio fixo.

Esse movimento de ampliação do seguro social estabeleceu entre a Previdência Social e os setores privado e filantrópico, diferentes relações de financiamento o que possibilitou, por sua vez, a emergência de diferentes modalidades assistenciais com o consequente fracionamento dos grupos de interesses.

Em 1971, através do Decreto nº 68.806, o governo cria, vinculada diretamente à Presidência da República, a Central de Medicamentos e, em 1973, é formulado seu plano diretor, que encorajava o desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional com o "objetivo de não privar da proteção do Estado faixa alguma da população brasileira". Em 1975, a CEME, através do Decreto nº 75.935, passou à condição de órgão autônomo do MPAS, reduzindo sua importância política e limitando sua esfera de ação.

A partir de 1974, findo o período de expansão econômica e iniciada a abertura política gradual, iniciaram-se os questionamentos à política social do governo com a entrada, em cena, de outros atos políticos.

Daí que, sob as diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, tomam-se as seguintes medidas: criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (Lei nº 6034/74); formulação do Plano de Pronta Ação (PPA), com o objetivo de universalizar a atenção de urgência; criação do Conselho de Desenvolvimento Social (Lei nº 6118/74); criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS - instrumento financeiro destinado a financiar o investimento fixo setorial.

A ação concomitante do PPA e do FAS representou, na verdade, um mecanismo fortalecedor do setor privado, aquele abrindo mercado e, este, garantindo a expansão física com recursos subsidiados, especialmente na área hospitalar.

É de ver-se que, em 1969, havia 74.943 leitos privados no país e, em 1984, eles chegam a 348.255, ou seja, num período de 24 anos, há um crescimento da rede hospitalar privada de 465%, bem superior ao incremento populacional.

Uma análise dos financiamentos de FAS(*), realizado em 1977/78 mostrou que, ao contrario da educação, 79,7% dos projetos aprovados pela diretoria da Caixa Econômica Federal, eram destinados ao financiamento do setor privado e que, um terço dos recursos, estavam entre as faixas IV e V, indicando elevado grau de subsidiamento. Ademais, o financiamento do FAS contribuiu para uma concentração de leitos hospitalares já que 47% eram localizados na região Sudeste, o que correspondeu a 50,1% do montante dos recursos empenhados. Mais ainda, os financiamentos privilegiavam a rede hospitalar (73,8%) em relação às unidades ambulatoriais (4,9%).

Esse é um momento importante para configurar um padrão de desenvolvimento de um setor privado da saúde que tem características absolutamente especiais - capital fixo subsidiado, mercado cativo e, portanto, baixo risco empresarial.

Por sua vez, são nítidas as correlações entre o PPA e o crescimento de uma nova modalidade assistencial que surgia, a medicina de grupo, viabilizada pelo convênio-empresa.

Em 1976, com base nas diretrizes do II PND e tendo como referencial doutrinário a teoria de sistemas, surgiu a Lei 6229, que criou o Sistema Nacional de Saúde, definindo as competências da União, através de seus diferentes Ministérios, dos estados e dos municípios.

Além disso, essa Lei consolidou a divisão dos espaços institucionais que vinham se delineando. Assim é que, sob os eufemismos

(*) Ver BRAGA, J.C. de S. & GOES DE PAULA, S. - op.cit., p. 125-132.

de atenção à saúde coletiva e à saúde das pessoas - o que consagrava a separação entre ações preventivas e curativo-reabilitadoras - reservaram-se as ações de saúde pública (não rentáveis) para o complexo Ministério - Secretárias estaduais e as ações de atenção médica (lucrativas) para o setor privado, intermediado pela Previdência Social.

Em 1977, através da Lei nº 6439, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social - SINPAS - que, conjuntamente com a Constituição de 1967/69 e a Lei nº 6229, compõem a base legal do atual Sistema Nacional de Saúde.

Essa lei surgiu em sintonia com a Lei 6229 e resultou do movimento de organização da Previdência Social que tem motivação racionalizadora buscando, ao mesmo tempo, garantir a expansão da população beneficiária e a centralização administrativa.

Nasceu, então, no contexto de um processo de especialização das organizações previdenciárias, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS.

O modelo assistencial gestado, ao privilegiar as ações médico-hospitalares da medicina flexneriana, consolidou um sistema de alto custo que excluiu, de seus benefícios, grandes contingentes populacionais, especialmente aqueles que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais.

Por outro lado, os quadros político, econômico e sanitário criavam as condições para um questionamento crescente ao modelo médico-assistencial privatista.

Daí que, a partir do início da década de 70, começa a se esboçar, em nosso país, ainda que limitado ao espaço institucional



da saúde pública, o movimento do programa da atenção primária ou da extensão da cobertura (*).

Tratava-se de desenvolver e expandir um modelo médico, de baixo custo e complementar ao hegemônico, capaz de dar alguma resposta àquelas populações marginalizadas.

Em escala, esse movimento iniciou-se com os projetos dos Sistemas Integrados de Saúde do Norte de Minas e de Caruaru.

Em 1976, surge o primeiro programa de extensão de cobertura, a nível federal, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), abrangendo a região de jurisdição da SUDENE. Em 1979, o PIASS foi estendido para todo o território nacional, adaptando-se o modelo adotado no Nordeste às peculiaridades das outras regiões, o que resultou numa grande expansão de rede ambulatorial pública.

No período 1975/1984 o número de unidades ambulatoriais públicas passou de 1122 para 13.739, num crescimento de 1225%.

No início de 1980, convocou-se a VII Conferência Nacional de Saúde cujo tema foi a implantação de uma rede básica de serviços de saúde.

Com base técnica no PIASS e respaldo político na VII Conferência surgiu, em agosto de 1980, a primeira versão do ambicioso projeto denominado Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), patrocinado pelos Ministérios da Saúde e da Previdência

(*) A interpretação de atenção primária como programa será retomada no próximo capítulo deste trabalho.

e Assistência Social e que tinha como objetivo a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o território nacional, através de uma articulação interinstitucional que envolveria as entidades públicas e aquelas do setor privado que atendessem a determinados critérios.

O que havia de novo no PREVSAÚDE é, exatamente, que ele deixava o espaço restrito do complexo da saúde pública, para se transformar numa proposta de coordenação interinstitucional entre diversos Ministérios e as Secretarias estaduais e municipais de Saúde o que, timidamente, já se esboçara no PIASS.

Estavam criadas as condições para que a Previdência Social incorporasse os elementos temáticos mais significativos da proposta da atenção primária.

Apesar das sucessivas revisões introduzidas no texto original pelo Grupo Técnico Interministerial, o projeto, por força das reações que surgiram na burocracia estatal, especialmente em nível da Presidência do INAMPS, e no setor privado organizado - FBH, AMB e ABRAMGE - foi analisado pela CIPLAN e encaminhado à Comissão de Saúde da Câmara, de onde não mais sairia.

A ausência de uma postura estratégica facilitou a ação dos "anéis burocráticos"(*) criados ao longo da conformação do Sistema Nacional de Saúde no sentido de inviabilizar a proposta do PREVSAÚDE.

Contribuíram, também, as diretrizes da política econômica do governo que levaram a um desaquecimento da economia e a própria crise financeira da Previdência Social.

(*) O conceito de anéis burocráticos se aplica bem no campo da organização sanitária brasileira e é desenvolvido por CARDOSO, F. H. - O modelo político brasileiro. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1972.

O quadro de estagflação que se manifestou, mais agudamente, a partir de 1981, repercutiu na Previdência Social, com uma crise que, por algum tempo, se transformou em problema político da maior importância no Brasil e, isso, levou o governo a criar um organismo institucional, sobreposto ao INAMPS, ao qual competiria estudar e propor soluções para o setor de despesas compressíveis da Previdência Social, o da atenção médica.

Esse Conselho, criado pelo decreto nº 86 329, de 2 de setembro de 1981 - o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, CONASP - tem "por finalidade principal estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra natureza e propor medidas de avaliação e controle do sistema de atenção médica". Tudo isso, mais uma vez, na ótica de uma proposta eficientizadora dos recursos da Previdência Social.

O CONASP passou, então, a tomar medidas de curto prazo e de caráter emergencial, visando a reduzir os gastos com atenção médica e, especialmente, com atenção hospitalar, seguindo uma política que, historicamente, a Previdência Social realiza em nosso país, ou seja, aquela de "abrir e fechar torneiras" segundo o seu fluxo de caixa.

Ao mesmo tempo, propôs um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, cujas diretrizes políticas foram aprovadas pela Portaria 3062, de 23 de agosto de 1982, do Ministro da Previdência e Assistência Social.

O que singulariza esse plano é que o lugar da normatização



da atenção médica deixou, definitivamente, o Ministério da Saúde para se localizar na instituição que, de fato, tem condições de implementar políticas, dado o volume de recursos que manipula, o INAMPS.

Uma análise comparativa das temáticas discursivas das diferentes versões do PREVSAÚDE e do Plano de Reorientação do CONASP, mostra um movimento crescente dos componentes racionalizadores em detrimento dos elementos democratizadores.

O Plano do CONASP colocou, como objetivo final, a integração das ações de saúde mas se desdobrou, de fato, em vários projetos eficientizadores que tiveram, como objetivos comuns, a previsibilidade orçamentária.

Dos 34 projetos originalmente propostos, 2 receberam atenção especial.

O primeiro, o Plano de Contas Hospitalares levou ao SAMHPS (AIH's) que se implantou rapidamente porque implicava em alto conteúdo disciplinador dos excessivos gastos em internações hospitalares.

O segundo, o Plano de Racionalização Ambulatorial que tinha como alvo propiciar condições para o desenvolvimento de uma rede ambulatorial que pudesse aliviar, relativamente, a demanda hospitalar.

O Plano de Contas Hospitalares resultou na diminuição das internações que, em 1981, tiveram a média mensal de 1.299.461 e que, em 1985, caíram para, aproximadamente, 750.000.

O Plano de Racionalização Ambulatorial, contudo, não teve,



inicialmente, o mesmo ritmo de implantação do SAMHPS, e do ponto de vista qualitativo, o estado autoritário o implementou como mais um mecanismo racionalizador e como um programa vertical de atenção médica que tinha o claro objetivo político de, a baixo custo, reduzir as filas intermináveis que constituíam a face visível da crise da Previdência Social, no setor de assistência médica.

O contexto de crise econômica mudou a situação política. Em novembro de 1982 elegeram-se, em pleitos diretos, vários governadores de oposição e houve uma agilização do processo de redemocratização de país, o que levou à acentuação dos conflitos e contradições, uma vez que as medidas econômicas de cunho recessivo chocaram-se com crescentes manifestações de atores sociais, até então com restrita participação na cena política.

A campanha por eleições diretas vai desaguar no movimento que leva à Presidência, o governador Tancredo Neves.

Esse foi um momento de intenso questionamento da política de saúde e de extrema riqueza enquanto à formulação de propostas alternativas (*).

A Nova República se instalou sob o consenso da crise setorial e da necessidade de sua superação e o dissenso a respeito das alternativas de solução o que, de certa forma, expressou, no campo da saúde, os diferentes projetos de transição democrática existentes no interior da frente política constituída pela Aliança Democrática.

(*) Consulte-se, a propósito, CEBES - Saúde em debate, julho de 1985, que documenta as propostas mais significativas.

A consensualidade da crise da organização sanitária brasileira se manifesta, numa leitura mais técnica, nos seguintes fatos:

- a) Desigualdade no acesso aos serviços de saúde;
- b) Inadequação dos serviços à estrutura de necessidades;
- c) Baixa produtividade dos recursos existentes;
- d) Crescimento elevado e descontrolado dos custos;
- e) Qualidade insatisfatória dos serviços;
- f) Inadequada estrutura de financiamento setorial;
- g) Ausência de integralidade das ações de saúde;
- h) Extrema diversidade das formas de produção e remuneração dos serviços;
- i) Multiplicidade e descoordenação das instituições com atuação no setor;
- j) Excessiva centralização do processo decisório;
- k) Ineficácia social do sistema

Uma outra leitura, de conotação mais política, demonstra a insatisfação dos usuários, dos produtores de serviços, individuais ou coletivos, das corporações profissionais e da burocracia estatal (*).

Ao nível das condições de saúde, parece haver poucas dúvidas que se pode detectar uma tendência à expansão de certas doenças de alta vulnerabilidade à tecnologia existente e que permanecem baixos níveis de saúde, com grande variabilidade entre regiões e classes sociais (**).

Entretanto, a multiplicidade de atores sociais envolvidos no sistema e os conflitos de interesses, condições políticas con

(*) Essa situação de insatisfação generalizada era, retoricamente, expressada pelo ex-Secretário de Saúde, Deputado Faria Tavares, assim: "hospitais em falência, doentes nas filas e médicos em greve".

(**) 7 milhões de chagásicos, 6 milhões de portadores de esquistossomosose, 500.000 hansenianos, 1.200.000 acidentes de trabalho ao ano, 150.000 casos novos de malária por ano, 40 milhões de desnutridos, 100.000 casos/ano de doenças evitáveis por imunizações, mortalidade infantil de 90 por mil nascidos vivos, diferença de até 30 anos entre as esperanças de vida ao nascer de um nordestino e um sulista, são exemplos da ineficácia do Sistema Nacional de Saúde.

junturais e a falta de uma clara estratégia sobre a transição de mocrática, derivaram as ações de reformulação da organização sanitária brasileira, nesse primeiro ano da Nova República, para sua adjetividade, esperando-se que mudanças substantivas decorram de discussões mais amplas e, portanto, mais democráticas, na VIII Conferência Nacional de Saúde e, principalmente, no Congresso Constituinte.

Nada obstante, alguns avanços significativos ocorreram, especialmente, a concepção de Ações Integradas de Saúde como uma estratégia, a sua expansão para estados e municípios(*), a acumulação de forças pelos grupos políticos favoráveis às AIS, a elaboração de uma programação integrada, o aperfeiçoamento dos mecanismos de controle dos gastos públicos, o controle das fraudes, o incremento da produção nacional de imunobiológicos, o incentivo à pesquisa científica e tecnológica, as experiências bem sucedidas de municipalização dos serviços, a transferência da CEME para o Ministério da Saúde, etc.

Mas a substantibilidade das mudanças necessárias não pode ser tocada. Daí, a importância que assume a VIII Conferência Nacional de Saúde como arena política onde estarão representados todos os segmentos sociais interessados na reformulação do Sistema Nacional de Saúde - produtores, prestadores e consumidores de serviços, burocracia estatal, academia e políticos - discutindo, aberta e democraticamente, os rumos da reformulação e o sentido da sua organização.

(*) Ao final de 1985 as AIS atingiam 644 municípios brasileiros onde viviam 67% da população brasileira, isto é, 91 milhões de pessoas.

III. A DOUTRINA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE(*),

Parece importante, ao discutir a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, considerar as implicações que pode ter, máxime em nível político-ideológico, como vertente externa ao processo brasileiro, analisado no capítulo anterior, a doutrina da atenção primária em saúde e suas possíveis decodificações teóricas e operacionais.

Essa doutrina tem suas origens nas experiências de medicina comunitária desenvolvidas em vários continentes mas se instituiu na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância(**).

Subsequentemente, a Assembléia Mundial da Saúde, em 1979, através da Resolução WHA 32.30, instou a todos os estados-membros a definirem e porem em prática estratégias nacionais, regionais e globais tendentes a alcançar a meta de "Saúde para Todos no Ano 2000".

Em 1980, o Conselho Diretivo da Organização Panamericana da Saúde aprovou, para as Américas, as estratégias para alcançar a

(*) O presente capítulo aproveita, grandemente, uma tradução livre, de responsabilidade do autor deste trabalho, do documento: OPAS/QMS - Notas sobre las implicaciones de la meta SPT/2000, la estrategia de atención primaria y los objetivos regionales acordados, para la planificación y administración de los sistemas de servicios de salud. Washington, mimeo, 1984.

(**) OMS/UNICEF - Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Alta, Rússia, Brasília, UNICEF, 1979.

Saúde para Todos no Ano 2000(*).

A experiência acumulada, a nível continental nas Americas, nos processos de instrumentação da estratégia de atenção primária permite constatar a coexistência de diversas interpretações de seu significado, o que traz implicações concretas enquanto a seus aspectos operacionais.

Tais variações na interpretação do significado de atenção primária se explicam, em uma parte, pela história mesma de como se gestou e evoluiu esse conceito até alcançar o patamar de uma estratégia idônea para se atingir a imagem-objetivo de "Saúde para Todos no Ano 2000" e, em outra, pela ambigüidade de algumas de suas definições formais estabelecidas em foros internacionais e pelo uso diferenciado que fazem, desde larga data, do termo "atenção primária", algumas escolas de pensamento em saúde.

Com o único propósito de facilitar a análise das implicações formais e funcionais dessas variações de interpretações, se lhes sistematiza - ainda que reconhecendo que, no campo prático, não são mutuamente excludentes - nos seguintes grupos:

- a) A atenção primária como uma estratégia de reordenamento do setor saúde, o que significa afetar e compreender todo o sistema de saúde e toda a população a que esse sistema supõe servir;
- b) A atenção primária como um programa com objetivos restritos especificamente a satisfazer algumas necessidades elementares e previamente determinadas, de grupos humanos considerados em extrema pobreza e marginalidade, com

(*) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - Salud para todos en el año 2000, estrategias. Washington, Doc. of. nº 137, 1980.

recursos diferenciados, de complexidade tecnológica e custos mínimos;

c) A atenção primária como um nível de atenção do sistema de saúde.

A análise das implicações desses três tipos de interpretações deve, obviamente, estar orientada e referida pela doutrina de "Saúde para Todos no Ano 2000" e pelos objetivos daí derivados pelos governos dos países americanos que situam, ecologicamente, esses princípios no continente.

Nesse sentido, parece legítimo inferir que a interpretação da atenção primária como um nível de atenção limita seu significado a uma noção de tipo técnico-administrativo, sobre como "dever-se" o contato de indivíduos e/ou grupos de indivíduos com o sistema de saúde e sobre seus eventuais trânsitos no interior desse sistema. Esta aceção de atenção primária se confunde, ademais, com a noção de níveis de atenção que integra o conteúdo operacional da interpretação da atenção primária como estratégia.

O segundo nível de entendimento instrumental da atenção primária - mais amplo que o anterior mas, ainda, limitado - é o de considerá-la como programa específico.

Essa interpretação de programa tem implicações de importância, uma vez que, por definição, é inconsistente e oposta ao requisito de equidade reiteradamente expresso, tanto nas definições formais acordadas pelos governos, como nas considerações funcionais da doutrina de "Saúde para Todos no Ano 2000" e na própria estratégia de atenção primária.

O resultado concreto dessa interpretação é a definição e de desenvolvimento de programas marginais, com recursos marginais, dirigidos a populações marginalizadas de regiões marginalizadas e, portanto, significam, na concretude de sua operacionalização, o reconhecimento, explícito ou implícito, de que o papel possível do Estado é prover uma política setorial discriminatória que vai consolidar as desigualdades pessoais ou regionais presentes ao nível da sociedade nacional. Em outros termos, interpretar atenção primária como programa implica reconhecer a impossibilidade de superar as desigualdades relativas, enquanto ao acesso aos serviços de saúde e às possibilidades de adoecer, morrer ou incapacitar-se, das diferentes classes sociais, nas diversas regiões do país.

Essa interpretação de atenção primária tem sido, até o momento, a mais encontrada nos países em desenvolvimento das Américas e se materializa na proposta político-ideológica da medicina simplificada, entendida como uma prática médica não hegemônica, complementar à medicina flexneriana, destinada a populações marginalizadas de regiões marginalizadas, a quem se oferecem tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referências a níveis de maior complexidade tecnológica, incluindo a retórica da participação comunitária.

Mais recentemente, aparecem movimentos que pretendem exercitar uma simplificação da medicina simplificada através da concentração dos recursos em um conjunto restrito de tecnologias de alto impacto na mortalidade e de baixo custo. Assim é, por exemplo, a denominada "estratégia de sobrevivência infantil" que utilizando, para populações de baixa renda, a terapia de reidratação oral, o controle de crescimento e desenvolvimento das crianças, o incenti

vo à amamentação materna, a imunização em larga escala e a suplementação alimentar, com base na "participação comunitária", propõe-se a reduzir, significativamente, a mortalidade infantil.

A atenção primária enquanto programa, se adotada como política oficial, irá contradizer o discurso democratizador que, comumente, adorna as proposições oficiais e que representa, ao contrário, o reconhecimento de que, a cidadãos (ou a pré-cidadãos ?) e a regiões tidas como de segunda categoria, devem se ofertar uma prática médica, também de segunda categoria.

Fica claro, portanto, que as interpretações da atenção primária, seja como nível de atenção, seja como programa específico, desconsideram as possibilidades de equalização do acesso aos níveis de tecnologia mais complexos.

Finalmente, a conceituação de atenção primária como uma estratégia - a mais justa e democrática - que compreende e afeta a todo o sistema de saúde e a toda a população que constitui a interpretação correta da doutrina de "Saúde para Todos no Ano 2000".

Não obstante, é oportuno aprofundar a análise de alguns de seus pressupostos básicos pelas implicações conceituais e instrumentais que têm enquanto ao planejamento e administração dos sistemas de saúde.

Em primeiro lugar é necessário e legítimo admitir que a concepção de atenção primária como uma estratégia se inscreve como um típico problema econômico: escassez relativa de recursos de uso múltiplo e alternativo para satisfazer objetivos e necessidades múltiplas de uma dada sociedade, constituída por diferentes grupos humanos com desiguais oportunidades para expressar e satisfazer as

pirações específicas, num momento dado e num determinado espaço. A atenção primária se constitui, então, em uma estratégia porque se propõe a resolver o problema mencionado, mediante uma determinada maneira de apropriar, recombinar, reorganizar e reorientar todos os recursos (disponíveis e previsíveis), de todo o setor saúde para satisfazer às necessidades e aspirações, na área sanitária, de toda a sociedade, devidamente hierarquizadas em função dos requisitos de "Saúde para Todos no Ano 2000".

Desde uma perspectiva estritamente técnico-administrativa, a possibilidade dessa estratégia se fundamenta na hipótese, com provada empiricamente, de que é possível resolver, com eficácia satisfatória, determinados conjuntos de problemas de saúde com combinações de recursos de acordo com certas tecnologias de distintas complexidades e, conseqüentemente, com distintos custos sociais. Postula-se que há uma correspondência entre a complexidade dos problemas de saúde e a complexidade e o custo social das composições tecnológicas capazes de resolvê-las.

Por outra parte, a comprovação empírica também parece sustentar a hipótese de que os problemas de saúde de menor complexidade têm maior freqüência relativa que os mais complexos.

Deduz-se daí, a possibilidade de satisfazer os problemas de saúde, de uma população dada, organizando os "níveis de atenção" que minimizem o custo social da satisfação do conjunto de suas necessidades. Desta maneira, a atenção primária, entendida como estratégia, implica a organização dos serviços em base a níveis de atenção mas, de modo algum, significa a restrição a um nível mínimo.



A noção de nível de atenção está ligada ao conceito "tecnologia apropriada", entendida como a combinação de recursos que minimiza o custo social da solução eficaz de um problema de saúde. Está, portanto, combinada à condição de eficácia pelo significado econômico-social dos recursos que consome.

Assim, uma tecnologia de ponta, com alta densidade tecnológica, deve ser considerada como uma "tecnologia apropriada" desde que tenha eficácia comprovada e seja utilizada no nível de atenção adequado (por exemplo, um aparelho de tomografia usado, criteriosamente, com indicações precisas, por um hospital universitário).

Dessa forma, o conceito de tecnologia apropriada da atenção primária enquanto estratégia é, fundamentalmente, diferente daquele da atenção primária enquanto programa onde ela significa tecnologia de baixo custo, dirigida a grupos populacionais e/ou regiões marginalizadas, concorde com a cultura local, que utilize recursos locais, que seja pequena em escala, que seja entendida, controlada e mantida por pessoal local sob baixo nível de supervisão e que use fontes locais de energia.

Não se queira entender dessas colocações uma posição contrária à pesquisa e à incorporação de tecnologias mais simples e de baixo custo. Ao contrário, desde que tenham eficácia comprovada, utilizadas no nível de atenção adequado e que não se destinem, discriminatoriamente, a grupos e/ou regiões marginalizadas, ou seja, que possam ser universalizadas no seu uso, essas tecnologias serão, sempre, apropriadas.

De tudo que se tentou explicar sobre a significação da doutrina de atenção primária como estratégia, se pode concluir que, na sua correta interpretação, ela, ainda que privilegiando, relativamente, grupos populacionais marginalizados do acesso à saúde, incide sobre todos os níveis de atenção, alcança todos os recursos, de todas as instituições - incluindo os setores filantrópico e privado - e abrange a toda a população, num processo que pretende reorganizar o setor saúde num país.

O entendimento das decodificações possíveis da atenção primária torna-se fundamental para enquadrar as políticas de saúde do governo, seja no referencial de sua democratização, seja como política compensatória concretizadora das desigualdades sociais. Bastará verificar se se adota a proposta da estratégia ou a do programa.

(*) De exemplos, como exemplo, o caso de Minas Gerais, de 1971, em municípios com 5000 habitantes e 19,4% da população de 5000 habitantes e 19,4% da população de 10000 habitantes.

(**) A forma de direção colegiada não possui nenhuma vantagem em relação ao modelo atual, em cada nível, que deveria estar às secretarias estaduais e municipais.



IV. AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO AUTORITARISMO E O DILEMA DA NOVA REPÚBLICA

O Estado autoritário brasileiro utilizou uma dicotomia entre o econômico (o hegemônico) e o social (o subsidiário) no processo de formulação e implementação das políticas públicas, a qual se manifesta na própria concepção institucional do planejamento governamental (Conselho de Desenvolvimento Social, para os aspectos sociais do desenvolvimento e Conselho de Desenvolvimento Econômico, para as questões econômicas).

A dissociação das distintas facetas do desenvolvimento tem o objetivo de facilitar a dinâmica de acumulação capitalista, na sua etapa monopolista, onde o capital passa a se reproduzir, também, no interior dos setores sociais.

Dessa forma, a substantibilidade das políticas sociais deriva de seu objeto para se inserir no campo econômico, seja pelo consumo de mercadorias, seja pela mercantilização dos próprios serviços sociais, seja ainda, pela reprodução da força de trabalho.

Consequentemente, assumem uma acessorialidade no terreno social, exercitando-se como políticas compensatórias que têm como objetivo minorar os efeitos adversos, sobre certas classes sociais e/ou sobre certas regiões, dos resultados perversos de um desenvolvimento desequilibrado.

O Estado autoritário brasileiro, nitidamente, optou por políticas sociais que foram perpetuadoras de desigualdades, ao oferecer políticas diferentes para populações e/ou regiões diferentes (urbanização de favelas, sistemas simplificados de abastecimento de água, suplementação alimentar a grupos de risco, etc.).

São formas alternativas encontradas, pelo Estado, para resolver a contradição que existe entre as exigências político-ideológicas de expansão das políticas sociais e o incremento dos custos dessas políticas num quadro geral de "crise fiscal".

Um exemplo típico desse modo de atuação do estado autoritário brasileiro foi a política de saúde.

Todo o movimento de conformação da organização sanitária brasileira, referido no capítulo II, levou a um sistema múltiplo, com modalidades assistenciais diferenciadas por clientela. E, para os marginalizados, adotou-se a atenção primária como um programa de medicina simplificada, com todas as implicações que essa interpretação daquela doutrina traz, especialmente como consolidadora da desigualdade no acesso aos serviços de saúde.

Essa foi, no campo setorial, a herança que o regime autoritário deixou e que cabe à Nova República considerar e responder.

Superar o caráter compensatório da política de saúde ou permanecer nele, ainda que o mascarando com mudanças adjetivas, eis o dilema do governo de transição democrática.

(*) VIEIRA, C. - op.cit., p.11.

Permanecer significa legitimar condições de pré-cidadania(*) e prescrever o direito discriminatório à saúde. Implica em adotar a doutrina do seguro social que assegura assistência médica somente àqueles que a ela se habilitaram através de contribuições pretéritas. Importa exercitar diferentes modalidades assistenciais para diferentes clientelas, em decodificar a atenção primária como um programa, em ofertar a medicina simplificada para certas classes sociais e, até mesmo, em regressar ao assistencialismo(**).

Superar será contabilizar a imensa dívida social acumulada(***), estabelecer um patamar de cidadania que esteja vinculado à conquista de direitos sociais universais. Será, também, eliminar a submissão do social ao econômico e reconhecer a pertinência de uma Reforma Sanitária.

Basta, para isso, dar consequência ao lema da Nova República, saúde como direito de cidadania e dever do Estado.

Trazido para o campo da saúde, o direito de cidadania é o reconhecimento tácito de acesso de todos, em todas as regiões, a um mesmo sistema de saúde. Ou seja, que todos os cidadãos tenham direito aos serviços e a todos os tipos de serviços de saúde, em todos os lugares.

(*) Para um aprofundamento dos padrões de cidadania, verificar: TELXEIRA, S.M.F. - Cidadania, direitos sociais e estado. Rio de Janeiro, mimeo, 1985.

(**) As ações do governo da Nova República no campo das políticas sociais, parecem apontar, concretamente, nesta direção. É de se esperar que, tais políticas mantenham seu caráter emergencial de curtíssimo prazo, sem se consolidarem como tais. BRASIL/SEPLAN - Prioridades sociais para 1986. Brasília, SEPLAN, 1985.

(***) A dívida social recebida pela Nova República pode ser expressa por alguns indicadores: 20% da PEA desempregados ou subempregados, extrema e crescente concentração de renda; 37,6% de famílias na faixa de pobreza absoluta; desnutrição elevada, grande incidência de doenças transmissíveis, difícil acesso a atendimento médico-hospitalar e a medicamentos básicos; saneamento precário; carências habitacionais e de infra-estrutura urbana, inclusive transporte; elevada repetência escolar; elevação das taxas de criminalidade urbana; inadequação da estrutura penitenciária e falta de assistência ao pequeno produtor. BRASIL/SEPLAN, op.cit, pp. 9-10.

Mas o mote só terá significação se se complementar com a afirmação de que saúde é um dever do Estado, sem o que os ideais de universalização e eqüidade ficam destituídos de sentido.

Colocar a saúde como dever do Estado não quer dizer estatizá-la, mas reconhecer o seu caráter de serviço público e o papel do Estado como gestor público(*). O que será, na prática, a aceitação do exercício pleno dos poderes normativo, fiscalizador, regulador, extrativo e coercitivo do Estado sobre o conjunto do Sistema Nacional de Saúde - incluindo os setores filantrópico e privado - de modo a recolocá-lo no exercício da substantibilidade de seus objetivos, a melhoria das condições sanitárias da população.

Superar será caminhar do assistencialismo e do seguro social para o direito social universal, será implantar um sistema de saúde que estabeleça a universalização com equidade, será interpretar a doutrina da atenção primária como estratégia de reordenação setorial, será negar as propostas da medicina simplificada e as políticas de sobrevivência de grupos de risco.

Transitar de uma política social compensatória para o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado(**) (***) - é o que se postula da Nova República por ser a posição política coerente com os propósitos de uma redemocratização plena.

-
- (*) O conceito de gestão pública é retirado de OFFE, C. - Problemas estruturais do estado capitalista. Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro, 1984.
- (**) Este discurso da Nova República está presente em proposta do PMDB e no projeto do I PND. Ver: GRUPO DE TRABALHO PARLAMENTAR SAÚDE-PMDB - A Nova República e o setor de saúde. CEBES, 17:42-48, 1985 e BRASIL/SEPLAN - op.cit, p.16.
- (***) Há quem pretenda derivar do direito de cidadania, um dever da sociedade e não, do Estado. Essa posição doutrinária implica em diluir responsabilidades e transferir para os mecanismos de mercado e para o assistencialismo o atendimento das necessidades de saúde. Na prática, tal posição levaria ao incremento das desigualdades no acesso aos serviços de saúde manifestando-se, no campo setorial, o que, na feliz expressão, o Reitor Christóvam Buarque, da Universidade de Brasília, denominou de uma ação estatal do tipo "Robin Hood às avessas".

V. A CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE E O ÂMBITO DE SUA REFORMULAÇÃO

O Sistema Nacional de Saúde foi se constituindo até se consolidar numa organização plural onde convivem diversas modalidades assistenciais (*), entendidas como as diferentes formas através das quais se organiza o processo de produção dos serviços de atenção médica.

O surgimento e desenvolvimento das diversas modalidades de serviços de saúde, analisado no capítulo II, levou a que o sistema apresentasse, hoje, como principais características, as seguintes:

- a) O Estado afirmando-se, progressivamente, como principal agente financiador do setor e centralizando, cada vez mais, a captação e administração dos recursos financeiros;
- b) Os produtores privados nacionais representando os principais agentes prestadores de serviços assistenciais;
- c) Os produtores privados internacionais como fornecedores principais de insumos;

(*) A caracterização que se faz, aqui, das modalidades está baseada em: GAP-ACORDO MEC/MS/MPAS/OPS - Programa de investigação de serviços de saúde - PISS, - Brasília, mimeo, 1982.

- d) As reivindicações crescentes dos usuários e a incorporação acelerada de trabalhadores assalariados, pressionando por extensão de cobertura e melhoria da qualidade dos serviços e das condições de trabalho;
- e) O baixo impacto desse sistema sobre os níveis de saúde da população e a sua acessibilidade discriminatória às diferentes classes sociais.

Tendo como eixo o trabalho médico, pode-se identificar três modelos de produção de serviços: o isolado, o cooperado ou associado e o empresarial. Esses modelos sucederam-se, historicamente, como hegemônicos, na organização sanitária brasileira. Deve-se assinalar, contudo, que tais modelos não foram substituídos mas que foram se agregando um ao outro, num processo acumulativo.

O produtor isolado corresponde à modalidade da clínica privada individual. Dentro de sua estratégia de sobrevivência, esses produtores isolados desenvolveram, tendo como pano de fundo a ideologia liberal, uma nova modalidade assistencial de convênio com empresas, através do qual o profissional oferece, aos empregados e empregadores, os seus serviços privados a preços pré-estabelecidos, de comum acordo. Ainda dentro desse modelo caberia acrescentar uma terceira modalidade, a do profissional credenciado pelo INAMPS e trabalhando no seu próprio consultório.

Na produção cooperativa um grupo de vários produtores, até então trabalhando isoladamente, articula-se num esquema cooperativo de produção de serviços para o qual se utilizam dos mesmos equipamentos e instalações empregados em sua prática isolada. São

as cooperativas médicas.

Na produção associada, os produtores constituem uma pequena empresa, assumindo os investimentos correspondentes e adiantando capital para a produção de serviços. O exemplo típico dessa modalidade assistencial é o pequeno hospital contratado pelo INAMPS.

Nas formas isoladas, associadas e cooperativas, não há assalariamento médico e, as duas últimas, constituem modos de resistência da prática liberal na evolução da produção de serviços de saúde. Essa resistência tem seus limites e há um instante em que é superada pela exigência de maiores níveis de produtividade e pelas necessidades de capitalização.

Surge, então, o terceiro modelo, o da produção empresarial, que se caracteriza pela separação do empreendedor e do produtor, até então reunidos na figura do médico e que constitui, hoje, o modelo hegemônico.

O alto nível de investimentos exige uma especialização gerencial separada da prática médica e, assim, o empreendimento de produção de serviços é assumido por entidades públicas, privadas ou filantrópicas. Nesse modelo, o trabalho médico passa a ser assalariado. Esse modelo admite várias modalidades assistenciais, cujas mais relevantes são:

- Serviços próprios dos Estados: Ministério da Saúde, Educação, Previdência e Assistência Social, Forças Armadas e Secretarias estaduais e municipais de saúde. O financiamento é, quase sempre, misto, ou seja, recursos orçamentários e extra-orçamentários, via convênios;

- Serviços pertencentes a esquemas patronais ou sindicais: SESI, SESC, sindicatos patronais e de empregados;
- Hospitais privados ou filantrópicos contratados pelo INAMPS no sistema AIH;
- Hospitais filantrópicos conveniados com o INAMPS;
- Convênio - empresa ou medicina de grupo;
- Serviços próprios de empresas;
- Seguro saúde privado ;
- Hospitais privados não contratados pelo INAMPS.

Essas modalidades assistenciais organizam-se, conforme a natureza jurídica dos produtores de serviços, em três sub-setores:

- a) O sub-setor público, onde o produtor estatal, de administração direta ou indireta, presta diretamente os serviços;
- b) O sub-setor filantrópico, constituído por entidades sem fins lucrativos, devidamente registradas no Conselho Nacional de Serviço Social do Ministério da Educação;
- c) O sub-setor privado, representado por entidades organizadas por livre vontade de particulares. Contudo, podem se estabelecer dois sub-sub-setores privados: o privado "típico" quando empresários, com recursos próprios e por

seu próprio risco, investem na construção de unidades de saúde e disputam, em regime concorrencial, fatias do mercado(*); o privado "delegado", onde empresários, muitas vezes com subsídios governamentais, constroem suas unidades de saúde e, através de contratos com a Previdência Social garantem, para si, um mercado monopsonico, responsável pela maior parte de suas receitas correntes.

Dada a pluralidade das modalidades assistenciais e a natureza jurídica dos produtores de serviços - e tendo como parâmetro de factibilidade as conjunturas econômica, política e sanitária - cabe estabelecer o âmbito possível da reformulação do Sistema Nacional de Saúde.

Assim, um país de economia mista como o nosso, onde os sub-setores "não públicos" detinham 76% dos leitos hospitalares e 25% das unidades ambulatoriais, em 1984(**) e eram responsáveis por 85% das internações e 52% das consultas médicas, a reformulação deverá ter, como âmbito, os sub-setores público e filantrópico e o sub-sub-setor privado delegado, com suas respectivas modalidades assistenciais. Ou seja, a reformulação deverá se dar no espectro de modalidades assistenciais passíveis de uma gestão pública(***), dado que são próprios do Estado, ou, dele, recebem subsídios, diretos ou indiretos, e/ou pagamentos por serviços prestados(****).

(*) Esse sub-sub-setor privado típico poderia ser dimensionado, indiretamente, pela participação dos gastos pessoais no orçamento setorial que atinge a 1/6 deste. VIEIRA, C. - Apontamentos para a análise do financiamento das políticas nacionais de saúde. Brasília, mimeo, 1984, p.12.

(**) FONTE: Cadastro dos estabelecimentos de saúde. DNOSS/SNABS/MS, 1984.

(***) Esse conceito está exposto no capítulo anterior.

(****) Nesse sentido, cabe referir que a Lei 6229, Art. 1º, II, c, já facultava ao MPAS o credenciamento de instituições de finalidade não lucrativa de prestação de serviços de saúde às pessoas para integrarem o sub-sistema público.

A reformulação pretendida não deverá incorporar as modalidades do sub-sub-setor privado típico, que estarão sujeitas às legislações específicas, às licenças para o seu funcionamento, às normas sobre construções ou instalações aprovadas pelo Ministério da Saúde, além de uma fiscalização por parte das Secretarias de Saúde, calcada no poder de polícia.

Por consequência não parece viável e factível, falar-se num Sistema Único de Saúde no Brasil (*). Melhor será se dizer a respeito de um Sistema Nacional de Saúde organizado sob a ótica de uma gestão pública sobre o conjunto das modalidades assistenciais passíveis de um controle estatal pleno, respeitando-se as formas jurídicas das organizações vigentes. Ou seja, de um Sistema Nacional de Saúde, plural e integrado, sob uma gestão pública.

(*) Nos termos, por exemplo, do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. Uma transformação desse tipo não poderia estar baseada, apenas, em critérios médico-assistenciais, por envolver aspectos econômico-sociais como o fato de que a rede hospitalar contratada pelo INAMPS dava, em 1984, ocupação direta a mais de 300 000 pessoas. FONSECA, A. de S. et alii - Plano do CONASP, reorientação da alocação de recursos no Plano do CONASP e tendências e perspectivas da rede hospitalar privada. Rio de Janeiro, mimeo, 1984, p.3.



VI. A ESTRATÉGIA DE REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE - AS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

A reformulação do Sistema Nacional de Saúde implica a reorientação de um sistema plural, habitado por inúmeros conflitos de interesses e por diferenciadas demandas de necessidades, no sentido de reorientá-lo para o cumprimento de suas reais finalidades, quais sejam, as de contribuir para a melhoria das condições de saúde da população.

Assim, essa reformulação deve ser vista como um processo de construção social, de luta política portanto, o que vai significar a definição de uma estratégia, enquanto forma de implementação de um projeto com um sentido pré-estabelecido.

Agir estrategicamente exige o abandono de uma atitude normativa(*) que pressupõe que pelos conteúdos de racionalidade técnica ou de justiça social iminentes que uma proposta de reformulação contenha, ela garanta, "a priori", a sua viabilização.

A experiência da organização sanitária brasileira aponta para a ingenuidade dessa posição.

(*) Sobre a questão dos planejamentos normativo e estratégico, verificar: TESTA, M. - Planejamento em saúde: as determinações sociais. In: NUNES, E.D. - As ciências sociais em saúde na América Latina. Brasília, OPAS, 1985, p. 335-367.

Atuar estrategicamente será reconhecer que qualquer proposta, por mais democrática que seja, sofrerá antagonismos de grupos que terão seus interesses contrariados(*). Será portanto, agir, a cada momento, com uma inteligência política, alimentada por constantes análises de conjuntura, no sentido de um movimento que, simultaneamente, acumule poder e, gradativamente, permita a realização das transformações democratizadoras que irão colocar a saúde, como direito de cidadania e dever do Estado.

Essa estratégia tem sido, a partir da Portaria Interministerial nº 01/MS/MPAS/MEC, de 7 de junho de 1985, e deveria continuar sendo, a das Ações Integradas de Saúde.

Ações Integradas de Saúde passam a significar, então, uma estratégia de reformulação do Sistema Nacional de Saúde que permita viabilizar a superação da atual forma de organização plural descoordenada por uma outra que, respeitando as identidades organizacionais, institua a gestão pública sobre todas as instituições, direta ou indiretamente relacionadas ao setor público, com todos os seus recursos (que, para tal, deverão ser reorganizados, reorientados e re combinados) e com todas as suas atividades integradas, no sentido de dar respostas, de forma organizada, às necessidades prioritárias da população, definidas na Política Nacional de Saúde, segundo critérios epidemiológico-sociais.

Para tal, entre outras, algumas medidas serão necessárias(**):

-
- (*) Pode-se, mesmo, dizer que os antagonismos se darão na razão direta do grau de democratização das propostas de reformulação.
- (**) Consultar, a respeito: SP/SG/MS - O Ministério da Saúde e as Ações Integradas de Saúde. Brasília, mimeo, 1985.



Primeiro, abandonar - o que tem sido comum - o entendimento das Ações Integradas de Saúde como um programa de atenção médica, expresso numa simples relação convencional de repasse de recursos do INAMPS para outras instituições públicas.

Segundo, institucionalizar o planejamento estratégico(*) entendido, não mais na dimensão estrita de uma fase macro-dimensional do planejamento normativo mas como um processo social complexo que trata de influenciar a direcionalidade de um projeto no sentido da sua situação-objetivo, a partir das perspectivas de um conjunto de forças sociais em conflito ou em aliança, umas com as outras.

Terceiro, estabelecer os lugares institucionais e preparar os recursos humanos para o desempenho das funções de condução estratégica das Ações Integradas de Saúde.

Ora, tudo isso só será possível se se fizer um esforço concentrado na homogenização do entendimento correto do significado das Ações Integradas de Saúde e na sua difusão.

Ainda que entendendo o caráter processual dessa estratégia, há de se reconhecer o grau extremo das decodificações conceituais e operacionais sobre as Ações Integradas de Saúde(**)

Por fim, tem se que ressaltar que as Ações Integradas de Saúde, como estratégia, são um movimento permanente de inte

(*) Há quem considere mais correto, hoje, falar-se em pensamento ou atitude estratégica, ao invés de planejamento estratégico que conotaria, muito, a ideia de uma metodologia formal que poderia embotar o exercício de uma inteligência política.

(**) Basta se verificar o amplo espectro de conceituações que aparecem nos seminários de avaliação de AIS que vêm sendo realizados em diversas partes do país.

VII. OS PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA REFORMULAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Tendo como referencial maior a saúde como direito de cidadania e dever do Estado - tal como se explicitou no capítulo IV - e informada pela visão das Ações Integradas de Saúde como estratégia - referida no capítulo anterior - a reformulação do Sistema Nacional de Saúde deverá se fazer orientada por um conjunto de princípios que, necessariamente, deverão ser tomados no seu conjunto.

É bem verdade que, se se propõe uma postura estratégica de reformulação, uns se materializarão mais rapidamente, outros mais demoradamente, na medida de seus tempos políticos e técnicos.

Importa considerar que o exercício estratégico é incompatível com as idéias de concomitância e com os raciocínios lineares ou etapistas que, de resto, expressam posições idealistas, distantes do mundo real em que se dão as políticas de saúde.

Esses princípios são:

1. Unicidade administrativa a nível federal.

Essa tese da unificação das instituições federais- que significaria a incorporação, ao Ministério da Saúde, do INAMPS, dos órgãos relativos à higiene e segurança do trabalho do Ministério do Trabalho e dos hospitais universitários - tem sido levantada constantemente(*) e constitui um tema polêmico.

Do ponto de vista de sua tecnicidade, parecem inquestionáveis, dentre outras, as seguintes vantagens:

- a) Daria maior densidade política ao Ministério da Saúde de modo a que ele se capacitasse, de fato, para o exercício das funções que, de direito, lhe pertencem, isto é, aquelas de formular as políticas nacionais de saúde;
- b) Ao angariar maior densidade política, o Ministério da Saúde se apresentaria, no conjunto do governo, com maior poder para influir nas decisões relativas à alocação dos recursos federais;
- c) Demais, ao reforçar-se politicamente, por indução, estariam, também, fortalecidas as Secretarias estaduais e municipais de Saúde;
- d) A incorporação contribuiria para a superação dos lugares institucionais cativos que reforçam a artificial dicotomia entre ações individuais e coletivas e, consequentemente, para uma diminuição, mais rápida, das diferenças culturais interinstitucionais;

(*) Essa tese se configura, como proposta, na maioria dos documentos técnicos e políticos apresentados no período anterior à instalação da Nova República. Veja-se, nesse sentido, CEBES, 1985, op.cit.

- e) Um nível federal com unidade de comando facilitaria a sua administrabilidade e as relações, horizontais e verticais, de có-gestão, que deverão se estabelecer num sistema plural e federativo;
- f) A unificação federal poderia conferir maior estabilidade na composição de fundos para o financiamento federal, ao setor saúde, que tem variado, significativamente, dado o caráter compressivo que assumem, na Previdência Social, as despesas com a assistência médica.

Para que essas vantagens sejam concretizadas, existe o pressuposto de que essa unificação seja acompanhada da descentralização, através de um sistema federado e que as transferências de recursos da Previdência Social para o setor público (enquanto esse mecanismo de financiamento parcial for adotado) não impliquem na retração de fundos regulares dos orçamentos federal, estaduais e municipais.

Porque, senão, teriam razão aqueles que se contrapõem à unificação quando afirmam que ela viria reforçar o grau de concentração decisória no governo federal.

Um outro argumento, esgrimido, especialmente, por lideranças sindicais, é a possibilidade da fragilização da Previdência Social, uma conquista irreversível dos trabalhadores. Ainda que não se possa desconsiderar - até por razões históricas - essa desconfiança em relação às propostas de reformulação das organizações estatais, cabe encarecer que, tal possibilidade, poderia ser minimizada na medida em que se estabelecessem mecanismos efetivos

de controle social sobre a nova estrutura.

O que permanecerá, sempre, como um determinante que não será explicitado mas, ao contrário, racionalizado, é o deslocamento de uma parte ponderável de recursos financeiros e de um grande manancial de manobras políticas de um Ministério para outro.

Na medida em que não for viável essa unificação do nível federal, que passa por uma manifestação congressual, devem ir se aperfeiçoando e fortalecendo os mecanismos de gestão colegiada criados pelas Ações Integradas de Saúde e, representado a nível federal, pela CIPLAN.

2. Regionalização e hierarquização dos serviços.

Num país de dimensões continentais e de marcantes diferenças regionais - onde vários estágios de desenvolvimento econômico e social existem, coexistem e consorciam-se - impõe-se uma divisão espacial com base em um eixo político-administrativo.

O ideal seria uma divisão em três níveis: federal, estadual e local, podendo, este último, ser constituído por um município ou por um conjunto de municípios (micro-região).

Dadas as peculiaridades de nosso país - ainda que tornando mais difícil o problema administrativo pela complexificação das comunicações - quase sempre se tem interposto, entre os níveis estadual e local, um nível regional.

Estreitamente vinculada à regionalização do sistema de saúde está o conceito de hierarquização, através do qual os servi

ços devem se organizar por níveis de atenção que variam segundo as suas respectivas complexidades tecnológicas.

Os níveis de atenção, por conseguinte, constituem diferentes "tecnologias apropriadas" enquanto à eficácia, ao custo social e à viabilidade para a solução de conjuntos específicos de problemas de saúde de diferentes complexidades, conforme se analisou no capítulo III.

De qualquer forma, é inerente à hierarquização um tipo de organização funilar e de conotação seletiva que tem suas raízes no perfil das necessidades, pelo qual, num determinado tempo e num determinado espaço, as necessidades de saúde ocorrem com frequências relativas diferentes variando, num intervalo teórico, de necessidades mais raras até necessidades mais frequentes. Acompanhando o perfil de necessidades está o conceito de complexidade tecnológica, pelo qual a necessidades mais complexas corresponde, quase sempre, composições tecnológicas mais sofisticadas.

A hierarquização contém, ainda, a ideia de sistema de referência, entendido como a possibilidade de se atenderem as pessoas, resolutivamente, a partir de unidades mais simples e ir indo as referindo a unidades mais complexas, na medida em que os recursos tecnológicos de um nível não permitirem solução dos problemas.

Isso posto, verifica-se que, a par de organizar as unidades em forma escalar, há que distribuí-las convenientemente no espaço, a fim de otimizar sua produtividade. Daí, a imbricação, já referida, entre regionalização - o nível da divisão político-adminis

trativa - e a hierarquização - o nível da complexidade tecnológica.

Grosso modo, a hierarquização deveria contemplar três níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

Dessa forma, é fundamental que o planejamento de um sistema de saúde reformulado considere uma regionalização que compatibilize os interesses das diferentes instituições públicas (especialmente INAMPS e secretarias estaduais) e que inclua, no seu processo de estabelecimento de níveis de atenção, em espaços - populações concretos (modularização), o conjunto de equipamentos sanitários, incluindo aqueles pertencentes aos setores filantrópico e privado.

3. A integralidade da atenção à saúde.

A aplicação prática desse princípio vai implicar na reformulação do Sistema Nacional de Saúde no sentido de superar, na prática de seus serviços, a falsa dicotomia entre ações "preventivas", ou de "saúde pública", ou de "saúde coletiva" e ações "curativo-reabilitadoras", ou de "atenção médica", ou de "saúde das pessoas" (*).

No capítulo II pode se analisar as razões pelas quais o Sistema foi assim concebido até chegar à institucionalização, pela Lei 6229, de um verdadeiro Tratado das Tordesilhas no setor saúde.

Para tal, é necessário mudar, radicalmente, as culturas organizacionais, tanto das instituições tradicionalmente prestadoras de serviços de saúde pública, quanto daquelas convencionalmen

(*) Essas expressões são colocadas entre aspas para marcar a discordância do autor em relação a todas elas que, não obstante, continuarão a ser usadas.

te ofertadoras de serviços de atenção médica.

Isso significará, de um lado, abandonar a singularidade da oferta de serviços de saúde pública e a sua forma de organização por programas verticais, horizontalizando-os pela destruição das linhas de mando e pelo fim dos recursos vinculados. (*)

A existência de programas verticais de saúde pública perturba a organização dos serviços locais, sub-otimiza a utilização de recursos escassos e apresenta baixa eficácia social, o que é atestado, tanto por estudos técnicos, como pelo discurso e pela prática da população. (**)

A horizontalização dos programas de saúde pública e sua integração com a atenção médica, deverão ser buscadas evitando-se o perigo da "inampização" (***) dos serviços, ou seja, a possibilidade de que as ações de oferta organizada sejam substituídas por um mero atendimento a demandas espontâneas, determinadas pela auto-percepção dos usuários.

Por consequência, o princípio da integralidade vai implicar que a atenção médica não se limite ao atendimento à demanda espontânea em busca de serviços curativo-reabilitadores o que é, também, a tradição das instituições que cuidam da saúde das pessoas.

(*) Não se quer abso^lutizar a questão do abandono dos programas verticais. Algumas poucas atividades em que os insumos são homogêneos e os processos tecnológicos de baixa complexidade parecem responder, melhor, a formas verticais de organização.

(**) O discurso popular é direto e claro: "Queremos um ambulatório com medicina especializada, igual aquele do Glicério e não um Centro de Saúde. Isso a Secretaria de Saúde, bem ou mal, já está começando a construir na região. Não é outro Centro de Saúde do INAMPS que estamos querendo na região, mas um ambulatório com todas as especialidades médicas, pois quem tem direito à medicina especializada não é só o pessoal que mora no Centro".

FUNDAP - Depoimentos da população. São Paulo, mimeo, 1981.

(***) Expressão cunhada, recentemente, por setores sanitaristas refratários ou temerosos de possíveis desvios das Ações Integradas de Saúde.

Essa resposta à demanda espontânea - ainda que leve a dividendos políticos - apresenta baixo impacto epidemiológico e estimula as desigualdade de acesso porque, este, é determinado pelo perfil da oferta(*), pelo grau de informação da clientela e pela distância da residência dos usuários em relação às unidades de saúde.

Também, a exclusividade da prestação de serviços curativo-reabilitadores, deverá ser abandonada pela incorporação - em sentido contrário ao referido anteriormente - de serviços coletivos nas instituições do complexo da atenção médica.

Assim, a atenção a indivíduos isolados que buscam, expontaneamente, as unidades prestadoras de serviços e sua imediata inserção nas atividades de oferta organizada - sejam no eixo nosológico (por exemplo, controle da hipertensão), sejam no eixo biologico (por exemplo, atenção integral à saúde da mulher e da criança) - permitiria resgatar a característica coletiva do objeto do sistema de saúde.

A integralidade da atenção, entretanto, só terá sentido se conduzir a serviços mais resolutivos.

Dáí a necessidade de se ampliar o conceito de resolutividade para que não esteja limitado às possibilidades de solução de problemas de agravo instalado e de modo que abarque as ações preventivas, como resolutivas, na medida em que evitem a eclosão ou a reinstalação de uma doença.

(*) Um estudo comparativo da demanda por internações no INAMPS mostrou que, no conjunto das 50 patologias mais prevalentes, mais de 10 variaram, entre 1984 e 1985, por razões que, com toda a probabilidade, foram determinadas pela remuneração fixa por procedimentos e, não, por modificações no perfil da morbidade.

Há de se ressaltar que a resolutividade dos serviços exigirá, necessariamente, e especialmente ao nível de atenção primária, uma modificação das composições tecnológicas que, hoje, predomina.

É pouco provável que se possa conseguir resolutividade de um Centro de Saúde convencional, na medida em que os recursos tecnológicos que ali existem, e sua própria concepção física, não permitem responder, com sucesso, às necessidades preventivas e curativo-reabilitadoras da sua população-alvo. (*)

4. Descentralização das ações de saúde.

Um outro princípio da reformulação do Sistema Nacional de Saúde, intimamente ligado ao conceito de regionalização, é o da descentralização das ações de saúde pelos diversos níveis político-administrativos.

É evidente que a possibilidade de concretização desse princípio depende da decisão política de restaurar a federação para o que, - mais de que discursos - será imprescindível levar a efeito uma redefinição de competências das diversas instâncias de governo e uma justa reforma fiscal.

Isso porque uma das formas mais sutis de centralização de poder político, pelo Estado autoritário, foi a concentração de poder econômico-financeiro no Governo Federal.

O caso do setor saúde é bem expressivo desse mecanismo político de concentração. Estima-se que o financiamento público ao setor provém 61,3% do governo federal, 28,5% dos governos esta

(*) A capacidade resolutiva de um médico, uma mesa clínica, um estetoscópio e um esfigmomanômetro será, sempre, bastante limitada, jamais podendo atingir aos 90% do discurso oficial.

duais e, apenas, 10,2% dos governos municipais(*).

Por consequência, o Estado brasileiro que já praticara, antes, outros modelos administrativos, como a administração cartorial, passou a institucionalizar uma nova prática de gestão, a "administração convencional". Nela, os recursos concentrados - com prioridades e restrições impostas segundo os interesses da União, pela tecnoburocracia federal - devem ser identificados e negociados pelos estados e municípios.

Governadores e prefeitos e seus respectivos escalões burocráticos transformam-se em caixeiros-viajantes em busca de recursos(**). E, quando os conseguem, devem assinar um convênio que constitui, a um tempo, um documento político e jurídico que fixa os direitos e obrigações das partes, os instrumentos de controle e as sanções pelo descumprimento das cláusulas.

Cabe ressaltar que esse modelo administrativo se reproduz nas relações entre as esferas estaduais e municipais, dentro da mesma lógica de funcionamento.

A administração convencional repassa recursos mas, em contra-partida, exige, cada vez mais, obrigações das instâncias estaduais e municipais.

Não raro, os recursos que são transferidos num horizonte de tempo definido, impõem obrigações permanentes. O que é, mais comum, nos projetos de investimentos.

(*) VIEIRA, C. - op.cit., p.11.

(**) O prefeito de Recife, em entrevista ao Correio Braziliense de 18/8/85, declarou ter feito, em dois anos e quatro meses de mandato, 74 viagens a Brasília em busca de recursos o que dá, em média, uma presença no Distrito Federal a cada 11 dias.

O caso de Minas Gerais é bem ilustrativo das repercussões da administração convenial no estado. Se se considerar, apenas, a Secretaria de Saúde, sem suas duas fundações vinculadas, são 35 fontes especiais de financiamento, externas ao Tesouro Estadual, num valor total inferior a 35% do orçamento. Isso implica a abertura e mobilização de mais de 600 contas bancárias, e no exercício de uma função extremamente complexa de gerência de convênios que torna a Secretaria quase inadministrável.

A resposta no campo setorial, para o modelo administrativo do regime autoritário, será a descentralização do Sistema Nacional de Saúde, com o deslocamento do poder decisório para a proximidade dos usuários e dos fatos.

Por consequência, haverá que se redefinirem os papéis dos níveis federal, estadual e municipal no que diz respeito às ações de saúde(*).

Cabe, aqui, discutir uma tese muito em voga, a da municipalização dos serviços de saúde.

Não há que obstar a essa evidência mas a questão deveria ser recolocada como a necessidade de restauração do poder local, isto é, aquele que é emanado de uma comunidade minimamente capaz de gerar riquezas, de produzir bens e serviços e de distribuir os resultados das riquezas, bens e serviços produzidos(**).

(*) Deverá existir uma forma mais adequada de distribuir os papéis institucionais. Caricaturalmente, hoje, o cachorro, o rato e o porco são municipais, o morcego, estadual e o barbeiro e o mosquito, federais.

(**) Essa tese de discutir a restauração do poder local ao invés da municipalização e o conceito de poder local foram propostas pelo Secretário Nelson Rodrigues dos Santos no Seminário Interno de AIS do Ministério da Saúde, 1985.

Mesmo porque, a construção da federação que se almeja não poderá ser feita sem o reconhecimento de que persistirão, sempre, funções a serem exercidas pela União e pelos estados e que são indelegáveis aos municípios (por exemplo, as funções de redistribuição espacial dos recursos).(*)

A municipalização dos serviços, que é inquestionável para os municípios de grande e médio portes, é discutível para os pequenos municípios.(**) Nesses casos, a restauração do poder local poderia ser entendida como a possibilidade de se organizar um nível local, num conjunto de pequenos municípios que conformariam um módulo básico de saúde, correspondente a uma micro-região.

Essa descentralização deveria ser acompanhada pelo fortalecimento político e administrativo das instâncias colegiadas de decisão criadas pelas Ações Integradas de Saúde, as CIS's, as CRIS's, as CLIS's e/ou as CIMS's.(***)

O fortalecimento político estaria expresso na possibilidade de real de um controle pleno sobre o conjunto das instituições atuantes na região, incluindo aquelas dos setores filantrópico e privado e, o administrativo, pela efetiva capacidade de fazer decisões, principalmente ao nível do módulo básico de serviços do sistema de saúde, correspondente à área de jurisdição de uma CLIS - definida, portanto, por critérios de prestação de serviços - onde deveria se buscar o máximo de autonomia administrativa.

(*) Noutro sentido é difícil imaginar-se que, num sistema federado, a União deva continuar prestando serviços diretamente à população.

(**) Se tomarmos, como exemplo, o caso de Minas Gerais, de seus 722 municípios, 66,2% têm menos de 5000 habitantes e 81,4% menos de 10000 habitantes.

(***) A forma de direção colegiada não poderia prescindir de um mando administrativo único, em cada nível, que deveria caber às secretarias estaduais e municipais.

5. Redefinição das relações entre os setores prestadores de serviços.

Por esse princípio se enfatiza que a reorientação do Sistema Nacional de Saúde vai exigir modificações substantivas nas relações intra-setor público e, deste, com os setores filantrópico e privado, sob a égide da gestão pública.

As relações que se estabelecem, hoje, entre os diferentes setores de prestação de serviços de saúde são, de um modo geral, parciais e frouxas, e se expressam, maiormente, na área do ordenamento jurídico, na avaliação física de certos procedimentos e no controle contábil-financeiro.

Isso se dá por várias razões, dentre as quais cabe destacar duas.

De um lado, pela própria concepção da Lei do Sistema Nacional de Saúde que, como se viu no capítulo II, representa a ortopedia jurídica que sustenta a viabilidade de um sistema plural e descoordenado.

Por outro, a história mesma da Previdência Social, onde os anéis burocráticos consolidados, ao longo do tempo, para garantir a hegemonia do modelo médico-assistencial privatista, levaram à criação de uma "cultura bancária" no campo da assistência médica.

Essa cultura organizacional expressa-se no predomínio de relações de compra e venda, onde a Previdência Social se coloca

como compradora mantendo, portanto, uma externalidade à prestação dos serviços que devem, apenas, ser pagos, controlados e avaliados, numa atitude fiscalista.

Controle e avaliação que se fazem sob a ótica da atenção médica, o espaço institucional reservado à Previdência Social pela Lei nº 6229/75.

Esse mecanismo de compra e venda, ao ser levado ao setor saúde, teve a facilitá-lo as disposições relativas a serviços de terceiros, contidas no Decreto Lei nº 200.

Tal cultura bancária, informada pela lógica da compra e venda, penetrou os setores público e filantrópico que, antes, eram remunerados sob a forma de subsídios fixos, o que pressupunha uma có-participação no financiamento.

Quando o INAMPS introduz, como forma de remuneração do setor público, o pagamento variável por produção de atos médicos, segundo seu porte (Portarias SSM/269 e 270/84), ele parte para uma concepção de relação de financiamento menos evoluída conceitualmente e determina uma relativa equiparação dos tratamentos dados aos produtores públicos e privados, consagrando-os, ambos, como vendedores de serviços para a Previdência Social. Por consequência, induz esses setores a operar sob a lógica da produção de serviços.

O mesmo ocorreu com o setor filantrópico que, a partir do subsídio fixo - que, ainda, permanece para algumas pequenas entidades - passou à remuneração segundo as Portarias SSM/269/270/84 e, pelo menos, nos grandes hospitais, ao contrato igual ao do setor privado.

É obvio que, ao modificar esses mecanismos de financiamento, o INAMPS impulsionou os setores público e filantrópico a um comportamento através do qual devem se buscar, a um tempo, os ganhos de produtividade e as maneiras de driblar os cada vez mais sofisticados sistemas de controle.

Destarte, a Previdência Social, ao invés de atuar ao nível das causas - o sistema de compra e venda - procura estabelecer controles, crescentemente refinados e custosos para evitar abusos que, ela mesma, através dos sistemas de remuneração adotados, criou.

No momento em que se pretende reformular o Sistema Nacional de Saúde, adequando-o às diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização, integralidade e descentralização, isso terá repercussões no campo das relações entre os setores que se estabelecerão num patamar qualitativo, distinto do atual.

A inserção dos setores filantrópico e privado em sistemas modularizados e integralizados - que estabeleçam relações funcionais entre níveis de complexidade da atenção e que superem a divisão entre atenção médica e saúde pública - vai implicar em instrumentos de planejamento, programação, acompanhamento, controle e avaliação que não podem estar limitados às relações atualmente existentes. O que, por sua vez, conduzirá a uma modificação dos pressupostos e da natureza dos ordenamentos jurídicos vigentes.



Assim, por exemplo, será incabível que o poder normativo do Ministério da Saúde - enquanto indicação do modo de se prestarem todos os serviços de saúde - não esteja inscrito em todas as relações que se estabelecem entre os diferentes setores.

A continuar o mero ajuste bilateral entre a Previdência Social e seus pares, pode-se garantir que os serviços de saúde continuarão sendo vendidos e comprados para a prestação de atenção médica senso estrito, sob a forma de atendimento à demanda espontânea.

Urge, pois, reorientar as relações entre os setores de serviços, o que deverá ser feito a partir do entendimento da prestação de saúde como serviço público passível, portanto, de uma gestão pública que terá como objeto o conjunto do Sistema Nacional de Saúde (*).

No conceito de gestão pública, aqui colocado, o Estado apenas delega a terceiros, sob condições convenientes ou contratuais regidas pelo Direito Público, a prestação de serviços de atenção à saúde, que são subordinados ao consentimento da administração pública.

(*) A necessidade de reorientação e seu referencial doutrinário são reconhecidos, formalmente, pelo MPAS: "O atendimento à saúde deve ser concebido como um serviço público, independentemente do agente operador. Tal perspectiva gera a necessidade do estabelecimento de uma relação pautada por um novo conjunto de normas técnicas, relações econômicas explícitas e responsabilidades jurídicas que sustentem adequadamente essa diretriz".
BRASIL/MPAS - Plano Setorial da Previdência Social do I PND. Brasília, MPAS, 1985, op. cit. p.46.



Uma outra proposta, inscrita no Projeto do I PND da Nova República(*) é a da concessão(**) dos serviços de saúde, como forma de relacionamento entre os setores públicos e "não público".

A natureza contratual pública da concessão é manifesta porque a sua existência e obrigatoriedade se assentam numa dupla manifestação de vontades, do poder concedente e do concessionário. É indispensável, assim, o acordo de vontades.

A concessão, contrato bilateral e comutativo, que se forma entre os contratantes, cria obrigações recíprocas entre o poder público e o concessionário, os quais não podem impunemente a eles fugir, salvo quando razões de ordem jurídica possam determinar a rescisão do contrato.

(*) BRASIL/SEPLAN-PR - I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República, 1986/89, Brasília, SEPLAN, 1985, p.81.

(**) No Brasil a concessão é indispensável para aproveitamento de quedas d'água, energia elétrica, telecomunicações, navegação aérea, viação férrea que lique diretamente portos marítimos e fronteiras ou transponham os limites de um estado, transporte coletivo e jazidas, minas e demais recursos minerais.



A figura da gestão pública que se propõe é, fora de dúvidas, mais adequada tecnicamente e mais viável do ponto de vista político do que a da concessão dos serviços de saúde.

Para exercitá-la, é fundamental que se resguarde o caráter publicista do pacto entre as partes, onde o setor público ao delegar, a terceiros, a prestação de serviços de saúde, nem sempre poderá se colocar em posição igual aos contratados, o que faz com que ele possa impor certas cláusulas contratuais e tomar decisões unilaterais que exorbitam o direito comum obedecidas, porém, a Lei e as normas do Direito Público. (*)

Não cabe, pois, nas relações entre Estado e entidades "não públicas", a predominância das normas do Direito Civil, expressas no princípio "pacta sunt servanda", de igualdade entre as partes.

Diferentemente do contrato civil, o contrato administrativo incorpora as cláusulas exorbitantes que são aquelas comuns à administração pública, dentro do poder de supremacia e indisponibilidade dos bens públicos.

Demais disso, a gestão pública, dentro dos postulados federativos, deverá se dar de forma descentralizada, de modo que as delegações a terceiros e seus respectivos instrumentos jurídicos se façam, sempre que possível, no âmbito das unidades federativas.

Quanto à tese da concessão, além de menos viável politicamente, é, da perspectiva técnica, de questionável aplicabilidade ao setor de prestação de serviços de saúde. Isso porque implicaria em competência privativa do Estado na prestação dos serviços de saúde, o que exigiria o pagamento de tarifas ao produtor, objetivando o equilíbrio econômico-financeiro.

Para que o reordenamento entre os setores prestadores de serviços não se limite às modificações de natureza jurídica, algumas condições deveriam ser estabelecidas.

(*) O Estado é como o Rei Midas, tudo o que toca, publiciza. MOTTA, C.P.C. - Práticas de direito administrativo. Belo Horizonte, Del Rey, 1986.

- a) Eliminar a ociosidade dos serviços estatais, em especial, os do INAMPS. A cultura bancária prevalescente nessa instituição levou a um estrangulamento da oferta de serviços próprios e, não obstante as determinações contidas na Portaria nº 3046, de 20 de julho de 1982, o processo de sucateamento dos próprios, ainda não foi revertido. (*)
- b) Expandir a rede pública. Mais que marcar presença no setor, essa decisão permitiria, ao Estado, criar mecanismos de regulação de preços e de controle da incorporação de tecnologias de alto custo que deveriam, prioritariamente, ser alocadas aos serviços públicos de maior complexidade;
- c) Conter o incremento do setor privado, delegado, principalmente nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste. (**)

Esses três itens (***), no seu conjunto, não teriam, se implementados, o objetivo de contribuir para a estatização do Sistema Nacional de Saúde. Apenas, visariam equilibrar, melhor, as ofertas públicas e "não públicas" de serviços de saúde, de maneira a garantir melhores condições de barganha no relacionamento entre esses setores.

d) Instituir, como critério de determinação dos serviços pactuados, as necessidades assistenciais e, não, a capacidade de produção. Em 1984, a rede hospitalar contratada tinha uma capacidade de produção de 1.805.000 internações/mês, sendo que a CIPLAN fixou em 740.000, o limite mensal. O INAMPS operava com 195.000 leitos contratados, a 3565 hospitais, que tinham 3.400.000 leitos instalados, o que significava uma ociosidade média de 43% na rede contratada. Isso leva, de um lado, a uma pressão pelo aumento dos leitos contratados e, de outro, a uma deseconomia das unidades hospitalares. Um documento oficial do INAMPS chegou a sugerir uma depura-

(*) A ociosidade dos próprios do INAMPS era, em 1984, de 44% na rede ambulatorial e de 47% na hospitalar. BRASIL/MPAS- A Previdência Social é viável. Brasília, MPAS, 1986, p.44.

(**) Evidente que essa contenção não deveria atingir o sub-sub-setor privado típico que estará fora do âmbito da gestão pública.

(***) Esses três itens são diretrizes explícitas do Plano Setorial da Previdência Social do I PND. BRASIL/MPAS - op. cit., p.114.

ção na rede hospitalar "não pública" através de um processo de concentração medida, contudo, de viabilidade discutível(*);

- e) Estabelecer sistemas de planejamento, programação, acompanhamento, avaliação e controle que permitam que as relações entre os prestadores de serviços se estabeleçam à base de necessidades definidas por critérios epidemiológico-sociais e que as ações de saúde se exercitem sob a forma de oferta organizada, à exceção do atendimento de urgência.

Nesse sentido, será imprescindível reformular a Portaria MPAS/3046/82 e Anexo, cujos parâmetros refletem a preocupação com respostas à demanda espontânea por atenção médica e que foram construídas a partir de prevalências médias nacionais de demanda atendida e opiniões de "experts".

Ademais, a programação conterà, obrigatoriamente, a definição de planos locais, regionais e estaduais, com definição dos módulos assistenciais e suas relações de referência e contra-referência com os níveis de maior complexidade.

A partir desses projetos de modularização, cada unidade de saúde - pública, filantrópica ou privada - terá definido o espaço-população de seu âmbito de atuação que deverá se inscrever no ordenamento jurídico que, posteriormente, vier a se estabelecer entre o órgão público e o conveniado ou contratado. (**)

(*) FONSECA, A. de S. et alii - Plano do CONASP: reorientação da alocação de recursos do Plano do CONASP, tendências e perspectivas da rede hospitalar privada. Rio de Janeiro, mimeo, 1984, p.3-4.

(**) A proposta não significa uma adscrição impositiva da clientela mas o início de um processo gradual de racionalização do fluxo de demanda.

f) Colocar, nos instrumentos públicos estabelecidos entre as partes a possibilidade de intervenção do Estado nas unidades de saúde, sempre que se impuser a necessidade de preservação do interesse público. Isso é importante porque o descredenciamento é uma sanção que penaliza, a um tempo, o produtor e a população beneficiária dos serviços.

Garantidas essas condições (o que não significa que devam ser atendidas previamente, isto é, não são pré-condições), a adoção da gestão pública do Sistema Nacional de Saúde terá consequências nos três modos de relacionamento entre os setores prestadores de ser viços.

a) Relações intra-setor público

Aqui se analisarão as modificações que se deverão dar, dentro do setor público, especialmente, entre a Previdência Social e entidades desse setor. (*)

O abandono do sistema de pagamento por subsídios fixo - que consagra um princípio de cô-participação - fez-se em cima de uma crítica de que, tal medida, tinha um fundo paternalista e não leva va à eficientização do setor público.

Assim, se desconsideraram fatos importantes:

Primeiro, que isso consagra a tranposição, para o se tor público, da lógica do financiamento por compra e venda, embuti da na cultura bancária.

(*) Pressupõe-se que as novas relações se inscreverão num quadro onde os serviços públicos deixem seus objetivos derivados de empregados de mão-de-obra de baixa qualificação e de lugar de clientelismo político, para retomar a substanti bilidade de suas funções de prestação de serviços de saúde, eficientes e efi cazes, à população.

Segundo, que essa có-participação financeira, em nenhum momento, implicou numa outra obrigação que, dela, deveria decorrer, qual seja, a co-responsabilidade pela prestação de serviços eficientes e eficazes (*).

Por fim, os subsídios fixos foram sendo reajustados em índices, ao longo do tempo, muito inferiores ao incremento dos custos dos serviços públicos de saúde, gerando, na ótica do produtor público, um sistema de remuneração iníquo. Esse mecanismo de remuneração criou um pacto de interesses entre o INAMPS, que desejava substituir o paternalismo do subsídio por um pagamento por produção efetiva, e as instituições públicas, que desejavam aumentar suas receitas extra-orçamentárias.

Dáí ter sido fácil estabelecer, através das Portarias MPAS/SSM/269/270/84, uma nova forma - congruente com a cultura bancária - que introduzia, no setor público, as relações de compra e venda de serviços, tal como se viu anteriormente.

Como consequência, começam a se levantar hipóteses de desvios e a se estabelecerem mecanismos de controle e avaliação.

Uma análise da proposta da CIPLAN para acompanhamento, avaliação e controle das Ações Integradas de Saúde, em 1986, mostra as preocupações de controle físico sobre indicadores de atenção médica e de controle orçamentário-financeiro ainda que, qualitativamente, procure-se avaliar o processo de desenvolvimento das AIS.

(*) Dado à externalidade que o comprador se coloca em relação à execução dos serviços contratados.

Entende-se, contudo, que as relações intra-setor público, num Sistema Nacional de Saúde reformulado, não podem se dar na lógica da compra e venda de serviços. É necessário substituir esse sistema de pagamento por orçamentos integrados ou fundos orçamentários pluriinstitucionais, desconsolidados pelos níveis federativos, onde as posições de comprador e vendedor sejam trocadas por uma relação de cô-responsabilidade no financiamento e na prestação dos serviços, através da cô-gestão(*).

Ademais, é fundamental que essas relações estebeleçam nas cláusulas pactuadas, que o planejamento, a programação, o controle e a avaliação dos serviços se façam sobre as atividades de pronto atendimento e de oferta organizada, definidas por critérios epidemiológico-sociais.

b) Relações do setor público com o filantrópico

O setor filantrópico deve ser analisado desde a perspectiva de dois sub-setores. Um primeiro, que poderia ser denominado de filantrópico "típico" vem mantendo, apesar de todas as dificuldades, o seu caráter de instituições sem fins lucrativos, prestando serviços a "carentes". Um segundo, que poderia ser chamado de filantrópico "empresarial", que teve sua gestão apropriada por grupos corporativos e que passaram - em parte induzidos pela lógica de financiamento do INAMPS - a operar com a racionalidade do lucro(**) (**).

A mesma solidariedade de interesses, vista nas relações intra-setor público, manifesta-se, também, ao nível do financiamento do setor filantrópico. Isso vai determinando o abandono gradativo do subsídio fixo, com tendências à remuneração pelas Portarias MPAS/SSM/269/270/84 e suas subseqüentes, às entidades menores (convênios) e pelas AIH's, às grandes (contratos).

(*) De resto, a cô-gestão já vem sendo praticada em vários lugares.

(**) Ironicamente, poder-se-ia dizer que essas instituições são mais filantrópicas para si mesmas do que para terceiros.

(***) Não se queira entender que a afirmação condena uma atitude empresarial que é aquela que procura otimizar a utilização dos recursos escassos, o que deve ser preocupação de todos os prestadores de serviços, independentemente de sua natureza jurídica.

Esse processo, que representa algo como o empresariamento das entidades filantrópicas, coloca-as em condições vantajosas em relação ao setor privado porque os subsídios indiretos que recebem, decorrentes de isenções de contribuições patronais e de impostos, alcançam uma dimensão significativa nos custos dessas entidades(*), ainda que essas regalias, para novas filantrópicas, tenham sido revogadas em 1977.

Dessa forma, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde deve levar a uma reordenação das relações com o setor filantrópico.

Para isso, seria necessário partir-se da consideração do caráter público das entidades filantrópicas típicas, expresso nas possibilidades dessas instituições, sem fins lucrativos, organizarem-se para a prestação de serviços comunitários. Essa natureza pública seria dada pelos objetivos da instituição e não, necessariamente, por pertencer à administração direta ou indireta do Estado.

Assim consideradas, elas poderiam ser trazidas para a lógica do setor público através da mudança dos mecanismos de financiamento que teriam, gradativamente, a superar as relações de compra e venda por co-responsabilidades de gestão e financiamento, em bases a custos reais.(**)

Demais, num sistema universalizado e equalizado, desaparece a figura do "carente" ou "indigente" sendo, portanto, a filantropia substituída pela ideia de serviço público, prestado por instituição não estatal, sem fins lucrativos.

As modificações passariam, outrossim, pela inserção das entidades filantrópicas numa rede regionalizada e hierarquizada de serviços, pelo estabelecimento de mecanismos de planejamento, programação, avaliação e controle determinados epidemiologicamente, e pela obediência às normas técnicas e administrativas das diversas instâncias decisórias do Sistema Nacional de Saúde.

(*) Podem atingir 30% da folha de salário, estimando-se que esses subsídios os representaram de 200 a 300 bilhões de cruzeiros em 1984, ou seja, 2 a 3 vezes o que o MEC dispendeu com seus hospitais universitários naquele ano. VIEIRA, C.- op.cit., p.25.

(**) O programa de apoio aos Hospitais Filantrópicos, em fase inicial de desenvolvimento na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, tende a se constituir num exemplo desse novo tipo de relacionamento entre o setor público e filantrópico.

c) Relações do setor público com o setor privado(*) (**)

As relações entre o setor público e o privado foram se estabelecendo a partir da opção da Previdência Social em abandonar a prestação de serviços próprios, o que se analisou no capítulo II.

Desse modo, elas constituíram a base ideológica e material que permitiu o surgimento do sistema de compra e venda de serviços e da cultura bancária na Previdência Social.

A reorientação possível, ao nível dessas relações, não passaria pela reversão desse mecanismo de financiamento mas por mudanças qualitativas que permitissem criar - dada a impossibilidade de se prescindir do setor privado - uma complementariedade desse setor com os demais prestadores de serviços, obedecidos os princípios de reformulação do Sistema Nacional de Saúde.

De início, cabe ressaltar que a maioria dos contratos mantidos pelo INAMPS com rede hospitalar privada, datam de 1976 e vêm tendo prorrogações automáticas, de validade jurídica discutível, desde então. (***)

Duas minutas-padrão foram aprovadas por Portarias Ministeriais nesse período (PT/MPAS/SSM/264/83 e PT/MPAS/SSN/278/84) porém, ambas, não puderam ser adotadas por impossibilidades técnicas.

(*) As considerações feitas dirão respeito, exclusivamente, ao sub-sub-setor privado delegado. O sub-sub-setor privado típico não é abrangido pela gestão pública.

(**) Como setor público inclui-se o INAMPS que é, inquestionavelmente, nos termos do Decreto-Lei 200/67, uma autarquia estatal.

(***) Se esses contratos são de Direito Público eles não podem, pelas normas do Código de Contabilidade Pública da União, sofrer prorrogações automáticas ou ter prazos de validade superiores a 5 anos.

Vale ressaltar que essas minutas de contratos-padrão se fizeram sob as determinações do Direito Civil, o que implica na absoluta igualdade entre as partes.

Assim, do ponto de vista jurídico e como já se mencionou, o conceito de gestão pública vai exigir que uma nova relação contratual seja regida pelo Direito Administrativo, de modo a garantir o resguardo do interesse público, representado pelo contratante. (*)

Demais disso, o contrato deve estabelecer condições que induzam o contratado a se inserir numa rede regionalizada e hierarquizada de serviços, com sistemas de referência e contra-referência e um espaço-população definidos, a obedecer às normas de atenção à saúde emanadas do Ministério da Saúde e a um planejamento realizado à base de critérios epidemiológico-sociais.

Por fim, o novo pacto de relações estabeleceria sistemas de acompanhamento, avaliação e controle realizados pelo contratante e pelas instâncias colegiadas de gestão do Sistema Nacional de Saúde.

Em contra-partida, os contratados deveriam receber uma remuneração justa que cobrisse seus custos e permitisse os investimentos necessários.

Recentemente, estabeleceram-se negociações entre o INAMPS e os produtores privados, para a elaboração de uma nova minuta de contrato-padrão.

Apesar de não se ter chegado a um acordo o INAMPS apresentou Ministro da Previdência e Assistência Social, uma proposta, aprovada unilateralmente, após várias modificações e que redundou na Portaria MPAS nº 3680, de 13 de janeiro de 1986.

(*) A publicização do contrato vai levar a uma vantagem adicional que é a exigência de licitação para contratação, o que tenderia a diminuir as influências político-clientelistas que, muitas vezes, induzem a pactos desnecessários ou exorbitantes.

Deve-se relevar que a proposta contém alguns avanços significativos como o reconhecimento do instituto do contrato de Direito Público, a declaração de inidoneidade, a execução de medidas autônticas e um conjunto de sanções que vai até à intervenção.

Nada obstante, é nítida a intenção maior do novo instrumento jurídico que é a de - mais uma vez refletindo a cultura bancária do INAMPS - prevenir as fraudes por parte dos hospitais contratados.

Não se encontra, no exame da minuta-padrão, as preocupações, colocadas anteriormente, relativas à inserção da rede hospitalar privada, de forma orgânica, no Sistema Nacional de Saúde.

Pelo contrário, a verificação comparativa entre a primeira e a última minuta evidencia que se retirou, da cláusula terceira, a determinação de que o contratado cumprisse as normas técnicas e administrativas das instâncias colegiadas das Ações Integradas de Saúde.

6. Reorientação das políticas de recursos humanos

Um Sistema Nacional de Saúde, orientado pelos princípios até aqui enunciados, irá exigir uma reorientação das políticas de recursos humanos, seja nos aspectos relativos à força de trabalho, seja naqueles vinculados à preparação de pessoal de saúde.

Os principais pontos de reorientação dessas políticas seriam:

a) Definição explícita das políticas nacionais, estaduais e locais de recursos humanos;

b) Estabelecimento de critérios de seleção e recrutamento ajustados à realidade dos serviços;

c) Obrigatoriedade de concurso público para todas as instituições do setor público federal, estadual e municipal, tanto da administração direta, quanto da indireta. Essa medida visaria a eliminar o clientelismo político num momento em que se procura reforçar, relativamente, o setor público;

d) Estabelecimento gradativo da isonomia salarial, nos serviços públicos, para todas as categorias (*);

e) Adoção de mecanismos que incentivem o trabalho em tempo integral ou dedicação exclusiva dos profissionais, nos serviços públicos, combatendo a tendência ao múltiplo emprego e à dupla militância, o que concorreria para a superação da "cultura do bico" e da derivação de clientela;

(*) Essa medida poderia ter como parâmetros os salários do INAMPS e deveria, necessariamente, estar acompanhada de outras medidas complementares sem o que, seria inócua. Estima-se que o custo da implantação da isonomia salarial com o INAMPS, em todas as Secretarias Estaduais de Saúde, seria de 1,33 trilhões de cruzeiros para médicos e 1,99 trilhões para todas as categorias de nível superior (Cr\$ de 1986) BRASIL/MS - Política de Recursos Humanos para o Setor Saúde no Brasil. Brasília, mimeo, 1986, p.25.

f) Estabelecimento de mecanismos contratuais que estimulem a obrigatoriedade de cumprimento concomitante de carga horária e produção mínimas;

g) Implantação de planos de carreiras com possibilidades de progressão horizontal e vertical, a partir de avaliações de desempenho;

h) Superação gradativa das formas plurais de contratação existentes (CLT, estatutário, etc.) por um regime único;

i) Valorização do conhecimento técnico na supervisão, considerando-a, portanto, como função e, não, como cargo (o que tende a burocratizá-la);

j) Reformulação da política de formação de recursos humanos de nível superior (graduação e pós-graduação), tendo em vista uma adequação, quantitativa e qualitativa, dos egressos às exigências do Sistema. Para tal, seria necessário aprofundar as discussões sobre oferta de vagas e abertura de novos cursos - à base de estudos sobre a força de trabalho no setor saúde - e desenvolver novos projetos pedagógicos que permitissem:

- Superar as dicotomias básico x clínico e teoria x prática, através da integração curricular;

- Integrar os espaços pedagógicos internos e externos, rompendo com os "muros" da academia e abandonando as propostas de "extensão";

- Estruturar os currículos tendo em vista as atividades integradas em cada nível de atenção do sistema de saúde e, não, pelas divisões do saber médico, expressas nas especialidades;

- Integrar serviço e ensino - tendo como eixo a investigação - através de modelos assistenciais localizados em espaços-populações concretos, o que vai significar um repensar das propostas tradicionais de integração docente-assistencial;

k) Incentivo à formação de pessoal de níveis elementar e médio, estimulando o sistema formal e dando-se efetiva prioridade de política ao programa "Larga Escala", enquanto formação em serviço;

l) Desenvolvimento e implementação de programas macios de educação continuada, em atividades-meio, atividades-fins e atividades de direção, para pessoal de todos os níveis e de todas as categorias, articulados com possibilidades de incentivos ou progressões oferecidas nos planos de carreiras;

m) Estruturação de órgãos de desenvolvimento de recursos humanos em todas as instituições públicas e estímulo à preparação de pessoal técnico para o exercício dessas funções;

n) Implantação de um programa permanente de criação de condições positivas de salubridade no trabalho para todas as categorias profissionais envolvidas na prestação de serviços de saúde.

7. Reorientação das políticas de tecnologia

As políticas tecnológicas serão, aqui, consideradas sob dois aspectos: as referentes ao desenvolvimento tecnológico e aquelas relativas à administração dos insumos críticos.

a) Políticas de desenvolvimento tecnológico

O objetivo dessas políticas seria o desenvolvimento da capacidade tecnológica do país, entendida como a possibilidade de pesquisar, produzir, selecionar e incorporar tecnologias adequadas às necessidades e demandas atuais e futuras do setor saúde.

Dentre outras, deveriam ser implementadas as seguintes:

- Financiamento direto ou incentivos economicos para a indústria nacional e institutos públicos com o objetivo de fortalecer a pesquisa tecnológica e a produção nacional de equipamentos biomédicos, matérias-primas e insumos críticos;
- Formação de pesquisadores, tecnólogos e engenheiros para o desenvolvimento de pesquisas tecnológicas em saúde;
- Apoio a centros de pesquisa tecnológica em saúde, universitários ou não, públicos ou privados;
- Estabelecimento de diretrizes para política de compras de tecnologias importadas, incluindo critérios de seleção, padronização de procedimentos de compra e contratos, de modo a garantir a incorporação da tecnologia e assegurar adequadas condições de financiamento e manutenção;
- Normatização do uso da tecnologia complexa identificando, acompanhando e avaliando os centros de excelência capazes de incorporá-la;
- Desenvolvimento de pesquisas sobre eficácia, custos de procedimentos e implantação de programas de avaliação tecnológica;
- Desenvolvimento de sistemas de informações tecnológicas com dados sobre eficácia, segurança, efeitos adversos e custos;
- Incentivo à implantação de centros de excelência em manutenção tecnológica e formação de recursos humanos para essa área;

b) Políticas de administração de insumos críticos

- Fortalecimento político e administrativo da Central de Medicamentos;
- Revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, RENAME, procurando diminuir os seus itens;
- Elaboração e distribuição de memento terapêutico da RENAME revisada;
- Estabelecimento de políticas de importação de matérias-primas e de controle de preços internacionais;
- Estímulo à criação de uma rede de laboratórios de controle de qualidade de matérias-primas, imunobiológicos e medicamentos;
- Racionalização e agilização dos mecanismos de guarda de equipamentos, imunobiológicos, medicamentos e outros materiais através de uma rede interinstitucional pública de almoxarifa dos estaduais, regionais e locais;
- Racionalização dos mecanismos de distribuição de equipamentos, medicamentos, imunobiológicos e outros materiais pe los diversos níveis do sistema, procurando-se uma articulação interinstitucional;
- Apoio à modernização dos laboratórios públicos produtores de insumos, tendo como centro de referência a FURP;
- Implantação de sistemas permanentes de avaliação tecnológica;

- Implantação de uma rede de manutenção de equipamentos, hierarquizada e de caráter interinstitucional;

- Padronização e estímulo à produção nos laboratórios públicos dos insumos críticos necessários à realização de exames laboratoriais;

- Transformação do programa de emergência em atividade permanente de fornecimento gratuito de medicamentos pela rede de serviços;

- Estabelecimento de uma política de estímulo à utilização da fitoterapia eficaz;

- Revisão da legislação referente à doação de órgãos para transplante.

8. Reorientação das Políticas Científicas

A reorientação das políticas de desenvolvimento científico teria como objetivo o apoio e fortalecimento da pesquisa científica no campo da saúde, através da adoção de mecanismos e instrumentos de planejamento científico que promovessem a integração entre produção, divulgação e utilização do conhecimento na área da saúde.

- Fortalecimento institucional de unidades de coordenação e financiamento de pesquisas em saúde;

- Desenvolvimento de metodologias de planejamento da atividade científica em saúde, particularmente no que se refere à definição de prioridades de pesquisas consentâneas com as políticas de saúde e de desenvolvimento científico e tecnológico;



- Implantação de sistemas de informações científico-técnico e indicadores que permitam analisar as tendências e perspectivas de produção científica e tecnológica, avaliar os recursos materiais e humanos existentes e suas capacidades de resposta às demandas sociais e avaliar o impacto da produção científica em relação às demandas sociais;

- Estabelecimento de programas integrados de investigação em saúde que procurem fomentar o desenvolvimento científico em determinadas áreas (por exemplo, saúde coletiva, doenças endêmicas, imunobiológicos, medicamentos essenciais, etc.), promovendo a incorporação de seus resultados;

- Fortalecimento de grupos de investigação e formação de investigadores científicos e incentivos quanto a salários e condições de trabalho.

9. Controle Social do Sistema

O Sistema Nacional de Saúde, com as características expostas anteriormente, que permitiriam a superação do atual sistema plural e descoordenado sob o lema da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, iria exigir um controle estatal - sob a forma de gestão pública - sobre o conjunto dos setores prestadores de serviços e das modalidades assistenciais que estejam no âmbito de reformulação, tal como se estabeleceu no capítulo V.

Se o Estado assume, através da gestão pública, o controle do Sistema Nacional de Saúde, deve se perguntar, a quem cabe o controle do Estado?

A resposta é óbvia. Esse controle deve ser exercido

pela sociedade civil organizada, mediante participação direta ou delegada e/ou mecanismos de pressão, nas diversas instâncias gerenciais e operativas do Sistema.

E sera a possibilidade mesma desse controle social que vai imprimir a um sistema de saúde universalizado e equalizado, o seu conteúdo democrático.

Para que isso ocorra postula-se um Estado que seja transparente e dialógico com a sociedade civil.

Nesse sentido, as políticas de comunicação social deveriam ser revertidas da posição tradicional de produzir a imagem das instituições e de seus dirigentes (nem sempre reais) para uma outra, de informar verdadeiramente a população, para que ela, bem informada, possa ter elementos de controle sobre o sistema de saúde.

Essa questão da democratização do sistema, via controle social é, aqui, apenas colocada para marcar sua imprescindibilidade de não sendo, contudo, objeto de um maior aprofundamento porque constitui um sub-tema específico da VIII Conferência Nacional de Saúde, a ser desenvolvido por outros autores.

Esses nove princípios referidos constituem as bases da reformulação do Sistema Nacional de Saúde.

A viabilização desses princípios - tendo como doutrina maior a saúde como direito de cidadania e dever do Estado - vai implicar em modificações substantivas no financiamento setorial.

Quer se sublinhar que a questão do financiamento não pode ser reduzida à dimensão de sua tecnicidade porque é, fundamentalmente, política.

Financiamento é um problema político porque expressa o poder administrativo de apropriar e alocar os recursos escassos de uma dada sociedade, numa dada conjuntura. Ou seja, implica em decidir de que forma será distribuída a riqueza nacional, a que se destina e a quem beneficia.

Assim, o financiamento é, exatamente, o elemento central organizador do sistema de saúde.

Atualmente, parece ser consensual que gasta-se pouco com saúde e que, esses recursos insuficientes, são mal utilizados. Além disso, o financiamento setorial é altamente regressivo, o que contribui para a consolidação das desigualdades sociais.

As reformulações propostas, ao garantirem um sistema equalizado e democratizado, vão exigir que se gaste mais e melhor e que mecanismos de financiamento progressivos sejam, gradativamente, incrementados.

Aqui não se entrará em discussões mais aprofundadas sobre o financiamento setorial na medida em que se trata de um tema específico da VIII Conferência Nacional de Saúde, também a ser detalhadamente discutido em outros trabalhos que subsidiarão os debates.

VIII. CONCLUSÃO

A reformulação do Sistema Nacional de Saúde, nos termos propostos, para se materializar, vai requerer modificações em dois níveis: um macro, do reordenamento político-jurídico e, um outro, micro, da operacionalização de modelos assistenciais.

Esses dois movimentos devem se realizar concomitantemente, o que significa negar uma posição de linearidade ou etapismo na construção social do novo sistema de saúde.

Ao nível do reordenamento político-jurídico, haverá que se concentrar a ação mudancista na remoção do "entulho sanitário" do regime autoritário expresso, com maior vigor, no tripé jurídico que sustenta o Sistema Nacional de Saúde: a Constituição de 1967/69, a Lei 6229 do SNS e a Lei 6439/77 do Sistema Nacional da Previdência Social.

No que concerne à Constituição, a luta dos setores democráticos deverá se concentrar no sentido de que se estatua, no texto, a doutrina da Reforma Sanitária, onde a saúde se colocará como a resultante do exercício de um conjunto articulado de direitos sociais à educação, ao emprego, ao meio ambiente, à previdência social, à habitação, à alimentação e nutrição, ao lazer, ao esporte e, também, aos serviços de saúde.

Disso decorrerá a inscrição, como princípio constitucional, dos serviços de saúde como direito de cidadão e dever do Estado.

Daí resultarão as reformulações nas outras leis mais significativas e de toda a legislação delas derivadas ou a elas relacionadas.

Contudo, dentro de um processo dinâmico, não se deve rá esperar a manifestação formal do Congresso Constituinte para dar início à reformulação do Sistema Nacional de Saúde, uma vez que modificações gradativas poderão ir sendo feitas na legislação ordinária.

Convém ter claro que, apesar de sua essencialidade, as mudanças no nível político-jurídico, por mais avançadas que se jam, não garantirão, por si, a oferta de serviços de saúde eficazes, eficientes e democratizados à população que, de resto, não se dão no abstrato.

É, porisso, que se torna necessário ir trabalhando, desde já e aproveitando os espaços políticos, jurídicos e institucionais que se apresentam no regime de transição democrática, ao nível micro-social, no sentido da construção, de baixo para cima, de modelos assistenciais, referidos a espaços-populações determinados e que incorporem, gradualmente, nas suas concretudes, a doutrina e os princípios reorientadores do novo Sistema Nacional de Saúde.

