MUNICIPALIZAÇÃO É O CAMINHO

IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Volume 1

Cadernos da Nona

DESCENTRALIZANDO E DEMOCRATIZANDO O CONHECIMENTO

DB8
cf
2

NACIONAL EM BRASÍLIA DE 9 A 14 DE AGOSTO DE 1992 - UNB - BRASÍLIA
Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora

Cadernos da Nona

DESCENTRALIZANDO E
DEMOCRATIZANDO O CONHECIMENTO

ETAPA NACIONAL EM BRASÍLIA DE 09 A 14 DE AGOSTO DE 1992 - UnB - BRASÍLIA
Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora

APRESENTAÇÃO:

As conferências de saúde são eventos em que a sociedade brasileira avalia a situação de saúde e propõe as diretrizes para a formulação das políticas da área.

Na atual conjuntura vivida pelo país, caracterizada pela crise que demanda ajustes estruturais, pela deteriorização das condições de vida da população e conseqüente agravamento do quadro sanitário, a importância da IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE amplia-se, transformando-a no espaço para a manifestação da sociedade no sentido de reafirmar seus direitos de cidadania e de avançar o debate nos vários níveis de Estado, no que diz respeito as suas relações com a sociedade.

A IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE é um processo onde estamos avaliando e propondo os avanços em direção a Reforma Sanitária, as dificuldades e entraves e a busca de caminhos para a construço do Sistema Único de Saúde.

Concebida como um evento que se desdobra em três etapas correspondentes a estrutura de comando do Sistema Único de Saúde - etapa municipal, estadual e nacional - sua dimensão e a acentuada concentração de esforços e constituição de diversos grupos de trabalho.

Entre estes está o Grupo de Trabalho Técnico, responsável entre outras atividades pela seleção e encomenda de textos de apoio e básicos para a conferência, bem como pela elaboraçãq do programa oficial, o G. T. Técnico concentro-se no temário oficial e seus desdobramentos para realização do trabalho: Sociedade, Governo e Saúde; Seguridade Social; Implantação do Sistema nico de Saúde (municipalização, financiamento, gerenciamento, recursos humanos); e Controle Social.

Com o objetivo de subsidiar os três níveis, buscou-se elaborar um termo de referência que estabelecesse os delineamentos gerais contidos no temário oficial e que embasasse o trabalho de identificação e elaboração dos textos. Os representantes de todos os segmentos envolvidos (setor público, setor privado, universidades e outros) foram contratados e também estão enviando contribuições.

O tema Oficial Sociedade, Governo e Saúde deverá configurar o pano de fundo para todo o temário.

Os Cadernos na Nona Conferência Nacional de Saúde que aqui apresentamos divulgam textos sobre os temas para fácil acesso de todos os interessados em melhor se informar e posicionar nas questões da saúde, principalmente aqueles que se envolvem nos conselhos e conferências de saúde (ao nível dos municípios, estados e união, do poder legislativo, do judiciário, do Ministério Público, e das entidades da sociedade civil organizada, especialmente dos usuários e demais trabalhadores de saúde e prestadores do setor privado da saúde.

Pela primeira vez na história das conferências neste país, teremos uma real e efetiva representatividade. Primeiro porque cinquenta por cento dos delegados são usuários do Sistema; segundo porque estes e os demais delegados, quando chegaram a etapa nacional, foram escolhidos desde a base, desde o município, o nível local, passando pelo estadual, para então com força, autenticidade e representatividade propor a nível dos país as necessárias e verdadeiras modificações para uma saúde justa e democrática que afirme e coloque em prática o já conquistado na Carta Constitucional: Saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Para honrar o espírito democrático da Nona Conferência, a Comissão Organizadora lança estes cadernos, contendo textos de inúmeros autores, já previamente pruduzidos, de distribuição gratuita e irrestrita, e em edição ampliadas de 12.000 exemplares, possibilitando o acesso desta produção de conhecimento a todos os níveis participantes, do Sistema. O conhecimento está sendo divulgado, não sendo mais privilégio de poucos e portanto instrumento de poder. Estamos também descentralizando e democratizando o saber.

A SAÚDE DO POVO BRASILEIRO

SUMÁRIO

- TERMOS DE REFERÊNCIA 07

1 - SOCIEDADE, GOVERNO E SAÚDE 11

- O CONSENSO DO DISCURSO E O DISSENSO DA PRÁTICA SOCIAL
Notas Sobre a Municipalização da Saúde no Brasil 13
Eugênio Vilaça Mendes

- SAÚDE E INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NO BRASIL
Rumos e Desafios 17
Jorge Antônio Zepeda Bermudez

2 - IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS 25

2.1 - MUNICIPALIZAÇÃO 27

- DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
Dimensões Analíticas 27
Sônia Maria Fleury Teixeira

- REFLEXOS SOBRE A PROPOSTA DE GESTÃO DO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE 39
Gastão Wagner de Souza Campos

- POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: A DESCENTRALIZAÇÃO E SEUS ATORES 43
Júlio S. Müller Neto

2.2 - FINANACIAMENTO 61

- O CAOS NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE... NO FUNDO DO POÇO 61
GilsonCarvalho

- O FINANCIAMENTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
Critérios Para Transferências de Recursos Federais Para
Estados e Municípios - Sumário Executivo 73
Solon Magalhães Vianna; Sérgio Francisco Piola; Antônio José Guerra;
Sebastião Francisco Camargo; Marcos José Mandeli (OPS) e José Agenor Alvares da Silva (OPS)

- ASPECTOS JURÍDICOS SOBRE O FIANACIAMENTO DO SUS 81
Lenir dos Santos

2.3 GERENCIAMENTO 85

- GERÊNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 85
Luciano Prates Junqueira

- POR UM MODÊLO TÉCNICO- ASSISTENCIAL DA POLÍTICA DE SAÚDE EM DEFESA DA VIDA
Contribuição Para as Conferências de Saúde 91
Emerson Elias Merhy; Luis Carlos de Oliveira Cecílio e Roberto Costa Nogueira

- SILOS - UMA VISÃO DA LINHA DE FRENTE DO SISTEMA 97
Neice Müller Xavier Faria

- A INICIATIVA PRIVADA E A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE. ASPECTOS JURÍDICOS 99
Prof. Dr. Manoel Gonçalves Ferreira Filho

2.4 - RECUROS HUMANOS 103

- RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
Reptos Atuais 103
José Paranaguá de Santana e Sábado Nicolau Girardi

3 - CONTROLE SOCIAL 107

- A SOCIEDADE CIVIL E A GARANTIA DO PROCESSO DE REFORMA SANITÁRIA 109
Carlos Homero Giacomini

- DESCENTRALIZAÇO MUNICIPAL E A PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS
Apontamento Para o Debate 113
Pedro Jacobi

- DAS FORMAS DE CONTROLE SOCIAL SOBRE AÇÕES E OS SERVIÇOS DE SAÚDE 121
Lenir dos Santos e Guido Ivan de Carvalho

4 - ANEXOS 127

- DIRETRIZES GERAIS PARA POLÍTICA E ESTRATÉGIAS DE MEDICAMENTOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS 129
Oficina de Trabalho - 13.08.91 (GT Técnico da IX CNS)

- DIRETRIZES GERIAS PARA POLÍTICA DE IMUNOBIOLÓGICOS, SANGUE
E HEMODERIVADOS 131
Conclusões da Oficina de Trabalho de 14.08.91

- DIRETRIZES GERAIS PARA POLÍTICA DE EQUIPAMENTOS
MÉDICOS-ODONTOLÓGICOS 133
Conclusões da Oficina de Trabalho de 07.08.91

- EXPEDIENTE 135

APRESENTAÇÃO:

As conferências de saúde são eventos em que a sociedade brasileira avalia a situação de saúde e propõe as diretrizes para a formulação das políticas da área.

Na atual conjuntura vivida pelo país, caracterizada pela crise que demanda ajustes estruturais, pela deteriorização das condições de vida da população e conseqüente agravamento do quadro sanitário, a importância da IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE amplia-se, transformando-a no espaço para a manifestação da sociedade no sentido de reafirmar seus direitos de cidadania e de avançar o debate nos vários níveis de Estado, no que diz respeito as suas relações com a sociedade.

A IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE é um processo onde estamos avaliando e propondo os avanços em direção a Reforma Sanitária, as dificuldades e entraves e a busca de caminhos para a construço do Sistema Único de Saúde.

Concebida como um evento que se desdobra em três etapas correspondentes a estrutura de comando do Sistema Único de Saúde - etapa municipal, estadual e nacional - sua dimensão e a acentuada concentração de esforços e constituição de diversos grupos de trabalho.

Entre estes está o Grupo de Trabalho Técnico, responsável entre outras atividades pela seleção e encomenda de textos de apoio e básicos para a conferência, bem como pela elaboraçãa do prógrama oficial, o G. T. Técnico concentro-se no temário oficial e seus desdobramentos para realização do trabalho: Sociedade, Governo e Saúde; Seguridade Social; Implantação do Sistema nico de Saúde (municipalização, financiamento, gerenciamento, recursos humanos); e Controle Social.

Com o objetivo de subsidiar os três níveis, buscou-se elaborar um termo de referência que estabelecesse os delineamentos gerais contidos no temário oficial e que embasasse o trabalho de identificação e elaboração dos textos. Os representantes de todos os segmentos envolvidos (setor público, setor privado, universidades e outros) foram contratados e também estão enviando contribuições.

O tema Oficial Sociedade, Governo e Saúde deverá configurar o pano de fundo para todo o temário.

Os Cadernos na Nona Conferência Nacional de Saúde que aqui apresentamos divulgam textos sobre os temas para fácil acesso de todos os interessados em melhor se informar e posicionar nas questões da saúde, principalmente aqueles que se envolvem nos conselhos e conferências de saúde (ao nível dos municípios, estados e união, do poder legislativo, do judiciário, do Ministério Público, e das entidades da sociedade civil organizada, especialmente dos usuários e demais trabalhadores de saúde e prestadores do setor privado da saúde.

Pela primeira vez na história das conferências neste país, teremos uma real e efetiva representatividade. Primeiro porque cinquenta por cento dos delegados são usuários do Sistema; segundo porque estes e os demais delegados, quando chegaram a etapa nacional, foram escolhidos desde a base, desde o município, o nível local, passando pelo estadual, para então com força, autenticidade e representatividade propor a nível dos país as necessárias e verdadeiras modificações para uma saúde justa e democrática que afirme e coloque em prática o já conquistado na Carta Constitucional: Saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Para honrar o espírito democrático da Nona Conferência, a Comissão Organizadora lança estes cadernos, contendo textos de inúmeros autores, já previamente pruduzidos, de distribuição gratuita e irrestrita, e em edição ampliadas de 12.000 exemplares, possibilitando o acesso desta produção de conhecimento a todos os níveis participantes, do Sistema. O conhecimento está sendo divulgado, não sendo mais privilégio de poucos e portanto instrumento de poder. Estamos também descentralizando e democratizando o saber.

A SAÚDE DO POVO BRASILEIRO

SUMÁRIO

- TERMOS DE REFERÊNCIA 07

1 - SOCIEDADE, GOVERNO E SAÚDE 11

- O CONSENSO DO DISCURSO E O DISSENSO DA PRÁTICA SOCIAL
Notas Sobre a Municipalização da Saúde no Brasil 13
Eugênio Vilaça Mendes

- SAÚDE E INDÚSTRIA FARMACÊUTICA NO BRASIL
Rumos e Desafios 17
Jorge Antônio Zepeda Bermudez

2 - IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS 25

2.1 - MUNICIPALIZAÇÃO 27

- DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
Dimensões Analíticas 27
Sônia Maria Fleury Teixeira

- REFLEXOS SOBRE A PROPOSTA DE GESTÃO DO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE 39
Gastão Wagner de Souza Campos

- POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: A DESCENTRALIZAÇÃO E SEUS ATORES 43
Júlio S. Müller Neto

2.2 - FINANACIAMENTO 61

- O CAOS NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE... NO FUNDO DO POÇO 61
GilsonCarvalho

- O FINANCIAMENTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
Critérios Para Transferências de Recursos Federais Para
Estados e Municípios - Sumário Executivo 73
Solon Magalhães Vianna: Sérgio Francisco Piolo; Antônio José Guerra;
Sebastião Francisco Camargo; Marcos José Mandell (OPS) e José Agenor Alvares da Silva (OPS)

- ASPECTOS JURÍDICOS SOBRE O FIANACIAMENTO DO SUS 81
Lenir dos Santos

2.3 GERENCIAMENTO 85

- GERÊNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 85
Luciano Prates Junqueira

- POR UM MODÊLO TÉCNICO- ASSISTENCIAL DA POLÍTICA DE SAÚDE EM DEFESA DA VIDA
Contribuição Para as Conferências de Saúde 91
Emerson Elias Merhy; Luis Carlos de Oliveira Cecilio e Roberto Costa Nogueira

- SILOS - UMA VISÃO DA LINHA DE FRENTE DO SISTEMA 97
Neice Müller Xavier Faria

- A INICIATIVA PRIVADA E A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, ASPECTOS JURÍDICOS 99
Prof. Dr. Manoel Gonçalves Ferreira Filho

2.4 - RECUROS HUMANOS 103

- RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
Reptos Atuais 103
José Paranaguá de Santana e Sábado Nicolau Girardi

3 - CONTROLE SOCIAL 107

- A SOCIEDADE CIVIL E A GARANTIA DO PROCESSO DE REFORMA SANITÁRIA 109
Carlos Homero Giacomini

- DESCENTRALIZAÇO MUNICIPAL E A PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS
Apontamento Para o Debate 113
Pedro Jacobi

- DAS FORMAS DE CONTROLE SOCIAL SOBRE AÇÕES E OS SERVIÇOS DE SAÚDE 121
Lenir dos Santos e Guido Ivan de Carvalho

4 - ANEXOS 127

- DIRETRIZES GERAIS PARA POLÍTICA E ESTRATÉGIAS DE MEDICAMENTOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS 129
Oficina de Trabalho - 13.08.91 (GT Técnico da IX CNS)

- DIRETRIZES GERIAS PARA POLÍTICA DE IMUNOBIOLÓGICOS, SANGUE
E HEMODERIVADOS 131
Conclusões da Oficina de Trabalho de 14.08.91

- DIRETRIZES GERAIS PARA POLÍTICA DE EQUIPAMENTOS
MÉDICOS-ODONTOLÓGICOS 133
Conclusões da Oficina de Trabalho de 07.08.91

- EXPEDIENTE 135

TERMOS DE REFERÊNCIA

1 — SOCIEDADE, GOVERNO E SAUDE

1. Modelos de Desenvolvimento Econômico e Social em disputa hoje sua realização na atualidade brasileira.

1.1 Condições de governabilidade: As diferentes perspectivas/propostas frente a um quadro de democratização da sociedade, concomitante às políticas de ajuste econômico do governo.

1.2 O redimensionamento do Estado versus o necessário resgate das funções públicas. Como viabilizar?

2. Diversidade epidemiológica, mudanças na composição demográfica da população e as Políticas Públicas da última Década;

2.1 O Quadro Sanitário:

2.1.1 O Brasil atual: Industrialização, urbanização e meio ambiente, níveis de concentração de renda, a informalidade da economia, o desemprego — desigualdade e diversidade.

2.1.2 O quadro decorrente:

* **Perfis de morbi-mortalidade**;

— o controle e descontrole das endemias e epidemias: Cólera, Malária, AIDS, Dengue e outras.

— o avanço das doenças crônico-degenerativas: cardiovasculares, câncer e outras.

* **Violência e Saúde**;

— a mortalidade e a invalidez por causas externas.

— como morrem nossas crianças e jovens?

— a esterilização em massa.

— de que adoecem e morrem os trabalhadores?

2.2 As respostas do estado:

— o Estado tem sido capaz de dar conta das questões identificadas no quadro econômico/social e sanitário da última década?

— Em que níveis as políticas públicas respondem ao quadro da diversidade, da desigualdade e da miséria?

— Qual a importância relativa das políticas públicas na configuração deste quadro?

— Em quê estas políticas alteraram a situação de saúde no Brasil?

O SUS responde às necessidades de saúde da população?

2.3 O resgate da história: o que ocorreu após a 3ª Conferência Nacional de Saúde até 1990 (constituição/prática);

Que cenário institucional (em termos de estruturação e resposta) deveria ter surgido para implementação dos lineamentos e propostas que surgem a partir da 8ª Conferência?

Qual o resultado concreto?

— uma única trajetória?

— várias políticas paralelas? quantas e quais.

A lei X a prática.

2 — IMPLANTAÇAO DO SISTEMA UNICO DE SAUDE

2.1 FINANCIAMENTO

1) Fontes de Financiamento da Saúde

1.1. Federais

Composição das fontes. Implicações para a Saúde de sua inclusão no Orçamento da Seguridade Social. A concepção original e a prática. Vantagens e desvantagens dessa integração.

A questão da participação de recursos do orçamento fiscal (qual deveria ser e como poderia ser efetivada).

Perspectivas das recursos federais para saúde: considerar a nova lei de custeio e benefícios da previdência social, a regulamentação dos benefícios pecuniários assistenciais e as flutuações econômicas.

1.2. Estaduais e Municipais

Participação destas esferas do governo no financiamento setorial: situação atual, perspectivas e tendências, tendo como balizamento e reforma tributária que até sua implantação final (1993) colocará a receita disponível de Estados e Municípios num novo patamar.

2) Fundos de Saúde

Como ele é hoje: dimensão, características, fontes de recursos e necessidades de mudança para se adaptar às novas funções.

O novo Fundo Nacional de Saúde: concepção e natureza (conceitos de fundos da natureza orçamentária e contábil e financeira). Forma de funcionamento. Possibilidade da adoção de concepção similar à do FPE e FPM.

Composição dos recursos; mecanismos operacionais (fluxo de recurso) e mecanismos de controle social.

3) Financiamento da Descentralização

— a repartição de encargos entre os componentes da federação: o que mudar ou esclarecer;

— a quantificação das transferências federais para estados e municípios: qual o montante disponível e que recursos devem ser mantidos no nível federal;

— que critérios adotar para as transferências: repasses globais (Lei 8080), "compra" de serviço ou financiamen-

to de programas? Vantagens, desvantagens e implicações, sobretudo sobre a descentralização e equidade, de cada uma das alternativas.

— como garantir o automatismo nos repasses: o exemplo do FPE e do FPM seria aplicável?

— como tratar o financiamento dos investimentos.

4) A revisão constitucional de 1993: Reforma Fiscal e Financiamento do SUS.

A saúde como componente da seguridade social: a separação da saúde da previdência, proposta na VIII CNS, e a integração decidida na Constituição. Como aconteceu a mudança de rumo e conseqüências no financiamento da saúde. Viabilidade e vantagens de se recolocar a questão. Alternativas em debate para a reforma fiscal (simplificação tributária, imposto único etc). Implicações das diferentes opções de reforma tributária sobre o financiamento do SUS e na descentralização.

2.2 MUNICIPALIZAÇÃO

1 — Que aspectos essenciais deveriam ser considerados no processo de planejamento da descentralização da saúde?

2 — Avaliação das políticas, planos e financiamentos estaduais para municipalização incluindo a análise dos critérios de distribuição de recursos nesta esfera de governo.

3 — Atribuições e competências das 3 esferas de governo na área da saúde, suas relações e a situação atual. Estas relações configuram um pacto efetivo para a contrução do SUS ou é um "jogo de Espertezas e Desconfiança?" Como se dá na prática o "Comando Único" em cada nível da organização político-territorial do Estado? em função destas atribuições e competências, como se dá a relação público/privado? O conceito de Sistema Único de Saúde é compatível com o de autonomia municipal? (ex.: planos de carreira, gerência de recursos humanos, etc.). O SUS é a soma de 4.500 sistemas municipais de saúde?

4 — Qual o papel dos poderes legislativo e judiciário na "descentralização da saúde"? E dos partidos políticos e movimentos sociais? O controle social e a participação popular têm sido mais efetivos a nível local? Qual a relação dos movimentos sociais, dos partidos políticos e dos grupos sociais dominantes com o executivo e legislativo municipal? Como propiciar que a municipalização seja um espaço democrático para tomada de decisão frente à contradição entre o poder decisório dos conselhos municipais de saúde e os modelos de financiamento vigentes?

5 — A que se deve o aparente consenso discursivo sobre a "Municipalização da Saúde" atualmente em curso no país? Quais as principais dificuldades, obstáculos e limites a um efetivo processo de descentralização da saúde no país? A "municipalização da saúde" tem propiciado uma transformação qualitativa ao nível operativo do sistema de saúde? (ou seja, a municipalização tem garantido melhor atendimento à saúde, individual e coletiva?).

6 — A emergência do poder local e loco-regional no país: história, perspectiva, significado. Qual a política, a estratégia e a metodologia da descentralização do Estado e das Políticas Públicas no Brasil? Poderá a "municipalização da saúde" garantir os direitos de cidadania num Estado como o nosso, com forte tendência e tradição de exclusão, autoritarismo e centralização? Os Municípios brasileiros terão condições políticas, legais, financeiras e administrativas para assumir a "municipalização da saúde" mantidas as condições atuais?

2.3 GERENCIAMENTO

I — O MODELO ASSISTENCIAL

O SUS — vamos implantar um modelo democrático que propicie a criação de uma nova consciência sanitária e que modifique profundamente a qualidade da atenção dos serviços e conseqüentemente a saúde das pessoas?

Considerar que os processos vivenciados em cada município do País dependem de circunstâncias sociais e históricas peculiares de cada conjuntura.

Avaliar os efeitos do controle social sobre a reorganização dos serviços. Como implantar um novo modelo assistencial sem interrupções na prestação de serviços à população e ao mesmo tempo criar as condições básicas para uma nova forma de produzir as ações de saúde?

II — A DESCENTRALIZAÇÃO

A descentralização efetiva e suas conseqüências

Entraves: Atuação das forças políticas contrárias

Pontos fundamentais a considerar no processo de planejamento do gerenciamento dos serviços. O que realmente o município está gerenciando hoje? Como se dá sua relação com o Estado e União?

Análise crítica das atribuições, competências e inter-relações das esferas de governo: União-Estado-Município tendo em vista o processo de descentralização.

A questão do comando único por esfera de governo.

O pacto da construção do SUS entre as 03 esferas de governo: sinceridade ou jogo de espertezas? Mútua confiança ou desconfianças?

III — MODALIDADES ASSISTENCIAIS

Setor privado, privado complementar e setor público.

— O Estado e União detêm o relacionamento com o setor privado. Como o Município vai definir com autonomia seus critérios? Os grandes determinantes deste relacionamento estão em suas mãos? Qual o caminho?

a) — Setor privado dependente mais atrasado: não está em expansão — sobrevive apenas? Qual deve ser o papel do setor público frente a este fato? Enquadrá-los considerando-os tendencialmente absorvíveis pelo setor público? Com que estratégias? Com que riscos e facilidades?

b) — Setor privado não dependente: a questão da evasão de recursos públicos para este setor (shunt).

A relação do prestador privado que não trabalha com o setor público mas tem serviços de relevância pública. Expor sobre o papel do judiciário nos serviços de saúde privados não dependentes.

IV — A GERÊNCIA DO SUS

Apesar de não ser novo na literatura administrativa, a gerência apenas em período recente começa a ser objeto de preocupação dos dirigentes do setor público de saúde. Daí a necessidade de visualizar:

— O que caracteriza a gerência e as características que ela assume na gestão pública. O que determina as diferenças entre a gestão pública e a privada?

— Gerência, administração, gestão: significados na literatura.

— A eficácia da prestação e a autonomia da gestão. O controle dos serviços e dos recursos.

Municipalização e Distrito Sanitário e eficácia da prestação dos serviços de saúde, gerência local de saúde e qualidade dos serviços.

O controle dos serviços prestados contratados.

— O Movimento federal de repasse de recursos financeiros. As definições do Sistema Único de Saúde e os critérios de produtividade estabelecidos pelo INAMPS. A lógica de inampização do setor público. A produtividade no setor público e privado.

Analisar o repasse de recursos financeiros e sua influência no gerenciamento: — o repasse automático; os critérios de repasse e a reorganização dos serviços; o pagamento por "peça" e suas implicações gerenciais (produtividade).

A União que impor sua lógica trabalhando em cima de critérios de produtividade, esquecendo toda a ação de saúde que propiciará uma maior eficácia, uma maior qualidade dos serviços oferecidos. As implicações gerenciais que decorrem deste tipo de lógica — a de pagamento por peça — são inúmeras pois as medidas que devem ser implementadas para "aumentar produção" se chocam com aquelas exigidas pela eficácia.

Eficácia dos serviços públicos de saúde e gerência dos recursos humanos.

Determinação dos recursos humanos na eficácia da prestação dos serviços de saúde. Recursos humanos e os seus interesses na gestão dos serviços. Uma lógica da gestão pública privilegiar os interesses da clientela. Gerência e autonomia na gestão de RH.

— Gerência dos serviços públicos e qualidade da prestação.

É possível serviços públicos eficazes?

Qual a lógica que deve prevalecer na gerência pública?

As lógicas do público e do privado e seus reflexos na qualidade da prestação.

Responsabilidade e compromisso na gestão dos serviços públicos. Controle social e interesse da clientela.

— Definir o papel do município no gerenciamento dos seus equipamentos de saúde abordando: (conflitos)

Papel racionalizador do município no gerenciamento dos serviços públicos.

O isolamento do gerenciamento público da rede básica do município e a rede hospitalar pelo nível estadual e/ou federal

— Abordar as características de responsabilidade do setor público no gerenciamento do setor privado, realçando os papéis de nível federal, estadual, referindo os seguintes pontos: (conflitos)

a incapacidade do município em aumentar sua capacidade resolutiva (rede básica) devido a esse gerenciamento separado;

a diferenciação no gerenciamento dos equipamentos de complexidade (hospitais universitários e centros de referência) pelo nível federal isolado dos níveis municipal e estadual.

V — DISTRITO SANITÁRIO

Avaliar, propor e discutir:

— Gerenciamento da Rede:

a) diretrizes já definidas na legislação;

b) estratégias de operacionalização: metas a atingir, passando pela eficácia, eficiência, resolutividade e transparência;

c) gestão, controle, avaliação de ações e serviços de saúde (atenção ambulatorial e hospitalar, vigilância sanitária e epidemiológica e demais ações).

2.4 RECURSOS HUMANOS

A — A FORÇA DE TRABALHO: TENDÊNCIAS E POLÍTICAS RECENTES

1 — Breve análise da estrutura ocupacional da saúde no país, destacando:

a) aspectos da distribuição espacial (regiões, áreas metropolitanas, capitais e cidades do interior) e institucional (setores público-federal, estadual e municipal e privado) do emprego em saúde;

b) importância relativa e magnitude dos "diferentes mercados" de trabalho em saúde, correspondentes às distintas "modalidades assistenciais" dos setores públicos e privado.

2 — Considerações analíticas sobre a regulação do mercado de trabalho em saúde no Brasil, destacando o papel do Estado enquanto gerador de empregos diretos e indiretos e indutor da oferta de empregos no setor privado.

3 — Delineamento dos possíveis cenários futuros e dos desenhos estratégicos para sua construção, sob o ponto de vista da municipalização.

B — PROCESSO DE CAPACITAÇÃO EM SERVIÇO DO PESSOAL DE SAÚDE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO

1 — Breve análise da questão da obsolência e desqualificação técnica do pessoal engajado no serviço público de saúde, enfatizando o âmbito de atuação possível do Município nessa questão (processos de educação contínua e formação profissional de nível médio), bem como suas limitações e dependências das outras instâncias do poder público — Estado e União (processos de formação de especialistas e de profissionais universitários).

2 — Considerações analíticas sobre o papel do Estado e das corporações na regulação do mercado de trabalho, abordando a questão da divisão técnica do trabalho, do controle do exercício profissional e do surgimento de novas ocupações de saúde em face dos direitos de cidadania no campo da saúde (atenção integral, equânime e universal).

C — ASPECTOS LEGAIS, SINDICAIS E GERENCIAIS DO TRABALHO EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS

1 — Abordagem problematizadora do tema da relação contratual no serviço público de saúde: a contrapartida dos direitos, vantagens e incentivos funcionais em função do direito do usuário.

2 — Breve análise das bases técnicas, sociais e econômicas da organização do trabalho em saúde e suas implicações para a gestão de pessoal; a normalização do trabalho como afirmação e como negação de tais princípios; as formas de contratação e definição do valor (preço) do trabalho em saúde.

3 — A dinâmica das relações de trabalho no âmbito da saúde: papel do poder público e das corporações de trabalhadores (funcionários); o Município como espaço de transformação das práticas vigentes ou de superação dos obstáculos interpostos ao direito dos usuários sem detrimento das conquistas sociais do trabalhador de saúde.

— Gerência, administração, gestão: significados na literatura.

— A eficácia da prestação e a autonomia da gestão. O controle dos serviços e dos recursos.

Municipalização e Distrito Sanitário e eficácia da prestação dos serviços de saúde, gerência local de saúde e qualidade dos serviços.

O controle dos serviços prestados contratados.

— O Movimento federal de repasse de recursos financeiros. As definições do Sistema Único de Saúde e os critérios de produtividade estabelecidos pelo INAMPS. A lógica de inampização do setor público. A produtividade no setor público e privado.

Analisar o repasse de recursos financeiros e sua influência no gerenciamento: — o repasse automático; os critérios de repasse e a reorganização dos serviços; o pagamento por "peça" e suas implicações gerenciais (produtividade).

A União que impor sua lógica trabalhando em cima de critérios de produtividade, esquecendo toda a ação de saúde que propiciará uma maior eficácia, uma maior qualidade dos serviços oferecidos. As implicações gerenciais que decorrem deste tipo de lógica — a de pagamento por peça — são inúmeras pois as medidas que devem ser implementadas para "aumentar produção" se chocam com aquelas exigidas pela eficácia.

Eficácia dos serviços públicos de saúde e gerência dos recursos humanos.

Determinação dos recursos humanos na eficácia da prestação dos serviços de saúde. Recursos humanos e os seus interesses na gestão dos serviços. Uma lógica da gestão pública privilegiar os interesses da clientela. Gerência e autonomia na gestão de RH.

— Gerência dos serviços públicos e qualidade da prestação.

É possível serviços públicos eficazes?

Qual a lógica que deve prevalecer na gerência pública?

As lógicas do público e do privado e seus reflexos na qualidade da prestação.

Responsabilidade e compromisso na gestão dos serviços públicos. Controle social e interesse da clientela.

— Definir o papel do município no gerenciamento dos seus equipamentos de saúde abordando: (conflitos)

Papel racionalizador do município no gerenciamento dos serviços públicos.

O isolamento do gerenciamento público da rede básica do município e a rede hospitalar pelo nível estadual e/ou federal

— Abordar as características de responsabilidade do setor público no gerenciamento do setor privado, realçando os papéis de nível federal, estadual, referindo os seguintes pontos: (conflitos)

a incapacidade do município em aumentar sua capacidade resolutiva (rede básica) devido a esse gerenciamento separado;

a diferenciação no gerenciamento dos equipamentos de complexidade (hospitais universitários e centros de referência) pelo nível federal isolado dos níveis municipal e estadual.

V — DISTRITO SANITÁRIO

Avaliar, propor e discutir:

— Gerenciamento da Rede:

a) diretrizes já definidas na legislação;

b) estratégias de operacionalização: metas a atingir, passando pela eficácia, eficiência, resolutividade e transparência;

c) gestão, controle, avaliação de ações e serviços de saúde (atenção ambulatorial e hospitalar, vigilância sanitária e epidemiológica e demais ações).

2.4 RECURSOS HUMANOS

A — A FORÇA DE TRABALHO: TENDÊNCIAS E POLÍTICAS RECENTES

1 — Breve análise da estrutura ocupacional da saúde no país, destacando:

a) aspectos da distribuição espacial (regiões, áreas metropolitanas, capitais e cidades do interior) e institucinal (setores público-federal, estadual e municipal e privado) do emprego em saúde;

b) importância relativa e magnitude dos "diferentes mercados" de trabalho em saúde, correspondentes às distintas "modalidades assistenciais" dos setores públicos e privado.

2 — Considerações analíticas sobre a regulação do mercado de trabalho em saúde no Brasil, destacando o papel do Estado enquanto gerador de empregos diretos e indiretos e indutor da oferta de empregos no setor privado.

3 — Delineamento dos possíveis cenários futuros e dos desenhos estratégicos para sua construção, sob o ponto de vista da municipalização.

B — PROCESSO DE CAPACITAÇÃO EM SERVIÇO DO PESSOAL DE SAÚDE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO

1 — Breve análise da questão da obsolência e desqualificação técnica do pessoal engajado no serviço público de saúde, enfatizando o âmbito de atuação possível do Município nessa questão (processos de educação contínua e formação profissional de nível médio), bem como suas limitações e dependências das outras instâncias do poder público — Estado e União (processos de formação de especialistas e de profissionais universitários).

2 — Considerações analíticas sobre o papel do Estado e das corporações na regulação do mercado de trabalho, abordando a questão da divisão técnica do trabalho, do controle do exercício profissional e do surgimento de novas ocupações de saúde em face dos direitos de cidadania no campo da saúde (atenção integral, equânime e universal).

C — ASPECTOS LEGAIS, SINDICAIS E GERENCIAIS DO TRABALHO EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS

1 — Abordagem problematizadora do tema da relação contratual no serviço público de saúde: a contrapartida dos direitos, vantagens e incentivos funcionais em função do direito do usuário.

2 — Breve análise das bases técnicas, sociais e econômicas da organização do trabalho em saúde e suas implicações para a gestão de pessoal; a normalização do trabalho como afirmação e como negação de tais princípios; as formas de contratação e definição do valor (preço) do trabalho em saúde.

3 — A dinâmica das relações de trabalho no âmbito da saúde: papel do poder público e das corporações de trabalhadores (funcionários); o Município como espaço de transformação das práticas vigentes ou de superação dos obstáculos interpostos ao direito dos usuários sem detrimento das conquistas sociais do trabalhador de saúde.

1.

SOCIEDADE GOVERNO E SAÚDE

O CONSENSO DO DISCURSO E O DISSENSO DA PRATICA SOCIAL NOTAS SOBRE A MUNICIPALIZAÇAO DA SAUDE NO BRASIL

Eugênio Vilaça Mendes

Essas notas foram escritas para exposição na Miniplenária "Reorganização das ações e do trabalho em saúde", na II Conferência Municipal de Saúde de São Paulo no dia 17 de maio de 1991.

Por limitação de tempo, apresentei, apenas, uma síntese verbal. A conferência teve como tema: "Distritos de Saúde, construindo o SUS".

A idéia de escrever essas notas surgiu durante o ato de inauguração da II Conferência Municipal de Saúde de São Paulo.

Convidado a compor a mesa, pude ouvir as manifestações de diversas autoridades e da representação popular que, desde diferentes lugares políticos e ideológicos, emitiam um mesmo enunciado semântico.

A reunião, encerrada pela Prefeita Municipal, festejava o consenso discursivo e erigia a saúde como espaço privilegiado de ação concertada.

As vaias que acolheram um dos oradores foram substituídas por aplausos após uma inteligente e aparentemente sincera manobra de apropriação e vocalização de um significante universalizado.

Dentre as expressões consensualizadas, uma destacava-se especialmente: a municipalização da saúde.

Passei, então, a me perguntar, no caminho de volta ao hotel, se as reflexões que venho fazendo sobre a existência de uma luta política, ideológica e técnica, no campo da saúde, entre um projeto neoliberal e a reforma sanitária, não constituem delírios de pensamento desmentidos pela realidade fática que acabava de constatar.

Foi quando me retornou à mente um memorável artigo do psicanalista carioca Jurandir Freire, publicado no Jornal do Brasil, onde se denunciava a cultura do cinismo em nosso país. Artigo que procurei, à época em que o li, resumir através de um ditado muito comum: "Tem focinho de gato, tem pêlo de gato, tem rabo de gato, mas não é gato."

Maneira e mineiramente desconfiado das atitudes cínicas e convicto de que o gato deve ser gato e, mais, que à noite, nem todos os gatos são pardos, ao modo de Riobaldo, explodiu em mim um conflito interno que se traduzia na tentativa de ordenação das coisas num mundo cada vez mais desordenado.

Recordei-me, então, de uma passagem dos Grandes Sertões: Veredas:

"Baixei, mas fui ponteando opostos. Que isso foi o que sempre me invocou, o senhor sabe!

Eu careço que o bom seja bom e o ruim ruim, que dum lado esteja o preto e do outro o branco, que o feio fique bem apartado do bonito e a alegria longe da tristeza! Quero que os todos pastos demarcados...Como é que posso com esse mundo?" (1).

Esforcei-me, a partir daí, por tentar desvendar o consenso contido no significante municipalização, expressão formal emitida por atores sociais portadores de tão diferentes projetos, inscritos, sejam nas suas agendas políticas, sejam nas suas pautas sanitárias.

Perguntei-me: Não haveria, por detrás desse aparente consenso, diversos significados, materializados nas formas como os distintos sujeitos sociais decodificam, na prática social, a questão da municipalização da saúde?

É verdade que os mandamentos constitucionais, expressos, particularmente, no Artigo 30, Item VII, tolhem os dissensos semânticos. Como também, o princípio constitucional da descentralização pode ser, conforme se lhe aplique, um dos motores da reforma sanitária ou uma das opções básicas das políticas sociais de corte neoliberal (2).

Ocorreu-me, para dirimir a dúvida, examinar duas variáveis relativas ás formas como podem se dar a(s) municipalização(ões): de um lado, se a gestão se faz com ou sem uma efetiva transferência de poder decisório e, de outro, se vem acompanhada, ou não, de uma mudança do modelo assistencial hegemônico.

A primeira variável é fundamental para que possa dar conseqüência, ou não, ao Artigo 198, Item I, da Constituição Federal e ao Artigo 18, da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, onde se estabelecem os princípios de descentralização, com mando único a nível municipal, para a gestão dos serviços públicos de saúde.

Entenda-se, aqui, por serviços públicos de saúde, o conjunto de instituições estatais e de organizações privadas, pactadas com o Estado, através de contratos ou convênios, regidos pelo Direito Administrativo.

Colocam-se, por decorrência, duas alternativas.

Numa primeira, há uma real transferência, das instâncias federais e estaduais, para o município, do poder de gerir o Sistema Municipal de Saúde, planejando, organizando, executando, avaliando e controlando as ações desenvolvidas pelos serviços públicos, estatais e privados, conveniados e contratados. Essa alternativa confere, ao município, um âmbito de governabilidade ampla, permitindo, a esse nível federativo, de fato, a condução da política municipal de saúde.

Numa segunda, os níveis federal e/ou estadual, através de convênios, passam a remunerar, direta ou indiretamente, os municípios por serviços efetivamente efetuados e/ou repassam suas unidades executoras de primeira linha para serem administradas pelas Secretarias Municipais de Saúde. Essa alternativa corresponde, sempre, a um âmbito de governabilidade restrita, ao não transferir, aos municípios, poderes decisórios que viabilizem a condução da política municipal de saúde e ao manter o que denominei de administração convenial (3), forma perversa de relacionamento entre as instâncias federativas, reduzida a mera delegação de competências sem redefinição das relações entre esses entes político-administrativos.

A segunda variável, se se dá, ou não, a mudança do modelo assistencial hegemônico, é aquela que vai qualificar e diferenciar, fundamentalmente, os projetos políti-

cos alternativos, inseridos na arena política da saúde. Colocam-se, também, duas alternativas.

Numa primeira, a municipalização, enquanto fenômeno de natureza político-administrativa, efetivada num espaço de transformação institucional, ganha densidade, ao provocar uma mudança no paradigma assitencial hegemônico que migra de um modelo clínico para um modelo epidemiológico, viabilizando um sistema de atenção à saúde. Ou seja, acoplam-se, às transformações no espaço institucional, modificações no espaço operativo (4), configurando-se uma reforma assistencial.

Numa segunda, a municipalização permanece restringida ao espaço institucional, isto é, ao campo político-administrativo, sem que haja uma mudança do paradigma assistencial hegemônico que continua sendo modelo clínico da medicina flexneriana. As possibilidades maiores que esta alternativa coloca são a de uma reforma administrativa convencional que procure racionalizar a assistência médica, especialmente nos seus componentes de atenção à demanda espontânea e às emergências, reforçando-se, por conseqüência, o modelo assistencial hegemônico da atenção médica.

Em busca de uma "organização das coisas", construí um quadro onde se cruzavam as duas variáveis mencionadas.

QUADRO 1

FORMAS DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

MODELO ASSISTENCIAL	GESTÃO	
	SEM TRANSFERÊNCIA AO MUNICÍPIO	COM TRANSFERÊNCIA AO MUNICÍPIO
SEM MUDANÇA DO PARADIGMA ASSISTENCIAL	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	INAMPIZAÇÃO
COM MUDANÇA DO PARADIGMA ASSITENCIAL	—	DISTRITALIZAÇÃO

O exame da matriz, contida no Quadro 1, permitiu identificar três formas prováveis de municipalização, para as quais procurei expressões de uso corrente nas discussões sobre saúde em nosso país: a prestação de serviços, a inampização e a distritalização.

Uma quarta, que corresponderia a uma municipalização sem transferência de gestão e com mudança do modelo assistencial, é empiricamente improvável, já que uma transformação do paradigma assistencial só pode se dar num contexto de governabilidade ampla.

Passei, em seguida, a aprofundar o significado de cada uma das três formas de municipalização da saúde.

A primeira, denominada de prestação de serviços, resulta de uma prática de municipalização onde não há transferência da gestão ao município e onde, ademais, não ocorre uma mudança do modelo assistencial.

Essa é a forma mais comum como vem se dando a municipalização da saúde no Brasil até porque, quase sempre, é a que tem sido possível.

No caso, União ou estados, através de convênios, repassam, aos municípios, recursos financeiros, transferidos negociadamente através de critérios normativos centrais, para custeio de atividades ambulatoriais e hospitalares de atenção médica nas instituições estatais próprias ou municipalizadas. Muitas vezes, são passadas, também, aos municípios, unidades de saúde, normalmente de atenção primária, até então de gestão federal ou estadual.

Essa forma de municipalização começou a se esboçar nas Ações Integradas de Saúde (AIS), ampliou-se, através de uma municipalização seletivamente intermediada pelos estados, com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e vem se consolidando com o Sistema Único de Saúde (SUS), que definiu novos critérios de repasse de recursos, estabeleceu pré-condições para a municipalização, introduziu o pagamento por produção de atos médicos e deu início ao conveniamento direto entre Ministério da Saúde e municípios.

Nesse modo, o município é visto como mais um prestador de serviços ao INAMPS, em igualdade com outros — prestadores estatais não municipalizados e prestadores privados contratados e conveniados — sem receber, ainda que precariamente, através do mecanismo convenial, uma delegação explícita para exercitar o mando único constitucional e legalmente determinado, naquele espaço local.

As incertezas provocadas pelas transferências negociadas de recursos, a instabilidade do pacto convenial, as diferenças salariais vigentes entre os três níveis federativos, a indefinição de mecanismos administrativos heterodoxos que regulem a cessão e a gerência dos recursos humanos, físicos e financeiros municipalizados, a desorganização das unidades federais e estaduais, somadas às persistências e resistências de interesses clientelísticos e corporativos, permitem caracterizar a municipalização-prestação de serviços como uma transferência de problemas da União e estados para os municípios.

Por outro lado, essa forma de municipalizaão pouco tem a ver com o Sistema Único de Saúde definido na Constituição Federal, na medida em que não se destina a dar cumprimento aos princípios ali inscritos. Ao contrário, o município, ao instituir-se como um prestador de serviços, estabelece-se como mais uma modalidade assistencial destinada, normalmente, ao atendimento aos grupos sociais marginalizados, convivendo, portanto, com outras modalidades assistenciais existentes, seja no Sistema Público, conforme já se mencionou, seja no Sistema de Atenção Médica Supletiva (medicina de grupo, seguro saúde, cooperativas médicas, planos administrados e autogestão).

Em conseqüência, essa municipalização é extremamente funcional ao projeto neoliberal da saúde porque implica uma versão "moderna" da atenção primária seletiva que realiza, no campo da saúde, uma outra opção básica das políticas sociais do neoliberalismo que é a focalização, o que significa dar um pouquinho a muitos (2).

Responde-se, assim, ao mandamento constitucional da cidadania plena com uma política de cidadania regulada, incrementadora da regressividade social (5).

Mais — e como tem acontecido em muitos municípios — ao introduzir em estruturas tradicionalmente dominadas pela lógica do sanitarismo, um componente de atenção médica, sustentado por transferências de verbas, que se superpõe sem se integrar estruturalmente, porque não há mudança do modelo assistencial, essa municipalização-prestação de serviços cria uma turbelenta coexistência entre subculturas institucionais distintas, de difícil governabilidade, que tem contribuído para uma contínua desorganização dos serviços, especialmente aqueles ditos de "saúde pública".

A segunda forma, chamada inampização, deriva de uma visão de municipalização, onde há uma transferência da gestão ao município — ainda que sob a precariedade do mecanismo convenial — mas sem haver, concomitantemente, uma mudança do modelo assistencial.

A palavra inampização, aqui utilizada, busca recolher uma expressão de uso corrente, por associação a padrões institucionais historicamente representados, em nosso país,

pela Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Assim, por municipalização-inampização desejo caracterizar uma prática social — identificada com essa fênix permanentemente ressuscitada das cinzas — que, através da administração paramétrica da atenção médica e da liturgia do controle e avaliação, ao longo do tempo, vem exercitando um papel, adredemente planejado, de intermediação de relações clientelísticas e cartoriais entre Estado e sociedade, até se transformar, no campo da saúde, num dos nichos mais nítidos de apropriação privada da rés pública, fenômeno conhecido como privatização do Estado (6).

Esses padrões de relações entre Estado e sociedade, já consagrados nos governos federal e estaduais, podem ser, perfeitamente, municipalizados através de sua reprodução em nível local. Dessa forma, essa municipalização poderá atualizar o milagre da multiplicação: de um INAMPS nacional passaríamos a milhares de INAMPS espalhados pelos municípios brasileiros.

Embutidos numa feérica normatização, estão mecanismos e instrumentos — especialmente de planejamento, avaliação e controle e financiamento — que vão consolidando o modelo clínico da atenção médica e difundido, imperceptivelmente, uma cultura organizacional singular e fortemente enraizada, principalmente nos anéis burocráticos da previdência social.

O que essa municipalização não pode fazer é cumprir com os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde, porque se limita a um espaço de atuação de atenção médica sem contribuir, significativamente, para a institucionalização de um sistema que possa impactar, favoravelmente, os níveis de saúde da população. Especialmente, o princípio da integralidade da atenção — que é aquele que quebra a espinha dorsal do projeto neoliberal — ao invés de ser reforçado, é transgredido pela manutenção — à semelhança do que ocorre na municipalização - prestação de serviços — de duas subculturas institucionais distintas que convivem, à maneira da água e do óleo, sob nítida hegemonia do paradigma assistencial da clínica.

Não se pode negar que a inampização, numa visão de processo, pode representar um avanço em relação à prestação de serviços, na medida em que institui o mando único municipal e determina uma multiplicação dos lugares decisórios com a conseqüente atomização dos espaços de atuação dos "lobbies", principalmente aqueles representativos dos interesses cartoriais.

No entanto, não quero transmitir uma posição demasiado otimista, vez que não partilho de um certo maniqueísmo prevalente no movimento municipalistas: o município é bom e a União e os estados são ruins. Mesmo porque tudo é Estado.

Essa forma de municipalização é, provavelmente, a mais reivindicada por Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde, de um lado, pela busca de mais poder local através do mando único e, de outro, porque um possível incremento quantitativo da oferta de atenção médica tem grande eficácia política para populações com baixo grau de consciência sanitária, onde a representação da saúde dá-se através da atenção pronta ao momento autopercebido da doença.

São raros os casos de municipalização-inampizada em nosso país. Um deles, a julgar pelo relato dos autores (7), pode ter sido a experiência recentemente desenvolvida no estado do Rio de Janeiro, cujos resultados, certamente interferidos pela fragilidade dos instrumentos jurídicos disponíveis, desconheço.

A terceira forma, denominada de distritalização, coloca uma opção de municipalização onde há transferência da gestão, com mando único municipal, a par de uma mudança do modelo assistencial que passa a ser hegemonizado pelo paradigma epidemiológico e, não mais, pelo da clínica.

A expressão distritalização é derivada da proposta de distrito sanitário, criada no Art. 10º, da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990.

O distrito sanitário, apesar das resistências localizadas ou dos desconhecimentos a ele inerentes, apresenta, ainda relevante consenso discursivo.

O entendimento da municipalização-distritalização pressupõe a compreensão dos significados de distrito sanitário.

Aqui, também, cabem, a esse significante universal, pelo menos, duas decodificações sociais.

A mais comum, fruto já de sua concretização em muitos lugares, é a concepção topográfico-burocrática do distrito sanitário, onde a proposta é reduzida à definição de uma instância burocrática, num espaço micro-regionalizado. Isso é, esquarteja-se, em pedaços, um município e define-se uma gerência de distrito funcionando, tradicionalmente, numa lógica burocrática.

Reproduz-se com essa concepção banalizada do distrito, o modelo organizacional vigente nas secretarias estaduais — o da regionalização administrativa — que se esgotou, uma vez que é incompatível com o novo objeto colocado pelo Sistema Único de Saúde.

Esse distrito sanitário que, grosso modo, corresponderia a uma regional de saúde (DIRES, ERSA, etc.) municipal, ajusta-se, muito bem, às municipalizações referidas anteriormente e, por conseqüência, ao projeto neoliberal, ao não tocar a questão do modelo assistencial.

Por certo, não é essa a concepção de distrito sanitário que informa a municipalização-distritalização.

Muito ao contrário, aqui, os distritos sanitários, mais que entes político-jurídicos, são entendidos como processos sociais de mudança das práticas sanitárias, de natureza tática, referidos pela estratégia da Reforma Sanitária, direcionados no sentido do cumprimento dos objetivos do Sistema Único de Saúde, e que se manifestam espaço local, onde se estabelecem, sob gestão democrática e de mando único, relações transacionais entre as instituições de saúde, públicas e privadas conveniadas e contratadas, reorientadas de acordo com certos princípios organizativo-assistenciais, e a população, com suas diferentes necessidades, demandas e representações, delimitadas por um território.

Tal concepção de distrito sanitário, mais que criar um novo "locus" administrativo, implica, fundamentalmente, um processo social de transformação das práticas sanitárias no interior do Sistema Único de Saúde. Por isso mesmo, prefiro falar de um processo de distritalização, como expressão de um movimento não sujeito a leis conhecidas, criativo, contínuo e que busca, a partir da utilização de permanente juízo estratégico e com a necessária flexibilidade de adaptação às incertezas, mudar o modelo assistencial hegemônico, subordinando-o ao modelo epidemiológico da atenção à saúde.

Essa forma de municipalização agrega, a uma necessária mudança no plano institucional — a transferência da gestão com mando único — um processo de transformação ideológico-técnico das práticas sanitárias sendo, por-

tanto, a única coerente com o projeto da Reforma Sanitária.

Uma incipiente consciência desse processo de municipalização — porque a municipalização, então, passa a ser considerada como um processo — começa a se delinear num restrito número de municípios brasileiros.

O tempo não alcança para uma desejável qualificação da natureeza da gestão transferida ao município.

Aqui, a uma gestão municipal, concentrada na Prefeitura Municipal e reprodutora das intermediações clientelístico-corporativas, cabe, perfeitamente, a denominação de prefeiturização, como forma de apropriação excludente do mando único municipal.

A essa municipalização-prefeiturização, deve-se responder, coerentemente com os princípios do Sistema Único de Saúde, com um movimento de democratização da gestão que, mesmo reconhecendo a legitimidade da representação política de quem foi eleito pelo voto popular, propõe uma gestão compartilhada com diferentes segmentos da sociedade civil, integrados em conselhos de saúde, paritários e deliberativos.

Ao terminar essas notas sobre o consenso discursivo e as municipalizações dissentidas na prática social, fiquei certo de que, na realidade, a diferentes projetos sanitários correspondem distintas formas de municipalizar.

Daí, ser importante capacitar-se a discriminar de tal modo que "o bom seja bom e o ruim, ruim", especialmente no momento em que as Conferências Municipais de Saúde, enquanto partes desse movimento maior que é a IX Conferência Nacional de Saúde, começam a discutir a municipalização.

Numas e noutra, vão se defrontar diferentes sujeitos sociais, com suas visões de mundo, seus interesses, seus projetos sanitários e, em conseqüência, suas distintas formas de municipalizar.

Agora, assumindo, substantivamente, o papel que me foi solicitado nessa Miniplenária, pergunto:

— Que municipalização deseja-se em São Paulo?

— Que Sistema Único de Saúde pretende-se construir?

— A partir de que Distrito de Saúde?

Desculpem-me se, para colocar três questões, eu os perturbei demasiado com uma crônica felina sobre a municipalização nos tempos de cólera.

Contraditoriamente, contudo, constato que comecei mencionando um consenso no discurso e um dissenso na prática e terminei com um consenso social (cólera) e um dissenso semântico (a cólera ou o cólera?).

Por fim, a cerimônia de abertura da Conferência — expressão do pacto discursivo — deu-se no Auditório Elis Regina. Nada mais simbólico!

BIBLIOGRAFIA

1. ROSA, J.G. — Grande Sertão: Veredas. Rio, Liv. José Olympio Editora, 1974.
2. ISUANI, E.A. — Crisis, estado y opciones de política social.Campinas, Reunión sobre Estado, economia y salud. Mimeo, 1990.
3. MENDES, E.V. — O planejamento de saúde no Brasil: origens, evolução, análise crítica e perspectivas. Belo Horizonte, Mimeo, 1987.
4. MENDES, E.V. — Sistemas locales de salud: una aproximación conceptual. Cuadernos médico sociales, 12:15-31, dic., 1990.
5. SANTOS, W.G. — Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro, Campus, 1987.
6. MARTINS, L. — Estatização da economia ou privatização do Estado? Ensaios de Opinião, 9:13-16, 1978.
7. LEUCOVITZ, E. et. alii. Praticando a descentralização: desenvolvimento gerencial e institucional na SES-RJ, 1988/89. Saúde em Debate, 29:30-36, 1990.

SAUDE E INDUSTRIA FARMACEUTICA NO BRASIL — RUMOS E DESAFIOS (1)

Jorge Antonio Zepeda Bermudez (2)

Caracterização do setor

O embate político da indústria farmacêutica no país se desenvolve na esfera da polarização referente à definição da Política de Medicamentos como Política de Saúde X Política Industrial. Evidentemente que para nós, que militamos na área de Saúde Pública, é premissa básica a afirmativa de que a política de medicamentos tem que ser tratada como parte prioritária e estratégica de política nacional de saúde e, conseqüentemente, não podemos admitir o medicamento como um bem de consumo ou que objetiva lucro e sim como um insumo indispensável a ações de saúde. Esta conceituação é fundamental tendo em vista que na análise da questão é inevitável que a abordagem inclua diversos aspectos de natureza mercadológica.

É necessário, inicialmente, introduzir as características do setor farmacêutico no Brasil. Com um faturamento anual que em 1986 girava na ordem de 1,8 bilhões de dólares e que em 1990 foi estimado em cerca de 3 bilhões de dólares, o mercado farmacêutico brasileiro é situado entre os dez maiores do mundo capitalista. Ressalte-se, entretanto, que o consumo per capita, que oscila em torno dos 14 dólares/ano, nos situa próximo de países como a África do Sul, México e Turquia. Este dado mostra que uma grande parcela da população não tem acesso à assistência à saúde e muito menos à assistência farmacêutica. Mostra, por outro lado, o potencial de expansão único no mundo que alguns autores preferem chamar de demanda reprimida e que nos torna um paraíso para as empresas multinacionais aqui implantadas. O mercado governamental representa em torno de 35% do mercado total, representado hoje principalmente pela Central de Medicamentos, com uma tendência crescente. A importação de matérias-primas para o mercado governamental representa em torno de 100 milhões de dólares anuais e a produção nacional de matérias-primas oscila próximo dos 250 milhões de dólares, sendo que as empresas de capital nacional detêm apenas 22% do setor.

Temos chamado a atenção para aquilo que nós denominamos de uma crise de medicamentos que tende a se arrastar, caracterizada por desabastecimento de produtos de baixa lucratividade, denúncias de fraude, associações terapêuticas espúrias e outras manobras que mantêm o setor permanentemente na imprensa leiga. Recentemente, denúncia da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro referia que um elevado número de reinternações hospitalares podia ser atribuído à possibilidade de acompanhamento ambulatorial adequado pela não-utilização de medicamentos prescritos em consulta. Podemos destacar uma série de razões condicionantes para a referida crise de medicamentos, tanto de caráter conjuntural como estrutural, que esquematicamente resumimos em algumas linhas:

a) o domínio da produção de medicamentos no Brasil é majoritariamente de empresas multinacionais, das quais não se questiona a competência técnica nem a qualidade de seus produtos; entretanto, são por demais conhecidos os exemplos de Cuba, Nicarágua (revolução sandinista) e Argentina (Guerra das Ilhas Malvinas), países que sofreram bloqueios econômicos que incluíram o desabastecimento de fármacos e medicamentos essenciais, em manobra que ousamos chamar de criminosa. Estes exemplos mostram claramente a vinculação de política industrial com interesses econômicos, desvinculados das necessidades sociais.

b) a dependência brasileira na importação de insumos e tecnologia, aliada à limitação de fornecedores de matérias-primas, que se organizam em nível mundial em cartéis, monopólios e oligopólios.

c) o desestímulo às atividades de Pesquisa e Desenvolvimento e a falta de interação do meio acadêmico, representado pelas Universidades e Institutos de Pesquisa, com as empresas capazes de elevar a escala à produção industrial;

d) enquanto a Organização Mundial da Saúde preconiza as chamadas "Lists of Essential Drugs", destinadas a cobrir 80% das necessidades de medicamentos em países em desenvolvimento, o Brasil adotou a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), instrumento que delimita o universo de atuação da Central de Medicamentos e que atualmente engloba cerca de 400 produtos. É de estarrecer, portanto, a constatação de que existem 63.000 especialidades farmacêuticas registradas no país, das quais é estimado que 13.000 circulem no mercado farmacêutico. É evidente que este fato ocasiona uma disputa selvagem de marcas no mercado, levando a verdadeiros "lobbies" da indústria junto a profissionais de saúde e estabelecimentos comerciais.

e) ao longo dos anos, temos assistido a um desaparelhamento dos órgãos oficiais de registro e fiscalização, aliado a uma desestruturação e, por que não dizer, verdadeiro sucateamento do sistema oficial de produção, pela inexistência de uma política setorial permanente.

f) concomitantemente com os problemas referidos até agora, tem sido observado um aumento na demanda de medicamentos, decorrente de implantação de programas governamentais específicos, entre os quais cabe destacar as Ações Integradas de Saúde (AIS), Plano de Prioridades Sociais (PPS), Farmácias Básicas, Relação de Medicamentos Básicos (RMB), Kit-CEME.

g) todos os planos de estabilização de economia (Cruzado, Bresser, Verão, Collor), ao determinarem o congelamento de preços e a desvalorização cambial, levam à diminuição de margem de lucro na indústria farmacêutica, considerando o grau de dependência de importação. A

(1) Texto elaborado em julho 1991

(2) Médico-sanitarista.
Professor da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.
Assessor Especial da Presidência/FIOCRUZ.
Ex-Presidente Especial da Presidência/FIOCRUZ.
Ex-Presidente da Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil (ALFOB).

manobra detectável nesse setor, na impossibilidade de proceder à majoração de preços, é o desabastecimento.

Os trabalhos clássicos mostram que a situação da indústria farmacêutica quanto às áreas tecnológicas em que ela atua pode ser caracterizada em quatro estágios:
a) pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos;
b) produção industrial de novos fármacos;
c) tecnologia para a produção de especialidades farmacêuticas;
d) "Marketing" e comercialização.

É lamentável constatar que no Brasil apenas as derradeiras duas etapas podem ser consideradas. Este fato reforça claramente a conotação de dependência externa e incipiência de desenvolvimento tecnológico em que nos encontramos.

A dependência nacional

A caracterização preliminar do setor e diagnóstico situacional referidos são instrumentos indispensáveis para a formulação de uma diretriz política nacional. Nesse sentido, acreditamos que a questão deve objetivar como meta a auto-suficiência nacional, adotando como instrumento de trabalho ou universo de atuação a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Em que pese as críticas à atual constituição da RENAME, não podemos deixar de reconhecê-la quanto à sua importância política. Devemos, isto sim, lutar por sua permanente revisão, formulação e adequação à nossa realidade social. Na formulação política da proposta de auto-suficiência nacional, temos que considerar individualmente duas áreas de trabalho que, embora intimamente ligadas e até interdependentes, apresentam características logísticas absolutamente diferenciadas. Estamos nos referindo à indústria de química fina, responsável pela manufatura dos fármacos e insumos auxiliares, e à indústria de formulação farmacêutica, responsável, como indústria de transformação, pela produção dos medicamentos propriamente ditos, prontos para sua utilização ou consumo.

As inter-relações na indústria química incluem a química de base, englobando a petroquímica, carboquímica, álcool-química e química inorgânica, responsáveis pela elaboração de produtos básicos que ainda vão ser submetidos a rotas de síntese que levarão a produtos intermediários e produtos técnicos e ativos que irão compor os produtos para consumo final. É necessário ressaltar que há uma estreita ligação nas rotas de síntese de produtos que irão entrar na composição de medicamentos, bem como produtos agrícolas, alimentos, tintas, corantes e pigmentos, cosméticos e perfumaria. Essa observação é fundamental no sentido de que avaliamos que uma proposta de auto-suficiência nesta vertente necessariamente tem que constituir uma política setorial de âmbito inter-ministerial, conferindo prioridade ao setor de medicamentos. Cabe a crítica ao programa de pesquisa e desenvolvimento de matérias-primas que a CEME vem desenvolvendo, no sentido de que constitui iniciativa isolada e unidirecionada ao setor de medicamentos.

O segundo setor que temos que considerar na formulação de uma política de medicamentos é a indústria farmacêutica **sensu strito**, que é a transformação de insumos em produto final. Este setor se revela como absolutamente crítico. Como já foi referido, movimenta um mercado que atinge a cifra de 3 bilhões de dólares anualmente. É alarmante constatar que, enquanto 400 empresas nacionais (públicas e privadas) detêm entre 15 e 25% desse mercado, as empresas multinacionais de diversas origens de capital representam 75 a 85% do faturamento anual no Brasil. Ao desdobrarmos nosso mercado farmacêutico de acordo com origem de capital, verificamos que a maior fatia de participação é representada por empresas de origem norte-americana (EUA), que vêm a ocupar entre 28 e 36% do mercado, variando de acordo com as fontes. Fica perfeitamente compreensível a razão pela qual estamos sofrendo pressões oriundas da associação de produtores norte-americanos (Pharmaceutical Manufacturers Association ou PMA), que canalizam por intermédio do Departamento de Comércio no sentido de alterar o atual Código de Propriedade Industrial brasileiro para que passemos a reconhecer patentes de processos e produtos farmacêuticos. As pressões e ameaças concretas de retaliação têm o objetivo, inaceitável do ponto de vista de soberania nacional e ingerência estrangeira, de promover uma reserva de mercado para empresas estrangeiras.

Analisando o mercado farmacêutico dos países de economia capitalista, verificamos que o Brasil ocupava em 1985 o sétimo lugar, consumindo quase dois bilhões de dólares anualmente, o que representa 2,7% de participação no mercado mundial. Entretanto, ao fazermos a correlação do consumo com a população, encontramos um consumo per capita da ordem de 14 a 17 dólares/ano, caracterizando um mercado absolutamente perverso, em que grande parcela da população é desassistida. Em ordem decrescente, os 10 maiores mercados são os EUA, Japão, Alemanha Ocidental, França, Itália, Grã-Bretanha, Canadá, Espanha, Brasil e Coréia do Sul.

Os autores especializados são unânimes em reconhecer uma tendência nítida e permanente ao crescimento do mercado mundial de medicamentos nas economias capitalistas. De acordo com dados do Banco Mundial, o mercado que em 1960 nem sequer atingia os 10 bilhões de dólares foi alçado ao patamar dos 18 bilhões em 1970, 66 bilhões em 1980, oscilando próximo aos 90 bilhões em 1990. Recentemente, foi estimado que o Brasil iria evoluir dos cerca de 2 bilhões de dólares anuais nesta última década para o patamar dos 20 bilhões no limiar do ano 2000. Da mesma maneira é esperado um crescimento considerável nos mercados de países como México, Argentina, Colômbia, Venezuela, Egito, Peru, Índia, Nigéria, Irã, Indonésia, Argélia, variando entre 5 a 10 vezes o fator de expansão. Especialmente no caso brasileiro, é estimada uma demanda reprimida de cerca de 3,4 bilhões de dólares, que nós preferimos denominar de potencial de expansão. A grande luta política se trava no sentido de que essa expansão se faça às custas da expansão de cobertura de saúde à população e que o mercado de medicamentos seja atendido por demandas governamentais. Não é fora de propósito afirmar que a situação brasileira representa um paraíso para as empresas multinacionais já aqui instaladas, que não encontrarão em nenhum lugar do mundo o potencial de expansão que o mercado brasileiro pode oferecer.

O processo alarmante e gritante da desnacionalização de nossa indústria privada é facilmente evidenciável ao acompanharmos a evolução histórica. Cabe aqui referir que, imediatamente após a Segunda Guerra Mundial, houve uma investida maciça de capital estrangeiro em nosso país, extensivo a diversos ramos da economia. É assim que verificamos que o percentual de participação de empresas estrangeiras no mercado nacional foi paulatinamente aumentando, passando de pouco mais de 30% em

1940 para as cifras aproximadas de 45% em 1950, 70% em 1960, 75% em 1970 e 80% em 1980. Concomitantemente, é necessário mostrar que em 1957 constavam cinco laboratórios de capital nacional (Pinheiros, Moura Brasil, Torres, Instituto Médico Fontoura e LAFI) entre as vinte maiores empresas do mercado. Essa cifra, mantida próxima com quatro laboratórios em 1960, foi reduzida a uma única empresa (Aché) no ano de 1975. Cabe ainda ressaltar que, de acordo com dados de 1985, a maior empresa nacional era o grupo Aché, ocupando a 11º posição no mercado, com uma participação global de 2,58%, seguida da empresa Sintofarma, situada em 30º lugar com 1,28% de participação no mercado farmacêutico. É extremamente alarmante a verificação de que o crescimento do grupo Aché, que em 1988 ocupava 4,8% do nosso mecado culminou com uma "jointventure" com a Merck-Sharp-Dohme, dando origem à empresa Prodohme. Por outro lado, a imprensa de São Paulo noticiou pedido de concordata da empresa Sintofarma. É historicamente inexorável o processo de desnacionalização da indústria farmacêutica em nosso país, agravado pelo esvaziamento e até sucateamento do setor público, aliado a uma política econômica de abertura irrestrita ao capital internacional.

O mercado oligopolizado

Uma das grandes polêmicas que tem envolvido nossa discussão com aqueles setores que defendem as empresas multinacionais é nossa colocação referente a que a indústria farmacêutica caracteriza um mercado monopolizado e/ou oligopolizado não apenas no Brasil, mas a nível mundial. Em diversos documentos, os defensores do capital multinacional referem um mercado extremamente fragmentado ou pulverizado, utilizando a alegação de que os percentuais de detenção de mercado por firma são extremamente baixos, situando os mais altos em torno de 2 a 5%. Se formos considerar a indústria farmacêutica pela lógica do capital, a referida alegação é, sem dúvida, absolutamente procedente. O Brasil representa um mercado fragmentado, distribuído equitativamente entre as empresas. É necessário, entretanto, denunciar e até desmascarar os inquestionáveis monopólios e oligopólios que se expressam através da concentração de mercado por classes terapêuticas. É sob esta ótica que verificamos, a título de exemplo, que a empresa líder monopoliza 41,3% do mercado de vitamina B1 pura e associada, 45% do mercado da vitamina C, 20,4% das penicilinas de amplo espectro e assim por diante. Para fins de explicitação, podemos citar como exemplos de companhias multinacionais a Roche, dominando 34,8% do mercado de vitaminas, a Schering com 44,2% do mercado de corticóides, a Johnson & Johnson ocupando 34,8% do mercado de antihelmínticos ou a Biogalenica que detém 41,3% do mercado de diuréticos. Ao associarmos a companhia líder com as quatro principais empresas na especialidade, a detenção de mercado se situa quase sempre acima dos 50%, caracterizando a monopolização e oligopolização do setor.

A análise do mercado farmacêutico por origem de capital nos diversos países nos mostra que as variações são tremendas. Por um lado, existem países como a União Soviética, que considera que 100% do seu mercado é de companhias nacionais. Proximamente se situam países como a Alemanha Ocidental, Suíça, Estados Unidos e Japão, que detêm respectivamente 65, 72, 85 e 87% de capital nacional em seus mercados farmacêuticos. No outro lado, estão os países extremamente dependentes, como a Arábia Saudita, Nigéria, Bélgica, Venezuela e Canadá, nos quais o capital estrangeiro representa respectivamente 100, 97, 90, 88 e 85%. O Brasil, juntamente com a Austrália, Indonésia, México e Índia, compõe um grupo de países em que a detenção de capital nacional no mercado farmacêutico oscila entre 15 e 25%. Este dado corrobora a situação crítica e extremamente alarmante que a indústria farmacêutica configura no Brasil, caracterizada por um esvaziamento e até sucateamento do setor estatal, desnacionalização do setor privado de capital nacional ao longo dos anos e cada vez mais a conotação de dependência externa representada pela consolidação e expansão das empresas de capital estrangeiro, aliados ao mercado extremamente monopolizado por classes terapêuticas.

O mercado disputado

Partindo de distintas abordagens, é facilmente evidenciável a diversidade de dados que mostram com extrema clareza a disputa que se trava no mercado farmacêutico no Brasil. De acordo com dados da Associação Brasileira de Indústria Farmacêutica-ABIFARMA, o contingente de força de trabalho era representado em 1987 por 56.000 trabalhadores, divididos em várias categorias funcionais. Enquanto 25.000 deles eram classificados como operários, 3.200 como técnicos e 12.000 como funcionários ligados à administração, 16.000 dos trabalhadores, o que representa 28,5% do total, estão ligados ao setor de vendas. Por outro lado, analisando a estrutura de custos na indústria farmacêutica, verifica-se que no período de 1971 a 1975, as despesas com distribuição e vendas aumentaram de 28,92% para 34,89% na composição dos custos das empresas nacionais. Já mencionamos anteriormente que uma das razões condicionantes para a manutenção da crise de medicamentos no país é o número excessivo de apresentações farmacêuticas. Um dado estarrecedor é a verificação de que em 1970 era estimado um representante de laboratório para cada três médicos no Brasil, enquanto que em países como os EUA, Finlândia, Inglaterra, Suécia e Noruega, essa relação é respectivamente 1:14, 1:17, 1:18, 1:24 e 1:32. Fica então perfeitamente evidenciado o investimento no "lobby" junto ao estudante de medicina, médico e outros profissionais de saúde no sentido de, através de documentação científica, material de propaganda e amostras grátis, pressionar para a prescrição das correspondentes marcas de fantasia. Os medicamentos de nome genérico não são divulgados no Brasil, sendo distribuídos apenas no mercado institucional. Por outro lado, não é do nosso conhecimento que a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais-RENAME, que ao nosso ver representa valiosíssimo instrumento político, seja divulgada nos currículos de formação de profissionais de saúde.

A Central de Medicamentos

A Central de Medicamentos foi instituída como órgão da Presidência da República pelo Decreto 68.806, de 25 de junho de 1971. O Decreto original constava de dez artigos e definia no primeiro deles, ipsi litteris: "É instituída a Central de Medicamentos — CEME, órgão da Presidência da República, destinada a promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano àqueles que, por suas condições econômicas, não

puderem adquirí-los". Colocava suas funções como regulador da produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos subordinados ou vinculados aos ministérios, atribuindo sua direção a uma comissão composta de um representante de cada um dos respectivos ministérios, nomeados pelo Presidente da República. Cabia ao Instituto Nacional de Previdência Social o custeio dos serviços administrativos,estando autorizada a CEME a comprar produtos da indústria privada, bem como assinar convênios com os Estados, o Distrito Federal, os Territórios e Municípios.

O Decreto 69.451 de 01 de novembro do mesmo ano, alterou algumas disposições, definiu a nomeação de um Presidente, ampliou a consignação de recursos, criou um conselho consultivo e realizou acréscimos, totalizando dezoito artigos. No mesmo ano, foi elaborado o "Projeto de Organização" da CEME, que estabeleceu uma estrutura organizacional matricial e definiu diversos subsistemas, nominalmente Informação, Produção, Distribuição, Pesquisas Científicas e Controle e Avaliação. Dentre os objetivos específicos, ficou claramente identificada uma ação junto a laboratórios públicos, avaliando o sistema de produção e estrutura de custos, além de propor processos econômicos de embalagem.

O principal marco que cabe ressaltar em relação à efetiva implementação da Central de Medicamentos é o Plano Diretor de Medicamentos, elaborado em julho de 1973 e que colocou como orientação geral o desenvolvimento do sistema oficial de produção, mediante a eliminação progressiva de sua ociosidade. As políticas e diretrizes gerais do referido plano foram aprovadas pelo Decreto nº 72.552, de 30 de julho de 1973. Cabe também destacar que através do Decreto 74.000, de 01 de maio de 1974, a CEME mudou sua vinculação para o Ministério da Previdência e Assistência Social. Posteriormente, o Decreto 91.439 de 16 de julho de 1985 dispôs sobre a transferência para o Ministério da Saúde, situação atualmente mantida e em vias de ser transformada em Empresa Pública, conforme autorização já procedida no atual Governo.

Em documento de levantamento, avaliação e proposta que tivemos oportunidade de coordenar recentemente, verificamos que a dotação orçamentária global da CEME aumentou consideravelmente. Utilizando o dólar como indexador, verificamos que cresceu de onze milhões de dólares em 1972 para pouco mais de quatrocentos milhões no exercício de 1989. Verifica-se, ainda, que os aumentos consideráveis são às custas de recursos do Ministério da Previdência e Assistência Social até o exercício referido. Ao procedermos ao desdobramento percentual do orçamento da CEME por Projeto/Atividade, é nítido que a prioridade que tem predominado persistentemente é a aquisição e distribuição de medicamentos. Por outro lado, como também foi verificado, nota-se uma tendência à inversão da relação setor estatal/setor privado nacional na alocação anual da demanda CEME.

Já no que se refere a investimentos em P & D nas áreas de Química Fina e Farmacotécnica, eles representam no país iniciativas isoladas, não configurando um plano nacional com metas a médio e a longo prazo, como seria necessário. A detenção de tecnologia no país é bastante incipiente e não chega a acompanhar os avanços mundiais na velocidade desejável. É ainda necessária a ligação das universidades e instituições de pesquisa com empresas nacionais, com o objetivo de integrar as etapas de bancada laboratorial, planta-piloto e planta industrial compatibilizando-as com as necessidades nacionais.

Especificamente em relação aos investimentos da CEME, o desdobramento do orçamento anual por projeto/atividade mostra que tem aplicado uma média de 2,19% na atividade Pesquisa e Desenvolvimento, o que equivale a 4 milhões de dólares em 1988 ou 6,3 milhões em 1989. Dados da ABIFARMA mostram resumidamente que de cada 10.000 novas substâncias pesquisadas, apenas uma dará origem a um novo produto farmacêutico. Este processo se desenvolve ao longo de um tempo médio de dez anos, consumindo 125 milhões de dólares, passando pelas etapas sucessivas da experimentação animal em testes de farmacologia básica, toxicologia, farmacologia especial se conseguir atingir as quatro fases posteriores de experimentação humana, no que se refere a estudos pré-clínicos e clínicos. Ao mesmo tempo, observamos que grandes empresas multinacionais investem anualmente em atividades de P & D recursos que atingem cifras entre 100 e 600 milhões de dólares, o que pode significar um orçamento superior ao total dedicado à assistência farmacêutica governamental no Brasil. É evidente nossa situação de inferioridade e a necessidade premente de uma política setorial nesta área que promova um plano de desenvolvimento a médio e a longo prazo.

O setor estatal de produção

O setor estatal de produção é representado atualmente por dezesseis empresas, vinculadas a dez governos estaduais, uma universidade, o próprio Ministério da Saúde e as Forças Armadas, situadas em onze unidades da federação, gerando 3.500 empregos diretos e sendo responsável por mais da metade da demanda de medicamentos sob gestão da Central de Medicamentos do Ministério da Saúde, o que configura uma questão estratégica e de soberania nacional. Considerando a infra-estrutura operacional instalada, equipamento adquirido e pessoal técnico disponível, estimamos que a capacidade total do sistema oficial de produção se situa em torno de 5 a 6 bilhões de unidades farmacêuticas anualmente. A programação teórica distribuída pela Central de Medicamentos, para todos os laboratórios oficiais, prevê a elaboração e distribuição de um quantitativo anual de medicamentos inferior a essa capacidade nominal.

De acordo com dados da CEME, tem cabido historicamente ao setor estatal de produção em torno de 60% de participação na aquisição de medicamentos pela própria CEME. É preocupante, entretanto, verificar que a partir de 1986, esse percentual vem sofrendo progressivo decréscimo, concomitantemente com um aumento na participação do setor privado de capital nacional. Por outro lado, se já não fosse evidente um processo gradativo e permanente de desnacionalização do setor privado, também laboratórios estatais têm sido alijados do sistema CEME ao longo dos anos. De acordo com dados da própria CEME, no exercício de 1973, um total de vinte laboratórios oficiais integravam o sistema produtor da CEME. Cabe esclarecer que do contingente atual de dezesseis laboratórios, três deles (Laboratório Industrial Farmacêutico de Alagoas/LIFAL, Empresa de Produtos Farmacêuticos da Bahia/Bahiafarma e Fundação para o Remédio Popular-FURP) ainda não haviam sido inaugurados ou incorporados. Com a dicotomia atualmente existente no Ministério da Saúde entre medicamentos e imunobiológicos, outros três laboratórios que produzem exclusivamente vacinas e soros não integram o sistema CEME (Instituto Butantan, Fundação Ataulpho de Paiva e Instituto de Pesquisas Biológicas). No

momento atual, dos laboratórios originais, outros dois (Laboratórios Farmacêuticos do Rio Grande do Sul e Laboratório Farmacêutico do Estado de Santa Catarina) não produzem para a CEME. Outros, provavelmente laboratórios de pequeno porte vinculados originalmente a Secretarias Estaduais de Saúde ou Universidades, voltaram suas atividades para atenção e demandas internas de âmbito restrito. É o que supomos ser o caso do Laboratório Industrial Farmacêutico Prof. Lauro Wanderley (João Pessoa/PB), Laboratório Farmacêutico da Secretaria de Saúde do Espírito Santo (Vitória/ES) e Laboratório do Hospital das Clínicas do Paraná (Curitiba/PR).

Conforme avaliação da Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil — ALFOB, todos os laboratórios têm apresentado níveis de ociosidade de razoável grandiosidade, gerados por falta de demanda. Não fossem investimentos específicos pleiteados individualmente nos últimos anos, principalmente com recursos oriundos da transferência do INAMPS aos Estados (SUDS) ou convênios alocando recursos para investimentos e fornecimento de medicamentos, diversos laboratórios já teriam sido inviabilizados, por não terem estrutura gerencial e comercial consolidada e por apresentarem dependência extrema à própria CEME. Os cortes orçamentários com alocação limitada de recursos do Governo Federal nas áreas sociais e, paradoxalmente, o crescente aumento no custo dos medicamentos, comprometeu seriamente programas de indiscutível impacto social.

Conforme a ALFOB divulgou em Documento-Proposta elaborado em julho de 1988, consideramos que a Produção Nacional de Medicamentos Essenciais deve ser encarada como questão de segurança nacional e de soberania. Por outro lado, a auto-suficiência configura tanto questão social, por influir diretamente no padrão de saúde da população, como também questão econômica, pelo volume de recursos que movimenta, aliado à dependência externa e potencial de expansão.

Temos defendido permanente e intransigentemente o sistema estatal como um patrimônio da população. Pleiteamos também que este setor, de tão estratégica importância, deve ser obrigatoriamente fortalecido em sua capacidade produtiva e gerencial, através de um Plano Integrado de Desenvolvimento. O setor público deve ser priorizado, aproveitando sua capacidade de produção total, sendo complementado pelo setor privado de capital nacional. Simultaneamente é necessário assegurar a produção de medicamentos de baixo custo unitário e pouca lucratividade, papel que cabe ao setor público, com recursos governamentais. Esta linha de raciocínio retoma propostas que têm sido apresentadas nos mais diversos foros, valendo ressaltar o Relatório Final da XVII Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Secretários da Saúde — CONASS, em 1986. Naquela oportunidade já se recomendava garantir aos laboratórios oficiais a exclusividade do fornecimento de medicamentos da linha básica às instituições do setor público, recomendação também da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que infelizmente não tem sido a prática observada ao longo dos anos, embora em nenhum momento a postura política do Governo tenha abdicado de um discurso nacionalista para o setor.

As patentes farmacêuticas

Um dos assuntos mais polêmicos e delicados que a indústria farmacêutica vêm enfrentando no Brasil hoje em dia é, sem lugar a dúvidas, a questão do reconhecimento ou não de patentes de processos e produtos. Por outro lado, assistimos nos últimos anos a uma escalada progressiva de pressão dos produtores norte-americanos (Pharmaceutical Manufactures Association), reivindicando do Governo brasileiro uma majoração dos preços para suas indústrias, agilização no registro de novos produtos no mercado e principalmente o reconhecimento de patentes na indústria. Por outro lado, tramita no Congresso Nacional uma proposta de mudança substancial no atual Código de Propriedade Industrial, cujo desenlace irá impactar definitivamente o segmento de capital nacional do mercado farmacêutico brasileiro.

Historicamente, o conceito de proteção patentária de inventos remonta aos idos dos séculos XIV e XV, inicialmente na Inglaterra e Veneza. A partir do século XVIII, a constituição dos EUA inseriu uma cláusula de direitos exclusivos, com a ótica de incentivar o desenvolvimento da ciência e tecnologia, sendo seguido no século seguinte pela maioria dos países europeus. O Brasil foi signatário da Convenção de Paris em 1883, ocasião na qual foi criada a União Geral para Proteção de Propriedade Industrial, cabendo ressaltar a extrema flexibilidade e adaptabilidade do texto final em relação à legislação específica de cada um dos países. A primeira alteração referente ao Brasil aconteceu em 1945, quando passamos a não reconhecer patentes de produtos, sendo mantido o reconhecimento de patentes de processos. Nova alteração foi procedida em 1969, quando o Brasil passou a não reconhecer patentes farmacêuticas, quer de processos como de produtos.

A análise mundial mostra que a tendência predominante nos países desenvolvidos tem sido o fortalecimento da propriedade industrial, enquanto que os países em desenvolvimento têm desenvolvido suas indústrias principalmente mediante a cópia de formulações, considerando o não-reconhecimento de patentes. As pressões a nível internacional têm sido intensificadas no passado recente, acarretando mudanças na legislação de diversos países.

Ao analisarmos a questão da propriedade industrial, não podemos deixar de focalizar o aspecto industrial e também os aspectos políticos. Evidentemente que a conjuntura internacional deve ser avaliada, mas por outro lado, não podem ser menosprezados os aspectos de soberania nacional e impacto em nosso parque produtor nacional. Acima de tudo, consideramos que a mudança no atual Código de Propriedade Industrial tem que se dar como decorrência da necessidade de consolidação de nossas indústrias e sob hipótese nenhuma pode estar desvinculada de uma política de desenvolvimento científico e tecnológico claramente definida, muito menos fruto da pressão de países estrangeiros.

Rumos e desafios

A importância estratégica do setor de indústria farmacêutica tem sido ressaltada em documentos elaborados pela Central de Medicamentos, além de subsídios propostos pelas entidades representativas, principalmente a Associação dos Laboratórios Oficiais do Brasil — ALFOB, Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais-ALANAC e Associação Brasileira de Indústria Farmacêutica — ABIFARMA, sendo que esta última tem defendido aberta e intransigentemente os interesses das empresas multinacionais, que dominam o setor. Ao nível nacional, o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos promovido pela CEME no período de 30/08

a 01/09/88, representou um marco na discussão sobre o assunto, congregando profissionais de saúde, parlamentares, empresários, pesquisadores, técnicos do governo, professores, estudantes universitários e representantes da sociedade organizada. Os aspectos discutidos deram margem a um relatório final, documento necessário para conformar uma diretriz política nacional.

Ao nível internacional, cabe ressaltar diversas publicações da Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, além de trabalhos elaborados por estudiosos do assunto. A necessidade de cooperação regional pode ser avaliada pela realização da I Conferência Latino-Americana sobre Políticas Farmacêuticas e Medicamentos Essenciais, que reuniu na cidade do México, no período de 10 a 14/10/88 mais de 120 profissionais de quase todos os países da região. Exemplo também da importância atribuída por nossos Governos é a inclusão do tema "Medicamentos, Imunobiológicos e Hemoderivados" na segunda reunião de Ministros da Saúde dos Países do CONE SUL, levada a efeito em Buenos Aires, Argentina, em 1988.

É evidente que a análise dos dados da indústria farmacêutica no Brasil, aliada à permanente presença desse setor na imprensa leiga, deixa clara uma crise com características conjunturais e estruturais que tende a se arrastar. Quaisquer mecanismos de ação governamental que objetivem intervir devem ser alicerçados na premissa básica de que a Política Nacional de Medicamentos tem que ser encarada como parte integrante e prioritária da Política Nacional de Saúde. Os textos oficiais da CEME têm colocado como políticas e ações prioritárias, no âmbito da consolidação da assistência farmacêutica governamental, a sua universalização à população atendida pela rede governamental de saúde, a adequação do perfil da oferta interna de medicamentos ao aumento da participação de empresa nacional, além da ampliação da produção interna de matérias-primas e a autonomia tecnológica e industrial do segmento nacional do setor. Com a perspectiva de que o orçamento da CEME possa alcançar no próximo exercício um montante próximo aos dois bilhões de dólares, o papel da CEME enquanto instância coordenadora de um sistema deve ser consolidado e fortalecido, conferindo ênfase às atividades de P & D e modernização técnico-administrativa e gerencial das unidades que compõem o sistema. A implantação do Sistema Único de Saúde, com a descentralização de atividades nos níveis federal, estadual e municipal, deve ser refletida nas atividades de aquisição e distribuição de medicamentos atualmente centralizados pela CEME, sendo necessário um planejamento extremamente criterioso e gradual. Com esta finalidade, a meta estabelecida deve ser a auto-suficiência da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo absolutamente prioritário o fortalecimento do setor estatal de produção, por intermédio de um plano integrado de desenvolvimento regionalizado. Este setor, além de assegurar a produção de medicamentos essenciais de pouca lucratividade e aqueles utilizados em programas especiais de saúde pública, utilizando sua capacidade plena, deve ser complementado pelo segmento industrial de capital nacional, conforme expresso na Constituição Federal.

Outra área estratégica para alcançar a proposta de auto-suficiência da RENAME é o fortalecimento dos órgãos de fiscalização nos níveis federal, estadual e municipal, além de estreitar a cooperação técnica da indústria nacional com a comunidade acadêmica. Esta última relação objetiva fundamentalmente desenvolver ações conjuntas de pesquisa e desenvolvimento voltadas às necessidades nacionais. A formação de recursos humanos altamente qualificados necessariamente permeia um programa setorial de P & D que estabeleça objetivos concretos a curto, médio e longo prazos.

Quer nos parecer desnecessário reiterar que a produção de medicamentos essenciais configura uma questão estratégica de soberania nacional, considerando que os referidos produtos influem diretamente no padrão de saúde da população, além de que sua aquisição em caráter de emergência enfrenta uma série de dificuldades. Por outro lado, além da questão social indiscutível, a auto-suficiência também configura uma questão econômica, tendo em vista que movimenta um mercado anual que se situa entre os dez maiores a nível mundial, sendo que o percentual majoritário desse mercado se encontra em mãos de capital alienígena.

Finalmente, não nos parece possível avançar na construção de um sistema único de saúde, que conceitua "saúde como direito de todos e dever do estado", que extende o conceito saúde a condições dignas de trabalho, moradia e bem-estar, efetivamente prioriza a descentralização das ações, sem que os insumos necessários a essas ações, aqui incluídos os medicamentos essenciais, façam parte de um programa de assistência farmacêutica governamental que efetivamente assegure a sua inclusão na assistência à saúde como forma de melhorar as condições de vida de nossa população.

Referências Bibliográficas Básicas

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA (ABIFARMA) — A Indústria Farmacêutica no Brasil: A Realidade — Rio de Janeiro, 1988 30 p.
2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA (ABIFARMA) — Perfil da Indústria Farmacêutica Brasileira — Rio de Janeiro, 1979 42 p.
3. ASSOCIAÇÃO DOS LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS NACIONAIS (ALANAC) — Patentes em Medicamentos: O Ponto de vista da Indústria Nacional — São Paulo, 1990.
4. ASSOCIAÇÃO DOS LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS NACIONAIS (ALANAC) — Sugestões sobre o Setor Industrial Farmacêutico. São Paulo, 1985.
5. ASSOCIAÇÃO DOS LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS OFICIAIS DO BRASIL (ALFOB) — A Política Nacional de Medicamentos e o Novo Governo Federal — Rio de Janeiro, 1989.
6. ASSOCIAÇÃO DOS LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS OFICIAIS DO BRASIL (ALFOB) — Assistência Farmacêutica Governamental — Subsídios ao Ministério da Saúde — Rio de Janeiro, 1989.
7. ASSOCIAÇÃO DOS LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS OFICIAIS DO BRASIL (ALFOB) — Política de Medicamentos e Assistênica Farmacêutica no Brasil. Análise Crítica e Propostas — Rio de Janeiro, 1990. Doc. mimeo 53 p.
8. ASSOCIAÇÃO DOS LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS OFICIAIS DO BRASIL (ALFOB) — Subsídios para uma Política Nacional de Medicamentos. Documento-Proposta. Rio de Janeiro, 1988.
9. AUTONOMIA EM FÁRMACOS — Os primeiros passos. Rev. Bras. Tecnologia, vol. 18 (nº 3), março 1987, 54 p.
10. COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO (CODETEC) — A Indústria Farmacêutica — Diagnóstico e Perspectivas — Campinas, 1990. 28 p.
11. COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO

(CONDETEC) — A Indústria Farmacêutica no Brasil — Cadernos CODETEC nº 1 — Campinas, 1987 — Documento mimeo 22 p.
12. I CONFERÊNCIA LATINOAMERICANA SOBRE POLÍTICAS FARMACÊUTICAS Y MEDICAMENTOS ESSENCIALES — Memórias — México, 1988. 430 p.
13. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS) — XVIII — Reunião Ordinária — Relatório Final — São Paulo, 1986.
14. CORDEIRO, H.A. — A Indústria da Saúde no Brasil — Ed. Graal, 1976.
15. FRENKEL, J.; REIS, J.A. ARAÚJO JR, J.T. & NAIDIN, L.C. — Tecnologia e Competição na Indústria Farmacêutica Brasileira — FINEP — Rio de Janeiro, 1978. Documento mimeo 209 p.
16. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ — A Reforma Sanitária Brasileira e a Política Científica e Tecnologia necessárias. Série Política de Saúde nº 8 — Rio de Janeiro, 1989. 34 p.
17. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ — Limites ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde no Brasil. Série Política de Saúde nº 9 — Rio de Janeiro, 1989. 27 p.
18. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ — 4º Seminário — A Nova Política Industrial, Perspectivas para as Instituições Governamentais de Pesquisa Tecnológica. Série Política de Saúde nº 6 — Rio de Janeiro, 1988. 92 p.
19. GEREFFI, G — Indústria farmacêutica y dependência em el Tercer Mundo. Fondo de Cultura Economica, México, 1986, 267 p.
20. KICINSKI, B. — O que são Multinacionais — Ed. Brasiliense, 1985, 112 p.
21. LADOGAR, R.J. — Hambrientas de Lucro — Ed. diana — México, 1977. 252 p.
22. MARTINEZ, M.N. & GONÇALVES, O.R. — Pesquisa e Desenvolvimento, no Campo dos Insumos para a Saúde — Tecnologia e Patentes — Brasília, 1990 — Documento mimeo 11 p.
23. MINISTÉRIO DA SAÚDE — Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde Brasília, 1987. 429 p.
24. MINISTÉRIO DA SAÚDE/CENTRAL DE MEDICAMENTOS — I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos — Relatório Final — Brasília, 1988. 43 p.
25. MINISTÉRIO DA SAÚDE/CENTRAL DE MEDICAMENTOS — Medicamentos Essenciais —Os Caminhos da Autonomia, Documento-Proposto — Brasília, Janeiro 1987. 41 p.
27. NÚCLEO SETORIAL DE INFORMAÇÃO EM QUÍMICA FINA (SCT/PR, CNPq, IBICIT, CODITEC) — Patentes Farmacêuticas, julho 1991, 74 p.
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION — The World Drug Situation — Geneva, 1988. 123 p.

2.

IMPLANTAÇÃO DO SUS

2.1. MUNICIPALIZAÇÃO

DESCENTRALIZACAO DOS SERVICOS DE SAUDE DIMENSOES ANALITICAS

Sonia Maria Fleury Teixeira**

1. Descentralização: uma demanda atual; 2. Conceito, critérios e dimensões politico-organizacionais; 3. Organização dos serviços de saúde: modelos e alternativas; 4. Planejamento para a descentralização.

Centralismo latino-americano. Crise econômica e redução do gasto público. Democratização e descentralização. Conceito, critérios e dimensões politico-organizacionais. Organização dos serviços de saúde: modelos e alternativas. Planejamento para a descentralização.

Palavras-chave: centralismo; democratização; descentralização; serviços de saúde.

1. Descentralização: uma demanda atual

Os Estados latino-americanos, federais ou unitários, caracterizam-se por haver consolidado, em seu desenvolvimento, um alto grau de centralização político-administrativa e territorial, apesar de inúmeras diferenças geográficas, econômicas, políticas e culturais. Para se ter uma idéia da magnitude desse fenômeno, Stöhr[1] "calculava que em fins da década de 60, o governo central administrava entre 71 e 98% do gasto público nos países unitários e entre 58 e 87% nos federais".

Alguns autores têm buscado as raízes mais profundas da centralização latino-americana em sua história política, econômica e social, encontrando os seguintes fatores causais: "o primeiro é a ausência de experiência feudal na tradição latino-americana; o segundo é a ausência do fenômeno da dissidência religiosa e o resultante centralismo latitudinário da religião dominante; o terceiro é a ausência de qualquer acontecimento ou circunstância ao longo dos anos comparável à Revolução Industrial européia; o quarto é a ausência daqueles aspectos da evolução ideológica, social e política, associados com a Revolução Francesa, que tão radicalmente têm transformado o caráter da sociedade européia ocidental durante o último século e meio". [2]

Conquanto esse tipo de explicação causal, baseado na "ausência" de fatores, não resista a um debate acadêmico, tem, contudo, o mérito de estabelecer o caráter estrutural do centralismo latino-americano e, assim, minimizar suas decisões mais conjunturais.

Outros autores, como López, [3] identificam fatores explicativos com base na tradição rigidamente centralizadora do Império inca e na centralização política mais sistemá-

* Este trabalho foi elaborado, em fevereiro de 1989, por solicitação do Governo da Bolívia ao Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (Clad) e contou com o apoio do Programa Regional de Desenvolvimento da Capacidade de Gestão do Setor Público, das Nações Unidas. No período de um mês foram realizadas diversas entrevistas (Anexo 1) e consultados numerosos documentos oficiais (Anexo 2), além da literatura especializada. O fato de ter sido este trabalho elaborado por uma só pessoa pode, sem dúvida, explicar algumas de suas limitações. Contudo, os documentos sobre o sistema de saúde produzidos pela equipe de trabalho do projeto MPSSP/Banco Mundial foram de grande utilidade. A autora agradece: ao Dr. Nelson Ibañez e à Drª Maria del Carmen Daroca o acesso a essas informações; a Cesar Vieira e Eugenio Vilaca, pela bibliografia que enviaram, a Maria Patricia Van Stralen, Narda Crespo e Sergio Huchani, que foram imprescindíveis nas duas tarefas de levantamento bibliográfico e datilografia; a Fernando Rezende, que a ensinou a ver o lado prático da vida, como este, da descentralização dos serviços públicos.

** Professora da Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP) da Fundação Getúlio Vargas. (Endereço da autora: Praia de Botafogo, 190/408-A — 22.253 — Rio de Janeiro, RJ.)

1 Stöhr, W. El desarrollo regional en América Latina — experiencias y perspectivas. Buenos Aires, Siap, 1972. Apud Boisier, Sergio. Centralización y descentralización territorial en el processo decisorio del sector público. Washington, OPS/OMS. (Desarrollo de Servicios de Salud, nº 3)

2 Veliz, C. La tradición centralista de América Latina. Barcelona, Ariel, 1984. Apud Boisier, Sergio, op. cit.

3 López, R. C. Centralismo y federalismo: In: El federalismo en Bolívia — contribución o su historia. Cuadernos de Hoy, La Paz, 2(11), 1984.

4 Banco Mundial. Relatório sobre o desenvolvimento mundial — 1988. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1988.

5 Kliksberg, B. A gerência na década de 90. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 22(1): 59-85, jan./mar. 1988.

6 Kliksberg, B. op. cit. p. 63.

7 Banco Mundial, op. cit. p. 2-11, 141-65 e 167-80.

tica do período colonial. Além disso, apresentam uma explicação importante do fracasso das tentativas de descentralização territorial, no caso boliviano, com base no argumento de preservação da segurança nacional em relação às inúmeras guerras com os países vizinhos.

Este último argumento é muito interessante, porque demonstra que os países de desenvolvimento capitalista atrasado não tiveram as mesmas condições que, na maior parte dos países centrais, favoreceram a descentralização, a saber: a) a constituição do Estado nacional, antes da industrialização; b) a existência de uma burguesia industrial forte e defensora do credo liberal e do não-intervencionismo estatal; c) a urbanização como conseqüência do processo de industrialização. Na Améria Latina, ao contrário, o desenvolvimento do capitalismo ocorreu em condições que exigiram a presença de um Estado altamente centralizado, seja por necessidade de resguardar a soberania nacional ou de realizar os maiores investimentos, ou ainda porque se constituiu na principal fonte de geração de emprego urbano.

Essas considerações acerca do caráter estrutural da centralização tiveram como objetivo situar a atual demanda por descentralização no contexto regional, de tal sorte que ninguém se esqueça dos obstáculos que possam representar as estruturas centralizadas consolidadas em todos esses anos.

A história política e econômica mais recente, de 1930 até a década de 60, reforçou a tradição centralista ao atribuir ao Estado, em seu nível central, o papel principal no planejamento do desenvolvimento econômico. Para isso foram realizadas reformas administrativas em vários países, com o objetivo de fortalecer o governo central, dotando-o de condições técnicas para intervir de maneira mais planejada e eficaz.

O fracasso do projeto desenvolvimentista para romper a dependência das economias nacionais, bem como para obter melhor distribuição da riqueza na região, manifestou-se a partir dos anos 70. Todavia, o predomínio dos governos militares autoritário-burocráticos não somente preteriu a demanda por descentralização, mas também fortaleceu as estruturas centrais com um estilo de gestão altamente excludente e autoritário. Excludente na medida em que foram fechados os canais de cooptação dos trabalhadores, originários dos governos populistas, criando uma autonomia decisória sem precedentes na história da burocracia regional. Autoritário, na medida em que utilizou largamente a repressão para impor um projeto de desenvolvimento econômico que favoreceu de maneira flagrante certas frações do capital nacional associado e/ou as empresas transnacionais.

Os efeitos dessa política serão sentidos mais claramente a partir da crise econômica mundial, que começou em meados dos anos 70 nos países centrais e se transportou aos países periféricos, de forma aguda, nos anos 80.

O alto nível de dependência das economias latino-americanas se tem manifestado agora sob a forma de endividamento em razão tanto das políticas de financiamento adotadas pelos regimes autoritários, quanto pela elevação desmedida das taxas de juros, pelos bancos internacionais.

O colapso dos governos autoritários inaugurou, na História da América Latina, uma nova etapa de transição para a democracia, caracterizada pela irrupção da demanda contida de participação cidadã e utilização das políticas estatais para promoção de uma redistribuição da riqueza em favor dos setores preteridos.

Ambos os fatores conjunturais, o endividamento regional (sem querer negar, com isso, o caráter estrutural da crise econômica) e a transição para a democracia, concorrem para mostrar a necessidade de uma profunda reforma do Estado, na qual surge a questão da descentralização.

A intervenção crescente do governo central que, até os anos 60, era vista como a alavanca para o desenvolvimento, é agora tratada como seu mais sério obstáculo, [4] ou como uma característica do subdesenvolvimento. [5]

Esses argumentos continuam servindo de pano de fundo para o germe de liberalismo que assola os governos regionais, mesmo quando é desmentido por uma instituição como o Banco Mundial, que analisa a enorme expansão do Estado dentro das economias industrializadas: "o gasto público, que no começo do século representava 10% do PIB, atualmente alcança 40%". [6]

A extrema dependência das economias latino-americanas em relação às instituições internacionais tem contribuído para que os governos locais sejam levados a adotar, no enfrentamento da crise, medidas de caráter recessivo.

A redução do gasto público vem sendo uma das medidas que mais tem afetado os setores sociais, intrinsecamente mais débeis na negociação dos recursos públicos, em relação a outros setores mais fortes e resistentes, como a defesa e a burocracia. A descentralização é então instituída como uma estratégia para a redução do gasto público nos setores sociais. Vejamos a formulação desse raciocínio pelo Banco Mundial: [7] "Gastos públicos eficientes e eficazes requerem o estabelecimento de prioridades bem definidas e um esforço no sentido da qualidade. Tanto os gastos quanto a acumulação da renda poderiam melhorar se fosse dada maior autonomia e mais responsabilidade às entidades públicas descentralizadas, inclusive às empresas estatais a níveis subnacionais de governo".

Para isso é necessário adotar as seguintes estratégias: "Reforma do planejamento, do orçamento, da implementação e do monitoramento fiscal".

Tratando especificamente do setor saúde, o Banco Mundial diagnostica os problemas mais comuns: gastos insuficientes, ineficiência dos programas públicos e dificuldade de acesso por parte dos pobres. Para solucionar estes problemas propõe três tipos de reformas das finanças públicas: "orientar os gastos para atividades em que seja mais difícil a participação do governo; recorrer mais às taxas de utilização e outras taxas ligadas a benefícios, para financiar esses gastos, e descentralizar algumas responsabilidades públicas, transferindo-as para órgãos mais ligados às necessidades e condições locais".

A descentralização proposta neste caso, visando reduzir o gasto público, está claramente associada à privatização dos setores sociais, seja através da transferência de responsabilidade, seja através da cobrança de taxas para utilização dos serviços.

Em tal caso, a descentralização seguramente aumentaria a iniqüidade dos sistemas sociais regionais, que se caracterizam por oferecer privilégios diferenciais para as frações da classe trabalhadora que têm mais poder de pressão, em detrimento dos setores marginalizados, como os camponeses e subempregados. [8]

Sendo assim, a proposta de descentralização como estratégia de redução do gasto público opõe-se às expectativas de universalização dos direitos sociais gerados em relação a esse processo no recente período democrático. Jaramillo [9] critica essa concepção de descentralização que

"está motivada, no fundo, pela crise fiscal do Estado moderno e pela necessidade política de neutralizar as demandas sociais, desconcentrando os conflitos e envolvendo a população na busca de solução para seus próprios problemas, vale dizer, descentralizando as soluções".

A privatização e a descentralização das políticas sociais se opõem, pois, às propostas de descentralização em saúde, formuladas pelo Diretor do Escritório Sanitário Pan-Americano, Dr. Carlyle Macedo, [10] como parte da estratégia de "desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde com o objetivo de alcançar a meta de saúde para todos, com eqüidade, cobertura universal, eficiência e participação social".

A descentralização, como parte da estratégia de democratização, além de ser uma formulação técnico-administrativa, assume valores políticos finalísticos tais como a universalização, a eqüidade, o controle social, que não são enfatizados em uma perspectiva meramente racionalizadora.

Em resumo, se os fatores conjunturais da crise econômica e a democratização concorrem juntos para estabelecer a necessidade de descentralização da política pública, estes mesmos determinantes entram em conflito quanto aos limites e objetivos das propostas de descentralização.

Todos os autores que tratam do tema são, porém, unânimes em apontar o caráter político da descentralização, além de seus aspectos técnico-administrativos, já que se trata de um deslocamento do poder. A questão que se coloca imediatamente é: deslocamento a favor de quem?

A resposta a esta questão tem que estar clara não somente para os planejadores, como também, e principalmente, para os setores sociais que serão beneficiados, uma vez que a descentralização sempre é um movimento social e político de ruptura da centralização [11].

Ainda quanto aos aspectos políticos envolvidos no processo de descentralização, o Ilpes/Cepal, em seu relatório sobre o tema do planejamento participativo, chama a atenção para a necessidade de ampliar as possibilidades de negociação democrática através da descentralização: "O primeiro objetivo da descentralização territorial é, justamente, descentralizar os conflitos, impedindo que se acumulem na cúpula do sistema nacional de planejamento. Sua tarefa principal é prover uma base de opções para as negociações das organizações sindicais e patronais. Para manter o conflito dentro de limites razoáveis é indispensável que existam diversas instâncias de conciliação e que, inclusive, outras clivagens, como as provenientes das desigualdades regionais, possam ser processadas com maior ou menor independência do conflito principal". [12]

É interessante observar esta formulação, já que os governos anteriores preferiram tratar com órgãos centralizados, cooptando a cúpula no populismo ou reprimindo, até a destruição física, o pequeno grupo de dirigentes, nos governos militares. A democracia, tal como estabelecida na conjuntura atual, parece exigir um fracionamento das instituições de representação de interesses como um pré-requisito para preservar a estabilidade política e impedir a "paralisia decisória".

Rondinelli [13] identificou um conjunto de argumentos a favor da descentralização do planejamento:

1. "A descentralização no sentido dos níveis regional ou local permite aos funcionários desagregar os programas e planos de desenvolvimento, ajustando-os às necessidades de regiões e grupos heterogêneos.

2. A descentralização pode reduzir os enormes gastos burocráticos com o nível central.

3. Os contatos mais próximos entre os funcionários do governo e a população local deveriam permitir a ambos obter melhor informação para formular, de forma mais realista e efetiva, os planos e projetos.

4. A descentralização também permitiria uma melhor penetração política e administrativa das políticas do governo nacional em áreas afastadas da capital.

5. A descentralização permitiria uma melhor representação dos diferentes grupos no processo decisório do desenvolvimento, conduzindo a uma maior eqüidade na atribuição de recursos governamentais e nos investimentos.

6. A descentralização poderia conduzir ao desenvolvimento de maior capacidade administrativa por parte dos governos locais e instituições privadas, nas regiões e províncias.

7. A eficiência do governo central deveria aumentar mediante a descentralização, liberando os funcionários superiores das tarefas rotineiras e poupando tempo para o planejamento e a supervisão.

8. A descentralização pode prover uma estrutura através da qual os diversos ministérios e agências do governo central possam estabelecer uma coordenação mais efetiva entre si e com os líderes locais e organizações não-governamentais existentes nas diversas regiões.

9. Uma estrutura governamental descentralizada é um requisito para institucionalizar a participação dos cidadãos no planejamento e na administração.

10. Mediante a criação de meios alternativos de decisão, a descentralização pode resistir à influência ou ao controle exercido por elites locais.

11. A descentralização pode significar uma administração mais flexível, inovadora e criativa.

12. A descentralização do planejamento e da administração possibilita maior eficiência dentro das comunidades.

13. A descentralização pode aumentar a estabilidade política e a unidade nacional, dando aos grupos capacidade para participar das decisões.

14. Mediante a redução das deseconomias de escala inerentes à superconcentração das decisões na capital nacional, a descentralização pode aumentar a quantidade de bens e serviços públicos e a eficiência com a qual podem ser providos, a um custo menor".

Apesar de todos esses argumentos a favor da descentralização, pouco foi feito na América Latina nesse sentido. Além das resistências políticas, temos que considerar também os aspectos técnicos que, ao estabelecer alguns critérios para a descentralização, demonstram que ela não é a solução mágica para todos os nossos problemas.

Valeria a pena recordar que muitos desses mesmos argumentos a favor da descentralização foram utilizados também em defesa da centralização.

Mesmo assim poderíamos concordar com seu uso atual na medida em que o processo de descentralização leve em conta outros aspectos técnicos, políticos e institucionais. De um ponto podemos discordar de imediato: é com relação à capacidade intrínseca da descentralização de reduzir os gastos públicos.

Se não se trata de uma proposta de privatização ou desestatização, a descentralização dos serviços de saúde poderá representar, a médio prazo, um aumento nos gastos.

Isto se deve à necessidade de adequar a rede de serviços a suas novas funções, assim como aumentar o acesso aos serviços básicos, melhorar a qualificação do pessoal, etc. Então, só poderíamos falar da redução de gastos co-

mo efeito da descentralização tratando-se de uma perspectiva de longo prazo.

2. Conceito, critérios e dimensões político-organizacionais

A problemática da descentralização trata fundamentalmente da distribuição do poder e da atribuição de competências às diferentes esferas do governo. Segundo Vieira [14] "a descentralização é definida como o processo de investir de autoridade as estruturas político-administrativas locais para a formulação de suas políticas e o desempenho das funções de natureza local".

As competências governamentais podem ser agrupadas em três categorias básicas: [15] competência exclusiva (um só nível governamental); competência concorrente (exercida simultaneamente por mais de um nível) e competência subjetiva (um nível complementa o outro). A distribuição dos encargos e a atribuição de competências entre níveis governamentais indicam o grau de centralização/descentralização do sistema. Neste sentido, estamos tratando o fenômeno como um conjunto de diferentes gradações, e refutando a concepção de descentralização político-administrativa como um conceito puro, ou seja, como afirma Vieira, [16] não há sistemas onde a variável centralização, ou a variável descentralização, sejam absolutas e exclusivas. Este mesmo autor considera descentralização tanto a desconcentração como a devolução de poderes.

Entende-se por desconcentração a delegação de competência para execução dos serviços, sem que haja, porém, deslocamento do poder decisório para o nível local. A descentralização, como devolução de poderes, trata de outorgar legalmente os poderes ao nível local que passa, assim, a gozar de poder de decisão sobre as políticas e procedimentos. Neste sentido, quando se fala de devolução de poder se está falando da ampliação da autonomia do nível local.

Segundo Medici, [17] para que essa autonomia realmente exista, torna-se necessário que o processo seja acompanhado por uma correspondente descentralização dos recursos. Contudo, a descentralização financeira isolada também não é eficaz; tem que haver, além disso, uma definição legal da competência do nível local.

A questão da autonomia — em seus três aspectos principais: político, administrativo e financeiro — também está estabelecida em termos da diferenciação entre descentralização funcional e descentralização territorial.

Segundo Güait, [18] na descentralização funcional, ou por serviços, a transferência de competência é feita a favor de uma pessoa jurídica, mas as funções e serviços transferidos são de competência exclusiva do Estado e, em última análise, são funções que não saem de sua esfera de ação. Na descentralização territorial, a transferência de funções ou competências do governo central para os órgãos e divisões territoriais só pode concretizar-se mediante disposições legais, na medida em que a própria Constituição do país autorize.

Sendo assim, a descentralização funcional parece ser mais adequada aos países unitários, enquanto a descentralização territorial é inerente à organização federada. Não obstante, nem sempre se cumpre. Os estudos realizados por Vieira [19] em diferentes países procuram desmistificar a visão corrente de que somente os países federados podem ser descentralizados. Levando em conta que este autor não faz distinção entre desconcentração e devolução de poderes, seus estudos concluem que o grau de descentralização em um país depende principalmente do desenvolvimento de seus elementos econômicos e tecnológicos e não dos elementos culturais e das características da organização constitucional.

Contudo, a maioria dos que estudam a descentralização somente considera sob esse conceito o efetiva participação na tomada de decisões. Assim, a desconcentração ou transferência de competências é entendida como uma condição necessária, mas insuficiente. [20]

Outra afirmação que deve ser desmistificada, tanto para aqueles que defendem como para os que repelem a descentralização, é que a desconcentração conduz necessariamente à descentralização. A participação na tomada de decisões, o que, segundo Boisier, [21] implica a transformação das estruturas de poder, não parece ser uma conseqüência da desconcentração.

Conhecidos os conceitos, as decisões acerca do que deve ser desconcentrado ou descentralizado, por que e de que modo, requerem a definição de critérios que orientem a tomada de decisões. Segundo especialistas [22] no assunto, as pré-condições para um bom andamento do processo são:

1. Aspectos econômico-financeiros:

— a participação das entidades internacionais (caso exista) deve diminuir gradualmente para que o processo não se debilite frente a uma retirada inesperada de recursos;

2. Aspectos políticos:

— os projetos devem alcançar a comunidade de alguma maneira, para que ela participe do processo;

— as relações intergovernamentais devem ser de apoio, e não de rivalidade;

— o papel de organizações voluntárias a nível local deve ser fortalecido;

3. Aspectos institucionais:

— os objetivos devem ser claramente definidos;

— o processo de implantação deve ser flexível, levando em conta que as regiões diferentes não devem ser tratadas de maneira homogênea;

— a devolução de poderes deve sem implementada onde seja conveniente;

— o controle social deve ser adotado, se não esperar, com a descentralização, a democratização do Estado;

4. Aspectos administrativos:

— a implantação da descentralização deve ser gradualista, no tempo e no espaço;

8 Ver a respeito os trabalhos de Carmelo Mesa-Lago sobre o desenvolvimento da Previdência Social na América Latina.

9 Jaramillo, P. Ivan. Centralización y descentralización en los académicos de la administración pública. Descentralización administrativa y autonomia regional. Medellin, Colômbia, set. 1985.

10 Macedo, C. G. Mensaje del director. Bolivia/OPAS, 102(2), 1987.

11 Palma, E. La descentralización desde una perspectiva politica. Ilpes 1986. Apud Boisier, op. cit.

12 Ilpes. Informe sobre planificación participativa en América Latina. Apud Boisier, op. cit.

13 Sherbis, Chelme & Rondinelli, Dennis. Descentralization and development. Apud Boisier, op. cit.

14 Vieira, P. R. Em busca de uma teoria de descentralización.

15 Rezende, F. & Brasileiro, A. M. A repartição de encargos públicos entre níveis de Governo. In: Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, 18(3): 66-87, 1984.

16 Vieira, P. R. op. cit.

17 Medici A. C. et alii. Descentralização e políticas de saúde IEI UFRJ 1986. mimeogr

18 Güait, A. Division territorial y descentralización. Apud Van Stralen, Patricia. O município no Brasil e na Colômbia: um estudo comparativo. Dissertação de mestrado em Administração Pública. EBAP FGV, 1989

19 Vieira, op. cit.

20 Boisier, op. cit.

21 Id. ibid

22 Expert Meeting group on Strategies Forenhancing the Effectivences of Descentralization Programs. Repport. 1985. Apud Medici, op. cit.

— a capacidade local deve ser fortalecida através da transferência de competências, delegação de poderes sobre uso de recursos, treinamento e qualificação do pessoal, etc.;

— a descentralização deve ser pensada como um processo a longo prazo, para que possa consolidar-se;

— as políticas de descentralização devem começar com programas de pequena escala, para depois expandir-se;

— o processo deve ser progressivo;

— o processo decisório deve ser transparente, tornando possível a atribuição de responsabilidade.

As recomendações anteriores podem ser complementadas com a aplicação simultânea dos critérios de escalas (espacial, econômica, financeira, técnica e político-institucional) sugerida por Rezende e Brasileiro [23] para a definição da repartição dos encargos entre as esferas governamentais. Segundo os autores, os governos locais poderiam tomar para si os programas que atendessem os seguintes requisitos:

a) os benefícios devem ser absolutamente privativos, ou seja, quanto menor o espaço geográfico em que o problema ou os serviços se manifestem ou sejam absorvidos, maior é o caráter local da respectiva função e vice-versa;

b) a operação em escala reduzida não afeta significativamente os gastos;

c) a produção local não pode depender de outras etapas que se processam fora dos limites geográficos e políticos locais;

d) o volume de recursos necessários para financiar sua expansão deve ser compatível com a capacidade financeira da comunidade;

e) a menor distância entre autoridades e usuários torna mais efetivos os controles administrativos, substituindo complexos procedimentos burocráticos pelo contato mais direto com a comunidade;

f) a proximidade governo/eleitor contribui para maior representatividade das decisões sobre a utilização de recursos públicos e maior responsabilidade do governo.

As listas de critérios apresentadas não têm como objetivo concorrer para a formulação de um modelo fechado de descentralização. Ao contrário, procuram chamar a atenção para a necessidade de traçar um projeto de descentralização adequado a cada caso, isto é, flexível, progressivo, que possa ser revisto periodicamente em função de avaliações, etc.

Contudo, alguns riscos podem ser evitados se os levarmos em conta. São eles [24]:

a) como a descentralização implica uma transformação na estrutura de poder, espera-se que o processo enfrente numerosas resistências. Por isso, duas medidas necessitam ser tomadas: criação de condições de apoio político ao projeto e revisão periódica das estratégias, em função de análises de correlação de forças (o planejamento da descentralização será tratado em outro tópico);

b) a descentralização é um processo demorado, que em geral se cumpre por etapas. Sendo assim, uma visão imediatista pode comprometer todo o processo. O planejamento da descentralização deve levar em conta os critérios de flexibilidade, gradualismo e progressividade considerados em termos espaciais e temporais;

c) a descentralização não deve levar à autonomia anárquica das instâncias governamentais. Mesmo nos sistemas federados, o que se espera é não só a autodeterminação no processo decisório, mas também a cooperação e o equilíbrio entre os níveis governamentais.

Oslack [25] aponta a necessidade de integração e coordenação no processo de descentralização: "A descentralização é um processo que não pode ser adotado nem entendido às expensas do par que o complementa: a centralização". Quando descentralizamos por um lado, estamos centralizando por outro. Quando criamos sistemas locais de saúde, temos presente, a cada momento, o fortalecimento e a integração do sistema nacional de saúde, que preside, orienta e induz estrategicamente a marcha de cada um de seus componentes, do maior ao menor;

d) a descentralização deve ser alcançada através de um processo cuidadoso, no qual as unidades locais sejam dotadas de condições efetivas de atendimento da demanda. Caso contrário, dois problemas podem ocorrer: a subtração das bases de apoio ao processo, por parte dos funcionários e usuários do sistema (caso do Brasil), ou o direcionamento espontâneo da demanda para os níveis centrais, em razão de serem os únicos que podem resolver os problemas (caso da Nicarágua) [26].

3. Organização dos serviços de saúde: modelos e alternativas

A organização dos serviços de saúde na América Latina obedeceu a um padrão característico que, se não chega a configurar um modelo ou sistema, apresenta traços comuns que podem identificar uma modalidade tradicional de organização da atenção à saúde.

A característica mais marcante parece ser a multiplicidade de órgãos e instituições atuando de maneira descoordenada e, quase sempre, duplicando esforços. Essa irracionalidade é proveniente da superposição de órgãos e funções que se foram acumulando ao longo da história de nossos países.

As origens dos serviços hoje em dia pertencentes aos Ministérios de Saúde remontam aos programas de combate às epidemias que ocorreram desde o início do século. Até então, o cuidado com a saúde estivera a cargo das instituições religiosas caritativas, sendo que o Estado começa a atuar no campo de atenção à saúde somente quando os riscos representados pelas epidemias passaram a ameaçar o modelo exportador prevalecente nas economias regionais [27].

O sanitarismo dessa época tratava de combater os vetores transmissores das epidemias, livrando as cidades e as zonas produtoras (extrativas, portos) dos riscos que representavam essas doenças. A organização desses serviços de saúde pública foi moldada em estruturas verticais definidas em função do perigo que se propunham combater [28]. O alto grau de centralização que caracterizou a organização dos serviços de saúde pública estruturados por programas verticais tinha sua razão de ser naquele momento: como tratavam de combate a uma doença específica que ameaçava a produção, e não de promoção integral de saúde, parece que a centralização e verticalidade eram muito funcionais.

O surgimento do proletariado urbano e da classe média, representada principalmente pelas burocracias civil e militar, estabeleceu uma nova demanda em termos de atenção à saúde.

Já não se tratava somente de evitar uma epidemia que dizimava as cidades e áreas produtivas, mas também de atender aos apelos políticos e econômicos de recuperação da saúde dos trabalhadores. Mas, em vez dessa nova demanda modificar os serviços existentes de saúde pú-

23 Rezende, F. & Brasileiro, A. M. op. cit.

blica, a solução foi criar uma nova instituição: a Previdência Social.

Os serviços de saúde da previdência social têm características muito distintas daquelas da saúde pública:

— primeiro, pela sua fragmentação em diferentes instituições responsáveis por frações da classe trabalhadora. Essa fragmentação se deu em decorrência da capacidade de pressão de cada grupo. Assim, os militares, os funcionários, os operários envolvidos na produção mais rentável para o país, conseguiram serviços melhores que os demais trabalhadores;

— segundo, por seu caráter excludente, na medida em que são beneficiados apenas aqueles que contam, em termos políticos e/ou econômicos. Os mais necessitados — camponeses, empregadas domésticas, desempregados, etc. — não têm direito a esse tipo de atendimento médico;

— terceiro, o cuidado médico prestado por essas instituições, voltado para a recuperação da força de trabalho, desenvolveu um modelo de atenção de base hospitalar e curativa.

Ao lado dos serviços de saúde pública, das organizações filantrópicas, da previdência social, também se desenvolveram os serviços e a produção de insumos com fins lucrativos. São clínicas, hospitais e indústrias multinacionais de remédios que, apesar de terem seu crescimento limitado pela baixa capacidade de consumo da população, têm suas atividades determinadas exclusivamente pela necessidade de obtenção de lucros, em geral sem qualquer controle público.

Esses vários participantes do sistema de saúde na realidade não são coordenados pelos Ministérios de Saúde; cada qual atua em função de sua própria lógica.

As características centrais desses pseudo-sistemas de saúde são:

a) multiplicidade de instituições com ações desordenadas;

b) superposição e irracionalidade na distribuição da rede de serviços;

c) seletividade e exclusão da população mais pobre, com concentração da rede nas áreas urbanas mais ricas;

d) centralização e burocratização da administração dos serviços;

e) programação verticalizada;

f) ausência de controle da produção de insumos; ao contrário, a produção passa a determinar o modelo de atenção;

g) não-valorização dos profissionais;

h) não-participação da comunidade.

As conseqüências desta modalidade de organização dos serviços são:

a) privilegiar as ações curativas;

b) alto nível de incorporação de tecnologia, tornando os custos da atenção insustentáveis;

c) baixa resolubilidade;

d) alto nível de insatisfação dos usuários;

e) baixo nível de compromisso dos profissionais com o serviço;

f) inadequação dos serviços oferecidos em relação à demanda prevalecente;

g) absolutização do saber e do poder médico.

O desenvolvimento desta modalidade de organização dos serviços de saúde começa a entrar em crise mais recentemente, quando as demandas pelo direito universal à saúde passam a ser veiculadas por organismos internacionais como a OPS/OMS, e cada dia mais reivindicadas pelas comunidades locais. O sistema tradicional, todavia, não tem condições de enfrentar os desafios estabelecidos pela necessidade de universalização da atenção de maneira a solucionar, de forma efetiva, os graves problemas de saúde existentes na América Latina, apesar de tudo o que já se conhece sobre as formas de resolver os problemas.

Outra dificuldade está em que o sistema tradicional não consegue tornar os custos da atenção compatíveis com a realidade regional.

Diferentemente das organizações de serviço de saúde geradas a partir das forças econômicas e políticas do "mercado", uma nova proposta começa a ser elaborada e divulgada em meados dos anos 70, baseada na necessidade de transformação da situação atual através da criação do sistema nacional descentralizado de saúde.

Em outras palavras, a transformação exigida para alcançar a meta de "saúde para todos no ano 2000" pressupõe uma ação planejada do Estado para, através das políticas públicas, criar as condições e os instrumentos necessários ao desenvolvimento de sistemas nacionais de saúde, imprescindíveis para alcançar o objetivo de saúde para todos, com eqüidade, cobertura universal, eficiência e participação social.

Alguns pontos podem ser destacados para assinalar as mudanças profundas implícitas nesta nova postura:

a) a saúde é um direito de todos;

b) o Estado é responsável pelo provimento das condições necessárias à promoção, prevenção e recuperação da saúde;

c) a efetiva proteção à saúde decorrerá da mudança da situação atual da organização dos serviços de saúde através da intervenção estatal.

São elementos do sistema nacional de saúde proposto: a prioridade da ação preventiva, a organização de uma rede de serviços por níveis de complexidade, a descentralização e a participação nos sistemas locais de saúde.

Essa proposta de transformação dos sistemas de saúde foi aprovada na XXII Conferência Sanitária Pan-Americana como a prioridade programática para o quadriênio 1987-90 e está assim formulada nas palavras de seu diretor:

"A atenção primária de saúde, como estratégia de transformação de todo o sistema de serviços de saúde, constitui o instrumento principal de ação: permite a visualização integral da atenção e dos componentes do sistema, em função da cobertura universal e eqüitativa das necessidades essenciais e dos serviços básicos propiciando, ao mesmo tempo, o acesso necessário aos serviços de maior complexidade. A ordenação e articulação funcional de todo o sistema complementar-se-á com o processo efetivo de descentralização e uma relação de responsabilidade mútua entre os serviços e as comunidades correspondentes [29].

Essa proposta vem sendo preparada e aperfeiçoada desde a Conferência de Alma-Ata em 1987, em seus aspectos técnicos, constituindo-se, hoje em dia, em modelo altamente aceito e complexo. Todavia, na última década ele tem sido objeto de análises profundas, de maneira a evitar erros comuns, parcialmente devido às sucessivas escolhas de "bases" centrais que acabaram por provocar uma alteração da proposta original.

A proposta foi, inicialmente, identificada com a estratégia de atenção primária em saúde com a participação comunitária. A redução à atenção primária acarretou um desvirtuamento da proposta original, na medida em que foram esquecidos os outros componentes.

Assim, os sistemas tradicionais foram mantidos intocáveis, enquanto os governos recebiam financiamento para ampliação de sua rede básica de serviços.

O resultado foi a criação de uma atenção de segunda classe para cidadãos de segunda classe, utilizando a população como mão-de-obra barata. Esta rede não se articulava com os hospitais (níveis secundários e terciários), que permaneciam com seus papéis tradicionais. Como conseqüência, a rede de serviços básicos foi sendo abandonada, tanto por sua baixa capacidade de resolução, quanto pela incapacidade dos governos de obter recursos financeiros para mantê-la.

Outra modificação da proposta se deu ao identificá-la com a regionalização. A redução à regionalização dividiu os países em áreas geográficas onde são escalonados os serviços de saúde, apesar de quase nunca terem funcionado articuladamente através do sistema de referência e contra-referência entre os diferentes níveis.

A regionalização, segundo Oslack, [30] é um processo complementar à descentralização, mas não é a mesma coisa, pois não tem implícita a transferência, para as regiões ou níveis inferiores, da função de tomada de decisões.

A redução da proposta da descentralização tem levado a algumas interpretações errôneas, como:

— privatização e autonomização das entidades privadas e públicas — "a descentralização, pelo contrário, não supõe uma autonomia total da unidade descentralizada, mas leva à centralização de algumas funções a cargo do nível central, tais como as de coordenação e controle das diferentes unidades locais" [31];

— identificação de descentralização com horizontalização — A horizontalização da atenção está baseada na organização dos serviços de forma a tratar os problemas de saúde da população de uma maneira integral. Sendo assim, está de acordo com a proposta e se coordena com a descentralização dos serviços verticalizados. Todavia, os sistemas nacionais de saúde comportam ações centrais e até mesmo verticalizadas.

Outro erro comum tem sido a redução do sistema exclusivamente aos serviços públicos. Neste caso, a organização dos sistemas nacionais de saúde é restrita aos serviços da saúde pública, mantendo inalterados tanto a situação da previdência social, quanto os recursos privados existentes. Se bem que esta possa ser, em diferentes combinações, uma estratégia de transição para os sistemas nacionais de saúde, não se pode, contudo, reduzir tais sistemas à rede dos Ministérios de Saúde, porque os grandes problemas apontados de descoordenação e superposição continuariam existindo.

Para evitar esse erro tem-se enfatizado, atualmente, o desenvolvimento de sistemas locais de saúde (Silos), definidos como o eixo integrador de todas as atividades e dos diferentes serviços, como a estratégia básica de coordenação interinstitucional e intersetorial. "Um Sistema Local de Saúde compreende a articulação de todos os recursos existentes em uma zona para sua melhor utilização, adequação à realidade local e, sobretudo, para o estabelecimento de uma relação de mútua responsabilidade com a população envolvida" [32].

Segundo o Escritório Sanitário Pan-Americano, os Sistemas Locais de Saúde podem definir-se como unidades administrativo-políticas mínimas, cuja base é uma rede de serviços de saúde com as seguintes características:

a) clara definição político-administrativa de descentralização de autoridade e responsabilidade a nível local;

b) responsabilidade geográfica e populacional·

c) promoção e integração da comunidade com todo o processo decisório (...);

d) processo de planejamento local (...) adotado em função de riscos epidemiológicos;

e) integração de todas as atividades de programas de saúde (...);

f) relação técnico-administrativo-política com o resto dos níveis do país (...);

g) definição de uma rede de serviços de atenção à saúde, coordenados entre si, com sistemas de informação de referência e contra-referência de pacientes, baseados em uma clara definição de níveis de atenção, que produza cobertura efetiva para um nível básico de atenção, na maioria das necessidades de atenção à saúde;

h) processo permanente de capacitação, em serviço, de todo o pessoal de saúde;

i) coordenação intersetorial (...) para facilitar as atividades de promoção e proteção da saúde;

j) execução de ações de coordenação intra-setorial, incluindo todos os recursos para a atenção à saúde, públicos, da previdência social e privados, de maneira a identificar necessidades de grupos populacionais e atribuir a cada um responsabilidade pela atenção, adotando, em todos os casos, os princípios de eqüidade, eficácia e eficiência para obter cobertura universal de saúde;

l) desenvolvimento integrado de subsistemas e componentes essenciais dos serviços de saúde, em especial os seguintes: serviços de laboratório, enfermaria de saúde pública, radiologia, medicamentos, bancos de sangue e biológicos; recursos físicos, equipamentos e sua programação, manutenção e recuperação; subsistemas de informação e registro médicos, programas de saúde bucal;

m) desenvolvimento adequado, descentralizado, de todos os sistemas de apoio, em especial os de provisão de pessoal e de recursos orçamentários, para assegurar uma atenção eficiente e oportuna;

n) coordenação das diversas fontes financeiras;

o) introdução da investigação de serviços na prática permanente (...) com a participação ativa do pessoal dos serviços de saúde e da comunidade (...) [33].

Essa extensa definição dos Silos formulados pela OPS parece reunir todos os elementos da proposta de uma forma articulada. Todavia, pode levar a uma redução ao nível local, ao não enfatizar, de maneira convincente, o papel crucial que deve ser desempenhado pelo nível central no funcionamento dos Silos: na necessidade de alterar as leis, na negociação do orçamento setorial, na normalização das ações, no controle da produção e distribuição de medicamentos, na formação de pessoal e no desenvolvimento de pesquisas.

A exposição feita até aqui teve por objetivo defender a idéia de que as conseqüências da adoção da proposta de criação de sistemas nacionais de saúde reside exatamente na impossibilidade de fracionar a organicidade em seus componentes, o que acarreta diferentes reduções incapazes de cumprir os objetivos e metas estabelecidos.

Assim, as políticas governamentais que se propõem a criar sistemas locais, descentralizados, etc. têm que atender a todos os demais requisitos, sob pena de reduzirem a proposta de mudança da situação de saúde da população a uma mera alteração das estruturas administrativas.

Os países que realizaram uma transformação mais profunda, criando sistemas únicos e descentralizados de saúde, participativos e democráticos, foram aqueles que conseguiram incluir os aspectos administrativos no bojo de amplos projetos de Reforma Sanitária, nos quais se con-

segue mobilizar a base de apoio político necessária à mudança proposta.

A descentralização, entendida como deslocamento de poder, é um elemento central da Reforma Sanitária. Entretanto, enquanto a descentralização se resume ao deslocamento de poder do nível central para os níveis locais, a Reforma Sanitária se define como um deslocamento do poder para os setores organizados da classe trabalhadora, em aliança com movimentos sociais de usuários e de profissionais. A Reforma Sanitária é o processo político-institucional de transformação da consciência sanitária e das instituições de saúde no sentido de resgatar a cidadania e garantir o direito universal de saúde. Os novos modelos de organização do sistema de saúde, assim como a estratégia de descentralização, são parte do processo de reforma, que, não obstante, não se reduz a eles.

4. Planejamento para a descentralização

O papel do planejamento é fundamental na formulação da estratégia de descentralização, mas é crucial também na etapa de implantação da descentralização. Em outras palavras, o planejamento é a alavanca para a efetiva descentralização.

Quando falamos de planejamento, estamos tratando tanto de suas dimensões normativas quanto da dimensão estratégica, cada qual contribuindo com distintas condições técnicas e políticas — ambas imprescindíveis para garantir o resultado esperado.

A dimensão normativa inclui o conjunto de conhecimentos técnicos acumulados sobre a estruturação e o funcionamento de um sistema descentralizado de saúde. Na medida em que tal sistema supõe um conjunto de unidades vinculadas por relações de dependência mútua e coordenadas por um eixo técnico-político, as normas devem incluir tanto a estrutura desse sistema, como as relações funcionais que lhe asseguram a organização.

"Contudo, é sabido que as relações que efetivamente se estabelecem nem sempre se ajustam aos esquemas normativos formais. O funcionamento real tende a distanciar-se do que indicam a legislação e os organogramas. É o resultado de uma
prática cotidiana que se manifesta em comportamentos adequados aos fins almejados por cada ator — indivíduo, unidade, organização, dentro das restrições impostas pelo sistema normativo aplicável à situação. Os graus de liberdade para decidir em cada caso variam de ator para ator, segundo sua situação hierárquica, legitimidade e capacidade de mobilizar recursos."[34]

Essas observações de Oslack são importantes, porque traçam os limites dos instrumentos formais da programação, que, se necessários, têm que ser considerados mais como parâmetros com algum grau de liberdade, do que como regras e esquemas rígidos. Em outras palavras, a insegurança e a incerteza são componentes do planejamento, tendo inclusive um papel importante na medida em que deixam espaço para o planejamento e a negociação necessários à legitimação e representatividade do plano.

Feitas todas estas advertências àqueles que sempre esperam obter uma fórmula pronta para ser aplicada, podemos tratar de explicitar alguns dos parâmetros e normas que devem ser considerados na descentralização dos sistemas de saúde. A questão mais imediata é relativa à necessidade de garantir a unidade do sistema quanto às metas e aos objetivos almejados, ao mesmo tempo que são transferidas responsabilidades, funções, e são gerados processos decisórios nos níveis mais baixos.

A preservação da interdependência hierárquica inclui, segundo Oslack,[35] uma certa estrutura de autoridade e um sistema de controle externo.

Uma proposta nesse sentido é formulada por Boisier[36] em termos das funções que devem ou não ser descentralizadas. Para ele, são três as funções do planejamento descentralizado:

— a função de dotação, associada aos critérios e procedimentos para distribuir os recursos nacionais, estabelecer as prioridades regionais e definir os mecanismos de transferência; é uma função centralizada;

— a função de compensação, associada à análise e aos procedimentos de negociação destinados a compensar o efeito prejudicial das políticas sobre as regiões; é uma função desconcentrada;

— a função de ativação, associada à criação e ao estímulo de um complexo conjunto de Instituições políticas, burocráticas e sociais coordenando a distribuição de papéis de cada uma; é uma função descentralizada.

À primeira vista, poderia parecer que esta sugestão restringisse a participação dos níveis locais. Todavia, considerando-se o planejamento descentralizado como uma aprendizagem da democracia, é claro que uma proposta mais gradualista pode ser mais viável. Nos regimes democráticos, é mais difícil manter as independências funcionais baseadas na divisão do trabalho, o que tende a tornar absolutos a vinculação e o controle com base na atribuição dos recursos. Contudo, se o planejamento que fornece os critérios para a distribuição de recursos foi feito de baixo para cima, a preservação de uma função centralizada de atribuição não é contraditória às práticas democráticas.

Para outros autores, como Bravo,[37] a descentralização deve ser efetiva em relação à administração do pessoal, ao controle do orçamento, à aplicação de leis e regulamentos e, se possível, também às atividades de financiamento.

Isso traz como conseqüência a necessidade de atribuir capacidade administrativa ao nível local.

A experiência tem demonstrado que são inumeráveis as alternativas que podem ser formuladas em termos de descentralização de sistemas de saúde. Capote[38] cita vários casos distintos:

— Cuba — onde existe um modelo nacional, provincial e municipal, com descentralização administrativa e orçamentária;

— Inglaterra — a responsabilidade administrativa da saúde pública é transferida das autoridades locais para conselhos de saúde nomeados pelo Ministério da Saúde;

— URSS — a atenção médica é descentralizada, mas a atenção epidemiológica é responsabilidade de outras

24 Tomamos como base as recomendações feitas por: Lobo, Teresa. Descentralização — uma alternativa de mudança. In: Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 22 (1): 14-24, 1988.
25 Oslack, et alii. Descentralizacion de servicios de salud. Washington, OPS 1988 (Desarrollo de Servicios de Salud, nº 17)
26 Capote & Gonzales. Evaluación del processo de regionalización — caso: Nicarágua, 1986. Washington, OPS OMS. (Desarrollo de servicios de salud nº 10.
27 Ver, a respeito, os numerosos trabalhos de Juan Cezar Garcia.
28 Cordoni, L. Sobre a organização do nível central dos serviços públicos de saúde. In: Saúde em debate. Londrina, Cebes, out. 1988.
29 Macedo, C. G. Mensaje del Director — 1987. op. cit.
30 Oslack, op. cit.
31 Id. ibid
32 Macedo, C. G. op. cit.
33 OPS/OMS. Guia de Documentación para un Análisis de la Situación de la Descentralización y los Sistemas Locales de Salud (Silos). Versão Preliminar. Washington, 1988.
34 Oslack, ep.cit
35 Id. ibid.
36 Boisier op. cit
37 Bravo L.A. Planificación regional de las instalaciones de salud. Apud Novaes H. & Capote R. Sistemas Locales de servicios como política de regionalización de salud. Washington O.P.S. 1967. mimeogr

unidades a nível municipal;

— Canadá — os conselhos regionais têm a responsabilidade de planejar e coordenar os serviços médicos.

A questão que se levanta em seguida refere-se à definição da unidade territorial que se constituirá na unidade político-administrativa mínima do sistema, tendo a seu cargo uma rede de serviços e uma população a ser atendida.

Recomenda a Organização Mundial da Saúde que sejam suficientemente pequenas para que seus problemas sanitários e econômico-sociais possam ser compreendidos e enfrentados e suficientemente grandes para possibilitar o desenvolvimento de habilidades técnicas e gerenciais essenciais para planejar e administrar, evitando a dispersão de recursos.

O princípio básico é que o serviço de atenção à saúde seja oferecido pelo nível mais próximo da população, que será o nível da base do sistema. A determinação dessa unidade mínima deve levar em conta numerosos fatores, tais como os geográficos, a distribuição e a capacidade da rede, a incidência de enfermidades, etc.

Assim, a implementação do modelo regionalizado deve:

1. Prover informação demográfica e epidemiológica sobre a população-objeto.
2. Ter um inventário atualizado dos serviços existentes.
3. Receber informação sobre a utilização de recursos.
4. Obter consenso comunitário sobre prioridades.
5. Possuir completo conhecimento sobre os diversos aspectos da acessibilidade aos serviços, para sanar as principais deficiências do sistema de prestações.
6. Relacionar a formação de graduados nas ciências da saúde.
7. Estabelecer novos mecanismos de cooperação intersetorial de planejamento conjunto, controle de qualidade e monitoração dos serviços.[39]

A terceira questão trata da classificação dos níveis de atenção em primários, secundários e terciários e do estabelecimento do sistema de informação — referência e contra-referência — entre os níveis.

De uma maneira geral, a rede de serviços deve ser classificada em termos de seus recursos físicos humanos e tecnológicos. O nível primário inclui os serviços de prevenção, além dos de emergência hospitalar, que constituem a porta de entrada para os sistemas de saúde. "O nível secundário se refere aos Hospitais Gerais ou aos ambulatórios de especialistas e finalmente, o terceiro nível, aos serviços que por sua tecnologia e por economia de escala se espera solucionem os problemas de maior complexidade, com a utilização de equipamento e pessoal especializado, envolvendo hospitalização, pesquisa e ensino superior na área médica".[40]

Em termos ideais, sugere-se, como critérios para localização das unidades de atenção primária, que a distância entre a residência e a unidade sanitária não deve ultrapassar 30 minutos, na zona urbana; nas zonas rurais pode encontrar-se de três a 12 horas de distância, quando as condições de transporte não permitirem outra solução. A população a ser atendida pelas unidades do nível básico deve ser de até 50.000 habitantes em zonas urbanas, enquanto que aos Hospitais Gerais de nível secundário recomenda-se uma cobertura de um milhão de habitantes nas zonas rurais e 500.000 habitantes em áreas urbanas, em países do Caribe e América Central.

O nível terciário conta com hospitais de mais de 400 leitos, que oferecem os serviços de subespecialidades médicas, incluindo psiquiatria. Este nível deve cobrir uma população de cerca de um milhão de habitantes e em geral está filiado a uma ou mais universidades [41].

O problema relativo à construção do sistema de informação de referência e contra-referência não parece ser facilmente solucionável. Inúmeras tentativas, nem sempre bem-sucedidas, têm sido feitas. Parece que os problemas não são tanto de caráter técnico, mas decorrentes das dificuldades inerentes à dinâmica e às peculiaridades institucionais que geram competência e autonomia.

Finalmente, os estudos sobre a descentralização dos serviços de saúde procuram distribuir os encargos entre os níveis governamentais. Nesse sentido, a proposta de Santos [42] para o sistema federado brasileiro pode, com algumas mudanças, ser adaptada aos sistemas unitários:

A. Responsabilidades do nível federal ou central:

1. Formulação do planejamento global e definição das estratégias e políticas nacionais de saúde.
2. Gestão, coordenação, controle e avaliação, de caráter predominantemente normativo no setor e de articulação intersetorial.
3. Normatização das relações setor público/setor privado.
4. Implementação, em conjunto com os sistemas estaduais e departamentos de saúde, dos seguintes objetivos:

— incorporação e desenvolvimento de tecnologias;

— produção e controle estatal da produção de insumos críticos: medicamentos, reagentes, equipamentos imunológicos, sangue e hemoderivados;

— organização do sistema único de pessoal de saúde do serviço público (plano de cargos e salários e de carreira);

— organização do sistema nacional de informação da saúde.

5. Transferência, aos níveis regionais e locais dos serviços de atenção direta à população, com exceção dos considerados estratégicos para o desenvolvimento de pesquisas, previdência e referência nacionais.
6. Administração do Fundo Nacional de Saúde com ênfase na transferência para as unidades descentralizadas.

B. Responsabilidades do nível estadual, departamental ou regional:

1. Planejamento, direção, coordenação, controle e avaliação do sistema regional de saúde.
2. Compatibilização das normas e diretrizes centrais com as peculiaridades regionais.
3. Prestação de serviços que, por seu custo, especialização ou grau de complexidade, não podem ser prestados pelo município.
4. Tranferência aos municípios dos serviços básicos de saúde.
5. Realização de contratos e convênios com prestadores privados, bem como sua gestão e controle, a fim de assegurar a universalização da cobertura.
6. Administração do Fundo Regional de Saúde, incluindo o repasse de recursos para as unidades locais de prestação de serviços.

C. Responsabilidades de nível municipal e distrital:

1. Planejamento, direção, coordenação, controle e avaliação do sistema municipal ou distrital de saúde.
2. Compatibilização das normas centrais e regionais com as peculiaridades locais.
3. Prestação dos serviços básicos de saúde a toda a população e, quando houver recursos, serviços de maior complexidade.

38 Id. ibid
39 Id. ibid
40 Id. ibid

4. Administração do Fundo Municipal de Saúde.

5. Organização de municípios pequenos em estruturas conjuntas de caráter microrregional.

Todas estas proposições estão baseadas em dois pressupostos gerais:

1. O sistema nacional de saúde, em cada um dos seus níveis, é dirigido por um único órgão público, que resultou da integração de todos os diferentes prestadores de serviços e conta com a participação da comunidade [43].

2. Todos os indivíduos devem ter acesso aos serviços de prevenção, orientação e reabilitação, assim como os de diagnóstico e tratamento, sem restrições financeiras ou de qualquer outra natureza [44].

Estes dois pressupostos e a organização de serviços descentralizados que lhes correspondem mostram a necessidade de uma transformação profunda dos valores, mecanismos, estruturas e funções dos sistemas tradicionais de saúde. Para isso, não basta conhecer as normas e modelos; é indispensável fazer um planejamento estratégico que viabilize a mudança.

O planejamento estratégico objetiva conhecer, além das metas e recursos existentes, a estrutura de poder do setor saúde e definir como as mudanças propostas afetarão essa estrutura já consolidada.

Na medida em que a descentralização representa uma luta para que se mude a centralização existente, as estratégias a serem adotadas devem estar baseadas na constante evolução da correlação de forças. Para isso é necessário conhecer os diferentes atores que, com suas ações, recursos e mesmo sua inação podem favorecer ou dificultar o processo.

Na medida em que a descentralização é um meio e não um fim em si mesma, a primeira providência consiste em definir os objetivos e metas. Descentralizar para quê? Com que finalidade?

A resposta a estas perguntas indica o caráter da descentralização; se é mera reforma administrativa ou também se se trata de uma reforma sanitária para mudar a situação sanitária da população. Também indica a resposta à seguinte questão: a favor de quem se deslocará o poder?

As respostas a estas perguntas nos permitirão ter uma visão mais clara dos interesses que serão afetados pelo processo de descentralização. Em primeiro lugar, o processo opõe-se aos interesses de todos aqueles que se beneficiam com a existência de um sistema não-universal e que não deterá o controle da ação de seus vários componentes. Encontram-se nesse caso todos os produtores de serviços ou insumos que se beneficiam financeiramente da ausência de uma política de universalização da cobertura ou de controle de qualidade.

A principal base de apoio desse projeto de descentralização, supõe-se, serão todos aqueles que hoje em dia não têm acesso aos serviços ou o têm de forma insatisfatória. A dificuldade de acesso pode depender da inexistência dos serviços necessários, da seletividade do sistema, que só garante o direito de atenção a uma parcela da população ou do pagamento de taxas pela utilização dos serviços. As taxas, além de excluir a população mais necessitada, induzem à privatização geral dos serviços.

Todavia, a população não dará apoio decisivo a um projeto de descentralização que esteja voltado para os aspectos administrativos e não para a transformação da situação da saúde da comunidade. Da mesma maneira, não se pode esperar dela o apoio político requerido para a mudança das estruturas centralizadas, se não se conhece claramente os objetivos e os direitos que conquistará com esse processo. Assim, quando percebe sua participação como uma manipulação ou como mera utilização de mão-de-obra barata, além de manter restrições (financeiras e outras) ao exercício do direito à saúde, a população nega seu apoio ao projeto.

Outros atores que merecem ser destacados são aqueles cuja organização corporativa, altamente centralizada, demonstrou até agora sua eficácia com a representação de seus interesses particulares. Neste caso estão, em geral, frações da classe trabalhadora beneficiadas pela Previdência Social e também as organizações médicas. Ambas tendem a resistir ao projeto em razão da ameaça que representa para benefícios já alcançados. Para obtenção do apoio dessas categorias, é necessário oferecer garantias seguras de que não serão prejudicadas. As recentes crises das instituições da Previdência Social favorecem o processo de negociação de uma política universal de saúde.

Os profissionais de saúde podem resistir a um projeto que não leva em conta fatores como carreira, salários, treinamento, etc. Como sabemos, os sistemas de saúde têm muitos problemas no que se refere a pessoal: o ingresso muitas vezes não se faz por competência, mas por relações clientelistas: não há planos de carreira; os salários tradicionalmente baixos foram degradados nos anos recentes, etc. Para fazer frente a isto os profissionais procuram manter múltiplos vínculos com as diferentes instituições do sistema fragmentado. A unificação, integração ou coordenação das instituições implica uma mudança das situações funcionais que deverão ser bem analisadas e negociadas: isonomia salarial, planos de carreira, possibilidade de exercício da profissão em tempo integral, ainda que seja só geográfico (isto é, os diversos vínculos podem ser cumpridos em uma mesma instituição).

O que é certo é que todas as mudanças profundas no setor saúde tiveram que enfrentar muitos problemas, especialmente em relação aos médicos. Mas também é certo que se não se consegue obter sua solidariedade, o projeto pode fracassar. A universidade, enquanto formadora de pessoal para o sistema de saúde, deve ser integrada ao projeto. Todavia, esta não é uma tarefa fácil, já que as universidades tendem a ser estruturadas de forma centralizadora.

Outro ator importante no desenvolvimento da descentralização é a burocracia. Como em qualquer grande projeto de mudança, a burocracia se sente ameaçada se não são muito claramente apresentados, discutidos e internalizados seus objetivos e estratégias. A inércia da burocracia em relação a um projeto de mudança, imposto pela cúpula, sem uma mobilização prévia, pode inviabilizar a transformação das estruturas e procedimentos.

Outros atores deverão ser considerados em cada caso, tais como os Partidos Políticos e as lideranças locais, etc. O que é certo é que um projeto de mudança tão amplo tem que ser acompanhado de uma intensa divulgação, capaz de mobilizar os apoios favoráveis à mudança. Igualmente deve ser flexível para criar espaços para mediação e negociações.

Desta maneira, as análises estratégicas podem ir traçando os caminhos do processo em cada realidade. A avaliação e a negociação são inerentes a este processo, mas os objetivos têm que ser claros e firmes. Estes não mudam, mas se adaptam às estratégias e trajetórias possíveis de viabilizá-los. Se, ao contrário, os objetivos forem reformulados em função das pressões, a proposta será des-

centralizada, o que, por sua vez, implicará a perda de sua legitimidade política e a fragmentação de sua base de apoio.

Summary

The article deals with the analytical dimensions comprised within the scope of health service's desccentralization. The writer comments, to star with, on the structural character of Latin American centralization, trying thus to identify obstacles to be probably faced by the present demand for decentralization felt in the regional sphere.

She goes further to establish positively that if the circumstancial factors inherent to the economic crisis and the process of democratization jointly contribute to indicate the necessity of decentralization of public policies, these very determinants come mutually into conflict as regards the limits and objectives of the proposal for decentralization, since the latter has its own set of problems, circumscribed to questions of distribution of power and to the definition of competence between different governmental spheres.

Starting from her examination of a specific bibliography, the author presents a list of prerequisites for a convenient development of the decentralization process, at the same time calling attention to a few evitable risks and underlining the necessity of a flexible decentralization project, to be gradually applied and susceptible of periodical revisions.

The organization of health services in Latin America is a subject exhaustively examined, its shows a certain definitive pattern, of which the more striking feature is a multiplicity of agencies and institutions acting in a disordinate manner, very often operating with duplicity of efforts.

The question defined as the goal guaranteeing "health for all in the year 2000" presents itself as a proposal of change in the actual and really chaotic situation prevailing in health services. It foresces the institution of national decentralized systems of health and the writer describes some forms for its implementation, pointing out that during the last decade such proposal has been object of serious analyses, in an attempt to avoid ordinary mistakes, partly due to the repeated choices coming from central "bases", always altering the original proposal.

The results from the establishment of national systems of health are a corollary of the impossibility to fragment the organic texture of its components, thus entailing the incapacity to accomplish previously fixed objectives and goals. The proposal for changing the condition of health of the population can not be seen as a more alteration in the administrative framework.

The author ends by considering the role of planning, that she presents as fundamental in the strategic definition of decentralization, as well as in the phase of its implementation.

41 Id. Ibid.
42 Santos, N. R. A saúde vista do município, Campinas, s. d. mimeogr.
43 Santos, op. cit.
44 Novaes & Capote, op. cit.

Anexo 1 — Entrevistas realizadas

1. Dr. Freddy Henrich, Representante do Clad.
2. Dr. Joaquim Arce, Ministro de Previsão Social e Saúde Pública.
3. Drª Maria del Carmen Darroca, Assessora do Ministro de Previsão Social e Saúde Pública.
4. Lic. Milton Hoz de Vila, Consultor em Planejamento.
5. Dr. Nelson Ibañez; Lic. Vera Lucia Barbo; Dr. Gonzalo Fernández. Consultores do Projeto Desenvolvimento Integrado de Saúde — Banco Mundial.
6. Jeannette Mercado e equipe, Coordenadora do Projeto Emso/MPC/Banco Mundial.
7. Juan Manuel Sotelo, Representante da OPS/OMS.
8. Julio Cesar Mallón, Presidente do Conselho Popular de Saúde Nacional.
9. Dr. Angel Valencia, Diretor Geral de Saúde Pública.
10. Presidente do Colégio Médico da Bolivia.
11. Dr. Rolando Costa Arduz; Dr. Francisco de Urioste, Direção de Planejamento da Previdência Social.
12. Dr. José Guilhermo Campos, Diretor de Ciência e Tecnologia, Ministério de Planejamento e Coordenação; Representante do Clad.
13. Dr. José Luis Galindo, Subsecretário de Assuntos Jurídicos e Administrativos/Ministério de Planejamento e Coordenação.
14. Drª Rosário André, Coordenadora Técnico do Projeto de Desenvolvimento Integrado de Saúde — Banco Mundial.
15. Subdiretor de Saúde/Ministério da Previsão Social e Saúde Pública.
16. Lic. Ronald MacLean, Prefeitura Municipal de La Paz.
17. Unidade Sanitária de La Paz.

Anexo 2 — Documentos consultados

1. Constitución política del Estado.
2. MPSSP/Banco Mundial. Diagnóstico institucional referido a la capacidad de gestión del MPSSP. Consultora de Hospitales de Barcelona (Codeli). Coord. Josep Rocabado. Ago. 1988.
3. MPSSP. Estratégias para el desarollo de las politicas de salud-1988.
4. D.S. Nº 21.364 — Reglamento de la Ley Financial.
5. MPSSP. Plan Trienal de Salud 1987-89.
6. MPSSP. Bases para la política de salud del Gobierno democratico y popular. Jul. 1983.
7. MPSSP. Ley Orgánica-1976.
8. MPSSP/OPS — Administración de servicios de salud. Assessores OPS: Lic. Eduardo Carrillo; Lic. Humberto Godoy.
MPSSP/Banco Mundial. Proyecto de fortalecimiento y desarrollo institucional.
9. Análisis de fuentes y usos del gasto público en salud en Bolivia. Ana Luisa Viana; Vera Lucia Barbo. Sept. 1988.
10. Propuesta de organización del Sistema Presupuestario. Ana Luisa Viana; Vera Lucia Barbo. Sept. 1988.
11. Estudio dinamica interactiva población-institución. Ana Quiroga. Oct. 1988.
12. Propuesta de desarrollo estratégico. Dic. 1988.
13. Propuesta de readecuación estructural del MPSS. Dic. 1988.
14. Diagnostico estrategico hospitalario. Dic. 1988. Dr. Javier Mejia; Dr. Fernando Lavadenz.
15. Participación Comunitaria. Dic. 1988.
16. MPSSP. Descentralización y sistema nacional de salud. Mar. 1988.
17. MPSSP. Modelo de atención. Direción general de salud.
18. MPSSP/Banco Mundial. Plan de fortalecimiento institucional y desarrollo de acciones preliminares a la implementación del proyecto. Feb. 1989.
19. MPSSP. Propuesta del sistema nacional de planeamiento y salud. Consultor. Lic. Milton Hoz de Vila.
20. MPSSP. Plan de Acciones inmediatas-1986.
21. IBSS. Documentos sobre la salud em la seguridad social boliviano presentados en el Seminario-Taller en Cochabamba. Mayo 1988.
22. IBSS — Proyecto de cooperación técnica de salud y extensión de cobertura de la seguridad social. OPS/OMS/OIT. Nov. 1988.
23. Ministério de Planeamiento y coordinación. Tamano del Sector Público en Bolivia. Ayala, V.H. & Guachalla, G. Oct. 1988.
24. Manifesto Popular de Salud del II Congresso de Comités Populares de Salud del Departamento de Cochabamba. Mayo de 1987.
25. Consejo Popular de Salud Nacional — II Congresso Nacional de Comités Populares de Salud. Conclusiones y recomendaciones. Feb. 1988.
26. Consejo Popular de Salud. Dep. La Paz, Guadernillo. nº 1 e nº 2.
27. The World Bank. Bolivia. Population, health and nutrition. Sector Memorandum. Deport. nº 6.965. Bolivia, Feb. 1988.
28. Banco Mundial. Relatorio sobre Desenvolvimiento Económico. 1985-86. Naciones Unidas FGV. Rio de Janeiro.
29. Conferência realizada pelo candidato Gonzalo Sánchez de Lozada em 20 de janeiro de 1989, no Comité Cívico de Santa Cruz.
30. MPSSP. Processo de Descentralización de Salud en Bolivia (Ayuda Memoria
31. Ley Organica de Municipalidades.
32. MPSSP. Projeto Nacional de Saúde, 198[illegible]

REFLEXOES SOBRE A PROPOSTA DE GESTAO DO SISTEMA LOCAL DE SAUDE *

— Gastão Wagner de Souza Campos **

Análise dos conflitos e dificuldades de gestão do Sistema Local de Saúde (Campinas). Reforma do modelo de prestação dos serviços de saúde. Reforma da estrutura administrativa, dos mecanismos de gestão e da organização do processo de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde.

De saída, é importante destacar que estarei refletindo sobre uma experiência de governo, de exercício do Poder Executivo. Será, portanto, a partir desta perspectiva que analisarei os principais conflitos e dificuldades identificados ao se tentar, de fato, construir, no Brasil e nesta década de fim de século, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em janeiro de 1989, assumiu a prefeitura de Campinas um governo apoiado pelo Partido dos Trabalhadores (PT) — uma agremiação política com um ideário socialista — que imaginava, governando algumas cidades, realizar um conjunto de reformas sociais, econômicas e administrativas e, ao mesmo tempo, transformar as estruturas de poder da sociedade brasileira, através da abertura e da institucionalização de canais de controle popular sobre o Estado.

Na área da saúde, nos filiávamos ao conjunto de forças que vinha lutando pela Reforma Sanitária, projeto a ser concretizado, segundo nosso ponto de vista, através da implantação do Sistema Único de Saúde, o que só ocorreria efetivamente mediante a articulação de amplo movimento social de base que alterasse, na prática, a real dominância do modelo neoliberal de prática médica, criando, com isso, uma nova consciência sanitária entre os trabalhadores de saúde e a maioria da sociedade.

Na Secretaria de Saúde não duvidamos, em qualquer momento, desta nossa vocação radicalmente reformista. A alteração dos padrões de funcionamento do sistema de saúde, sua democratização deveriam significar melhores condições de vida, menor sofrimento físico e mental para grupos sociais tradicionalmente alheios aos princípais progressos tecnológicos da civilização. E nós, militantes do movimento popular por saúde, sempre nos colocamos a favor da vida, contra o sofrimento, a morte, a alienação social. E, além disso, estou cada vez mais convencido de que essas diretivas, muito mais do que uma retórica, foram e ainda serão nossas principais bandeiras de luta, capazes de indicar o rumo das mudanças que interessem não apenas à "inteligência" acadêmica, mas à maioria do povo.

Dentro desse entendimento, talvez a principal obra do governo municipal na área de saúde, em Campinas, ao longo do último ano, tenha sido a instauração de um novo clima de debate sobre temas sanitários, serviços e programas de assistência, dando espaço a um movimento cultural que, para os padrões brasileiros, pode ser considerado inusitado. Poderíamos dizer que na Secretaria de Saúde passou-se a viver, em escala provinciana, como que em miniatura, o espírito inquieto da "Primavera de Praga" de 1968. Resgatou-se o direito à dúvida, estimulou-se o debate entre diferentes concepções, sistematicamente foram questionados os limites de atuação aos vários atores sociais: o Estado (prefeitura, governos estadual e federal) estaria cumprindo o seu papel? E os profissionais de saúde? E os diretores de serviços? Os usuários, o que teriam a dizer?

Inegavelmente, embora se trate de uma impressão subjetiva, não há como deixar de constatar que este tipo de abertura para a diversidade, este reconhecimento da legitimidade do conflito de opiniões fizeram renascer a esperança entre vários desses sujeitos sociais potencialmente interessados na implementação de mudanças. Infelizmente, a extensão desta reforma cultural é pequena. Vem atingindo apenas os próprios profissionais da rede pública e alguns setores organizados do movimento popular — que, numa avaliação otimista, não envolve sequer 10% da sociedade local. A grande imprensa regional — TV e jornais — refletiu palidamente esta onda de agitação em busca de novos e mais justos caminhos para a saúde no município.

Concluindo, podemos dizer que o saldo positivo desta "abertura", deste processo de intensa politização foi que setores significativos do funcionalismo passaram a sentir-se capazes de dirigir seus próprios destinos, comovendo-se não somente com seus problemas específicos, mas também com os destinos do Sistema de Saúde. Parcela desses trabalhadores vem tomando parte ativa na história, entendendo a importância, para a felicidade individual, do sentir-se socialmente útil. Sem esse feeling, sem esta consciência, são fracos os resultados de qualquer processo de formação de dirigentes, de administradores do sistema de saúde, bem como qualquer política de desenvolvimento de recursos humanos. É evidente que este tipo de formação nunca será produto de meros treinamentos do tipo clássico, ou apenas o resultado de estímulos materiais. O predomínio deste tipo de postura em uma instituição pública depende de um processo político de participação democrática, cujos resultados são imponderáveis, a priori, na medida em que dependem de uma série de circunstâncias históricas e sociais de cada conjuntura.

Além disso, ao mesmo tempo, vem ocorrendo uma especialização em saúde de parte dos movimentos popular e sindical, o que tem permitido a elaboração de projetos e demandas mais complexas e sofisticadas do que a simples reivindicação de acesso a tal ou qual serviço de saúde.

Este tipo de amadurecimento (pretensão egocêntrica de considerar o nosso projeto sanitário como sendo socialmente o mais justo, cientificamente o mais avançado e ade-

* Trabalho elaborado em junho de 1990

** Secretaria de Saúde de Campinas, SP.

quado, etc. — mas, em todo caso, vamos lá!) terminou por colocar em confronto esses funcionários da saúde com outros setores do funcionalismo público, como quando estes exigiram da administração municipal convênio global com a Unimed, e os primeiros opuseram-se contrapondo a idéia do SUS. Em menor escala, o mesmo vem ocorrendo dentro do movimento sindical de trabalhadores, entre aqueles que priorizam o papel estratégico da luta por saúde nas fábricas e na sociedade como um todo, e outros continuam na linha trade-unionista tradicional, ainda que mais ou menos combativos.

Cumpre registrar que esse tipo de "agitação cultural" cria situações que poderíamos denominar "tensão máxima", uma vez que expõe os limites, incompetências, demandas e necessidades de diferentes setores sociais, todos com diferentes "tempos" admitidos como razoáveis para a resolução desses problemas. Contudo, entendemos que é deste tipo de confronto que poderão surgir soluções criativas para a crise contemporânea, quer numa perspectiva mais operativa e imediata, quer numa de construção de um novo conjunto de noções e conceitos teóricos que permitam recompor o vazio deixado no campo da esquerda após a falência prático-teórica do socialismo burocrático.

No entanto, nem só de idéias, debates e seminários vivem os homens. Necessitamos transformar tanto as consciências quanto as condições de existência das pessoas, através de mudanças operadas nas práticas sociais concretas. Assim, o "bem governar" demanda que não se fuja aos problemas concretos das cidades, aos dos grupos e classes sociais dominados, quer exijam respostas imediatas, quer tenham caráter estrutural e demandem soluções mais complexas e radicais, de curta ou longa maturação.

Aqui, na área de políticas sociais, de prestação de serviços públicos, procuramos adotar um lema prático de aplicação nem sempre fácil, mas bastante útil se utilizado como antídoto contra o imobilismo: dizemos que quando, ou por não sabermos como ou para onde mudar, ou se sabendo não houver segurança ou acúmulo de forças suficientes para avançar, em todos estes casos não há como fugir ao fato de que a administração deverá sempre reproduzir o funcionamento anterior ainda que sabendo, apesar de nosso discurso reformista, estarmos simplesmente reproduzindo o status quo.

Esse tipo de raciocínio não se aplica, evidentemente, a uma série de práticas administrativas claramente desnecessárias e socialmente injustas, e que só interessem a grupos privilegiados e minoritários. Nesses casos, o correto é eliminá-las pura e simplesmente. Contudo, não podemos, por exemplo, paralisar o atendimento médico-hospitalar só porque pretendemos outro modelo assistencial: neste caso, há que, gradualmente, sem interromper a prestação de serviço às pessoas, implementar reformas necessárias à criação do novo modo de produzir ações de saúde, ou seja, enquanto há o debate, ou ocorre a busca de um novo consenso, de nova hegemonia, os ocupantes do governo têm a obrigação de não sonegar à população serviços anteriormente prestados, ainda quando sua forma e conteúdo sejam considerados equivocados pelos novos ocupantes do poder.

Outro desvio de método de gestão, de postura dirigente, que tem freqüentemente levado ao imobilismo e até à preservação do status quo, é o decorrente do raciocínio do tipo "tudo ou nada", levando a que só seja iniciado um processo de mudança caso o conjunto de circunstâncias seja favorável a tal intento: condições financeiras, legais administrativas, etc. — e, caso seja possível, a ruptura radical com a lógica anteriormente vigente. Ora, nem sempre, ou melhor dizendo, quase nunca essas condições apresentam-se desta forma no dia-a-dia. Freqüentemente deveremos iniciar a construção do novo a partir do — e sobre o — velho, com procedimentos do seguinte tipo: toda nova incorporação de recursos — financeiros, humanos, técnicos — só ocorrerá segundo o fortalecimento do novo modo de organização da produção de serviços de saúde, de acordo com a lógica do novo projeto, ainda que o velho se mantenha de alguma forma. Esse tipo de situação gera conflitos, contradições, que, a princípio, nem sempre terão efeitos negativos, desde que saibamos organizá-los, de forma produtiva, a favor das mudanças.

Por outro lado, enquanto governo e dirigentes políticos, procuramos sempre apresentar à sociedade uma síntese dos problemas e projetos da área da saúde. Dentro desta busca de sínteses didáticas, indentificávamos os grandes desafios para os quais deveríamos apresentar e implementar soluções teóricas e operativas, de curto e médio prazos.

Nunca deixamos de abertamente reconhecer que o serviço público de saúde, no Brasil, sempre funcionou mal: quer do ponto de vista da produtividade dos recursos, de sua eficácia e, principalmente, da sua proverbial incapacidade de assegurar o direito dos diferentes grupos a uma vida saudável. Como conclusão lógica e imediata desse tipo de abordagem decorria a principal tarefa política e técnica da Secretaria Municipal de Saúde: fazer funcionar, dentro de suas possibilidades máximas e na perspectiva dos interesses coletivos, o Sistema Único de Saúde.

Para fazer frente a esse objetivo, duas diretrizes gerais foram propostas e já adotadas como instrumentos de orientação da ação governamental. A primeira, partindo do reconhecimento de que o modelo de organização dos serviços médico-hospitalares no Brasil contemporâneo passa por grave crise de eficácia, por sensível diminuição da capacidade de resolver casos de doença e, principalmente, de prevenir o agravamento de situações de risco para a saúde de indivíduos ou da coletividade, propõe a realização de uma verdadeira reforma do modelo de prestação de serviços de saúde, ou seja, trabalhávamos com a noção de que seria necessária não só uma expansão da rede pública, como também teria de haver, simultaneamente uma reformulação das concepções e das práticas da administração sanitária e dos modos de se organizar a atenção à saúde.

Assim, priorizamos a instalação de uma rede de centros de saúde que, enquanto imagem-objetivo a ser aingida a médio prazo, deveria transformar-se na principal porta de entrada do sistema local de saúde, em substituição aos pronto-atendimentos, públicos e privados, que hoje ainda realizam de 60 a 70% do atendimento ambulatorial da cidade. Obviamente, esta rede de unidades deveria articular-se a ambulatórios, hospitais e outros serviços necessários à atenção integral às pessoas.

Esse objetivo, claramente de difícil consecução, tem sido um dos principais alimentadores do debate referido no início desse estudo. Na busca de alternativas organizacionais que viabilizem essa idéia, instalou-se uma acirrada controvérsia técnico-política, que só gradualmente vem-se resolvendo. Nesse contexto, vêm-se discutindo as maneiras de capacitar e organizar os centros de saúde de forma que consigam absorver a demanda espontânea sem, contudo, render-se à lógica do modelo do pronto-atendimento, incapaz de romper o círculo vicioso multi-

plicador de novas demandas por outros atendimentos, sem quase nunca resolver os problemas inicialmente postos.

Algumas conclusões, quase consensuais, vêm sendo construídas como, por exemplo: que essas unidades devem assegurar uma atenção integral e que esta integralidade, no caso de centros urbanos com um padrão de morbimortalidade mais ou menos complexo, não será garantida exclusivamente por um profissional do tipo médico-generalista, mas sim por um conjunto de ações desenvolvidas, ao longo do tempo, por um conjunto de profissionais vinculados a um certo serviço. Logicamente, este tipo de unidade deverá ter uma complexidade correspondente ao padrão sanitário de cada região, mesmo no caso de pertencerem ao maldenominado nível primário de atendimento. Em várias situações tais unidades deverão incorporar recursos humanos de várias especialidades, sempre a depender das prioridades locais, mas certamente a elas, além dos especialistas formados para o atendimento clínico individual, devem ser agregados outros especialistas em saúde pública capazes de realizar vigilância sanitária e epidemiológica, avaliação de riscos ambientais em fábricas, creches, escolas, etc.

Com o passar dos meses, vimos concluindo que se a noção de hierarquização de níveis de atendimento médico-sanitário tem um certo cabimento no planejamento em saúde, sua absolutização leva a distorções importantes, capazes de incompatibilizar comunidades inteiras com o sistema público de saúde. Essa a razão pela qual, atualmente, tendemos a negar qualquer definição, a priori, sobre as ações que devem ou não desenvolver tal nível de atenção.

Entendemos que centros de saúde da rede básica podem e devem possuir a máxima capacidade de resolver de forma autônoma problemas de saúde, não sendo de estranhar que algumas destas unidades tenham equipes e equipamentos para reabilitação física, para atenção em saúde mental, acesso a métodos diagnósticos como a endoscopia ou ultra-sonografia, leitos de observação, etc.

Por outro lado, há que se realizar toda uma reavaliação da prática clínica do atendimento individual, atualmente comprometido por sua articulação muito estreita com as normas de mercado, o que tem provocado uma série de distorções, que se convencionou denomiar "medicalização", e também por sua separação radical do saber epidemiológico, preventivo, e da educação em saúde, ruptura que tem diminuído ainda mais a eficácia da clínica.

Dentro desse contexto estamos procurando não só capacitar os membros da equipe de saúde para o trabalho com a clínica, com as noções de saúde pública e até mesmo de saúde mental, como também buscando mecanismos que quebrem a "impessoalidade" do atendimento médico-sanitário no setor público, tentando também, ao mesmo tempo, superar as limitações da tradicional relação médico-paciente tão forte e expressiva na prática privada dos consultórios. Como vincular famílias, pessoas que têm um mesmo local de trabalho, escolares, a uma mesma equipe de saúde que cuide tanto da atenção individual como de ações programadas de promoção de saúde? Esses são alguns desafios do que se convencionou denominar reforma técnica do modelo de organização dos serviços de saúde.

Como segunda grande diretriz política da Secretaria de Saúde temos o propósito de implementar uma radical reforma da estrutura administrativa, dos mecanismos de gestão e da organização do processo de trabalho na Secretaria de Saúde de forma a recuperar a credibilidade do serviço público. Inegavelmente existe um evidente quadro de descrédito da capacidade de desempenho dos serviços públicos, tanto sob regimes ditos socialistas como em sociedades como a nossa, onde a empresa pública é, via de regra, um instrumento dócil aos interesses de grupos privados, sejam empresariais, clientelistas ou de corporações profissionais. No Brasil, e particularmente em Campinas, ocorre o mesmo.

Os esquemas tradicionais da administração pública faliram em toda a sua extensão. Pouco há a resgatar para um projeto que se pretenda democrático e socialmente justo. Nesse campo, não há por que não ousar, o passado é uma imensa lista de fracassos. As normas vigentes, o status quo administrativo não são um caminho seguro para um desempenho produtivo, eficaz e justo; ao contrário, conduzem à inércia, ao conservadorismo que, no caso, significa apenas a manutenção de privilégios contra os interesses da maioria da sociedade. Mesmo uma gestão honesta e sem corrupção, se baseada nos tradicionais mecanismos de direção, de recorte taylorista e burocratizada, será incapaz de reverter o sentido privatista das ações do Estado brasileiro, mesmo nos setores que trabalham com políticas sociais, como é o caso da saúde.

Como bem colocou Jurandir Freire Costa,[1] os hospitais brasileiros se transformaram em locais "onde os melhores perderam a esperança e os piores o medo". Os mecanismos de supervisão, de controle, são capazes de intimidar os piores, de terminar com a impunidade dos que teimam em desrespeitar direitos, sem destruir bens públicos, em utilizar, de forma privada, equipamentos ou recursos de propriedade coletiva. Contudo, a fiscalização e o controle não podem ser onipresentes, não são ainda de mil cabeças, a tudo observar em cada e em todos os locais de trabalho.

No verdade, não há projeto de reforma sanitária que seja vitorioso sem o apoio da maioria dos trabalhadores de saúde e sem que ocorra um processo de intimidação/cooptação dos restantes pela força que as idéias desse projeto devam ter nas mentes da maioria da sociedade e, portanto, dos usuários do sistema que deverão demonstrar-se dispostos e capazes de defender sua cidadania também no campo da saúde.

Resumindo, poderíamos dizer que realizar uma completa reforma administrativa, modificando a gestão dos serviços de saúde, passou a ser um dos principais desafios políticos daqueles interessados em defender a vida. Uma reforma capaz de terminar com o espírito de inércia, descompromisso e conservadorismo tão comuns entre amplos setores do funcionalismo público. Esta não é uma tarefa simples; parece mesmo utópica. No entanto, não há outra saída para aqueles que apostam no progresso social e duvidam da eficácia absoluta do mercado como instrumento de regulação econômica e social. Os tímidos, os que recearem caminhar por sendas desconhecidas e arriscadas serão ultrapassados pela crueza dos fatos, serão esmagados pela força dos que se beneficiam com a miséria e a exploração da maioria. Quem ousar, verá. Quem não o fizer, também.

Dentro desse contexto, estamos repensando e realizando uma reestruturação do sistema de saúde a partir das seguintes linhas:

1. Levar até as últimas conseqüências o processo de descentralização do sistema de saúde iniciado com a municipalização, estendendo-o agora até cada unidade de saúde, que passaria a contar com a máxima autonomia para organizar seu próprio processo de trabalho, consideran-

do, no entanto, determinados limites ditados pelas diretrizes gerais da política de saúde e os objetivos estratégicos previamente definidos.

2. Implantar um processo de planejamento que combine elementos estratéticos com os normativos, elaborando os planos a partir de cada serviço de saúde e das diretrizes gerais definidas em nível de governo e do processo de participação popular. Este planejamento deveria ser realizado durante todo o ano e ser considerado como um instrumento de gestão das unidades, sendo, inclusive, utilizado como indicador do desempenho de cada equipe de saúde.

3. Reforçar o papel do coordenador de cada serviço, inclusive através de estímulos materiais, de forma a criar um vínculo entre o desempenho da unidade de saúde e sua própria atuação; institucionalizar as normas reguladoras dessa função, de maneira que o seu provimento se dê através de concursos e provas de títulos, com rodízio e avaliações periódicas, evitando tanto o clientelismo na indicação dos postos de comando como a cristalização de uma casta de burocratas que em geral desempenha um papel negativo em qualquer movimento de reforma.

4. Criar diretorias regionais de saúde compostas por equipes multidisciplinares, com função de coordenar todas as ações de saúde de uma determinada região, tanto as hospitalares, como de saúde pública ou de atenção básica, destruindo definitivamente a organização vertical dos sistemas de saúde. Neste caso, deveriam desaparecer os serviços de enfermagem, corpo clínico, serviço de odontologia ou do escolar, e prevalecer uma lógica de serviços que realizam um determinado produto ou um conjunto de tarefas claramente identificáveis. Essa nova lógica de organização deveria reforçar o espírito de equipe e destruir a estruturação por categorias profissionais, uma das fontes que alimentam o corporativismo. Não é desnecessário assinalar que este esquema deve valer tanto para as estruturas que perpassam várias unidades, como para aquelas intra-serviços, inclusive para os hospitais. Estas instâncias regionais teriam o papel de consolidar os planos locais em único projeto para a região, acrescentando aspectos que cada equipe local de per si não conseguir identificar. Deveriam ainda cuidar da avaliação e do provimento de apoio a cada uma das unidades ou serviços de sua circunscrição.

5. Criar mecanismos que facilitem e estimulem as relações horizontais entre os vários serviços, dispensando trâmites burocráticos entre os níveis regionais ou central. Assim, cada centro de saúde poderia ou deveria negociar diretamente com o serviço de vigilância sanitária, ou de educação em saúde, ou de manutenção, o apoio e os esquemas de integração necessários ao desenvolvimento de seus objetivos. É evidente que esses relacionamentos estariam regulamentados pelos planos de cada serviço, bem como pelo acompanhamento das instâncias superiores de direção.

6. Instituir planilhas para avaliação de desempenho de cada serviço, elaboradas segundo as próprias metas de cobertura, de organização do processo de trabalho e de objetivos estratégicos de cada serviço. Este processo de avaliação do desempenho deveria sempre se referir a uma determinada equipe de profissionais que realizem um conjunto de tarefas claramente identificável e resultar em benefício da carreira ou até mesmo de vencimentos mensais para aqueles casos onde houver um desempenho considerado adequado, podendo-se até pensar em uma gradação de recompensas ou de estímulos para aqueles que desempenharem, quantitativa e qualitativamente bem, as suas funções. Evidentemente, o resultado dessas avaliações deveria constituir a base para correção permanente dos planos locais ou das regiões de saúde.

7. Democratização da gestão, do planejamento e da avaliação dos serviços de saúde, através da criação de uma série de instâncias colegiadas de direção do sistema. Nesse campo, é conveniente trabalhar-se com duas dimensões dessas representações — uma intra-institucional e outra que liga a instituição à sociedade. No primeiro grupo propomos a existência de um colegiado de governo, composto por pessoas com cargos de confiança da Secretaria: secretário, diretores de saúde ou de região, assessores diretos; um segundo colegiado de coordenadores ou diretores de serviços, que tem a função de compatibilizar a gestão de cada unidade com o sistema como um todo, bem como de deliberar sobre as políticas e meios de implementá-las, e sobre as formas de apresentá-las à sociedade. Ainda dentro deste grupo deveria haver uma Assembléia de Representantes dos Trabalhadores de Saúde, com o objetivo de discutir os modos de aplicação e os resultados das políticas de saúde vigentes, bem como elaborar sugestões de modificações dessas diretrizes, a serem enviadas ao Conselho Municipal de Saúde ou ao governo. No segundo grupo estão os Conselhos Locais de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, instância máxima do sistema, onde deverá ser aprovado o Plano Municipal de Saúde elaborado e discutido em todos esses fóruns descritos. Cabe lembrar que ambos já estão previstos na Lei Orgânica municipal e que, portanto, resta-nos implementá-los, consolidando, assim, mecanismos de democracia direta necessários ao desemperramento e à desprivatização da empresa pública.

Summary

The article analyses the conflits and difficulties met by a person who, being member of a political association with socialistic ideations, is also manager of a local health system and in charge or carrying on the establishment of a health system compatible with socialistic ideas. The writer exposes and discusses the two basic tenets of such a proposal: reform of the model adopted in the rendering of health services and recovery of public services' creditability, to be obtained through a reform of the administrative structure, mechanisms of management and organization of methods of work, in the local Health Secretary.

1 Costa, Jurandir Freire. Viagem ao coração das trevas. Jornal do Brasil, 21 nov. 1988.

POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: A DESCENTRALIZAÇÃO E SEUS ATORES

*JÚLIO S. MULLER NETO

O presente estudo tem como objeto os atores envolvidos no processo da descentralização da saúde no Brasil, suas origens, suas bases doutrinárias, políticas e sociais e, sua articulação com o processo mais amplo de descentralização e democratização ocorridos no Estado brasileiro com o fim do Regime autoritário.

Esta articulação, união e organização dos representantes dos municípios brasileiros, em especial dos serviços municipais de saúde, efetivou-se em torno a objetivos e, práticas cuja categoria central seria a da autonomia municipal.

Deste modo utilizaremos o conceito de "municipalização da saúde" como o processo de descentralização territorial das decisões político-administrativas e do financiamento, da desconcentração de bens e serviços, garantindo assim a autonomia municipal para formular suas políticas e seus planos de saúde e executá-los, compatíveis com as diretrizes estaduais e nacionais.

A descentralização é entendida não só como delegação de funções mas também como redistribuição do poder através de diferentes espaços territoriais e atores sociais como aspecto da reforma do Estado.

Procuraremos estabelecer a existência de relação entre a descentralização da saúde no Brasil com as diferentes formas de organização estatal e os regimes políticos.

Inicialmente procurou-se discutir o conceito de descentralização, recortá-lo e diferenciá-lo de conceitos afins. Então são apresentados os marcos do debate e um mapeamento das posições das principais correntes de pensamento sobre o tema.

Em seguida procurou-se descrever o processo sócio-político do país como pano de fundo para situar a evolução político-institucional do Município. Finalmente, analisa-se o processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde no contexto das Políticas de Saúde na década de 80 a partir dos conflitos e negociação dos atores com presença relevante no palco decisório. Importante chamar a atenção para o fato que este estudo prioriza o município, a descentralização e os atores mais diretamente relacionados ao tema, os dirigentes e técnicos municipais de saúde. A opção de iluminarmos preferentemente o cenário municipal e os atores "municipalistas" não significa nem que sejam o cenário e os atores mais importantes e muito menos que se possa "reduzir" a análise das políticas de saúde a eles. Ao contrário, objetiva-se contribuir a iluminar a totalidade a partir de sua singularidade.

O autor acredita na oportunidade do tema, já definido como eixo central da 9ª Conferência Nacional de Saúde convocada para Junho de 1991 e espera contribuir para os debates em curso.

Rio de Janeiro, 10/10/91.

QUESTÕES CONCEITUAIS ACERCA DA DESCENTRALIZAÇÃO

Para começarmos a delimitar o campo da descentralização na política de saúde no Brasil, e mais especificamente: a "municipalização da saúde", necessitamos de algumas definições e conceitos melhor delineados.

Há basicamente 2 (dois) tipos de descentralização: a setorial (ou funcional) e a territorial, podendo haver combinação destes 2 sistemas. A descentralização funcional esteve em voga, no Brasil, nas décadas de 60 e 70, manifestando-se através da criação de órgãos de administração indireta, dentro do espírito tecnocrático da reforma administrativa então vigente (Neves, 1987). O modelo de descentralização funcional chegou a ser considerado então como uma espécie de fórmula mágica para solucionar os problemas da administração pública brasileira, como a excessiva burocratização, clientelismo, rigidez etc... Na década de 80 constatou-se o crescimento da descentralização territorial, de ênfase política, numa reafirmação do federalismo e das instâncias subnacionais de governo, intimamente vinculado ao processo de

* Professor Assistente do Deptº de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso.
Mestrando em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ Ex-Secretário Municipal de Saúde de Cuiabá - Mato Grosso

democratização em curso no país. São reafirmados o papel e a importância dos Estados e Municípios. A nível municipal proliferam as administraçõ-es regionais (ou distritais).

O conceito de descentralização admite duas outras diferentes interpretações. "A primeira, refere-se à transferência de funções e tarefas de um nível hierarquicamente superior para outro inferior, envolvendo portanto, o poder de agir. Preferimos denominá-lo desconcentração. A segunda, que implicaria na redistribuição de poder entre Estado e Sociedade, mediante uma maior participação e controle social no planejamento e ação governamental. Vamos designá-lo por democratização da gestão social" (Neves, 1987). Muitos autores preferem considerar a desconcentração como um instrumento diferente da descentralização, por entenderem que no primeiro caso não se efetua a transferência do poder decisório. A forma como entenderemos a descentralização no presente trabalho é a que envolve uma redefinição da estrutura de poder no sistema governamental, que se realiza através do remanejamento de competências decisórias e executivas, assim como dos recursos financeiros necessários para financiá-las (Neves, 1987). Na desconcentração administrativa, transferem-se funções e tarefas mas não o poder.

Os requisitos básicos para uma efetiva descentralização seriam (Mello, 1988):

1 - Distribuição racional das funções entre as instâncias de governo;

2 - Disponibilidade de recursos financeiros;

3 - Competência institucional e organizacional envolvendo:

a - autonomia municipal; b - padrões organizacionais e métodos operacionais adequados; c - sistema de mérito e carreira; d - adequadas relações intergovernamentais; e - responsabilidade política.

Entretanto o privilegiamento deste enfoque da descentralização não implica na eliminação dos demais, mesmo porque onde houver descentralização haverá desconcentração (Neves, 1987). Muitos outros autores contemporâneos não separam descentralização de democratização, ao contrário, consideram aquela condição indispensável para esta (Borja, 1988).

Outro aspecto fundamental a ser considerado é o da distribuição de encargos e atribuições de competência entre os níveis governamentais, o que indica o grau de centralização/descentralização do sistema (Teixeira, 1990). "Neste sentido, estamos tratando o fenômeno como um conjunto de diferentes gradações e refutando a concepção de descentralização político-administrativa como um conceito puro, ou seja, não há sistemas onde a variável centralização, ou a variável descentralização, sejam absolutas e exclusivas." (Teixeira, 1990).

É evidente que a existência de uma Federação implica algum nível de centralização do poder. É oportuna, portanto, a questão: o que manter centralizado? A resposta do que e como descentralizar nos é dada por Mello (1988), ao especificar os critérios para a distribuição racional de funções: o primeiro, seguir a tradição; um segundo critério consiste em classificar as funções governamentais em três grupos, de acordo a sua proximidade ao povo, e distribuí-las racionalmente, pelos diferentes níveis governamentais, de modo que os serviços essenciais às necessidades imediatas da comunidade seriam atribuídos aos níveis municipais; e finalmente, o terceiro critério é o das escalas geográficas, econômicas, financeiras, tecnológicas e de poder político. É evidente que um processo tão complexo não se limite à formulação de modelos fechados de descentralização.

OBJETIVOS, AMBIGÜIDADES E LIMITES DA DESCENTALIZAÇÃO

A maioria dos autores que abordam o tema da descentralização descrevem seus objetivos como da democratização do Estado e a promoção de maior justiça social através de políticas sociais mais eficientes (Jacobi, 1990; Lobo, 1988; Borja, 1988). Lobo (1988) afirma ainda que a descentralização propiciaria uma diminuição da distância histórica entre a sociedade e o Estado e garantiria uma distribuição mais equânime de serviços públicos para toda população. E que permitiria desenvolver o sentido de responsabilidade cívica da população.

Mello (1988) assinala que a maior presença e importância das instituições municipais no processo governamental deve-se ao crescimento das funções governamentais em número e complexidade e a conseqüente necessidade de adequada distribuição dessas funções entre os diferentes níveis de governo ao menos por imperativo de eficiência.

Jacobi (1990) afirma que o "tema da descentralização tem se tornado cada vez mais fundamental à democracia e ao processo de democratização do Estado na área urbana. A existência de um Estado centralizado representa nos dias atuais um

fator bastante negativo, tanto do ponto de vista funcional (ineficiência das políticas setoriais e dos serviços públicos) quanto do ponto de vista democrático no que diz respeito à sua adequação para viabilizar e promover a participação e as reformas sociais. Primeiro porque distancia os centros decisórios dos cidadãos. Segundo porque a centralização questiona e desprestigia as instâncias de representação; e, terceiro, porque a burocratização da política facilita a ação dos grupos de pressão na tentativa de obter dos poderes públicos decisões que favoreçam seus interesses. O resultado é a desqualificação crescente da política dos partidos e do sistema político democrático para uma crescente parcela da população". Explicita ainda que no plano político-administrativo, a descentralização significa, em teoria, a possibilidade de ampliação de direitos, a autonomia da gestão municipal, a participação cotidiana dos cidadãos na gestão pública e uma potencialização de instrumentos adequados para uso e redistribuição mais eficiente dos escassos recursos públicos (Jacobi, 1990). Este autor problematiza o termo descentralização por seu elevado grau de ambigüidade, tanto pela multiplicidade de conceitos que denota, quanto pela heterogeneidade social e política daqueles que defendem a idéia. Chama a atenção para o fato de que um mesmo processo possa servir a objetivos contrapostos: "O mesmo termo é utilizado para caracterizar processos muito diferenciados de reorganização institucional; e pelo fato de tratar-se de um processo objetivamente contraditório, ela pode levar a uma concomitância de desenvolvimentos opostos. Este é o caso da contraposição entre a visão privatista e desreguladora advogada pela política neoliberal dos governos Pinochet, Tatcher e Reagan, que, apesar de pautada por uma concepção de descentralização do Estado, não o faz. Pelo contrário, diminui os recursos e as competências dos poderes locais assim como os meios e autonomia dos organismos responsáveis pelos serviços sociais. Já no caso da concepção de esquerda, a descentralização político-administrativa é assumida como um meio adequado para promover a socialização das classes populares assim como de promover transformações sócio- econômicas que têm no caso francês, a partir da decretação em 1982 da "lei da descentralização", um paradigma que se contrapõe a uma noção neoliberal de descentralização do Estado". (Jacobi, 1990). Ao delimitar os limites e entraves a um possível projeto de descentralização no Brasil, Lobo (1988) relaciona os seguintes aspectos:

1 - Fortes resistências políticas ao processo, principalmente a nível de governo federal, mas também das instâncias estaduais que também se beneficiaram da centralização como recurso político na relação com os municípios e, destes próprios, acomodados a um plano secundário na prestação de serviços públicos nas últimas décadas.

2 - A atual configuração do sistema político-partidário, caracterizado pela sua fragilidade e pouca legitimidade, quase ausência de posições ideológicas e conhecimento técnico e hegemonia das práticas clientelistas.

3 - O predomínio da visão imediatista, de curto prazo, na cultura político-administrativa do país.

4 - A supervalorização da municipalização estrita, podendo gerar um federalismo polarizado, governo federal forte e governo municipal forte, perdendo-se a perspectiva regional e mesmo nacional do processo de desenvolvimento social.

5 - A confusão com o conceito de autonomia absoluta das instâncias governamentais podendo gerar individualismo na gestão da coisa pública, ao invés de autodeterminação no processo decisório.

6 - A inscrição na Constituição e no conjunto das leis, das competências funcionais de cada nível de governo, de forma rígida, impondo a homogeneidade.

Em trabalho recente, onde analisa a descentralização dos serviços de saúde no contexto latino-americano, Teixeira (1990) afirma o caráter estrutural da centralização na região, apesar das grandes diferenças geográficas, políticas, econômicas e culturais:

"O desenvolvimento do capitalismo ocorreu em condições que exigiram a presença de um Estado altamente centralizado, seja por necessidade de resguardar a soberania nacional ou de realizar os maiores investimentos, ou ainda porque se constituiu na principal fonte de geração de emprego urbano". Situa na década de 80 a demanda por descentralização como aspecto da profunda reforma do Estado que se coloca como exigência na região, percebida a partir da crise econômica e do endividamento externo e da transição para a democracia com o colapso dos governos autoritários.

É neste contexto que, segundo a autora, a descentralização é instituída como estratégia para a redução do gasto público nos setores sociais, a

partir da receita recessiva de instituições internacionais como o Banco Mundial.

A descentralização proposta neste caso, visando reduzir o gasto público, está claramente associada à privatização dos setores sociais, seja através da transferência de responsabilidade, seja através da cobrança de taxas de serviços, o que seguramente aumentaria a iniquidade dos sistemas sociais da região. Sendo assim, a proposta da descentralização como estratégia de redução do gasto público opõe-se às expectativas da universalização dos direitos sociais gerados em relação a esse processo no recente período democrático. Esta concepção de descentralização é criticada pela autora como "necessidade política de neutralizar as demandas sociais, desconcentrando os conflitos e envolvendo a população na busca de soluções para seus próprios problemas." (Teixeira, 1990). "A privatização e descentralização das políticas sociais se opõem, pois, às propostas de descentralização em saúde, formuladas pelo Diretor do Escritório Sanitário Pan-Americano, Dr. Carlyle Macedo, como parte da estratégia de "desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde, como objetivo de alcançar a meta de saúde para todos, com eqüidade, cobertura universal, eficiência e participação social."

A descentralização, como parte da estratégia de democratização, além de ser uma formulação técnico-administrativa, assume valores políticos finalísticos tais como a universalização, a eqüidade, o controle social, que não são enfatizados em uma perspectiva meramente racionalizadora." (Teixeira, 1990). A autora conclui, reafirmando a ambigüidade do termo a partir de mais uma perspectiva, ou seja, se a crise econômica e a democratização concorrem para estabelecer a necessidade da descentralização, estes mesmos determinantes entram em conflito quanto aos objetivos é limites das propostas de descentralização.

É preciso deixar claro, portanto, que a descentralização, como outros mecanismos/instrumentos de ação governamental não possui qualidades intrinsecamente boas ou más. Neste sentido estamos inteiramente de acordo com Jacobi (1990) quando afirma que não parece correto polarizar o debate em termos ideológicos e sim situar a tensão centralização-descentralização nos diversos grupos sociais e concepções políticas, apesar da concepção moderna de descentralização estar diretamente associada com a democratização do Estado e à melhoria de qualidade de vida no território, trazendo implícita a noção de incremento da participação destinada a promover uma aproximação da administração com os cidadãos, possibilitando a formulação de alternativas renovadoras de relacionamento Estado/sociedade.

AS VICISSITUDES DA DESCENTRALIZAÇÃO TERRITORIAL NO BRASIL

O interesse pelo debate e pela reflexão sobre a questão da descentralização territorial no Brasil e na América Latina é contemporâneo da segunda metade da década de 80. Contribuem para isto o fim das ditaduras e a complexa transição democrática, e também a crise econômica e o endividamento externo como já foi colocado.

Entretanto no Brasil a "questão municipal" é bastante antiga e vem suscitando debates há algumas décadas, até mesmo antes da configuração do Estado brasileiro no âmbito republicano e federativo, em 1989.

Neste tópico procuraremos delinear em grande traços a evolução da posição político-institucional e financeira dos governos locais e municipais nos diversos regimes, particularmente a partir de 1930, procurando enfatizar os períodos mais recentes do regime burocrático autoritário e da transição democrática.

É Mello (1985) quem diz que na República Velha rompeu-se com o centralismo quase absoluto praticado no Império e passou- se a uma nova fase caracterizada pela manipulação ostensiva do Município pelas oligarquias estaduais, fortalecidas pelo federalismo introduzido pela Constituição de 1891 e que debilitou a União e os Municípios face aos Estados. A "política dos coronéis" tão bem estudada por Nunes Leal, aplica-se perfeitamente ao período, e consistia exatamente na troca, na reciprocidade de interesses entre o Estado, as oligarquias regionais e os chefes políticos locais que recebiam carta branca em troca do apoio aos candidatos do governo. Este modelo, em parte, predominou devido a que a Constituição de 91 fez do Município criatura do Estado-membro, ao qual ficava reservada a faculdade de organizar suas instituições municipais, definir-lhes competência, forma e campos de seu governo e os tipos de controle que sobre os mesmos exerceria. Os Estados tiveram liberdade de dar tratamento bastante diferenciado no trato com os Municípios. O chefe do Executivo municipal (chamado de prefeito, intendente ou presidente municipal) era eleito em apenas 8 Estados e nomeado nos demais. As finanças municipais precárias e à mercê da vontade

estadual, que, além disso, frequentemente intervinha no município, algumas vezes de forma abusiva.

A história política e econômica mais recente, de 1930 até a década de 60, reforçou a tradição centralista ao atribuir ao Estado em seu nível central, o papel principal no planejamento do desenvolvimento econômico.

O Movimento de 1930 num primeiro momento estabeleceu completa centralização, dissolvendo todos os órgãos legislativos do país, situação que sofreu profunda alteração em 1934, com a nova Constituição. Esta estabeleceu a primeira configuração constitucional da autonomia municipal, ao implantar a competência tripartida (União, Estados, Municípios); garantir a autonomia com a eletividade dos prefeitos e vereadores, a decretação de certos tributos partilhados com os Estados (Imposto de Indústria e profissões). O Estado Novo engavetou esta nova reorganização descentralizada e autônoma do sistema governamental no Brasil, que foi novamente recuperado e ampliado pela Constituinte de 1946. Esta ampliou a fonte de financiamento dos Municípios ao incluir a distribuição em cotas iguais de dez por cento de arrecadação do Imposto de Renda e outros tributos partilhados, como os impostos únicos (combustíveis, energia elétrica e minerais). Este federalismo fiscal pôs fim ao federalismo isolacionista da República Velha, ampliando consideravelmente o campo e a intensidade da relação entre as três esferas de governo. Entretanto, por uma série de razões, o Município não conseguiu conquistar um verdadeiro papel como formulador e executor de políticas públicas e de espaço de realização da cidadania: o não repasse de recursos por parte da União e dos Estados, ao arrepio da Constituição (o populismo exigia prestígio político para liberá-los e assim manter as "clientelas" municipais); a multiplicação indiscriminada de unidades municipais promovidas pelos Estados para captação de recursos do Imposto de Renda, em São Paulo, Minas Gerais, Bahia etc. (de 1.669 municípios em 1944 vai para 4.104 em 1964); a crescente urbanização e aumento populacionais de numerosos centros urbanos, impossibilitando os governos municipais de atender à crescente demanda de serviços públicos; a ineficiência e incapacidade de numerosos municípios de melhorar a arrecadação da receita própria, preferindo a comodidade de receber suas cotas, quando as recebia etc... O regime burocrático-autoritário implantado em 1964 exigia para a consecução de seu projeto a concentração da União de maior parcela possível de poder, chegando a ameaçar a sobrevivência autônoma da instituição municipal e até mesmo dos Estados (Mello, 1983).

B. O AUTORITARISMO CENTRALIZADOR

De acordo com Teixeira (1990), o "fracasso do projeto desenvolvimentalista para romper a dependência das economias nacionais bem como para obter melhor distribuição da riqueza na região, manifestou-se a partir dos anos 70. Todavia, o predomínio dos governos militares burocrático-autoritários não somente preferiu a demanda por descentralização mas também fortaleceu as estruturas centrais com um estilo de gestão altamente excludente e autoritário. Excludente na medida em que foram fechados os canais de cooptação dos trabalhadores, originários dos governos populistas, criando uma autonomia decisória sem precedentes na história. Autoritário, na medida em que utilizou largamente a repressão para impor um projeto de desenvolvimento econômico que favoreceu certas frações do capital nacional associado e/ou as empresas multinacionais."

O modelo político autoritário implantado em 1964, de forma coerente, buscou com algum êxito diminuir e/ou eliminar algumas características descentralizadas que o Estado brasileiro, federativo, possuía anteriormente.

Através de práticas políticas autoritárias como a criação de Municípios em áreas consideradas de Segurança Nacional e a conseqüente proibição de eleições diretas nesses Municípios, assim como a proibição de eleições diretas para prefeitos das capitais e governadores após 1965, quando o resultado das urnas não agradou aos generais.

Os prefeitos indicados pelos governadores - após aprovação do Poder Central - e estes indicados pelas Assembléias Legislativas, permitindo a completa manipulação e conseqüente indicação dos preferidos do Sistema. Os atos institucionais, a Constituição outorgada em 1967 e a Emenda Constitucional nº 1 de 1969 restringiram e limitaram a autonomia dos Estados e Municípios nos planos legislativo, judiciário e administrativo. A redistribuição de competências a favor da União e em detrimento dos Estados e Municípios englobava a quase totalidade das matérias de interesse dos vários níveis de governo e principalmente possibilitava o controle dos planos e programas administrativos estaduais e municipais, através do perverso mecanismo de dependência financeira, possi-

bilidade já antecipada pela "Rede hegemônico no país, começam a implantar modelos alternativos de organização de serviços voltados para a atenção primária ou modelos da medicina comunitária. Seu principal objetivo era estender pelo menos os serviços essenciais a toda a população, principalmente aos segmentos localizados nas periferias urbanas. Entre estes municípios destacaram-se: Campinas (SP), Lages (SC), Londrina (PR), Niterói (RJ) e Piracicaba (SP), que "em outras palavras, iniciaram um movimento de reformulação do sistema, através de uma descentralização dos serviços essenciais de saúde, realizada de baixo para cima, através da ocupação dos espaços vazios deixados por outras esferas de governo" (Neves, 1987). Houve outras experiências locais ou regionais de extensão de cobertura como Montes Claros (MG), Capim Branco (MG) e Porto Nacional (GO), (Escorel, 1987). Também no Nordeste, sob influência do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), alguns municípios começam a enfrentar o desafio de implantar novos modelos de organização de serviços mais adequados à demanda social e às realidades locais.

Cabe destacar a experiência de Montes Claros (MG) que mesmo sendo projeto da Secretaria Estadual de Minas Gerais, de âmbito regional, sustentou a proposta da descentralização em pelo menos 2 aspectos: como instrumento de transferência de poder para a periferia com a incorporação da participação popular e dos canais políticos locais tradicionais; e com a reivindicação de autonomia e poder decisório para o Centro de Saúde Regional para poder definir a política e utilizar os recursos, mecanismo considerado indispensável ao êxito do programa (Escorel, 1987). Como antecedente deste processo, deve-se registrar que a proposta de Municipalização da Saúde no Brasil nasce ainda na década de 50 no seio do denominado Sanitarismo Desenvolvimentista, tendo como grande defensor Mário Magalhães da Silveira e apoiado com vigor pelo último ministro da Saúde do governo Goulart, Wilson Fadul. A proposta foi aprovada na III Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 1963, e com a implantação do regime militar em 1964 perdeu sua vigência. A III CNS aprovou a municipalização da Saúde porque "a única maneira de você realizar uma estrutura de saúde nacional seria criar no município, unidade administrativa do país, um órgão de saúde" (Fadul, 1978). Ainda de acordo com Fadul: "A idéia fundamental era criar uma rede flexível, que a nível municipal se adequasse à realidade do município e que fosse se tornando mais complexa à medida que o próprio município se desenvolvesse (...) ora, o município se cria para cuidar dos problemas específicos. Entre eles, saúde e educação são os mais importantes. Portanto o que foi sugerido na Conferência Nacional de 63, era uma lei municipal para todos os municípios criarem seus serviços de saúde. Quando não tivessem médico, o Ministério se dispunha a trazer uma pessoa, selecionada no próprio meio, com um mínimo de capacidade, com interesse no problema e, durante seis meses ou o prazo que fosse necessário, dar-lhe um mínimo de instrução para orientar a comunidade quanto ao problema sanitário, de higiene, e saber usar as vacinas." (Fadul, 1978).

A articulação entre as experiências municipais de Saúde começa a ocorrer em 1978 com o 1º Encontro de Secretários Municipais de Saúde do Nordeste e o I Encontro de Secretários Municipais de Saúde do Sudeste, este último realizado em Campinas e organizado pelas prefeituras de Londrina, Campinas, Niterói e pelo Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM). As conclusões transformaram-se no Memorial de Campinas, aprovado por 60 municípios de 16 Estados brasileiros presentes ao Encontro: "Prioridade dos municípios para a atenção primária através dos postos de saúde, priorização pelo Fundo de Assistência e Desenvolvimento Social (FAS) às solicitações dos municípios para investimentos na rede física de serviços; descentralização tributária; aumento da dotação tributária das prefeituras para a saúde e integração interinstitucional. Foi aprovada moção de apoio às opiniões do Ministro da Saúde de repassar verbas diretamente aos municípios e solicitado credenciamento automático dos serviços municipais interessados em desenvolver as atividades do Programa Nacional de Imunização, até então de competência exclusiva das Secretarias Estaduais (Saúde em Debate, nº 7/8). Em 1979 ocorre o Encontro de Secretários Municipais em Niterói e um importante evento nacional; o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal. No simpósio foi apresentado um documento pela direção nacional do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), intitulado "A questão democrática na área da Saúde" que em certa medida unifica e sintetiza o conjunto das propostas e aspirações do movimento contra-hegemônico no Setor, também denominado de Movimento Sanitário (Escorel, 1987). Muitas das propostas mais tarde incorporadas pela VIII Conferência Nacional de Saúde já estavam esboçadas neste documento.

No tocante ao Sistema Único de Saúde afirmava o documento: "7 - organizem este Sistema de fora descentralizada, articulando sua organização com a estrutura político-administrativa do país em seus níveis federal, estadual e municipal, estabelecendo unidades básicas, coincidentes ou não com os municípios. (...) Esta descentralização tem por fim viabilizar uma autêntica participação democrática da população nos diferentes níveis e instâncias do sistema, propondo e controlando as ações planificadas de suas organizações e partidos políticos representados nos governos e assembléias e instâncias próprias do Sistema Único de Saúde. 8 - esta descentralização visa por um lado maior eficácia, permitindo uma maior visualização, planificação e alocação dos recursos, segundo as necessidades locais. Mas visa sobretudo ampliar e agilizar uma autêntica participação popular a todos os níveis e etapas na política de saúde. Este talvez o ponto fundamental desta proposta, negador de uma solução meramente administrativa ou "estatizante". Trata-se de canalizar as reinvindicações e proposições dos beneficiários, transformando-os em voz e voto em todas as instâncias". (CEBES, 1980).

Nos anos subseqüentes ocorreu o II Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, em São José dos Campos/SP - em 1982 - e o III Encontro Nacional acontece em Montes Claros/MG - 1985. Outros encontros também reúnem secretários e Serviços Municipais de Saúde neste período, como Poços de Caldas, Belo Horizonte, Criciúma, Joinville etc... A partir desses encontros de caráter "nacional" ou regional começam a surgir encontros de âmbito estadual como o 1º Encontro de Secretários Municipais de Minas Gerais, em Araxá, em 1984. Surgem também as primeiras organizações regionais ou microrregionais de municípios como o "Grupo de Saúde da Associação de Municípios do Médio Paranapanema" (Norte do Paraná).

O ano de 1983 passa a ser marco importante nesta articulação municipalista da Saúde, por outras razões: o início da implantação das Ações Integradas de Saúde e o início das novas administrações municipais eleitas em 1982, mais voltadas para uma política de desenvolvimento social, onde o setor saúde ganhou espaço; e a posse dos novos governos estaduais que procuraram implantar uma política municipalista ou de descentralização com relevância para estados como São Paulo e Paraná. Surgem assim novas experiências bem sucedidas de implantação de políticas municipais de saúde em inúmeros municípios brasileiros, como Bauru/SP, Uberlândia/MG, Juiz de Fora/MG, Cambé/PR, Olinda/PE, Pelotas/RS, Cachoeira de Macacu/RJ, Rondonópolis/MT e muitos outros.

A maior parte das experiências ainda voltadas principalmente para a atenção primária, mas avançando na construção de políticas de saúde de caráter local, com planos diretores, ampliação da rede física, articulação com níveis mais complexos de atenção, melhor capacitação gerencial, desenvolvimento dos recursos humanos e principalmente maior percentagem orçametária dos recursos próprios para a saúde. Muitas destas experiências aprofundaram o espaço para a participação popular, dentro do crescente processo de democratização da sociedade brasileira. A crise da política assistencial vigente até então, esboçada no final da década de 70, aprofunda-se nos primeiros anos da década de 80 associada à crise do Modelo Econômico e do Poder Autoritário. Como alternativa à crise é formulado o Prev-Saúde, de vida curta e o "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde" - CONASP - de 1982, com a criação dos convênios trilaterais do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde e implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), objetivando a racionalização do sistema. As diretrizes básicas do Plano CONASP foram (Rocha, 1988): 1. prioridade às ações primárias, ênfase na assistência ambulatorial; 2. integração das instituições (federais, estaduais e municipais) num sistema regionalizado e hierarquizado, com maior aproveitamento da rede pública de serviços básicos já existentes através de convênios trilaterais; 3. racionalização dos gastos com serviços contratados na área hospitalar, através do aperfeiçoamento dos mecanismos de controle e pagamento das contas hospitalares, com a simplificação do pagamento de serviços a terceiros; 4. racionalização na prestação de serviços de custos elevados; 5. estabelecimento de níveis e limites orçamentários etc.

Fica evidente que o Plano CONASP é uma proposta claramente racionalizadora, que prioriza as atividades-meio e que introduzia o critério de compra-venda de serviços nas relações entre órgãos públicos, mantendo as mesmas distorções que caracterizavam as relações do Sistema público com o Sistema privado, ou seja, privilegiavam as medidas curativas individuais e mantinham a discriminação entre segurados e não-segurados da previdência social.

Entretanto, com o Plano CONASP, o governo assume oficialmente a crítica ao modelo até então vigente, denunciando seu caráter caótico e incontrolável. Não podendo protelar mais e adiar decisões, encampa parte do discurso da oposição no setor saúde e inicia o processo de mudança. Dele resulta a substituição do pagamento por unidade de serviço pelo pagamento por procedimentos, o programa das AIS, a limitação de convênios com hospitais e empresas de saúde etc. As AIS começam muito timidamente a ser implantadas em 83 e, em 84 dezenas de municípios aderem ao convênio.

As AIS transformaram-se em eixo fundamental de política de saúde na primeira fase do governo de transição democrática a partir de 1985, constituindo-se em importante estratégia no processo de descentralização da saúde.

A adesão dos Municípios às AIS toma grande impulso em 85 e, no final de 86 mais de 2.500 municípios brasileiros participaram da nova política, com destaque para os Estados do Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Bahia, Pernambuco e, em maior ou menor grau, em todos os Estados brasileiros.

Apesar das distorções da proposta original das AIS, elas acabaram permitindo melhoras no atendimento à população, inclusive a ampliação da cobertura. Neves (1987) assinala que "secretários municipais e prefeitos não se limitaram a aderir às AIS.

Mobilizaram-se para aperfeiçoar o seu programa, obtendo grandes vitórias: os repasses financeiros passaram a se realizar com base na capacidade de atendimento das prefeituras e não mais nos atos médicos previstos na tabela e efetivamente praticados; permitiu-se a destinação de recursos para ampliar, reformar e equipar as unidades municipais de saúde, bem como para contratar pessoal, remunerá-lo adequadamente e capacitá-lo para o melhor desempenho de suas funções.

Um dos maiores méritos das AIS foi o de constituírem oportunidade ímpar para que os municípios desfizessem o mito da "incompetência congênita" que dificultava as propostas descentralizadoras. Outro mérito importante foi o de estabelecer certa divisão de trabalho e integração de esforços entre as três esferas de governo, reduzindo os males do sistema de competências concorrentes".

Em 1985, começam a ser gestados os primeiros embriões de organização do "Movimento Municipalista da Saúde", através da criação dos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais da Saúde ou de Comissões Provisórias Pró-Conselho. Estamos denominando de "Movimento Municipalista da Saúde", a articulação, união e organização dos municípios brasileiros, em particular dos serviços municipais de saúde através de seus dirigentes e técnicos, na defesa de um conjunto de temas e objetivos relacionados à descentralização de recursos, de poder e ações no Setor Saúde. São organizados os primeiros Conselhos Estaduais de Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde em Santa Catarina, no Rio Grande do Sul e em Minas Gerais. O "Movimento Municipalista de Saúde" sofre influência do Movimento Municipalista liderado por prefeitos e políticos comprometidos com suas bases locais, passando a reinvindar autonomia para a formulação das Políticas e Planos locais (municipais) de Saúde concomitantemente com a Reforma Tributária. As AIS são vistas como uma "antecipação da Reforma Tributária, na área da Saúde". "A 8ª Conferência Nacional de Saúde consagrou uma concepção ampla da saúde, a Saúde Coletiva, entendida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho etc., como também o direito de todo cidadão à saúde, direito a ser garantido pelo Estado. Foi consenso a necessidade de criar o Serviço Único de Saúde a ser coordenado por um único Ministério, devendo a unicidade de comando ser reproduzida nos níveis estadual e municipal. Abriu espaço à "participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde". O Sistema Único, a ser alcançado, viria com a expansão e fortalecimento do setor estatal, em nível federal, estadual e municipal, "tendo como meta a progressiva estatização do setor"... "o setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor". (Rocha, 1988).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde marca um ponto de inflexão no "Movimento Municipalista a Saúde" a partir da autopercepção da necessidade premente de organizar-se para poder ser interlocutor no processo de mudança no Setor Saúde. Assim, os 99 (noventa e nove) municípios presentes ao evento são signatários de um documento aos organizadores da conferência, reinvindicando que o novo Sistema Nacional de Saúde será descentralizado (federalizado) e que os municípios deveriam ter atribuições e competências não só para serem gestores do novo sistema, como também autonomia para definir as Políticas Locais de Saúde, com a formulação dos Pla-

nos Municipais de Saúde ou Planos Diretores Municipais Integrados. A incorporação destas reinvindicações dos dirigentes municipais, votadas em Plenário, ao Relatório Final da 8ª Conferência estimulou o Movimento a lançar-se à sua organização interna tendo como diretriz a constituição dos Conselhos Estaduais de Secretários, Departamentos e Serviços Municipais de Saúde.

No transcurso de 1986, estes Conselhos são formados ou são constituídas Comissões Provisórias em diversos Estados como Santa Catarina, Mato Grosso, Pernambuco e outros. No IV Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado em 1987 em Londrina/PR, é aprovada a carta de Londrina. Os representantes dos Serviços Municipais de Saúde presentes aproximadamente 500, elegem uma Comissão Nacional Provisória de 20 membros com o encargo de auxiliar na formação de Conselhos Estaduais e preparar uma proposta de estatuto para fundar o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde no próximo Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde no próximo Encontro Nacional, marcado para Olinda/PE. Durante o ano de 1987 a Comissão Provisória Pró-Conselho já se posiciona politicamente defendendo a proposta da Comissão Nacional da Reforma Sanitária para o Setor Saúde na Constituinte e ganha espaço de representação junto aos órgãos federais responsáveis pela Política de Saúde, como o Ministério de Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social.

C. ALTERAÇÃO NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

Em 1987 há também a formulação e início da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) feita através de convênios com os governos estaduais. O SUDS representou um processo radical de alteração nas regras do processo decisório vigente e foi expressão dos seguintes consensos (Draibe, Silva e Viana, 1990): 1. o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) perde seu papel de prestador de serviços (tanto direto quanto indireto), e torna-se basicamente um órgão controlador e co-financiador do sistema de saúde; 2. a prestação de serviços passa a ser efetuada de forma descentralizada pelos Estados e municípios; 3. o planejamento passa também a ser realizado de forma descentralizada, visando evitar o paralelismo de iniciativas e buscando maior resolutividade, universalização, regionalização, hierarquização e integralidade das ações de saúde; 4. a estrutura do INAMPS sofre modificações visando à eficácia do sistema de saúde a curto prazo.

"Os convênios com os Estados assumem formas variadas, contemplando diferentes níveis de transferência de funções bem como abarcando diferentes esferas descentralizadas de governo. Houve convênios que se caracterizaram como mera ampliação das Ações Integradas de Saúde (AIS). Por um lado estas diferenças estão associadas com a conjuntura política e social específica de cada Estado, implicando diferentes "formatos" do SUDS conforme o grau de importância do Estado no projeto político dos dirigentes do Ministério da Previdência e Assistência Social e INAMPS; a importância dos governadores e de seus secretários de Saúde no sistema político, já que os governos estaduais, recém-legitimados pelo voto, passavam a ter um grande poder de pressão e negociação; e as condições técnicas e operacionais das Secretarias de Saúde e da rede de serviços de saúde em cada Estado. Por outro lado, as diferenças entre os convênios refletem também pontos de divergência que continuavam a existir entre as concepções dos condutores desse processo". (Draibe, Silva, Viana, 1990)

As evidências demonstram que a intenção dos dirigentes da Previdência Social em promover a descentralização acelerada, era testar na prática a alternativa que parecia mais viável de melhoria da prestação de serviços para o usuário. O objetivo final era desmontar a máquina previdenciária, alterando as regras do jogo de modo a obter mudança significativa na correlação de forças dos atores interessados na política do setor.

Draibe, Viana e Silva elaboram uma avaliação do processo de descentralização baseada na opinião dos gestores do sistema. Para estes os pontos positivos seriam: maior racionalização do uso de recursos em relação à situação centralizada; maior viabilidade de implantação de mecanismos de planejamento, avaliação e controle face à gestão única em cada nível de governo, reorientação da aplicação de recursos ambulatoriais da rede privada para a pública que é hegemônica) demonstrando maior racionalidade na aplicação dos mesmos; início do processo de recuperação da rede pública; maior racionalização da compra de serviços, face à descentralização do poder de compra do setor privado para os Estados, inclusive na área hospitalar, diminuição do caráter clientelista de acesso aos serviços; aumento da resolutividade da rede; incentivo à desconcentração da

gerência dos serviços de nível estadual e descentralização com o processo de municipalização; abertura de novos canais de participação do usuário e de controle social, nos níveis estadual e municipal, através dos Conselhos de Saúde.

Entre os problemas enfrentados pela implantação do SUDS relacionam-se a indefinição de um novo modelo assistencial que supere a dicotomia preventivo/curativo e que transforme qualitativamente o padrão de assistência à população, garantindo-lhe reais benefícios; a superação do sucateamento da rede pública; ampliar a autonomia administrativa e melhorar a integração das unidades prestadoras de serviços; necessidade de ampliar a atuação dos serviços incluindo doenças crônico-degenerativas, saúde do trabalhador, causas externas e meio ambiente; definir melhor as competências e atribuições da rede pública para poder redimensionar o papel complementar da rede privada; superar o déficit quantitativo e qualitativo na produção e distribuição de medicamentos; melhorar salários e capacitação dos recursos humanos, assim como ampliar seu nível de informação sobre a mudança e incorporá-los ao processo de tomada de decisão; superar a desarticulação e inadequação dos sistemas de informação; melhorar os mecanismos de controle e avaliação; redefinição do espaço de atuação estadual; a municipalização é vista como estratégia mas há discordância sobre seu significado operacional, na medida em que não está claro qual é o modelo assistencial e o papel dos três níveis de governo; falta definir melhor qual o papel e o significado do controle social sobre o sistema.

O processo de análise e avaliação do SUDS está em andamento, havendo muita controvérsia ainda a seu respeito. No entanto, parece consensual que: 1) o SUDS cumpriu importante papel na reforma administrativa do setor, introduzindo importantes elementos racionalizadores como propiciar a superação da fragmentação institucional; 2. também teve um papel político relevante ao "desmontar" a máquina previdenciária e propor a descentralização, alterando a correlação de forças dos atores envolvidos na tomada de decisão e contribuindo decisivamente para viabilizar as alterações legais no texto constitucional, necessárias à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS); 3. não alterou o modelo assistencial vigente com seus graves problemas, como a desigualdade de acesso aos serviços, a baixa resolutividade e produtividade dos recursos existentes, a estrutura inadequada do financiamento do Setor, a ausência de integralidade das ações etc.. Pode-se afirmar que não mudou em nada ou mudou muito pouco "a atitude frente ao paciente, a qual também se reproduz nos serviços descentralizados, e caracterizada pelo não cumprimento de horários, pela falta de compromisso social, pela não integração multiprofissional e conseqüente fragmentação do ato assistencial, gerando o permanente encaminhamento do indivíduo pela rede". (Campos, 1990).

Assinala Teixeira (1990) que "na medida em que a descentralização representa uma luta para que se mude a centralização existente, as estratégias a serem adotadas devem estar baseadas na constante evolução da correlação de forças. Para isto é necessário conhecer os diferentes atores que, com suas ações, recursos e mesmo sua inação podem favorecer ou dificultar o processo".

Surgiu uma série de problemas e dificuldades na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que revelaram claramente as insuficiências e inadequação do processo decisório para enfrentá-los. Quando ficou mais visível a estratégia do SUDS, algumas resistências tomam vulto e tornam-se explícitas as ações dos atores. Lideranças políticas de natureza fisiológica, no Congresso Nacional, articuladas com escalões do executivo federal vinculados à própria Presidência da República passaram a exercer fortes pressões para obstaculizar a realização dos convênios ou a substituição de pessoas nos postos-chaves de comando nas esferas federal e estadual (principalmente nos Escritórios Regionais do Instituto Nacional da Previdência Social). Este lobby decorria da negativa dos dirigentes do INAMPS em aceitar as práticas clientelistas e corporativas, e de garantir o repasse de recursos aos governos estaduais de maneira autônoma e fora do campo de negociação e sanção estabelecida ao nível da Presidência da República (Draibe, Silva, Viana, 1990).

A burocratização do INAMPS passou também a pressionar contrariamente ao processo de sua (dela) transferência para a esfera estadual e local, dificultando e boicotando a manutenção das atividades. Alguns setores desta burocracia lutaram explicitamente contra e extinção da instituição alegando a inconstitucionalidade das medidas ou a impossibilidade de substituir suas funções.

A burocracia do Ministério da Saúde aliada aos Sanitaristas Campanhistas, verticalistas e centralizadores, localizados principalmente na Superintendência das Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) e a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSCSP) resistiram a qualquer tentativa de mudan-

ça institucional ou que implicassem em descentralização, mas em atitude de quem espera a poeira baixar, nos seus nichos. Entretanto alguns setores minoritários no Ministério da Saúde, ligados à Secretaria Geral no transcurso de 1987, fizeram esforços para apoiar a descentralização e o movimento dos dirigentes municipais de saúde através da Secretaria de Articulação com Estados e Municípios.

O subsetor privado vinculado à Previdência Social resistiu ao modelo proposto pelo SUDS por implicar uma maior alocação de recursos no subsetor público (governos subnacionais Estados e municípios como também hospitais universitários), diminuindo sua participação no total de gastos previdenciários como também por fracionar a negociação da compra de serviços (prestação indireta) ao nível de cada Estado, enfraquecendo potencialmente sua capacidade de pressão a nível central e através de organizações nacionais de representação de interesses. (Draibe, Silva, Viana, 1990)."

A esfera estadual de governo que recebeu novas atribuições e competências manifestou-se de forma diferenciada nos diversos Estados. Entretanto, pode-se afirmar que em maior ou menor grau houve políticas e práticas centralizadoras e clientelísticas por parte do poder estadual (regional) no que se refere ao seu relacionamento com os municípios. Entretanto, o papel de alguns governos estaduais foi decisivo para garantir a continuidade do processo nos últimos dois anos do governo da Aliança Democrática, 1988 e 1989, após a substituição do presidente do INAMPS, Hésio Cordeiro, pelo médico particular do Presidente Sarney. A substituição de Cordeiro e toda equipe dirigente que iniciou o processo da reforma, caracterizou o retrocesso e a prevalência das resistências analisadas.

"As forças da direita se articulam e foram o "Centrão" no final de 1987 para barrar o projeto de Constituição da Comissão de Sistematização e Sarney levou às últimas conseqüências a máxima do "é dando que se recebe" para garantir os 5 anos de mandato. O PFL passou a bombardear o SUDS, porquanto a reforma administrativa em curso no INAMPS avançava na descentralização e fortalecia o poder dos Estados e municípios cujos dirigentes em muitos casos estavam em oposição ao governo federal". (Paim, 1989).

É neste contexto que se arma uma grande articulação nacional envolvendo políticos fisiológicos e conservadores, o setor privado e a burocracia inampiana, visando barrar o desenvolvimento do SUDS, substituir os dirigentes reformistas a nível federal e nos Estados, e inviabilizou a proposta reformista para a saúde na Constituinte. Após a substituição de Cordeiro e sua equipe do INAMPS, todas as armas foram utilizadas para desestabilizar o projeto de descentralização, buscando sempre a desqualificação dos governos subnacionais: atraso no repasse dos recursos; diminuição brutal de recursos alocados no setor a partir de 88 e principalmente em 1989; levantamento de suspeita de mal-uso generalizado de recursos por partes dos governos estaduais e municipais; campanhas violentas e sistemáticas na imprensa contra os serviços públicos de saúde, sempre ineficientes quando comparados às "excelências" do setor privado.

Foi também muito diversificada a reação da população, em tese a maior interessada no projeto da descentralização que visava garantir a universalidade, e eqüidade etc.. Nos Estados e municípios onde houve um real e significativo esforço de mudança e verdadeira abertura de canais de expressão e representação para a população organizada, pode-se afirmar ter havido apoio em alguma medida ao SUDS, por parte de entidades e instituições representativas, particularmente no meio rural, beneficiado pela medida de facilitação do acesso aos Serviços. Entretanto talvez por ainda não se constituir em força política estruturada ou, por desconhecer claramente os objetivos e os direitos que poderia conquistar no processo ou, também por não ter percebido mudanças significativas no padrão assistencial e na sua relação com os serviços descentralizados (já que o processo estava muito voltado para os aspectos administrativos) a população organizada participou na maior parte das vezes apenas formalmente nos conselhos, conferências, reuniões, seminários, limitando-se a reiterar apoio ao desenvolvimento do SUDS.

Apesar do movimento dos dirigentes municipais de saúde já possuir um mínimo de organicidade em 1987, com a constituição da Comissão Provisória Nacional Pró-Conselho e de já posicionar-se politicamente favorável ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, ainda não tem amplitude e profundidade para influir mais decisivamente na arena decisória.

Com o apoio financeiro da OPS, do INAMPS e da Secretaria Nacional de Articulação com Estados e Municípios do Ministério da Saúde, a Comissão Provisória promove diversas reuniões de âmbito nacional e regional, de modo que em Abril de 1988,

em Olinda, no V Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, comparecem representantes de Serviços Municipais de todos os Estados brasileiros, sendo que em 19 deles, já constituídos os Conselhos Estaduais. É aprovado o Estatuto, fundado o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS - e eleita sua 1ª diretoria em abril de 1988, em Olinda.

Alguns Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde já haviam conquistado assento nos órgãos colegiados estaduais, a CIS, como Mato Grosso e Pernambuco. O CONASEMS conquistou representação na Ciplan - Conselho Interministerial de Planejamento (Ministérios da Saúde, da Educação, Trabalho e MPAS). Avaliou-se também em Olinda o grande impulso que os Conselhos Estaduais haviam dado nos seus respectivos Estados à criação de Secretarias Municipais ou Serviços de Saúde; a ativa participação nas discussões sobre as Políticas Estaduais de Saúde, inclusive reinvindicando participação mais efetiva na execução das POI - Programação Orçamentária Integrada -, os esboços de formulação de Planos Municipais de Saúde acompanhados da preocupação de um número cada vez maior de Municípios de atuar no Setor Saúde, inclusive com redirecionamento de recursos do Tesouro Municipal.

Nos seus Estatutos o CONASEMS coloca como sua finalidade "lutar pela autonomia dos municípios", "lutar de todas as maneiras para que a saúde da população dos municípios brasileiros seja a melhor possível", "lutar pelo fortalecimento dos Municípios no Sistema Nacional de Saúde", "lutar pela Municipalização da Saúde", "lutar pela participação da sociedade organizada junto ao Sistema de Saúde, para garantir o controle social sobre o Sistema", entre outros. Neste aspecto a "Carta de Olinda" é bastante explícita ao afirmar que: "...os Municípios, berço real da cidadania, reafirmam sua convicção de que o verdadeiro controle só ocorrerá efetivamente na medida em que o poder local conquiste e tenha acesso a condições materiais, financeiras e políticas para gerir autonomamente o sistema local de saúde."

Na "Carta de Olinda" os Municípios reafirmam seu apoio à Reforma Sanitária como "medida urgente reclamada por amplos setores da Sociedade Civil com a qual estão comprometidos os Municípios" e além disso sua luta pelas "reformas essenciais também das Políticas Tributária, Urbana e Agrária, sem o que o Brasil não poderá jamais ser considerado uma federação real, devido à marginalização de grande parte de seus cidadãos..." Em Olinda priorizou-se a ação política do "movimento" junto à Assembléia Nacional Constituinte".

A articulação dos dirigentes e técnicos municipais de saúde num movimento de pressão capilar, exerceu influência sobre os Constituintes, através de suas bases políticas locais e regionais, contribuindo, junto com um imenso arco de forças políticas, para a aprovação do novo texto constitucional. Neste são consagrados alguns dos princípios fundamentais aprovados na VIII Conferência Nacional de Saúde: o conceito de saúde é ampliado, não se restringe às ações técnicas da área, mas é assegurado por políticas econômicas e sociais, promove o acesso universal e igualitário aos serviços; as ações de saúde são de relevância pública, cabendo ao Estado regulamentar e normatizar sua execução a partir de um sistema único regionalizado, hierarquizado e descentralizado, com a participação da sociedade organizada, estabelece novas bases para a relação do setor privado que é incorporado ao SUS mas de forma complementar e através de contratos de direito público. A aprovação do texto constitucional ajuda a desmobilizar algumas resistências e as discussões passam para um outro nível. De um lado trata-se agora de definir como unificar o sistema de saúde a nível federal, qual as atribuições de cada esfera de governo, as fontes de recursos e os critérios para distribuição dos mesmos. De outro lado as pressões e resistências condensam-se no Congresso Nacional transformado no principal palco dos conflitos entre os diversos atores, pelo menos até a aprovação da Lei Orgânica de Saúde.

Os dirigentes municipais de Saúde mantêm seu apoio ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde mas reivindicando o fim da "descentralização por etapas" que estava gerando nova centralização a nível dos governos estaduais e a desvinculação da dívida que os municípios tinham com a Previdência e que estava sendo utilizada como arma pela burocracia do Ministério da Previdência e Assistência Social para impedir ou obstaculizar o repasse de recursos.

O ano de 1989 assiste à consolidação do CONASENS com a eleição de sua segunda diretoria no IV Encontro Nacional de Secretários Municipais realizado em Porto Alegre e que definiu a participação ativa do movimento municipalista na luta pela aprovação da Lei Orgânica da Saúde, assim como as diretrizes para o Setor Saúde nas Leis Orgânicas Municipais.

A "Carta de Porto Alegre" assinala que "a construção do SUS - Sistema Único de Saúde - é contri-

buição do setor saúde para reverter a situação de criminosa miséria a que as grandes maiorias de nosso povo foram lançadas. Situação caracterizada pelos índices vergonhosos de mortalidade infantil, desnutrição, doenças profissionais e acidentes de trabalho, endemias rurais e urbanas etc., para a construção do SUS devemos ter: descentralização e gestão única a cada nível de governo; atendimento integral; democratização e conselho popular sobre todo o sistema ("Esta é a questão decisiva, crucial, de toda a proposta. Sem ela o SUS estará condenado à inviabilização pela falta do necessário respaldo popular, pela possibilidade dos descaminhos burocráticos e submissão ao clientelismo tradicionais. Nossa proposta é que conselhos deliberativos e fiscalizadores orientem o Sistema de cima a baixo; de Brasília ao bairro."). A respeito do financiamento o documento de Porto Alegre é contundente: "Queremos que o montante de recursos seja calculado não em função de acordos político-partidários ou corporativos, mas de critérios como o populacional, perfil epidemiológico, capacidade instalada dos serviços de saúde, existência de serviços de referência regional nos municípios, renda per capita etc. Finalmente achamos que é fundamental que, pelo menos 50% dos recursos do futuro Fundo Nacional de Saúde sejam automaticamente transferidos para os Fundos Municipais de Saúde, proporcionalmente à população de cada município. Os restantes 50% deverão ser distribuídos aos municípios, Estados e governo federal em função de seus planos diretores." (Espaço para Saúde, 1989).

Durante 1989 a centralidade dos embates segue no campo legislativo pois tratava-se agora de assegurar os avanços conquistados na regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (LOS). A pressão dos "lobbies" privatistas e corporativos foi muito forte. O setor privado, através de políticos conservadores representando seus interesses, tentou por todos os meios impedir a votação e aprovação da "lei do SUS" Grupos burocráticos do INAMPS, SUCAM e FSESP, e até mesmo de setores da Universidade, tentaram fazer prevalecer seus interesses comportativos tomando posição contrária à descentralização. Finalmente em dezembro de 1989, mais de 1 ano após a promulgação da Constituição, foi aprovado pela Câmara dos Deputados a Lei Orgânica da Saúde. A L.O.S. incorporou os principais tópicos já consagrados na Constituição: saúde como direito do cidadão e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde, incluindo sua determinação social; a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) que garante universalidade, igualdade e integralidade das ações; direito à informação sobre sua saúde; participação popular; descentralização político- administrativa, com direção única em cada esfera do governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico (Proposta, 1990) - "A nova Lei Orgânica da Saúde consagra dois pontos essenciais ao bom funcionamento do sistema único: a autonomia municipal e a descentralização efetiva dos recursos financeiros. Estas medidas colocam o município como ator principal na gestão do sistema e agora depende de nossa prática e da prática da sociedade organizada a implementação do sistema único. A nova lei contém no "essencial" as propostas aprovadas no VI Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, realizado em Porto Alegre, especialmente no tocante ao controle social e ao financiamento. A pressão dos dirigentes e técnicos locais de saúde fez-se sentir no Congresso Nacional", declara o presidente do CONASEMS.

Os anos de 1989 e 1990 também são ricos no desenvolvimento de inúmeras novas experiências de implantação e gestão de sistemas municipais de saúde, produtos do processo de descentralização. Caracterizou-se pela heterogeneidade, pela multiplicidade e pela criatividade na busca de novos modelos e alternativas. Este processo ocorre com maior ênfase nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Minas Gerais, Pará, Ceará, Rio Grande do Sul, Bahia, entre outros. Deve-se assinalar que o fenômeno é mais generalizado naqueles Estados onde se priorizou a descentralização municipal de serviços.

As leis orgânicas municipais promulgadas em abril de 1990 já refletem as substanciais alterações ocorridas nesta década em relação ao papel e à importância do município. As L.O.M., verdadeiras constituintes municipais, vieram consagrar a autonomia municipal e, em muitos municípios, ampliarão consideravelmente os instrumentos de participação popular.

O trabalho articulado de assessoramento e divulgação do Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), permitiu a um número significativo de municípios brasileiros ampliar suas competências e atribuições

para formular e gerir suas políticas de saúde de forma democrática, com seus conselhos e conferências municipais, consolidando assim o estatuto legal de participação popular

O processo de construção de um Sistema Único de Saúde, descentralizado e com controle social, sofreu um forte abalo em setembro com o veto do Presidente da República a uma série de artigos e parágrafos da Lei Orgânica aprovada pelo Congresso Nacional. Entre outros, foram vetados: o artigo 11 que instituía a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, como instâncias colegiadas e representativas de amplos setores da sociedade para propor diretrizes, formular estratégias e exercer controle sobre a execução da política de saúde; os parágrafos 2º e 3º do artigo 33 que asseguravam a transferência de recursos para Estados e Municípios diretamente e de forma automática e regular; e 4 parágrafos do artigo 35 que previam que a proporção de recursos repassados ao conjunto de Estados e Municípios seria definida por cada Estado, e que estas transferências dispensariam a celebração de convênios.

A reação das entidades e instituições envolvidas na luta pelas mudanças na saúde foi imediata. O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) desempenhou um papel importante neste processo ao desencadear uma mobilização nacional de dirigentes e líderes locais que identificaram nos vetos uma paralisação no caminho da descentralização e democratização dos serviços. Esta posição foi muito bem expressada no VII Encontro Nacional de secretários e dirigentes municipais de saúde, realizado em Fortaleza/CE, de 9 a 12 de dezembro. A "Carta de Fortaleza", resolução final do Encontro, advertia contra "tentativas de retrocesso na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS); denuncia a política recessiva em curso no país pelos resultados desastrosos ao setor saúde; exige que se estabeleçam definitivamente os mecanismos de repasse automático de recursos para Estados e Municípios; reinvindica autonomia decisória para utilização dos recursos com base nas prioridades estabelecidas pelos conselhos municipais de saúde; conclama ao fortalecimento e obrigatoriedade da participação popular através dos conselhos municipais, estaduais e federal". (Retirado da "Carta de Fortaleza").

"A intensa reação das entidades da sociedade civil ligadas ao setor e coordenadas pela Plenária da Saúde acabou gerando um acordo entre as lideranças partidárias no Congresso Nacional e o governo, representado pelo ministro Alceni Guerra. Desta forma, o Congresso aprovou os vetos presidenciais enquanto o governo apresentou novo projeto de lei que foi aprovado durante o "esforço concentrado" do final do ano e sancionado pelo Presidente da República em 28/12/90. Assim ficaram asseguradas a criação dos Conselhos e Conferência de Saúde em todas as instâncias de governo, com representação paritária dos usuários, garantindo o controle social no setor. Também assegurou-se o repasse regular e automático dos recursos para Estados e Municípios. Estes, em contrapartida, para receber diretamente as verbas deverão dispor de um Fundo de Saúde, um Conselho de Saúde com composição paritária, um Plano de SaÚde, uma contrapartida de recursos de seu próprio orçamento e uma comissão de elaboração de um Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), com um prazo de dois anos para sua implantação".

No encerramento deste tópico o autor julga essencial enfatizar outra vez uma questão que lhe parece central. A descentralização dos serviços de saúde no Brasil tem uma dupla origem: de um lado a crise econômica e as medidas racionalizadoras para enfrentá-la. Do outro, o colapso do regime burocrático-autoritário e o processo de democratizacão do país. Esta tensão contraditória parece caracterizar a noção de descentralização, e até onde podemos visualizar o futuro deverá continuar caracterizando-a.

LIMITES E DIFICULDADES DA DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: (*)

1 - Na medida em que a descentralização é um meio e não um fim em si mesma, coloca-se a questão: por que descentralizar? Para que descentralizar? A resposta vai determinar se "a descentralização é mera reforma administrativa ou se é uma reforma sanitária, uma mudança da situação sanitária e do atual modelo assistencial. Portanto a descentralização é parte de um projeto mais amplo de reformas do setor saúde no Brasil". (Teixeira, 1990).

A descentralização não produziu uma mudança do modelo assistencial vigente, com seus graves

(*) Extraído de um artigo meu, publicado no periódico "Saúde Urgente", Nº 3. IBAM-UNICEF

problemas como a desigualdade de acesso, a baixa resolutividade etc., como não mudou a atitude dos serviços em relação ao usuário. Há tendência a cair no "primarismo", ou seja, a identificar a descentralização dos serviços apenas com o modelo de atenção primária, organizado nos municípios e, deixando intocados os sistemas prestadores de serviços tradicionais, de maior complexidade e geralmente privatizados. Esta tendência mantém as características do modelo assistencial excludente, de baixa resolutividade, "atenção de segunda classe para cidadãos de segunda classe" (Teixeira, 1990).

As mudanças no setor saúde quase que se têm limitado ao aspecto formal da descentralização, restringindo-a cada vez mais a um processo administrativo, sem real transferência de poder, sem autonomia política e financeira e, principalmente sem democratização das relações sociais a nível local. Para autores como Campos (1990), isto poderia significar uma espécie de "fuga para a frente", ao evitar-se o enfrentamento de situações geradoras de maior resistência com a unificação e democratização das instituições públicas de saúde" e a de "derrotar a hegemonia dos padrões neoliberais na organização da prática médico-sanitária no Brasil". Se o processo da Reforma Sanitária não avançar, estará interrompido o caminho da descentralização dos serviços e da "municipalização da saúde".

2 - O processo de descentralização não tem e não vai garantir por si só o processo de democratização e de recuperação do caráter público do setor de saúde. Os mecanismos clientelistas, patrimonialistas e outros também são muito fortes a nível local municipal, e contribuem decisivamente para a privatização do público e a manutenção do atual modelo assistencial excludente.

3 - A descentralização dos serviços de saúde não garante por si só a participação popular e o controle social. Isto depende do contexto político-social nacional, do governo local e da organização e força da sociedade civil, dos movimentos sociais locais. De acordo com Campos (1990) "a descentralização por si só não garante uma mudança qualitativa do tipo de gestão: de burocrático-privatista para democrático-descentralizada". O que a municipalização permite é a ampliação dos mecanismos democráticos naqueles municípios onde os governos locais sejam democráticos, socialistas ou tenham propostas reformistas.

4 - A inexistência no Brasil de uma tradição política de municipalização de serviços públicos gerou uma indefinição do papel do município e consagrou na lei o sistema de competências concorrentes, o que sempre favorece a desmunicipalização dos serviços. Este problema tem dificultado a unificação do sistema público de saúde e a implantação do comando único a cada nível de governo. Setores resistentes à descentralização, localizados na burocracia estadual e federal e privatistas tendem a atribuir à responsabilidade municipal apenas o atendimento básico e de urgência, a rede de postos e centros de saúde, num esforço de obstaculizar a integralidade das ações e manter a separação de modelos e dualidade gerencial.

5 - A existência de fortes resistências políticas ao processo de descentralização nas instâncias estadual e federal, que também se beneficiam da centralização como recurso político na relação com os municípios. Por razões similares, a atual configuração do sistema político-partidário também vem obstaculizando o processo. Deve-se enfatizar um aspecto particularmente pernicioso referente às relações entre as instâncias federadas que é a tendência a desconhecer ou enfraquecer uma das instâncias, no caso, a instância regional ou estadual, como se fosse possível criar um sistema nacional de saúde apenas nos níveis do governo federal e dos governos locais.

6 - Um dos maiores óbices ao processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde tem sido a escassez de profissionais de nível superior e médio, em particular nos pequenos e médios municípios afastados dos grandes centros urbanos. O funcionalismo destes municípios também possui com maior freqüência um nível menor de capacitação, profissionalização e remuneração que seus congêneres estaduais e federais, mas a mesma sujeição às práticas clientelistas e outros males comuns à administração de recursos humanos no serviço público brasileiro. A inexistência nestes municípios - não só neles - de sistemas de mérito e carreira é outro interrogante sobre sua competência institucional e organizacional para a efetiva descentralização. A ausência de políticas nacional e estadual de capacitação de recursos humanos, apoio e cooperação técnica para a descentralização tem levantado dúvidas quanto às reais intenções destas instâncias de governo.

Por outro lado é desalentador o diagnóstico da administração de recursos humanos no setor saúde no Brasil. A falta ou inadequação de critérios para seleção, ascensão, lotação e remanejamen-

to soma-se a desvio de função, diferentes jornadas de trabalho, diferentes remunerações para o mesmo trabalho e outros problemas para configurar uma situação verdadeiramente caótica. A reforma administrativa em curso poderá agravar este quadro gerando um rebaixamento dos já insuficientes níveis salariais e uma diminuição quantitativa de força de trabalho em saúde no setor público federal e talvez estadual, os que concentram o emprego no setor. No entanto, a implantação de um Plano de Cargos e Salários (PCS) do Sistema Único de Saúde (SUS), de âmbito nacional, poderia contribuir para o enfrentamento de algumas das qu.. s levantadas ao fixar pisos salariais e alguns parâmetros e diretrizes gerais que se prestariam de modelos aos níveis estaduais e municipais.

A dissociação do processo de trabalho do processo de formação em saúde é tão antiga quanto sua denúncia refletindo-se também na desintegração institucional. Aqui apenas pretende-se assinalar o relativo atraso do processo de "regionalização" e "descentralização" da produção de conhecimentos e formação de recursos humanos, sem prejuízo do "nacional" e do "universal". Tem-se a impressão que as instituições formadoras permanecem aprisionadas ao modelo assistencial discriminatório que tinha (tem?) no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) o grande regulador do mercado de trabalho e nos programas verticais e nas campanhas o grande estímulo e indução para a pesquisa epidemiológica em geral. O debate sobre a "regionalização" e "descentralização" da produção de conhecimentos e da formação tem sido colocado até agora de forma incipiente e isolada pelos dirigentes municipais de saúde, alguns poucos dirigentes e lideranças locais como prefeitos e vereadores.

Os novos modelos assistenciais e as demandas epidemiológicas exigem novos tipos de profissionais? Em que medida os trabalhadores de saúde são sujeitos do processo social de transformação do setor? Os recursos humanos de nível local deverão ter alguma especificidade na sua formação? Quem, como, quando e em que circunstâncias deve formá-los e capacitá-los? As respostas a estas e muitas outras questões são prementes sob pena de continuarmos atribuindo à insuficiência técnica e ao descompromisso social do trabalhador de saúde a raiz de todos os males do setor. E ao funcionalismo municipal os males futuros.

7 - A questão do financiamento continua sendo muito problemática no processo de descentralização de saúde. Não pode falar de descentralização enquanto persistir a centralização financeira e não houver "disponibilidade de recursos financeiros" (Mello, 1988). Apesar da lei nº 8.142 de 28/12/90 garantir o repasse automático de recursos, ainda há muito caminho a ser percorrido para transformar em realidade os critérios e a sistemática da transferência de recursos ali estabelecidos. A centralização financeira tem sido um dos mais sérios obstáculos ao processo de descentralização no plano político-operativo. O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASENS) tem reiterado que o repasse criterioso, adequado e em tempo útil dos recursos para os municípios é essencial à concretização e consolidação do processo, inclusive dos recursos destinados ao pagamento da rede privada e filantrópica para que o município tenha controle dos mecanismos e instrumentos de gerência financeira necessários à implantação do sistema único municipal de saúde. Os dirigentes municipais de saúde denunciam desde os tempos das AIS os critérios de pagamento por serviços e as relações convenials entre instâncias públicas. A discussão sobre as fontes de financiamento, os mecanismos de repasse e a gerência financeira deve ser ampliada e levada para os Conselhos de Saúde em todas as instâncias e com participação permanente dos dirigentes municipais de saúde e dos líderes locais como prefeitos e vereadores.

Os Estados e Municípios tiveram participaçãc crescente nos gastos em saúde na década de 8(a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS) e dc Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. A Constituição de 1988 também melhorou a participação dos Estados e Municípios na distribuição da receita tributária total. Entretanto a soma dos gastos em saúde dos Estados e Municípios é 3 a 4 vezes menor que os gastos correspondentes da União para cuja composição concorrem tanto os recursos próprios do tesouro quanto os da receita previdenciária. é difícil que as instâncias subnacionais do governo venham substituir a União ou tenham um papel mais importante que esta no processo de modificação do perfil de investimentos no setor saúde, especialmente numa conjuntura recessiva. São necessários investimentos para ampliação da rede, a organização dos novos serviços, capacitação e melhor remuneração dos recursos humanos etc.. Para que a descentralização dos serviços de saÚde não signifique apenas busca da legitimidade, mantendo a prevalência do atual modelo assistencial excludente e gerando mais privatização

e desestatização, deverão ser assegurados maiores recursos para garantir a universalidade, a eqüidade e a gratuidade dos serviços de saúde.

A resistência à descentralização financeira na saúde basela-se em pelo menos 4 ordens de argumentos. Um primeiro argumento refere-se à malversação e ao desvio fraudulento de recursos, que seria prática frequente a nível municipal. Um outro afirma a diminuição da participação dos recursos próprios municipais com o aumento do aporte financeiro da União. Um terceiro argumento relaciona-se ao repasse sem critérios para o setor privado, devido a prática comum em pequenos e médios municípios - sem que detenham exclusividade - de compra de serviços locais. Tal prática poderia manter a até ampliar o grau de privatização do Estado, garantindo mercado cativo para profissionais liberais, laboratórios e hospitais particulares. Por último a pulverização de recursos, o que diminuiria ou anularia a capacidade de causar impacto e transformar o atual modelo e o quadro sanitário por inadequação política e técnica.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Márcio José. As Leis Orgânicas Municipais e a Saúde. Saúde em Debate, nº 24:26-27. Mar 1989

BORJA Jordi. A participação citadina. Revista Espaço para Debates nº 24, 1988

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição (1988) Brasília, 1988, 292 p.

BRAGA, J.S e PAULO S.G. Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.

CAMPOS, Gastão W.S. Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde do Brasil. Saúde dem Debate, nº 28:24-27, Mar. 1990.

CARDOSO, F H. Autoritarismo e Democratização, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975.

O modelo político brasileiro. São Palo. Ditel, 1977.

CEBES Setor Saúde da Região Sudeste realizou Encontro. Saúde em Debate, nº 7/8:5-7. Abr/jun. 1978.

A questão democrática na área da saúde. Saúde em Debate, nº 9:11-13, Jan/mar 1980

CONASENS A Carta de Olinda. Saúde em Debate, nº 21:33-34, Jun. 1988.

A Carta de Porto Alegre Espaço para a Saúde Nesco, nº 1:24-26. Out. 1989.

DRAIBE, Sonia M. (coord.), VIANA, A.L. D'AVILA, SILVA P.L. Barros. Desenvolvimento de Políticas de Saúde nos anos 80 o caso brasileiro. Campinas. NEPP/UNICAMP/OPS, 1990

ESCOREL, Sarah Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário, Rio de Janeiro, 1987. Tese de Mestrado ENSP/FIOCRUZ.

FADUL, Wilson. Minha política nacional de saúde. Saúde em Debate, nº 7/8:67-76 Abr /jun. 1978

GONÇALVES. Marcos Flávio. Município no Brasil Textos de Administração Municipal nº 5. IBAM, 1989.

JACOBI, Pedro Administração Municipal, Descentralização e Participação: uma agenda de questões e indagações no contexto da transição. São Paulo, CEDEC/Faculdade de Educação/USP, 1989, 18 pp. (mimeo).

Descentralização Municipal e participação dos cidadãos, apontamentos para o debate. Lua Nova, São Paulo, nº 20, mai, 1990.

LOBO, Tereza Descentralização - uma alternativa de mudança. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 22(1) 12- 24, jan./mar. 1988.

MELLO, Diogo Cordello. A evolução do Município no Brasil. Publicação comemorativa do 30º aniversário do IBAM, 1983

O papel dos governos municipais no processo de desenvolvimento nacional. REvista de Administração Pública Nº 22(3): 27-45, jul./set. 1988

NEVES, Gleisi H. Descentralização ou desconcentração dos serviços de saúde? Rio de Janeiro, IBAM, 1987

O'DONNEL G Transição, continuidade, paradoxos IN A democracia no Brasil. São Paulo, Vértice, 1988

OLIVEIRA, J e TEIXEIRA, S.M. Fleuri. Previdência Social: 60 anos de História da Previdência no Brasil. Petrópolis Vozes, 1986.

PAIN, J Nascimento e paixão de uma política de saúde. Saúde me Debate, Nº 27 5-11. dez. 1989

Obstáculos não superados na implanação do SUDS-BA. Saúde em Debate

PROPOSTA Jornal da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro Fiocruz, nº 20. jan 1990. PROPOSTA Jornal da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro. Fiocruz, nº 23. jan. 1990.

SALLUM, B., MARTINS, C.E., GRAFF, E., Nova República: de Tancredo a Sarney. Análise Conjuntural v. 8, nº 2, sp 86. IPARDES, Paraná, 1986.

APUD, Draibe, Viana e Silva. Desenvolvimento de Políticas de Saúde nos anos 80: o caso brasileiro. NAPP/UNICAMP/OPS, Cmpinas, 1990.

TEIXEIRA, S.M. Fleury. Descentralização dos Serviços de Saúde: dimensões analéticas. Revista Administração Pública, nº 24(2):78-99, 1990.

2.2.

FINANCIAMENTO

O CAOS NO FINANCIAMENTO DA SAUDE ... NO FUNDO DO POÇO

Gilson Carvalho

1. O TRAGICÔMICO CENÁRIO ATUAL ... COM DOENÇA E SEM SAÚDE

Sejamos honestos: este deve ser o fundo do poço!...Erros acumulados de 20, 30 anos atrás nos trouxeram à situação mais caótica de saúde que se atravessou neste país. Se o desenvolvimento é uma busca de cada dia, podemos muitas vezes ficar apenas com as conseqüências maléficas de um desenvolvimento não planejado, não discutido, não partilhado, não escolhido como um direito de cidadania. Assistimos a este desenvolvimento que priorizou errado com as grandes indústrias, muitas de inutilidades, do supérfluo. Nunca o país teve uma política agrária capaz de garantir o essencial de alimento para todos. Assistimos à urbanização conseqüente ao desprestígio do campo. Assistimos à multiplicação da fome, do desemprego, do subemprego, do mais baixo salário mínimo dos últimos 40 anos, do fraco investimento na habitação, educação, saúde... As doenças da pobreza se multiplicando. As grandes endemias se alastrando pelo uso errado das riquezas do solo e de seu uso para enriquecimento de poucos.

Ao analisarmos a crise na Saúde, duas variáveis têm que ser enfocadas: as necessidades de saúde e a capacidade de estarmos respondendo a elas. As necessidades de saúde aumentaram devido a vários fatores. Poderíamos resumir em apenas dois: o crescimento populacional e aumento das necessidades básicas desta população. As necessidades, despertadas de seu sonho esplêndido, pelo "progressismo" desregrado, foram surgindo como necessidades e viraram demanda reprimida. Aconteceu em todos os setores, por que não na Saúde? A demanda por novos equipamentos, veículos, eletrodomésticos etc. e também a demanda pelos serviços de saúde. A mídia se excedeu em mostrar para todos aquilo a que só poderiam ter acesso uns poucos. As saídas mágicas para os problemas de saúde foram vendidas ao público: novos, equipamentos médicos, novos medicamentos e tratamentos... ainda que inacessíveis à massa. Não somos críticos a esta demanda desnudada, apenas constatamos fatores que fizeram-na despertar, sem a mínima possibilidade de oferecer resposta. A migração interna e a urbanização levaram à miséria da periferia dos grandes centros, milhares de brasileiros que, em pouco tempo, acabaram com suas poucas reservas biológicas, emocionais e financeiras. Criaram uma massa de seres humanos em busca de serviços de saúde como panacéia para um problema muito maior que a saúde em si: a sobrevivência na integralidade de seres humanos. Doenças várias, até então enfrentadas de maneira simplificada, ou nem mesmo manifestadas, ao contato com a cidade apresentam-se como "doenças só para médico" e viram demanda aos serviços de saúde.

E, diante disto, qual foi a resposta que pôde oferecer o SISTEMA DE SAÚDE? A resposta foi dada por 30 anos de desleixo... em que se relegou a saúde à conta de despesas que deveriam ser reduzidas ao máximo para se "gastar" e "investir" no desenvolvimento!... Os serviços públicos de saúde cada vez piores, sem gerenciamento e com o estigma da "coisa pública": sem dono, sem cobrança de compromisso servidor-usuário. Dentro da própria impunidade e desmando característicos de "fim de festa". Como ficaram os serviços de saúde beneficentes, filantrópicos? A decadência foi igual numa seqüência muito lógica, cujo fundamento primeiro foi sempre a falta de recursos.

Os hospitais privados, logo que se aperceberam da situação, não tiveram dúvida: abandonaram "o negócio" e voltaram-se para fontes alternativas de renda hospitalar através dos particulares e convênios. Aliás, a resposta dada pelas indústrias e depois pelos grupos médicos foi fruto exatamente da falência e incapacidade da seguridade e da Saúde Pública responderem às necessidades sentidas dos cidadãos. Abriu-se o espaço para as alternativas: medicina de grupo, serviços de saúde próprios das empresas, dos sindicatos, de grupos religiosos, dos seguros-saúde. O grau de decadência dos serviços públicos de saúde chegou a tal ponto que criaram-se serviços de saúde próprios para servidores públicos e até mesmo da saúde! Tão ruim o público, tão desacreditado que já não serve nem aos próprios trabalhadores de saúde!...

A dupla causa (baixo investimento e baixa remuneração de serviços) tiveram suas conseqüências: descredenciamento de vários hospitais privados e filantrópicos com conseqüente saturação da capacidade de internação daquelas instituições remanescentes com deteriorização crescente. A sobrevivência foi se esgotando: sem o mínimo de investimento, sem manutenção preventiva, sem manutenção corretiva, com perda de pessoal em quantidade e qualidade, sem estoque mínimo de material de consumo seguida de falta deste material no dia-a-dia, falta de equipamentos não atualizados e não reparados. Inviabilidade de se manterem, até chegarmos ao quadro de hoje, o último grau negativo da escala: a implantação oficial do caos na assistência a saúde.

2. NECESSIDADES X RECURSOS DISPONÍVEIS...A BICA SECANDO OU O BECO SEM SAÍDA

A população cresceu, e as necessidades aumentaram: dose dupla de problema. Como responder a isto dentro do modelo econômico-político-social-cultural imposto pela ideologia dominante nos últimos anos? Só tinha uma resposta lógica: investir em saúde, gastar certo, consumir no essencial! E nós, o que assistimos? Um discurso de "tudo pelo social" e, na prática, a trajetória de recursos em caminho inverso: decrescente. Para oferecer uma resposta digna só restava uma saída: aumentar o investimento em saúde e aumentar o Produto Interno Bruto e melhorar a distribuição. Mesmo se não fosse possível ao nosso modelo aumentar o PIB, maior parcela dele poderia ter sido consumida na garantia da saúde.

O que ocorreu na realidade: nosso PIB é baixo, continua minguado e com o crescimento populacional, a renda per capita persiste baixa.

Por que nosso PIB é tão baixo? Poderíamos aqui elencar uma série de fatores que levam a que um país em desenvolvimento tenha baixo PIB:

— organização político-social privilegiadora de classes mais abastadas, conseqüentemente penalizadora para as demais;

— riquezas naturais ou trabalhadas pelo homem, expropriadas por outras nações devido à organização político-social mundial.

— baixo nível educacional da população, não atingindo o mínimo grau de cidadania, levando tanto à baixa produção, quanto à sub-remuneração do trabalho, naquilo que produz;

— participação política incipiente levando a que, na escolha de dirigentes, os fatores e critérios determinantes ainda sejam "pré-históricos": clientelismo, protecionismo e avaliação pelo discurso e não pela prática. Se não bastasse termos um PIB baixo, boa parte dele se corrói através de mecanismos intermediários espúrios ou se esvai por inúmeras válvulas de escape:

— dívida externa imensa, com empréstimos pagos a juros extorsivos, em condições desfavoráveis, tanto maiores quanto feitos a países de baixa produtividade e com alta probabilidade de inadimplência;

— por incrível que pareça, muitos de nossos débitos são devidos àqueles que se enriqueceram através da expropriação de nossas riquezas, desde os primórdios de nosso "descobrimento" e às políticas internacionais passadas e atuais de verdadeiro "confisco" aos países pobres;

— uso indevido de empréstimos e recursos públicos por descaminhos próprios de uma nação em desenvolvimento em que a corrupção e impunidade, de braços dados, grassam em todos os escalões;

— dívida interna gerada por uma má gerência, comprometida com o empreguismo, nepotismo com conivência do poder legislativo que deveria ser o controlador por mandato popular;

— inexistência de mecanismos eficientes de controle do gasto público pela sociedade com o erário público.

Se não bastasse isto: baixo PIB, mecanismos espúrios corroendo-o, ainda resta responder por que tão poucos investimentos em saúde?

Produzimos pouco, perdemos muito no processo e do pouco restante quase nada investimos em Saúde, por quê?

— a questão de prioridades e importância é fundamental: falta valorização do homem, sua saúde e educação como prioritários, como investimento e não despesa, gasto apenas;

— aqui também vale uma crítica, utilização errônea do pouco destinado à saúde: corrupção, mau direcionamento, falta de priorização;

— onde foram parar recursos do PIB que deveriam vir para a saúde? Podemos presumir para onde foram: nas obras faraônicas e anacrônicas, nas obras desnecessárias, nas grandes fortunas nacionais, no caixa das empresas estrangeiras de medicamentos e equipamentos;

— se não bastasse isto: vamos também encontrar desvios na má gerência, em servidores desnecessários (os que nunca trabalharam), nas mordomias, no descompromisso servidor-usuário. Analisamos alguns dados que poderão suportar as afirmações acima, dando a característica de veracidade.

A relação entre o PNB, o PNB per capita e alguns indicadores de qualidade de vida são claros. Basta analisar os dados abaixo onde vemos os países com melhor renda ostentando os melhores índices de qualidade de vida, tanto pelo coeficiente de mortalidade infantil quanto por indicadores selecionados. Igualmente no quadro 1 vemos que os países que mais investem percentualmente e per capita em saúde, são justamente aqueles que melhores índices ostentam.

QUADRO — 1
DEMONSTRATIVO DE ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, MORTALIDADE INFANTIL, PRODUTO NACIONAL BRUTO PER CAPITA, PERCENTAGEM DE GASTOS COM SAÚDE, PNB GASTO COM SAÚDE, EM PAÍSES SELECIONADOS — 1988

PAÍS	ÍNDICE DESENV. HUM. (1)	MORTAL. INF.P/ 1000 NV	PNB PER CAPUS$	% PNB GASTO SAÚDE	PNB PER CAP. GASTO — SAÚDE US$
JAPÃO	1,00	4,00	21.020,00	—	—
CANADÁ	2,00	7,00	16.960,00	5,00	848,00
NORUEGA	6,00	8,00	19.990,00	—	—
FRANÇA	10,00	8,00	16.090,00	7,00	1.126,00
INGLATERRA	11,00	8,00	12.810,00	6,00	769,00
ALEMANHA	14,00	8,00	18.480,00	6,00	1.108,00
ISRAEL	21,00	10,00	8.650,00	9,00	779,00
GRÉCIA	24,00	11,00	4.800,00	6,00	288,00
HONG-KONG	25,00	7,00	9.220,00	5,00	461,00
URUGUAI	32,00	23,00	2.470,00	6,00	148,00
PORTUGAL	36,00	13,00	3.650,00	6,00	219,00
POLÔNIA	41,00	16,00	1.860,00	6,00	112,00
ARGENTINA	43,00	31,00	2.520,00	4,00	101,00
MÉXICO	45,00	41,00	1.760,00	5,00	88,00
ÁFR. DO SUL	57,00	69,00	2.290,00	4,00	92,00
JAMAICA	59,00	16,00	1.070,00	3,00	32,00
BRASIL	60,00	80,00	2.160,00	4,00	86,00
COLÔMBIA	61,00	39,00	1.180,00	7,00	83,00
PARAGUAI	73,00	41,00	1.180,00	2,00	24,00
EQUADOR	77,00	61,00	1.120,00	5,00	56,00
CHINA	82,00	31,00	330,00	1,00	3,30
EL SALVADOR	94,00	61,00	940,00	8,00	75,00
EGITO	114,00	67,00	660,00	14,00	92,00
PAQUISTÃO	120,00	106,00	350,00	3,00	11,00
ÍNDIA	123,00	96,00	340,00	3,00	10,00
NIGÉRIA	129,00	102,00	290,00	3,00	9,00
BANGLADESH	136,00	116,00	170,00	2,00	3,40
ETIÓPIA	141,00	133,00	120,00	3,00	3,60

FONTE: OMS/UNICEF/PNUD — ESTUDOS SMS — PMSJS — JUN/91
(1) CLASSIFICAÇÃO BASEADA NO PNB PER CAPITA, ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER, TAXA DE ALFABETIZACÃO DE ADULTOS E TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

3. UM POUCO DA HISTÓRIA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

3.1 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

Os gastos com saúde no Brasil se dividem entre o público e o privado. Dentro do público vamos encontrar os gastos federais, estaduais e municipais.

Os gastos federais com saúde vão ser mais exaustivamente estudados à frente. Estes dados são calculados com mais exatidão. Já os dados de estados, municípios e do setor privado partem de estimativas e sofrem de natural aproximação.

QUADRO — 1

GASTOS FEDERAIS, ESTADUAIS, MUNICIPAIS E PRIVADOS COM SAÚDE — BRASIL — 1989

FONTE	BILHÕES DE US$	% PIB	%
FEDERAL	7,40 (1)	2,27	54,24
ESTADUAL/MUNICIPAL	1,67 (2)	0,51	12,26
EMPRESAS MÉDICAS	2,50 (3)	0,77	18,31
PESSOAS FÍSICAS	2,07 (4)	0,63	15,19
TOTAL	13,65	4,18	100,00

obs. 1. Dados preliminares da CSP do IPLAN/IPEA tomados como o total de gastos federais com saúde incluindo todos os ministérios.

2. Dados estimados por Médice e Faveret a partir da utilização do crescimento da receita do ICM dos estados.

3. Estimativas da Empresa TTFC citadas por Médice. Incluem-se nas empresas médicas as cooperativas, as de autogestão, os seguros saúde e a medicina de grupo.

4. Estimativa de Médice e Silva quando se fixa o total de gastos privados em 1,4% do PIB.

Estima-se que a população brasileira esteja assim distribuída quanto à assistência à saúde:

DESASSISTIDOS	— 22%	33 MILHÕES
ASSISTÊNCIA PÚBLICA	— 55%	82 MILHÕES
ASSISTÊNCIA PRIVADA	— 23%	35 MILHÕES

PRIVADO PURO — 3,0% — 5 M
COOPERATIVAS — 4,7% — 7 M
AUTOGESTÃO — 4,7% — 7 M
SEGURO SAÚDE — 0,7% — 1 M
MED. GRUPO — 10,0% — 15 M

3.2 O GASTO PÚBLICO FEDERAL NA SAÚDE

Ao analisarmos uma série histórica de nosso PIB, PIB Per Capita, percentual do gasto Federal com saúde (total e per capita), podemos até pensar que haja esperança de melhora. Entre 1980 e 1991 houve um aumento de dólares per capita gastos em saúde pelo governo Federal. De US$ 35 passamos para cerca de US$ 57 (falamos em aproximadamente 57 dólares, pois os dados são estimativos e podem não corresponder ao real). É simples concluir que neste ritmo de crescimento a chance de chegarmos a um mínimo razoável de investimento Federal em saúde deverá levar outras décadas!...

É vergonhoso que tão baixo percentual do PIB seja utilizado justamente para se garantir às pessoas aquilo que é essencial, como sua saúde, condição sine qua non para que as pessoas continuem vivendo e produzindo. É necessário rever saúde dentro do cômputo dos investimentos e não como gastos e despesas. Priorizar saúde através de incentivos para se garantir questões extra-setoriais capazes de dar condições a que ela se mantenha: alimentação, habitação, transporte, trabalho, salários, lazer, vestimenta, etc., etc.

QUADRO — 2-A
DEMONSTRATIVO DO PIB, PIB PER CAPITA E GASTO FEDERAL COM SAÚDE BRUTO PER CAPITA, 1980 — 1991 — BRASIL

	POPULAÇÃO BILHÕES (IBGE)	PIB EM US$ CAPITA	PIB-PER (US$)	GASTO FEDERAL C/SAÚDE		
				%	BRUTO BI-US$	PER CAPITA (US$)
1980	121.286,000	243,70	2009	1,74	4,24	35
1981	124.067,700	226,79	1828	1,77	4,01	32
1982	126.898,400	229,80	1810	1,81	4,15	33
1983	129.766,100	220,93	1703	1,54	3,40	26
1984	132.678,700	225,19	1697	1,58	3,56	27
1985	135.564,400	252,43	1862	1,61	4,06	30
1986	138.492,400	279,60	2019	1,57	4,39	32
1987	141.452,200	286,74	2027	2,20	6,31	45
1988	144.427,600	319,00	2208	1,99	6,35	44
1989	147.404,300	385,98	2619	1,85	7,14	48
1990	150.367,800	360,00	2394	2,36	8,50	57
1991	155.566,145	335,27	2155	2,66	8,91	57

FONTE: DAF-MINISTÉRIO DA SAÚDE

Se por outro lado utilizarmos os dados de gastos com saúde no âmbito Federal, somando os gastos de todos os Ministérios teremos dados um pouco maiores, segundo o quadro 2 B

QUADRO — 2 B
GASTO FEDERAL TOTAL COM ATENÇÃO À SAÚDE
BRASIL: 1980 — 1989
(Em US$ milhões de 1987)

ANOS	GASTO PÚBLICO FEDERAL TOTAL			GASTO FEDERAL PER CAPITA	
	ABSOLUTO	ÍNDICE 1980=100	TAXA GEOM. CRESC. ANUAL	ABSOLUTO (EM US$)	ÍNDICE 1980=100
1980	4.823,6	100,0	—	39,79	100,0
1981	4.490,7	93,1	- 6,9%	36,20	91,0
1982	4.687,6	97,1	4,4%	36,95	92,8
1983	3.747,6	77,7	- 20,1%	28,88	72,6
1984	3.907,7	81,0	4,3%	29,46	74,0
1985	4.497,0	93,2	15,1%	33,17	83,4
1986	4.814,2	99,8	7,1%	34,76	87,4
1987	6.966,2	144,3	44,7%	49,25	123,8
1988	6.574,0	136,2	- 5,6%	45,51	114,4
1989	7.404,8	133,1	- 2,3%	50,25	126,3

Fonte: CSP IPLAN/IPEA

Historicamente os gastos Federais com Saúde sempre foram baixos. A fonte dos recursos foi mais de contribuição social que de fonte fiscal da união. Os recursos do Ministério da Saúde sempre foram poucos e destinados ao financiamento de ações de saúde limitadas a áreas mais carentes (Fundação Sesp, Projetos Especiais como o PIASS e outros) ou ações específicas através de programas como os de vacinação, de controle de endemias, de ações de vigilância epidemiológica, de saúde de portos e aeroportos e outras mais. Em alguns pontos do país foram desenvolvidas ações médico-hospitalares específicas ligadas

à saúde mental, e a determinadas doenças. A assistência médica ficou a cargo da Seguridade Social, através de seus vários estágios de implantação. Primeiramente ligada às Caixas de Previdências de determinadas classes de trabalhadores e posteriormente, em 1967, unificadas através da criação do INPS. Posteriormente o SINPAS reorganizou a previdência, separando os vários institutos por área de atuação. A manutenção financeira do sistema coube particularmente aos empregados e empregadores e conseqüentemente os serviços prestados foram limitados a eles. Mais tarde, a partir de 91, outras contribuições sociais vieram engrossar os recursos da seguridade: o PIS/PASEP (para o financiamento do seguro-desemprego), o FINSOCIAL, Recursos dos Concursos Prognósticos e mais recentemente, recursos de contribuição sobre lucros de pessoas jurídicas. A parte referente aos recursos fiscais da união cada vez foi ficando menor. A proposta inicial da Previdência financiada em 1/3 pelo governo, outro pelos trabalhadores e outro pelos empregadores, nunca conseguiu se concretizar quanto à contribuição federal. A composição da receita da seguridade social nos dois últimos anos por fonte está no quadro 3 e demonstra bem o que está descrito acima: a seguridade está sendo financiada quase que exclusivamente pelas contribuições sociais.

QUADRO — 3
DEMONSTRATIVO DAS FONTES DE RECEITA DA SEGURIDADE SOCIAL NOS ANOS DE 1990 E 1991 — BRASIL

FONTE DE RECEITA	VALOR %	
	1990	1991
Contribuição Empregados e Empregadores	58,00%	46,97%
Finsocial	11,00%	22,71%
Pis-Pasep	8,00%	10,98%
Recursos Ordinários (Tributos)	10,00%	6,69%
Lucro de pessoas jurídicas	4,00%	3,86%
Outros	3,50%	8,79
Condicional (aumento do Finsocial)	5,50%	—

Fonte: DOU 01/02/91

Os recursos da Previdência Social foram entre 20 a 30% destinados à assistência à saúde dos trabalhadores. Só nos dois últimos anos (com a criação do OSS) foi que as atividades do Ministério da Saúde passaram a ser financiadas igualmente pelos recursos da Previdência Social, e posteriormente, da Seguridade Social. No quadro 4 podemos ver os percentuais dos recursos da Seguridade Social destinados à Saúde. Fica preocupante quando sabemos que justamente numa época de recessão estes recursos tenderam a diminuir ao aparente aumento de percentual nos últimos anos podem ser apenas um artifício. Estes recursos, devido às modificações constitucionais, deveriam ter aumentado, mas praticamente estacionaram devido à diminuição da arrecadação.

QUADRO — 4
DEMONSTRATIVO DO PERCENTUAL DA SEGURIDADE SOCIAL DESTINADO À SAÚDE 1980-1991 — BRASIL

1980 — 28,49 %	1984 — 22,94 %	1988 — 38,75 %
1981 — 24,96 %	1985 — 24,82 %	1989 — 30,31 %
1982 — 22,33 %	1986 — 23,19 %	1990 — 23,00 %
1983 — 21,18 %	1987 — 34,68 %	1991 — 23,64 %

FONTE: DAF-MINISTÉRIO DA SAÚDE

Pelos novos dispositivos da Constituição Federal de 1988, os recursos destinados à saúde passaram a ser todos oriundos da Seguridade Social. A origem percentual da receita da Seguridade Social, destinada ao Ministério da Saúde, ao Inamps e ao total da Seguridade encontram-se no quadro 5, referentes ao ano de 1991. Podemos atentar para alguns detalhes deste quadro. O percentual de recursos fiscais para a saúde é de apenas 4,35 e para a Seguridade como um todo de 6,69. Aqui novamente podemos sentir o "encolhimento" desta fonte de receita, quando no ano anterior era de cerca de 10%. Estudos da Dataprev para os anos de 1980 a 1986 crescente nestes anos iniciando por 12,98% em 1980 até 22,67% em 1986.

QUADRO — 5
ORIGEM PERCENTUAL DA RECEITA DA SEGURIDADE SOCIAL — BRASIL — 1991

	SAÚDE			TOTAL
	MS	INAMPS	TOTAL	SEGURIDADE
CONTRIB. DE EMPREGADOS	—	53,24	35,38	46,97
FINSOCIAL	81,74	14,01	36,83	22,71
PIS/PASEP	—	—	—	—
REC. ORDINÁRIOS — TRIBUTOS	1,45	5,83	4,35	6,69
DIRETAMENTE ARRECADADO	4,67	20,17	14,94	6,64
CONTRIB. SOC. SOBRE LUCRO	—	—	—	—
PESSOA JURÍDICA	7,55	5,52	6,20	3,86
CONCURSO PROGNÓSTICO	0,01	1,13	0,75	0,57
OPERAÇÃO DE CRÉDITO	2,42	—	0,81	0,56
OUTROS	2,16	—	0,73	1,02
TOTAL (BILHÕES DE US$)	100,00 (4,541)	100,00 (8,498)	100,00 (13,489)	100,00 (57,051)

Quanto ao destino dos recursos da Seguridade Social distribuídos entre os vários ministérios vamos encontrar a grave questão da responsabilidade de pagamento de encargos previdenciários da união com recursos da Seguridade Social. Em debate no Congresso, esta questão ficou clareada e alguns destes recursos estão sendo recuperados e serão paulatinamente reduzidos ao pagamento de apenas 10% destes encargos nos próximos anos e não mais a responsabilidade de arcar com a quase totalidade deles, como ocorreu em 90 e 91. Da mesma maneira que entrava a contribuição dos recursos fiscais na composição da receita da seguridade, saíam por outro lado percentuais maiores destinados tanto à cobertura de encargos previdenciários da União como outros destinos indevidos dados aos recursos da seguridade. Dos poucos recursos ainda se tem que subtrair os desviados de finalidade e os desviados por fraude e corrupção. (quadro 6)

QUADRO — 6
DESTINO PERCENTUAL DOS RECURSOS DA SEGURIDADE SOCIAL — BRASIL — 1991

ÓRGÃO	%
MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL	57,89%
MINISTÉRIO DA SAÚDE (7,96) INAMPS (15,68)	23,64%
UNIÃO — ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS	8,63%
MINISTÉRIO DA AÇÃO SOCIAL	5,04%
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO	2,33%
TODOS OS DEMAIS	2,47%
TOTAL (57,051 BILHÕES DE DÓLARES)	100,00%

FONTE: D.O.U. — 01 02/91

O destino por elemento de despesa está no quadro 7. As despesas correntes consomem a maior parte dos recursos, mas não podemos nos esquecer que nela estão embutidas tanto as despesas com compra de serviços junto ao setor privado contratado, como as transferências aos vários institutos e fundações ministeriais. Os gastos com pessoal aparecem aí embutidos, podendo parecer aos desatentos que as despesas com pessoal são relativamente menores do que ocorre nos serviços de saúde em geral.

QUADRO — 7
DESTINO PERCENTUAL DOS RECURSOS DA SEGURIDADE SOCIAL POR ELEMENTO DE DESPESA BRASIL — 1991

ELEMENTO DE DESPESA	SAÚDE			SEGURIDADE SOCIAL
	MS	INAMPS	TOTAL	TOTAL
PESSOAL	15,08	25,22	21,58	11,51
ENCARGOS PREV./DA UNIÃO	—	—	—	08,63
OUTRAS DESPESAS	55,34	64,30	62,29	68,69
CAPITAL	29,58	10,48	16,90	11,18
TOTAL (BILHÕES DE CR$)	100,00 (4,541)	100,00 (8,948)	100,00 (13,489)	100,00 (57,051)

FONTE: D.O.U. — 01/02/91

O demonstrativo do destino dos recursos dentro do Ministério da Saúde e do Inamps está expresso nos quadros de despesas (8 e 9). O entendimento correto destes dados não é simples, pois em cada uma destas despesas estão contidas várias outras especificações, o que não cabe aqui detalhar.

QUADRO — 8
DEMONSTRATIVO DE DESPESAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE — 1991

ÓRGÃO	MILHÕES US$	%
MINISTÉRIO DA SAÚDE — ADMINISTRAÇÃO	1.090,15	24,00
SUCAM	996,10	21,93
CEME	252,55	5,56
FIOCRUZ	366,11	8,06
FUNDAÇÃO SESP	867,96	19,11
INAM	203,93	4,49
FUNDAÇÃO PIONEIRAS SOCIAIS	220,40	4.85
FUNDO NACIONAL DE SAÚDE	11,81	0,26
FUNDO DA SUCAM	0,37	0.01
FUNDO DA CEME	561,40	12,36
TOTAL (CR$ 1.521.163.893.000)	4.540,79	100,00

FONTE: D.O.U. — 01/02/91

QUADRO — 9
DESTINO DE DESPESAS DO INAMPS — 1991

ÓRGÃO	MILHÕES US$	%
INAMPS — ADMINISTRAÇÃO	542,69	6,13
DÍVIDA EXTERNA	8,81	0,10
CONSTRUÇÃO DE IMÓVEIS	337,24	3,78
MELHORIA DE INSTALAÇÕES	23,88	0,26
REFORMA E AMPLIAÇÃO DA REDE FÍSICA	10,48	0,11
PESQUISA E COOPERAÇÃO TÉCNICA	15,93	0,18
MANUTENÇÃO DA REDE ELÉTRICA	1.642,45	18,57
INTERNAÇÃO REDE HOSPITALAR CONT CONV.	3.054,67	34,13
APOIO TÉCNICO A SECRETARIAS ESTADUAIS	1.703,30	19,03
APOIO TÉCNICO A SECRETARIAS MUNICIPAIS	974,74	10,94
AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS	32,08	0,36
APOIO TÉCNICO E FINANCEIROS A INST. SAÚDE	86,03	0,96
PREVIDÊNCIA (INATIVOS/PENSIONISTAS)	469,43	5,25
ASSISTÊNCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA A SERVIDORES	15,61	0,17
TOTAL (CR$ 2.997.693.118.000)	8.948,34	100,00

FONTE: D.O.U. — 01/02/91

4. A ATUAL PROPOSTA DE FINANCIAMENTO DO GOVERNO FEDERAL É TRANSITÓRIA OU DEFINITIVA?

A pretensão do Governo Federal é de que até o final da atual administração, em cinco anos, se elevem os gastos com saúde a um montante de 10% do PIB. Assim não acreditam estudos econômicos, baseando-se tanto no não-crescimento dos investimentos em Saúde, como o agravante de uma queda no PIB. Assim duas possíveis ameaças estariam pendentes: baixar os investimentos em saúde proporcionalmente e, o que seria muito pior, estes percentuais ainda que estáveis ou em subida lenta, significarem menos recursos para a saúde devido à queda real nominal do PIB.

Como conseguir sair deste impasse? Qual a proposta governamental? O Ministério da Saúde tenta conseguir carrear mais recursos para a saúde. Elevar a participação pública federal na saúde a 4% do PIB. Esta era a proposta para o ano de 1991, que no real não aconteceu. A este montante acrescentar-se-iam 2% do PIB correspondentes aos investimentos estaduais, municipais e privados. No final, em 1995 teríamos atingido os 10% do PIB com cerca de 40 bilhões de dólares, juntando investimentos públicos das três esferas e os privados.

A nova proposta de financiamento do Governo Federal está praticamente concretizada através da Norma Operacional Básica Nº 1 de Janeiro, reeditada em julho de 1991, com algumas alterações. O essencial da proposta é o pagamento por produção de serviços, tanto do público como do privado contratado. É como se voltássemos à época pré-AIS (Ações Integradas de Saúde), um modelo de financiamento dos serviços públicos
implantado em 1983. Este modelo faz parte da proposta anterior de compra de serviços pelo INAMPS e nenhuma expansão dos serviços próprios.

Esta nova proposta de financiamento das ações de saúde será sintetizada nos próximos itens.

A. FINANCIAMENTO DAS AÇÕES HOSPITALARES = AIH (AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES)

As internações hospitalares serão dimensionadas pelo parâmetro de 10% da população/ano. As AIH serão alocadas por estado pelo critério populacional e repassadas a municípios que atendam a pré-requisitos estabelecidos, a cada mês, na proporção de 80% do duodécimo-mês, ficando os 20% restantes para compensação estadual. A estimativa é de que em valores médios de agosto/91 cada AIH tenha um custo de Cr$ 100.000,00. Os valores de recursos repassados a Estados e Municípios referentes às AIH serão diferentes em conseqüência da maior ou menor complexidade dos serviços oferecidos.

Os critérios anteriores de distribuição de AIH não eram os populacionais, mas sim os de produção de serviços. Os estados que mais produziam serviços, maior número de AIH recebiam. A nova sistemática vai trazer problemas quanto à alocação das AIH, tanto em nível de estados como em nível de Municípios. O fator de 20% a título de banco de compensação será suficiente? Os estados que não dispoêm de recursos de internação tanto em quantidade quanto em complexidade, farão encaminhamento de seus pacientes juntamente com as AIH? E os Municípios, o que farão? Seguirão a mesma dinâmica? Farão encaminhamentos com o paciente portanto as AIH? Haverá um abuso nas internações naqueles municípios que receberem cotas de AIH para distribuição a nível local?

Tomando valores repassados por AIH a estados e municípios em junho/91 temos que o montante Brasil chegou a 63.89 bilhões de cruzeiros. O valor médio de AIH para o Brasil foi de Cr$ 41.069,30. Este valor médio de AIH variou entre os Estados e com menor complexidade de procedimentos de Cr$ 12.944,40 e Cr$ 60.657,60, nos estados com maior complexidade de recursos hospitalares.

Os valores de AIH até o mês de julho tinham uma maneira de pagamento impossível de controle pelos próprios prestadores, pois havia uma antecipação de percentual num prazo de 30 dias e o pagamento do restante (deduzidas as glosas, explicáveis por vezes e inexplicáveis, o mais das vezes). A proposta é de que sejam apresentadas as faturas até o quinto dia útil do mês seguinte aos serviços produzidos e o pagamento na mesma data dos serviços faturados no mês imediatamente anterior. No primeiro mês da nova sistemática o pagamento só ocorreu ao final da primeira quinzena.

Para o início de 1992, a proposta é o pagamento destas faturas de 15 em 15 dias.

B. FINANCIAMENTO DAS AÇÕES AMBULATORIAIS = UCA (UNIDADE DE COBERTURA AMBULATORIAL)

A proposta governamental é de que seja estipulado um valor per capita ano para cada estado baseado no critério populacional, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde. Este valor foi estipulado em janeiro para o primeiro trimestre, sofreu aumentos em abril, maio, junho e julho. Estes aumentos foram diferenciados por estados da federação e atualmente estão fixados por grupos de estados nos seguintes valores-ano:

— Cr$ 4.490,00 (Acre, Amapá, Rondônia Roraima, Tocantins)

— Cr$ 5.620,00 (Amazonas, Maranhão Mato Grosso Pará, Piauí)

— Cr$ 6.730,00 (Alagoas, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Rio Grande do Norte, Sergipe)

— Cr$ 7.490,00 (Bahia, Ceará, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Santa Catarina)

— Cr$ 8.230,00 (São Paulo, Rio de Janeiro)

Estes valores multiplicados pela população de cada estado será o montante devido por ano a cada unidade da Federação para cobrir as atividades ambulatoriais. A cada mês corresponde um doze avos do total. Estes valores podem ser corrigidos periodicamente.

Deste montante mensal serão deduzidos os valores correspondentes aos serviços ambulatoriais produzidos tanto pelo público como privado contratado (GAP/Prestador). Se sobrar algum resíduo deste valor total este será rateado entre o Estado e seus Municípios. Para o estado fica 10% deste valor e para os municípios que tenham atendido aos pré-requisitos estabelecidos pela Lei 8142, será rateado um valor per capita correspondente ao resíduo dividido pela população do Estado. Cada município receberá o equivalente ao per capita apurado e multiplicado pela população de seu Município. Os Municípios que não cumprirem os pré-requisitos receberão os recursos via Estado, já que ao Estado caberá a administração dos recursos restantes. Na primeira redação da NOB em janeiro, não ficara clara a obrigatoriedade dos Estados ratearem estes recursos referentes aos municípios que não tenham cumprido as exigências. Na nova redação da NOB, de julho de 91, consta claramente a obrigação dos Estados de redistribuí-los aos municípios por critérios próprios. Estes recursos residuais de UCA só poderão ser utilizados em custeio de atividades de assistência à saúde, exceto gastos com pessoal.

Este financiamento é o mais controverso deles. A proposta federal é de que ele seja quantificado de acordo com a capacidade instalada, complexidade de serviços e perfil epidemiológico. Corresponde aos valores que historicamente eram repassados para as atividades ambulatoriais dos contratados e conveniados. Num primeiro tempo a estes recursos somaram-se os recursos repassados através das Ações Integradas de Saúde (AIS), a partir de 1983. Com o advento do SUDS, alguns Estados e Municípios continuaram recebendo pelas AIS e outros se integraram ao convênio.

Os valores repassados para custeio do público estadual e municipal e para privado contratado teve os valores abaixo relacionados

— 1989 valor absoluto: Cr$ 2.721.820.000,00
valor em dólar: US$ 829.823.171 (DÓLAR MÉDIO 89: 3,28)
valor em dólar per capita/ano: US$ 5,63 (0,47/mês)
— 1990 valor absoluto: Cr$ 170.516.310.999
valor em dólar: US$ 2.257.298.266
valor em dólar per capita/ano: US$ 15,10 (11,26/mês)
— 1991 valor absoluto: Cr$ 956.118.324.000
valor em dólar: US$ 2.766.145.882
valor em dólar per capita/ano: US$ 17,78 (1,48/mês) (estes valores são resultantes da base da soma das UCAS mês a mês e projeção para os três últimos meses)

Numa primeira análise, o valor per capita para estes procedimentos teve um aumento sensível tanto em relação ao ano de 1989, e melhor ainda em relação aos valores de 1990. Entretanto, tem-se que levar em consideração que estes valores per capita não foram assim distribuídos. A base de sua distribuição dependeu de alguns critérios va-

riáveis por Estados e geradores dos valores diferenciados do per capita exposto acima em grupos de Estado. Sua distribuição depende igualmente de uma tabela de procedimentos estabelecida pelo MS/INAMPS de caráter nacional. Assim esta distribuição per capita apresenta suas iniqüidades. Os Estados que produzem serviços de maior complexidade e de maior qualidade e quantidade, não conseguem com os recursos que lhe são alocados cobrir nem mesmo o custeio dos serviços produzidos. Acaba não sobrando resíduo para ser rateado pelo critério exposto acima. O montante destes recursos cresceu, mas a sua distribuição nem obedece aos preceitos da Constituição, nem atende aos mesmos critérios estabelecidos na NOB 1/91. Os critérios não lógicos nem claros em se estabelecerem os valores per capita por grupo de Estados, resultam na sobra aparentemente excessiva em alguns Estados e falta em outros. O princípio de se remunerar igualmente serviços públicos e privados, através de uma tabela única, iria demandar necessariamente maior soma de recursos. Outra consideração a ser feita é que este aumento de recursos per capita pode parecer à primeira vista como um acréscimo de recursos, só que não se pode esquecer que recursos antes reservados à manutenção dos ambulatórios e próprios do INAMPS agora, exceto os recursos de pagamento de pessoal, estão igualmente alocados neste montante. Apenas, ao que parece, houve uma modificação da origem. Deslocou-se para este ítem mais recursos, mas igualmente mais encargos que antes corriam por outra origem.

Além desta falta de lógica na distribuição destes recursos em relação aos vários Estados e no crescimento destes valores em relação a parâmetros de anos anteriores, existe uma iniq'uidade interna na distribuição, já que a massa de recursos destinada a determinados Estados em anos anteriores tinha um universo de distribuição menos abrangente que o atual. Serviços produzidos por determinados serviços ou municípios não estavam inclusos no rateio, sendo que agora estão. Isto fez com que o valor per capita antes recebido por determinados serviços e Municípios ou diminuiu ou teve valores iguais ou apenas pouco aumentados.

A comparação em dólares provavelmente mascarou resultados mais reais, pois o câmbio em dólar esteve afeto a variáveis de crescimento diferentes, inclusive com congelamentos forçados pela política monetária.

Os mecanismos de funcionamento desta nova sistemática não estão suficientemente claros e transparentes. Os valores permanecem globalmente indecifráveis. Por exemplo, em relação ao mês de julho de 1991 encontrava-se retido o valor de 10,67 bilhões de cruzeiros junto ao MS, quando pelas regras estabelecidas não haveria explicação para esta retenção. Dos 94,85 bilhões referentes ao mês de julho, apenas 64,12 foi repassado via GAP/Prestador, restando um saldo final em julho de 40,24 bilhões de cruzeiros. Diga-se de passagem que alguns Estados continuadamente vêm apresentando valores de produção superiores a suas cotas mensais e conseqüentemente vêm sendo glosados em suas faturas, ainda que no global o MS da Saúde mantenha fundos retidos na ordem de 40,24 bilhões de cruzeiros!...

A proposta de pagamento é mediante a apresentação de faturas até o quinto dia útil do mês subseqüente aos serviços produzidos. O pagamento será feito no último dia do mês subseqüente. Nos últimos três meses isto tem sido uma rotina cumprida.

Os valores referentes à UCA residual estão sendo transferidos ainda de forma não sistemática. O MS tem retido alguns valores com justificativa não clara. Nos Estados que apresentam faturas mediante o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), justamente onde poderia ficar claramente testada a distribuição da UCA residual, não tem havido sobra de UCA, pois a produção tem superado estes valores.

C. FINANCIAMENTO PARA INVESTIMENTO NA REDE = UCR (UNIDADE DE CAPACITAÇÃO DA REDE)

Este tipo de financiamento federal é uma novidade introduzida pela NOB 1/91 modificada em julho/91. Ela se destina à compra de equipamentos para a rede estadual e municipal pública já existente. Aqui outra novidade. Os valores a serem distribuídos variam inversamente em relação ao valor da UCA de cada grupo de Estados. Os Estados com a UCA mais baixa (Cr$ 4.490,00) receberão 5% deste valor para rateio per capita para cada município. Seqüencialmente, os demais grupos de Estados receberão 4, 3, 2 e 1% dos valores de sua UCA. Aqui se buscou um mecanismo de melhora da rede justamente naqueles Estados com menor número de serviços de saúde ou com serviços de menor complexidade.

Pode parecer a todos que são recursos novos incorporados ao financiamento federal. Apenas se normatizou a passagem de recursos de investimento balizando seu destino à compra de equipamentos para unidades existentes. Fazendo-se o cálculo conforme os parâmetros colocados teremos uma passagem de recursos estimada em 1.915.506.017,00 cruzeiros, para o fim de agosto referente ao mês de julho. Estes recursos estão sendo repassados aos Estados para uso na compra de equipamentos em unidades Estaduais e Municipais. Para os Estados representa perda em relação ao anteriormente recebibo. Quanto à origem dos recursos é bom lembrar que o montante que até o momento vinha sendo repassado a estados como recursos de investimentos é bem superior a este montante e que agora não mais será repassado. Entretanto, que fique bem claro que o montante de recursos para este tipo de financiamnto sofreu um violento corte com a nova sistemática, além da limitação à aquisição de equipamentos e não mais a obras e equipamentos.

Ainda nesta linha de financiamento para investimento a NOB 1/91 reeditada lembra que outros recursos de investimentos poderão ser pleiteados de acordo com os planos de saúde. Serão repassados desde que previstos no plano qüinqüenal de investimentos do MS, ou nos planos estaduais e municipais de saúde aprovados nos respectivos conselhos, na Lei orçamentária aprovada no Congresso ou, em caráter de absoluta excepcionalidade. Aqui se advoga a necessidade de uma regulamentação mais clara em que haja uma adequação dos planos municipais de saúde em relação aos investimentos compatibilizados a nível estadual. A prática até hoje adotada pelo Congresso de, na aprovação da Lei Orçamentária, pulverizar recursos de investimentos em saúde pelos municípios apenas pelo critério clientelista, deverá ser combatida veementemente, pois só no ano de 1991 4/5 dos recursos de investimento do MS já vieram "carimbados" na Lei Orçamentária por negociações de parlamentares.

D. FINANCIAMENTO COMO ESTÍMULO À MUNICIPALIZAÇÃO E PARA AÇÕES COLETIVAS = FEM (FATOR DE ESTÍMULO À MUNICIPALIZAÇÃO)

Estes recursos serão repassados aos Municípios que ti-

verem cumprido as exigências da Lei 8142. Serão calculados na base de 5% do valor da massa da UCA de cada Estado e rateados por valor per capita dividido em doze, a fração mensal da UCA. Tanto estes recursos como os da UCR não serão deduzidos da UCA, apenas se usa a massa de UCA como base de cálculo. Estes valores serão repassados até o quinto dia útil de cada mês. Estes recursos serão repassados com destino aconselhável para as ações de saúde coletiva. Como o repasse tanto de UCA residual, como de UCR e do FEM são por via convenial, o controle sobre sua aplicação estará sob jurisdição do Tribunal de Contas da União, tanto quanto aos valores quanto à finalidade da aplicação. Vale lembrar que além destas formas de financiamento existem gastos do Ministério da Saúde com distribuição de medicamentos, vacinas, alimentos e na manutenção de serviços diretamente gerados pelo Ministério da Saúde: SUCAM, SOSP, FIOCRUZ, ETC...

Estas são as formas de financiamento atualmente em vigor pelo Governo Federal. Ao que se deduz, a exigência legal para se receber como prestador de serviços é apenas o cadastramento das instituições públicas. Já o recebimento da UCA residual, da UCR, do FEM dependem do cumprimento de pré-requisitos que são aqueles da lei 8142.

As exigências legais para que um município assine convênio com o Governo Federal e passe a ser considerado "municipalizado" são as seguintes:

A. criação de Conselhos Municipais de Saúde (COMUS);

B. criação de Fundo Municipal de Saúde;

C. apresentação de Plano Municipal de Saúde aprovado pelo Conselho e referendado pelo Poder Executivo;

D. Programação e Orçamentação em Saúde como detalhamento do Plano de Saúde;

E. apresentação de Relatório de Gestão Local (de desempenho assistencial, gerencial e financeiro);

F. contrapartida de recursos orçamentários municipais para a Saúde;

G. constituição de Comissão de Elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários com prazo de dois anos para sua elaboração.

Estes pré-requisitos e condicionantes para que sejam repassados recursos para os municípios são exigências óbvias e desejáveis. Fizeram parte do ideário de todos quantos lutaram por uma reforma sanitária neste país. Há um consenso geral de que sejam estas metas a serem alcançadas pelos municípios no mais curto prazo de tempo. Entretanto, o que não se concorda é que estas exigências sejam condicionantes do repasse dos recursos.

Numa análise sumária desta nova sistemática, colocamos aqui os pontos fundamentais que contrariam a legislação em vigor e as propostas defendidas pela reforma sanitária;

— passagem de recursos pela forma convenial;

— passagem de recursos por critérios nem exclusivamente por quociente populacional, nem pela combinação proposta pelo art. 35 da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080);

— uso do critério de produção para os prestadores públicos, mecanismo conhecido como fonte de corrupção incontrolável, sistema há muito tempo condenado e combatido veementemente;

— o pagamento por produção acaba por não cobrir a dívida social acumulada quando se tem uma rede de serviços a se criar, e a criada encontra-se sucateada, incapaz de produzir serviços básicos e muito menos ainda os de maior complexidade;

— alijamento quase que natural dos Municípios de pequeno e médio porte cuja produtividade é pequena e onde o custo fixo, ponto de equilíbrio entre custo e benefício, está mais longe do benefício e mais perto do custo;

— manutenção de recursos a nível Federal para repasse a Estados e municípios (custeio e investimento) que deveriam ser simplesmente repassados segundo a lei;

— a centralização de recursos a nível Federal está muito distante do discurso da descentralização e da proposta da reforma sanitária que reserva aos municípios a competência e autonomia para resolver os problemas a partir do planejamento e administração locais;

— falta de clareza do papel dos Estados, novamente adotando medidas centralizadoras e reabrindo escritórios federais em cada Estado, quando as competências a eles atribuídas poderiam ser realizadas pelas próprias Secretarias Estaduais de Saúde;

— tabela de procedimentos com valores nacionais, quando as condições de custos e mercado sofrem diferenças acentuadas entre regiões e Estados;

— reforço na tabela de procedimetnos de valorização do capital sobre o trabalho, com valores a menor para os procedimentos básicos essenciais e maior valorização proporcional para os procedimentos que utilizem mais equipamentos;

— não nos parece mera coincidência quando tomamos estes valores de tabela e verificamos que justamente os procedimentos mais característicos dos serviços públicos, onde se usa mais do trabalho que do capital, são exatamente os proporcionalmente menos valorizados.

Não se pode, entretanto, deixar de salientar aquilo que significou avanço em relação à prática anterior de repasse de recursos:

— pela primeira vez se tem uma maneira mais sistematizada de repasse de recursos, com estabelecimento de critérios tornando mais transparentes estes repasses;

— a valorização em igualdade de condições do público e do privado, quanto a uma tabela única, pois em passado recente os serviços públicos amargaram com reajustes de 0 a 40% (enquanto os serviços privados tiveram mais de 800% de reajuste (ano de 1988);

— oportunidade de pôr fim a outras iniqüidades maiores que aconteciam e ainda acontecem neste Brasil, quando Estados retêm recursos destinados aos municípios, ou os incorporam em seus orçamentos, reduzindo seus recursos orçamentários destinados à saúde;

— possibilidade de diminuir a disparidade entre os recursos repassados ao setor privado (cerca de 70%) em detrimento do público com apenas cerca de 30%.

A argumentação de que as ilegalidades da proposta governamental são apenas transitórias, é preocupante a tantos quantos militam nesta área. Julgamos que todo este caminho tortuoso, defendido como transitório, pode virar a regra fixa. O passado de transitórios que se cristalizaram no tempo justificam estes nossos temores. É urgente que se busque uma saída legal para que o funcionamento correto em valores e sistemática seja conseguido o quanto antes.

5. UMA PROPOSTA DE MODELO PARA A SAÍDA... A LUZ NO FIM DO TÚNEL OU DO BECO...

5.1 AS FONTES DE RECURSOS

A insuficiência de recursos para se garantir tanto os direitos previdenciários como o atendimento às necessidades de saúde passam por se garantir urgentemente, de

maneira plena, as atuais fontes, bem como buscar novas fontes de financiamento. Para isto dois são os mecanismos básicos: aumento da arrecadação e diminuição das perdas.

O aumento da arrecadação deverá se dar de várias maneiras:

CRESCIMENTO ECONÔMICO

Fator essencial para, neste momento se conseguir mais recursos, é o crescimento econômico através do aumento da produção, a conquista de emprego pleno e salários mais justos para que a classe trabalhadora possa atender a suas necessidades vitais maiores. Em primeiríssimo lugar, tem-se que aumentar o PIB. Só mudanças estruturais em nossa organização política, econômica e social, poderá nos levar a uma posição reconhecidamente mais evoluída, de mais justiça social e menos discriminação. Os estudiosos da economia falam em recessão prolongada. A concretização da primeira proposta já parece inatingível. O aumento do bolo parece ficar distante. Mas se não for possível aumentar, será que não deveríamos partilhar de uma forma menos iníqua? A Saúde como um direito mínimo e essencial de cidadania. Direito não desperto ainda dentro de todos, mas que temos esperança de um dia podermos estar respondendo dignamente a todos.

Mesmo enquanto não conseguirmos aumentar o PIB, (fazer crescer o bolo), temos que urgentemente elevar a participação da saúde no montante dos recursos nacionais. Esta relação entre o PIB e Saúde no mínimo é curiosa: estamos entre as dez primeiras potências econômicas mundiais, com um PIB de 335 bilhões de dólares, mas nos esquecemos de ver a relatividade desta classificação, pois a diferença entre os que têm o PIB mais elevado e o Brasil é de 10 vezes menos. O nosso PIB per capita total representa pouco mais do que os países desenvolvidos gastam com saúde per capita!...

Dentro dos mecanismos de aumento da arrecadação existem outros mais específicos, além do crescimeto econômico visto em seu aspecto macro. O aumento da arrecadação para a saúde, dentro da Seguridade Social ou como fundo independente, passa pelo aumento direto da arrecadação.

B. AUMENTO DIRETO DA ARRECADAÇÃO

Há necessidade de maior participação dos recursos fiscais da União para a Seguridade social, em especial destinados à Saúde. Atualmente para a saúde especificamente temos em 1991 apenas 4,35%, se tomarmos a seguridade como um todo vamos chegar a 6,69%. Estudos comparativos com outros países apontam que os gastos com saúde devem estar na faixa de 10 a 15% dos recursos públicos.

Para este aumento direto tem-se que pensar em novas fontes alternativas de recursos como a alocação dos recursos referentes aos seguros de acidentes de terceiros, hoje recolhidos pelas seguradoras e com os acidentados em grande maioria atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Aqui igualmente se incluiria o ressarcimento por serviços prestados aos mais diversos tipos de seguros saúde e de assistência cuja clientela normalmente se vale simultaneamente dos dois sistemas de saúde.

Outros mecanismos de aumento de recursos estão ligados ao estímulo à arrecadação e conseqüente combate à sonegação, fonte de tantas perdas.

C. DIMINUIÇÃO DAS PERDAS

Além das perdas por sonegação existe uma fonte grande de perdas do já arrecadado. Para que as perdas diminuam é necessário:

— Eliminar o uso dos recursos da Seguridade social para outras finalidades. A mídia mostrou nos últimos meses o embate no Congresso quando se comprovaram denúncias de desvio de recursos da Seguridade social para outras finalidades que não as suas precípuas.

— Evitar que o Ministério da Fazenda ou o próprio Ministério da Previdência Social retenha indevidamente para repasse futuro os recursos destinados ao Fundo Nacional de Saúde.

— Combater a corrupção interna, externa e mista. Se os parcos recursos existentes ainda sofrem processo de desvio por corrupção, vão faltar recursos para o essencial.

— Finalmente os recursos parcos que conseguem ser arrecadados não podem se perder, parcial ou totalmente, através da incompetência do gerenciamento que por vezes acaba por administrar mal estes recursos. É triste constatar quando os parcos recursos ainda acabam sendo gastos mal na área da saúde.

5.2 ONDE ALOCAR OS RECURSOS: NA SEGURIDADE OU NA SAÚDE DIRETAMENTE?

Desde a Constituição de 1988 os recursos destinados ao financiamento da Saúde encontram-se alocados na Seguridade Social, juntamente com a Previdência e Assistência Social. Nas discussões prévias à Constituição o movimento da Reforma Sanitária defendia a posição de que os recursos da saúde deveriam ser alocados diretamente a ela em Fundo próprio e independente. Esta proposta não conseguiu sair vencedora na Constituição. A experiência de vários países em separar estes recursos tem se mostrado boa com vantagens para ambos os setores. Hoje, mais que antes, cresce a convicção que para nosso atual estágio de desenvolvimento, o melhor caminho é ter os recursos da saúde independentes dos da seguridade social. Será um ponto para discussão na Reforma Constitucional de 1993.

5.3 A DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DA SEGURIDADE SOCIAL

A Constituição de 1988 previa no art. 35 das disposições transitórias que, até a aprovação de LDO, trinta por cento no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego, seriam destinados à Saúde. Na LDO 90 e 91, ainda que fosse este o espírito e o mandado da lei, não se conseguiu alocar o percentual de 30%. Na LDO 92 conseguiu-se garantir um mínimo de 30% para o setor de Saúde no O.S.S. (art. 28 par. 3º: "Serão alocados ao setor Saúde, no mínimo 30% do orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego").

5.3.1 SITUAÇÃO ATUAL (AGOSTO DE 1991)

Os recursos são insuficientes para cobrir todas as necessidades da Saúde e todos os benefícios da nova lei de custeio da Previdência.

A proposta defendida pela Saúde é ratear "democraticamente" por todos (saúde, previdência, assistência social) na proporção legal devida (mínimo de 30% para saúde e 70% para os demais).

Há quem queira incluir nos 30% destinados à saúde: o saneamento e o pagamento do pessoal dos hospitais universitários. Isto precisa ser urgentemente melhor discutido pois a lei 8080 no art. 32 par. 3º afirma "as ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo SUS, serão financiadas por recursos tarifáricos específicos e outros da União, Estados e Municípios, e em particular, do SFH."

Quanto ao pagamento do pessoal dos hospitais universitários, se não se conseguir excluí-los é necessário pensar na revisão do incentivo que hoje é dado pela Saúde na tabela de procedimentos dos hospitais universitários.

Cabe ainda a discussão sobre a preponderância que deve ter a Lei Orgânica da Saúde ou a LDO. Sendo ambas leis ordinárias, é importante ressaltar que a Lei Orgânica da Saúde é uma lei nacional e a LDO é uma lei ordinária restrita apenas ao âmbito Federal. Portanto pela 8080 seria ilegal alocar recursos de saneamento dentro da cota destinada à saúde.

A proposta orçamentária apresentada pela União ao Congresso no último dia 31/08 destina à Seguridade Social Cr$ 13,4 trilhões. Destes retira-se Cr$ 0,8 trilhões do PAT restando Cr$ 12,5 trilhões para a Seguridade, dos quais 30,6% estão destinados ao setor Saúde: Cr$ 3,8 trilhões.

A interpretação de que os 30% da LDO devessem ser para o setor Saúde e não para o Ministério de Saúde, possibilitou que se alocassem nesta conta recursos destinados para o Ministério da Ação Social, para Saneamento Básico (Cr$ 247,5 bilhões), para o Ministério da Educação, para pagamento de Saúde Escolar, merenda escolar e pessoal dos hospitais universitários (Cr$ 305,6 bilhões) e para o Ministério do Trabalho, destinado à saúde do trabalhador e à saúde do servidor (Cr$ 23,1 bilhões) e para Assistência Médica e Odontológica aos servidores dos órgãos Federais (Cr$ 22,5 bilhões). Nesta, para o Ministério da Saúde, especificamente restaram Cr$ 3,24 trilhões, o correspondente a 24,2%. Dos 30% desejáveis e conquistados, o Ministério da Saúde ficou diretamente apenas com 24,2%. O detalhamento de despesas do Ministério da Saúde está no quadro 10.

QUADRO — 10
DEMONSTRATIVO DE DESPESAS DO MINISTÉRIO DE SAÚDE — PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA

ÓRGÃO	EM BILHÕES DE CR$ (ABRIL/91)			
	CORRENTE	CAPITAL	TOTAL	%
MINIST. SAÚDE GLOBAL	156,29	407,97	524,26	17,40
CEME/EUCEME	125,97	4,40	130,17	4,00
F.N.S.	0,84	1,18	2,02	0,06
FIOCRUZ	32,15	12,45	44,60	1,37
FUND. PIONEIRAS SOCIAIS	21,75	13,16	34,91	1,07
FUND. NACIONAL DE SAÚDE	403,23	168,49	571,72	17,63
INAMPS	1.763,99	93,19	1.857,18	57,28
INAM	36,58	0,78	37,36	1,15
TOTAL	2.540,80	701,62	3.242,22	100,00

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

Os caminhos têm que ser descobertos e parece que a divisão democrática dos recursos e a luta pelo aumento seja o melhor caminho. O falso dilema de colocar Saúde X Previdência não parece correto, como também a afirmação de que as despesas com benefícios são inelásticas e que com a Saúde pode-se fazer reducões. A prática tem demonstrado que não é possível se fazer mais redução das despesas com saúde.

5.3.2 A PARTILHA DOS RECURSOS DA SAÚDE

Os recursos da Saúde arrecadados pela União são destinados a cumprir os preceitos constitucionais e infraconstitucionais em relação à saúde. Se os recursos são arrecadados pelo governo federal e as competências estão distribuídas entre as três esferas do governo (União, Estados e Municípios), conseqüentemente os recursos têm que ser partilhados entre os três níveis, para que se cumpram as competências legais de cada uma das esferas do governo.

5.3.2.1 QUANTO CABERIA AO GOVERNO FEDERAL?

Estudo do Solon, a partir das competências legais delegadas à União, estima que 10% dos recursos destinados à Saúde deveriam ficar a nível do Ministério da Saúde. Neste estudo foram excluídos todos os atuais gastos federais desenvolvendo atividades que não seriam de sua competência mas tipicamente estaduais ou municipais (Sucam, Pioneiras, etc.).

Estima-se que este percentual de 10 deveria ser elevado em alguns pontos para a União desempenhar outras competências, tipicamente suas, e hoje não desempenhadas.

5.3.2.2 QUANTO CABERIA A ESTADOS E MUNICÍPIOS?

A lei 8142, art. 3º par. 2º fala que, dos recursos destinados a Estados e Municípios, no mínimo 70% serão destinados aos municípios e o restante aos estados.

Se partirmos do princípio que entre 10 e 15% ficarão com a união, sobrarão de 90% a 85% para distribuir a Estados e Municípios. Assumindo ser 85% este montante, dele 70% deverão ser destinados aos Municípios e 30% aos Estados. A possível composição final seria a seguinte:

UNIÃO — 15%
ESTADOS — 25% (30% DE 85%)
MUNICÍPIOS — 60% (70% DE 85%)

No atual estágio de municipalização e considerando a disparidade de situação de implantação do SUS em Estados e Municípios, fica difícil, já no próximo exercício de 1992, alocar corretamente estes percentuais para distribuição entre Estados e Municípios.

Para o ano de 1992 todos os recursos destinados à Saúde deverão estar alocados no Fundo Nacional de Saúde e de lá destinados 10 a 15% ao Ministério da Saúde para desempenho de suas competências próprias e o restante (90 a 85%) alocados em TRANSFERÊNCIAS A ESTADOS E MUNICÍPIOS.

5.4 COMO DISTRIBUIR RECURSOS DA SAÚDE A ESTADOS E MUNICÍPIOS?

5.4.1 CUMPRINDO A LEGISLAÇÃO EM VIGOR

A lei 8080 pede uma regulamentação para o art. 35. A lei 8142 define que: "ENQUANTO NÃO SE REGULA O ART. 35 OS RECURSOS DEVERÃO SER REPASSADOS A ESTADOS E MUNICÍPIOS EXCLUSIVAMENTE PELO CRITÉRIO POPULACIONAL."

A NOB 1/91 reeditada em 17/7/91 (DOU 18/7/91) estabelece:

— AIH — CRITÉRIO POPULACIONAL
— UCA — CRITÉRIO POPULACIONAL (razão direta,

— UCR — CRITÉRIO POPULACIONAL (razão inversa)
— FEM — CRITÉRIO POPULACIONAL
— INVESTIMENTOS (OBRAS) — CRITÉRIOS AINDA OBSCUROS

COMO TENTAR REDUZIR ISTO AO CRITÉRIO POPULACIONAL EXCLUSIVO, PARA SE CUMPRIR A LEI 8142, HOJE EM VIGOR?

A UCA tem critérios diferenciados de peso. Os estados mais populosos, ainda que não seja este o critério, acabam tendo maior peso e maior valor per capita. Tomando os valores da UCA de julho temos uma UCA média de 7.320,00, sendo a UCA mais alta de 8.230,00. A diferença entre as duas é de 910,00. O volume total de recursos da UCA de julho é de 94,86 bilhões. Com um acréscimo de 12,49% conseguimos ter uma UCA média de 8.230,00 para todos os Estados do Brasil, o que corresponderia a um valor per capita igual para todos. Seria uma primeira hipótese. Entretanto esta hipótese seria ainda insuficiente pois existem estados que com estes valores não conseguem suprir suas necessidades nem ter resíduos. A produção de serviços já é superior a estes valores. A UCA é insuficiente para cobrir os atuais serviços e é justamente onde há pressão social para se ter maior oferta de serviços. Numa primeira análise o valor ideal de UCA para atender a todas as necessidades atuais seria de 10.662,02, o que resultaria num aumento necessário de 42,72%. Com o menor valor continuaríamos punindo os estados e municípios que oferecem mais serviços. Com o maior valor atendem-se às necessidades de todos.

O valor do FEM, de 5%, continuaria sendo igual para todos.

O valor da Unidade de Capacitação da Rede (UCR) é variável em razão inversa à UCA. Varia de 1% a 5%. Considerando os pesos e a população teríamos um valor mensal de 1,9 bilhões, o que corresponde a 2,02% do valor global da UCA julho. Esta UCR foi concebida com caráter inverso em relação à UCA para buscar a eqüidade. Alocando-se percentuais diferentes tentar-se-ía corrigir iniqüidades anteriores. Ao se estabelecer um valor per capita único para todo o Brasil, automaticamente se atenderia a este princípio. Irão sobrar mais recursos exatamente onde se faz necessário melhor equipar a rede para aumentar resolutividade.

A AIH já é por critério populacional com mecanismos estaduais e federal de compensação.

Os recursos de investimento deverão ser repassados a Estados e Municípios através de critérios transparentes. A sua alocação deverá necessariamente partir de um planejamento ascendente dos Municípios e Estados e compatibilizado a nível estadual e federal. Os critérios de montante de recursos e atendimento ao planejamento deverão ser estabelecidos através do Conselho Nacional de Saúde.

5.4.2 EM BUSCA DE UMA DEFINIÇÃO PARA O ARTIGO 35

5.4.2.1 PARÂMETROS ESSENCIAIS

Dois parecem ser os princípios balizadores essenciais para se definir os parâmetros de regulamentação do art. 35:

A) NENHUM CRITÉRIO DE PARTILHA PODERÁ PREJUDICAR ESTADOS E MUNICÍPIOS QUE HOJE PRODUZEM MAIS SERVIÇOS TANTO EM QUANTIDADE QUANTO EM QUALIDADE.

B) DEVE-SE BUSCAR ATENDER PRIORITARIAMENTE OS PROBLEMAS DE MAIOR GRAVIDADE E/OU EXTENSÃO.

5.4.2.2 DETALHAMENTO DE POSSÍVEIS CRITÉRIOS PARA A REGULAMENTAÇÃO DO ARTIGO 35.

UMA OBSERVAÇÃO INICIAL:

A. Há uma interpretação de que os sete critérios a serem detalhados devam ter exatamente os mesmos pesos. Isto equivaleria a afirmar que os 50% referentes ao conjunto de critérios deveriam ser rateados igualmente pelos sete = 50% dividido por 7, o que corresponderia a 7,14% para cada um dos critérios. Apenas internamente cada um dos critérios poderia utilizar-se de pesos diferentes. (O estudo do SOLON e PIOLA adotou esta interpretação).

B. Outra interpretação é de que cada um dos critérios poderia ter peso diferente. Por exemplo, o critério demográfico poderia ter o peso de 15%, o epidemiológico de 25%, e assim por diante, bastando que o total atingisse os 50%. Esta interpretação se baseia naquilo que imaginavam tantos quantos defenderam a inclusão destes critérios. A defesa legal é que se o legislador não explicitou é porque esta não era sua intenção. A diferença entre uma e outra interpretação é que a segunda permite maior elasticidade.

O detalhamento dos critérios passa por uma primeira definição: o que se pretende valorizar em cada um deles?

— PERFIL DEMOGRÁFICO

Maior valor: populações com alta taxa de natalidade, com maior população idosa, com maior imigração, com população flutuante em determinados períodos?

— PERFIL EDPIDEMIOLÓGICO

Maior valor: populações expostas a maior risco (mortalidade infantil elevada, epidemias, endemias, etc)?

— CARACTERÍSTICAS QUALI E QUANTITATIVAS DE SERVIÇOS

Maior valor: serviços oferecidos em maior quantidade (rede instalada), de maior complexidade e de melhor qualidade?

— DESEMPENHO NO PERÍODO ANTERIOR: TÉCNICO, ECONÔMICO E FINANCEIRO

Maior valor: esferas de governo que tenham investido mais no ano anterior tanto no aspecto técnico quanto econômico e financeiro?

— NÍVEIS DE PARTICIPAÇÃO DA SAÚDE NOS ORÇAMENTOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS

Maior valor: esferas de governo que já estejam dedicando mais recursos à saúde?

— PREVISÃO DO PLANO QÜINQÜENAL DE INVESTIMENTOS

Maior valor: aquelas esferas de governo que estejam programando investimentos maiores?

— RESSARCIMENTO DO ATENDIMENTO PRESTADO A OUTRAS ESFERAS DE GOVERNO

Maior valor: aquelas esferas que estejam servindo de referência?

5.4.2.3 QUE CAMINHO TOMAR?

Ao que tudo indica nesta análise preliminar, será muito difícil, se não impossível, buscar hoje uma definição aceitável para o art. 35.

A busca de eqüidade através destes parâmetros, na atual conjuntura, parece ser temerária. O óbice principal é a falta de dados o mínimo necessários e o mínimo con-

fiáveis. Corre-se o risco de ferir a eqüidade através da aceitação de casuísmos indefensáveis. Seria como uma tentativa de "forçar" o cumprimento atual de uma lei impossível de ser cumprida com clareza e precisão.

A saída pela partilha exclusivamente pelo quociente populacional é o cumprimento exato da lei 8142. O que já é possível hoje. A lei é clara que deva-se adotar este critério até que se defina o art. 35 da lei 8080. À primeira vista poderia parecer que esta definição era apenas uma questão de trabalho "braçal" de se fazer cálculos e modelos. A realidade está sendo clara em mostrar a tantos quantos tentaram que, com os dados disponíveis atualmente e com os casuísmos necessários para se definir o 35, esta opção é inviável.

O quociente populacional parece ser aquele que melhor atende, no momento, ao princípio da eqüidade. Atende ao princípio de não prejudicar os serviços que aí estão e que surgiram por determinantes econômicas e sociais. Indiretamente atenderá a regiões que precisam resolver problemas endêmicos e epidêmicos graves, aumentando os recursos além de sua simples produção atual. Entretanto, que fique claro que o critério populacional exclusivo, sem aumento da mesma de recursos, será altamente prejudicial aos Estados com mais serviços e de maior complexidade.

6. CONCLUSÃO FINAL

Os pontos de reflexão aí estão para buscar uma forma ideal de se conseguir mais recursos para a saúde e de como alocá-los corretamente em cada esfera de governo de acordo com as competências legais que lhe estão atribuídas, tanto na constituição como na legislação infraconstitucional.

Para se atender ao critério populacional se faz necessário apenas um aumento de recursos. Com isto estamos nos aproximando mais da eqüidade buscada e poderemos dedicar nosso tempo a resolver outras questões igualmente prementes. A tentativa de regulamentar neste momento o artigo 35 com impossibilidade técnica de fazê-lo por critérios transparentes e lúcidos que não dessem margem a casuísmos, irá talvez nos levar a todos a disputas e questionamentos que fatalmente desviarão a atenção de questões mais urgentes.

Resolvida a partilha, estaremos prontos para enfrentar outra luta pela legalidade que é o repasse direto e automático de recursos sem convênio e sem o critério de produtividade.

Qualquer que seja o caminho a trilhar, ele tem que ser o resultado de um entendimento entre representantes de todos os segmentos envolvidos, o que esperamos que seja feito através do fórum constitucional para o setor: o CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

Cumpre finalmente não nos esquecermos que na questão do financiamento é imprescindível a participação de Estados e Municípios de 10 a 15% de seus orçamentos fiscais para a Saúde. A presença de recursos federais em quantidade suficiente não pode servir de pretexto para que as outras esferas se escondam encolhendo sua participação financeira para se conseguir saúde para todos dentro dos princípios da universalidade, da eqüidade e da integralidade das ações de saúde.

O FINANCIAMENTO DA DESCENTRALIZACAO DOS SERVIÇOS DE SAUDE: CRITERIOS PARA TRANSFERENCIAS DE RECURSOS FEDERAIS PARA ESTADOS E MUNICIPIOS

Sumario Executivo

EQUIPE TÉCNICA
- **Solon Magalhães Vianna**
- **Sérgio Francisco Piola**
- **Antônio José Guerra**
- **Sebastião Francisco Camargo**

COLABORAÇÃO ESPECIAL
- **Marcos José Mandelli (OPS)**
- **José Agenor Alvares da Silva (OPS)**

I. Ao contrário do que dispõe em relação à educação, a Constituição Federal não assegura um patamar mínimo de recursos para o setor saúde.

II. A participação da União no financiamento do Sistema Único de Saúde — SUS tende a ser atendida, quase que exclusivamente, pelas constribuições sociais que compõem o orçamento da seguridade social. Nestas condições, essa participação parece fadada a repetir a experiência das relações do INAMPS com o SINPAS, qual seja a de ser custeada com o que sobra das despesas com benefícios previdenciários e prestações financeiras da assistência social.

III. Há pelo menos um bom indício (ver razões do veto ao art. 23 da Lei nº 8080/90, D. O. de 20/09/90, página 18059) de que a contrapartida do orçamento fiscal no financiamento do SUS, que poderia compensar eventuais insuficiências das contribuições sociais, não será mais do que residual.

IV. A partilha das transferências federais (SUDS) para estados e municípios, tomando o ano de 1989 como representativo, não tem obedecido ao princípio da eqüidade, favorecendo estados (SP, RJ, PR e DF) de melhor nível de saúde e maior disponibilidade de recursos assistenciais. (Tabela III) Além de ineqüitativa, a distribuição tem sido irregular, em parte porque os repasses dependem da vontade política do doador.

V. A Lei nº 8080/90 não só deixa espaço para a manutenção da política das "transferências negociadas", como pode, ainda, continuar limitando a autonomia dos estados e municípios na sua utilização. As secretarias de saúde não terão liberdade, por exemplo, para definir suas relações com o setor privado. Embora possam cumprir a formalidade da assinatura do contrato (Art. 18, .X) estarão sujeitas às normas da direção central do SUS a quem compete, até mesmo, fixar os valores das tarifas contratuais (Art. 26). Para não mencionar a possibilidade de que os recursos para remunerar os serviços contratados — e que têm representado parcela importante do orçamento da assistência médica — permaneçam centralizados, sem que possam, eventualmente, ser remanejados no nível estadual ou municipal.

VI. O elenco de critérios (Art. 35) para definir a partilha apresenta duas omissões, que reduzem o seu potencial como gerador de eqüidade. A primeira consiste em desconsiderar a renda per capita. Este indicador, se levado em conta, favoreceria as áreas mais pobres. A segunda é a não-explicitação sobre quais recursos deverão incidir os critérios. Aplicá-los apenas sobre o que se convencionou chamar de "dinheiro do SUDS" e não sobre o total dos recursos federais presentes nos estados, pouco contribui para diminuir a iniqüidade da distribuição.

VII. Neste trabalho não foram operacionalizados os critérios "desempenho econômico e financeiro" (Art. 35, IV), "previsão do plano qüinqüenal de investimentos " (VI) e "ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo" (VII). Os motivos dessa decisão estão expostos no Apêndice Metodológico.

VIII. Os demais, perfis demográfico e epidemiológico (Art. 35, I e II), características quantitativas e qualitativas da rede (III), desempenho técnico (IV), e nível de participação do setor no orçamento estadual (V) incidiram sobre 50% dos recursos. A outra metade foi rateada segundo o "quociente de sua divisão pelo número de habitantes" (Art. 35, Parágrafo 1). Os resultados obtidos fornecem um perfil de repartição que, em nível de macrorregião, é quase idêntico à distribuição da população. (Tabela VIII)

IX. Comparando-se as transferências observadas em 1989 com a distribuição simulada para o mesmo ano, de acordo com os critérios acima, constata-se na última uma distribuição mais igualitária. O Coeficiente de Gini que, na repartição real dos recursos federais, foi de 0,21 desce para 0,04 se forem aplicados os critérios da lei. Essa igualdade é reafirmada por um decréscimo expressivo no Coeficiente de Variação que passa de 47,75% para 7,30%. E, ainda, por um aumento, também bastante significativo, na Razão entre Valores Extremos que aumenta de 5,5% na situação observada para 65,26% na repartição simulada nos termos estabelecidos na Lei. (Tabela IX)

X. Nesta hipótese, considerou-se somente as transferências ("dinheiro do SUDS"), não levando em conta o total das "aplicações" federais em cada estado, o que levaria a incluir, além das transferências propriamente ditas, as despesas com contratos e convênios com o setor privado, com a rede própria e com os programas federais "verticais" (suplementação alimentar, distribuição de medicamentos, controle de endemias), mas excluindo os gastos com a administração central do MS, encargos da dívida, inativos e pensionistas e atividades de alcance nacional, tais como as desenvolvidas pela FIOCRUZ.

XI. Ainda que os critérios sejam aplicados apenas às

transferências (menos de 40% das disponibilidades do FNS) a repartição final do total das aplicações resulta menos desigual, do que a observada (Tabela X). A maior igualdade é constatada pela diminuição do Coeficiente de Gini que passa de 0,23 para 0,18, por um decréscimo no Coeficiente de Variação (60,13% para 51,48%) e por um aumento, ainda que pouco significativo, na Razão entre os Valores Extremos (12,47% para 16,57%).

XII. Numa segunda hipótese, simulou-se a incidência dos critérios da lei sobre o total das "aplicações" federais nos estados, o que é essencial para a obtenção de uma proposta mais equânime. A tabela XI demonstra os resultados deste exercício. Na coluna B registra-se o rateio do total das aplicações. Para se conhecer o total de recursos financeiros a ser efetivamente repassado a cada estado, basta subtrair as despesas com a rede federal própria do valor encontrado na coluna B. A coluna D registra essa operação (D = B-C).

XIII. Comparando-se — na mesma tabela — as colunas A (Total aplicado) e B (como seria o total aplicado em 1989 se tivessem sido usados os critérios da lei) verifica-se que os estados do Norte (com exceção do Pará e Amapá) e Rio Grande do Norte (NE), Goiás (CO), Rio de Janeiro (SE), Rio Grande do Sul (S) e Distrito Federal (CO) deveriam ter recebido menos recursos. E que, dado o que já vem sendo dispendido diretamente pelo governo federal, os recursos a serem repassados a estes estados (coluna D) — com exceção do Rio Grande do Norte e do Rio Grande do Sul — seriam inferiores aos observados em 1989. A situação do Rio de Janeiro seria particularmente embaraçosa, pois, face à dimensão da rede federal de saúde ali instalada, esse estado nada teria a receber como transferência.

XVI. As imperfeições dos critérios decorrentes das ambigüidades e das omissões mencionadas, aconselham a sua revisão. Propõe-se a adoção de cinco. Três usados na razão inversa: situação sanitária, nível de renda e grau de cobertura dos serviços de saúde. E dois na razão direta: desempenho do sistema e participação do setor saúde no orçamento estadual. Os primeiros favorecem a eqüidade. Dos dois últimos sinalizam para a eficiência e para maior participação dos recursos estaduais no financiamento do SUS.

XV. A alternativa proposta produz uma repartição mais eqüitativa. Regiões consabidamente mais carentes (N e NE) aumentariam sua participação relativa (Tabela XIII), quando comparadas com a a situação observada em 1989 ou com o resultado obtido pelo simples rateio populacional. Na hipótese recomendada perdem as regiões Centro-Oeste e Sudeste. A primeira devida à formidável diminuição dos recursos para o DF. A segunda por força das perdas do Rio de Janeiro.

XVI. A nova participação, embora incorpore dois critérios não relacionados com eqüidade (desempenho e participação no orçamento), revela-se bem mais eqüitativa do que a observada em 1989, ainda que menos igualitária (valores per capita menos próximos um do outro) do que os critérios da lei tal como operacionalizados neste estudo. O intuito da proposição não é buscar igualdade na divisão interestadual, na medida em que os estados são desiguais entre si em termos de recursos e de necessidades de serviços de saúde.

XVII. A aplicação prática dos critérios de partilha exige decisão prévia sobre algumas questões básicas. Sobre que recursos incidirão os critérios? Para que prevaleça a eqüidade no tratamento de desiguais, deve ser considerada a totalidade dos recursos federais, excluídos os gastos com a administração central do SUS e com ações de alcance nacional (pesquisa, por exemplo). Neste caso, a situação inusitada que se criaria para o Rio de Janeiro e Distrito Federal, terá que ser equacionada mediante algum mecanismo de ajuste compensatório.

XVIII. A descentralização supõe plena liberdade no uso dos recursos por parte das instâncias recipientes. Definidos os montantes de cada unidade federada caberá a estas — usando critérios similares aos da União — fixar os repasses para os municípios. Assim definidos, os recursos para o nível local escoarão diretamente sem transitar pelo Tesouro Estadual. Como fazer para estimular ou mesmo tornar compulsória a "generosidade" das Secretarias estaduais com as municipalidades? E mais, como conceder autonomia (e até onde) às próprias unidades de saúde da rede local? Estas são questões ainda irresolutas e, o que é mais sério, muito pouco debatidas.

XIX. A preocupação com uma eventual malversação dos recursos transferidos, explicitada em pelo menos dois dispositivos da Lei nº 8080/90 (Art. 16, XIX e Art. 33, Parágrafo 4º), é legítima. O futuro dirá se ela é procedente ou meramente preconceituosa, eivada de ressentimento da tecnoburocracia central pela perda de poder inerente ao processo de descentralização.

XX. De qualquer forma, é essencial coibir o mau uso de dinheiro público, o que pode ser feito, até com mais eficácia, se os controles também forem descentralizados. Neste contexto os colegiados setoriais podem jogar um papel bem mais importante, desde que não sejam instâncias meramente consultivas.

XXI. As sanções, na ocorrência de irregularidades, estão previstas na legislação em vigor. O que pode não estar previsto é a suspensão das transferências, em certas circunstâncias, tais como, uso dos recursos fora do sistema de saúde, inadimplência no recolhimento das contribuições sociais, não-utilização pelo estado de critérios similares aos da União para definir os repasses para os municípios.

XXII. Boa parte do que se propõe neste trabalho pode ser implementado na regulamentação da lei. Mudar os critérios, entretanto, requer — obviamente — a aprovação do Congresso Nacional. Mas é factível incrementar a eqüidade com os critérios atuais, apenas — por exemplo — tomando as "características quantitativas e qualitativas da rede" na razão inversa e não na direta, tal como operacionalizado neste estudo.

XXIII. A ambivalência da lei faculta não só esse entendimento como também que as transferências venham a ser transparentes, regulares e automáticas. A transparência pode ser assegurada através dos colegiados setoriais. A regularidade depende, sobremaneira, de vontade política. E o automatismo decorrerá da dispensa das exigências de assinaturas de convênios e da "análise de programas e projetos" como pré-condição para a definição das cotas de cada unidade federada, na medida em que estas cotas sejam e estabelecidas, exclusivamente, pela aplicação dos critérios.

TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS (MS E INAMPS) PARA OS ESTADOS E MUNICÍPIOS
1989
(EM VALORES CORRENTES)

GRANDES REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	RECURSOS TRANSFERIDOS(EM NCz$ 1,00)				POPULAÇÃO EM MILHARES	TRANSFERÊNCIAS PER CAPITA (EM NCz$ 1,00)
	MS	INAMPS	TOTAL	PERCENTAGENS		
NORTE	103.667.238	913.944.120.	1.017.611.358	9,71	8.423,9	120,80
Amazonas	21.427.859	284.047.160	305.475.019	2,92	1.899,7	160,80
Pará	57.353.797	255.214.960	312.568.757	2,98	4.741,1	65,93
Acre	4.967.109	68.236.000	73.203.109	0,70	396,6	184,57
Rondônia	12.772.874	193.244.000	206.016.874	1,97	1.030,7	199,87
Roraima	3.842.674	84.971.000	88.813.674	0,85	113,9	779,92
Amapá	3.302.925	28.231.000	31.533.925	0,30	241,9	130,37
NORDESTE	429.549.958	1.870.813.000	2.300.362.958	21,95	41.009,1	56,09
Maranhão	43.456.328	222.781.000	266.237.328	2,54	4.949,2	53,79
Piauí	24.669.768	107.156.000	131.825.768	1,26	2.551,4	51,67
Ceará	75.675.846	305.707.000	381.382.846	3,64	6.197,0	61,54
Rio Grande do Norte	36.287.450	171.206.000	207.493.450	1,98	2.220,7	93,44
Paraíba	35.063.728	117.274.000	152.337.728	1,45	3.120,3	48,82
Pernambuco	72.288.443	295.108.000	367.396.443	3,51	7.057,1	52,06
Alagoas	24.261.347	145.445.000	169.706.347	1,62	2.321,9	73,09
Sergipe	15.933.650	65.803.000	81.736.650	0,78	1.358,0	60,19
Bahia	101.913.398	440.333.000	542.246.398	5,18	11.233,5	48,27
SUDESTE	637.058.192	4.263.992.000	4.901.050.192	46,78	62.664,9	78,21
Minas Gerais	122.565.833	553.778.000	676.343.833	6,46	15.200,0	44,50
Espírito Santo	19.689,532	133.941.000	153.630.532	1,47	2.414,8	63,62
Rio de Janeiro	226.413.512	1.128.698.000	1.355.111.512	12,93	13.498,6	100,39
São Paulo	268.389.315	2.447.575.000	2.715.964.315	25,92	31.551,5	86,08
SUL	205.315.493	1.127.697.000	1.333.012.493	12,72	21.789,1	61,18
Paraná	104.568.125	336.142.000	440.710.125	4,21	8.711,5	50.59
Santa Catarina	25.902.825	193.356.000	219.258.825	2,09	4.276,9	51,27
Rio Grande do Sul	74.844.543	598.199.000	673.043.543	6,42	8.800,7	76,48
CENTRO-OESTE	396.886.092	528.802.330	925.688.422	8,83	9.827,1	94,20
Mato Grosso	10.659.847	59.561.330	70.221.177	0,67	1.636,1	42,92
Mato Grosso do Sul	14.598.355	76.752.000	91.350.355	0,87	1.711,7	53,37
Goias (2)	202.659.000	268.989.000	471.648.000	4,50	4.720,9	99,91
Distrito Federal	168.968.890	123.500.000	292.468.890	2,79	1.758,3	166,33
B R A S I L	1.772.476.973	8.705.248.450	10.477.725.423	100,00	143.714,0	72,91

FONTES: MS SAG Coordenação de Orçamento e Finanças.
INAMPS Gerência do Sistema de Informações para o Planejamento – Transferências SUDS

NOTAS: 1) Recursos Financeiros Transferidos para Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Inclui alimentos vacinas e medicamentos
2) Inclusive o estado do Tocantins.

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL SIMULADA DOS RECURSOS COM BASE NOS CRITÉRIOS DA LEI 8080/90, SEGUNDO GRANDES REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO.

GRANDES REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	DISTRIBUIÇÃO PELOS CRITÉRIOS DA LEI		
	(C1 A C5) (1)	POPULACIONAL (2)	SÍNTESE (3)
NORTE	5,40	5,86	5,63
Amazonas	1,04	1,32	1,18
Pará	2,85	3,30	3,07
Acre	0,28	0,28	0,28
Rondônia	0,93	0,72	0,82
Roraima	0,13	0,08	0,10
Amapá	0,18	0,17	0,17
NORDESTE	28,90	28,54	28,72
Maranhão	2,47	3,44	2,96
Piauí	1,46	1,78	1,62
Ceará	4,20	4,31	4,25
Rio Grande do Norte	1,36	1,55	1,45
Paraíba	2,88	2,17	2,52
Pernambuco	5,77	4,91	5,34
Alagoas	2,24	1,62	1,93
Sergipe	1,13	0,94	1,04
Bahia	7,39	7,82	7,60
SUDESTE	43,78	43,60	43,69
Minas Gerais	9,38	10,58	9,98
Espírito Santo	1,71	1,68	1,70
Rio de Janeiro	8,90	9,39	9,15
São Paulo	23,78	21,95	22,87
SUL	15,13	15,16	15,14
Paraná	6,74	6,06	6,40
Santa Catarina	3,27	2,98	3,12
Rio Grande do Sul	5,12	6,12	5,62
CENTRO-OESTE	6,79	6,84	6,81
Mato Grosso	1,11	1,14	1,13
Mato Grosso do Sul	1,22	1,19	1,21
Goiás	2,74	3,28	3,01
Distrito Federal	1,72	1,22	1,47
B R A S I L	100,00	100,00	100,00

(1) Média aritmética dos percentuais obtidos na operacionalização dos critérios estabelecidos no Art. 35, Incisos de I a V, aplicáveis a 50% dos recursos a serem transferidos.
(2) Distribuição de recursos segundo o critério populacional aplicado aos outros 50% aos recursos (Art. 35 parágrafo primeiro).
(3) Média aritmética de 1 e 2

DISTRIBUIÇÃO OBSERVADA DAS TRANSFERÊNCIAS (1) E REPARTIÇÃO SIMULADA DESSAS MESMAS TRANFERÊNCIAS DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DA LEI NÚMERO 8080/90.
1989

GRANDES REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	TRANSFERÊNCIAS		SIMULAÇÃO — (CRITÉRIOS DA LEI)		PER CAPITA — (Em NCz$ 1,00)		DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO
	(Em NCz$ 1,00)	PERCENTAGENS	(Em NCz$ 1,00)	PERCENTAGENS	OBSERVADO	SIMULADO	
NORTE	1.017.611.358	9,71	590.159.835	5,63	120,80	70,06	5,86
Amazonas	305.475.019	2,92	123.607.640	1,18	160,80	65,07	1,32
Pará	312.568.757	2,98	322.151.696	3,07	65,93	67,95	3,30
Acre	73.203.109	0,70	29.036.343	0,28	184,57	73,21	0,28
Rondônia	206.016.874	1,97	86.385.168	0,82	199,87	83,81	0,72
Roraima	88.813.674	0,85	10.919.685	0,10	779,92	95,89	0,80
Amapa	31.533.925	0,30	18.059.303	0,17	130,37	74,66	0,17
NORDESTE	2.300.362.958	21,95	3.008.777.765	28.72	56,09	73,37	28,54
Maranhão	266.237.328	2,54	309.746.476	2,96	53,79	62,58	3,44
Piauí	131.825.768	1,26	169.751.284	1,62	51,67	66,53	1,78
Ceará	381.382.846	3.64	445.721.501	4,25	61,54	71,93	4,31
Rio Grande do Norte	207.493.450	1,98	151.968.642	1,45	93,44	68,43	1,55
Paraiba	152.337.728	1,45	264.526.551	2,52	48,82	84,78	2,17
Pernambuco	367.396.443	3,51	559.651.549	5,34	52,06	79,30	4,91
Alagoas	169.706.347	1,62	202.100.254	1,93	73,09	87,04	1,62
Sergipe	81.736.650	0,78	108.755.350	1,04	60,19	80,08	0,94
Bahia	542.246.398	5,18	796.556.158	7,60	48.27	70,91	7,82
SUDESTE	4.901.050.193	46,78	4.578.043.815	43,69	78,21	73,06	43,60
Minas Gerais	676.343.833	6,46	1.045.694.328	9,98	44,50	68,80	10,58
Espírito Santo	153.630.532	1,47	177.684.281	1,70	63,62	73,58	1,68
Rio de Janeiro	1.355.111.512	12,93	958.472.395	9,15	100,39	71,01	9,39
São Paulo	2.715.964.316	25,92	2.396.192.811	22,87	86,08	75,95	21,95
SUL	1.333.012.493	12,72	1.586.724.339	15,14	61,18	72,82	15,16
Paraná	440.710.125	4,21	670.672.542	6,40	50,59	76,99	6,06
Santa Catarina	219.258.825	2,09	327.098.270	3,12	51,27	76,48	2,98
Rio Grande do Sul	673.043.543	6,42	588.953.528	5,62	76,48	66,92	6,12
CENTRO-OESTE	925.688.422	8,83	714.019.670	6,81	94,20	72,66	6.84
Mato Grosso	70.221.177	0,67	117.954.398	1,13	42,92	72,10	1,14
Mato Grosso do Sul	91.350.355	0,87	126.543.705	1,21	53,37	73 93	1,19
Goiás	471.648.000	4,50	315.480.528	3,01	99,91	66,83	3,28
Distrito Federal	292.468.890	2,79	154.041.039	1,47	166,33	87,61	1,22
B R A S I L	10.477.725.424	100.00	10.477.725.424	100,00	72,91	72,91	100,00
ÍNDICE DE GINI					0,21	0,04	
COEFICIENTE DE VARIAÇÃO (%)					47,75	7,30	
RAZÃO ENTRE VALORES EXTREMOS (%)					5,50	65.26	

(1) Recursos financeiros transferidos para secretarias Estaduais e Municipais. Inclusive alimentos, vacinas e medicamentos.

DISTRIBUIÇÃO OBSERVADA EM 1989 DO TOTAL DE RECURSOS FEDERAIS APLICADOS EM SAÚDE NOS ESTADOS (1) E DISTRIBUIÇÃO SIMULADA DESSE TOTAL, CORRESPONDENDO À SOMA DO GASTO FEDERAL (REDE PRÓPRIA E CONTRATADOS) OBSERVADO, MAIS A DISTRIBUIÇÃO DAS "TRANFERÊNCIA SUDS" SEGUNDO OS CRITÉRIOS DA LEI NÚMERO 8080/90.

GRANDES REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	DIST.REAL DO TOTAL APLICADO (NCz$ 1,00)			NOVA DISTRIBUIÇÃO (Em NCz$ 1,00)		
	APLICAÇÃO	%	PER CAPITA	APLICADO	%	PER CAPITA
NORTE	1.661.626.427	6,03	197,25	1.234.174.904	4,48	146,51
Amazonas	450.715.342	1,64	237,25	268.847.963	0,98	141,52
Pará	696.708.480	2,53	146,95	706.291.419	2,56	148,97
Acre	99.686.205	0,36	251,34	55.519.439	0,20	139,98
Rondônia	269.979.898	0,98	261,93	150.348.192	0,55	145,87
Roraima	98.298.676	0,36	863,21	20.404.687	0,07	179,18
Amapá	46.237.826	0,17	191,15	32.763.204	0,12	135,45
NORDESTE	6.065.397.240	22,02	147,90	6.773.812.047	24,59	165,18
Maranhão	749.690.900	2,72	151,48	793.200.048	2,88	160,27
Piauí	367.984.647	1,34	144,23	405.910.163	1,47	159,09
Ceará	973.754.596	3,54	157,13	1.038.093.251	3,77	167,52
Rio Grande do Norte	435.499.661	1,58	196,11	379.974.853	1,38	171,11
Paraíba	584.442.384	2,12	187,30	696.631.207	2,53	223,26
Pernambuco	1.102.125.042	4,00	156,17	1.294.380.148	4,70	183,42
Alagoas	397.965.066	1,44	171,40	430.358.973	1,56	185,35
Sergipe	234.260.940	0,85	172,50	261.279.640	0,95	192,40
Bahia	1.219.674.004	4,43	108,57	1.473.983.764	5,35	131,21
SUDESTE	13.382.042.374	48.58	213,55	13.059.035.997	47,41	208,39
Minas Gerais	2.068.290781	7,51	136,07	2.437.641.276	8,85	160,37
Espírito Santo	383.200.146	1,39	158,69	407.253.895	1,48	168,65
Rio de Janeiro	5.841.888.346	21,21	432,78	5.445.249.229	19,77	403,39
São Paulo	5.088.663.101	18,47	161,28	4.768.891.597	17,31	151,15
SUL	3.495.295.421	12,69	160,41	3.749.007.267	13.61	172,06
Paraná	1.128.600.761	4,10	129,55	1.358.563.178	4,93	155,95
Santa Catarina	629.383.845	2,28	147,16	737.223.290	2.68	172,37
Rio Grande do Sul	1.737.310.815	6,31	197,41	1.653.220.800	6,00	187,85
CENTRO-OESTE	2.940.005.672	10.67	299,17	2.728.336.920	9,91	277,64
Mato Grosso	206.058.531	0,75	125,95	253.791.752	0,92	155,12
Mato Grosso do Sul	236.503.008	0,87	139,33	273.696.358	0,99	159,89
Goiás	965.030.370	3,50	204,42	808.862.898	2,94	171,34
Distrito Federal	1.530.413.763	5,56	870,37	1.391.985.912	5,05	791,64
B R A S I L	27.544.367.134	100,00	191,66	27.544.367.135	100,00	191,66
ÍNDICE DE GINI		0,230			0,184	
COEFICIENTE DE VARIAÇÃO (%)		60,13			51,48	
RAZÃO ENTRE VALORES EXTREMOS (%)		12,47			16,57	

(1) Inclui transferências, gastos com a rede federal própria e pagamento de serviços contratados e conveniados.

SIMULAÇÃO COM BASE NOS DADOS DE 1989 DO VALOR A SER EFETIVAMENTE REPASSADO PARA CADA UNIDADE DA FEDERAÇÃO, SEGUNDO OS CRITÉRIOS DA LEI NÚMERO 8080/90 APLICADOS SOBRE A TOTALIDADE DAS DESPESAS FEDERAIS COM SAÚDE NESSES ESTADOS, DESCONTADAS AS DESPESAS COM OS SERVIÇOS FEDERAIS PRÓPRIOS.

GRANDES REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	TOTAL APLICADO (A)		DISTRIBUIÇÃO SIMULADA (B) (SÍNTESE/CRITÉRIOS)		GASTOS COM PRÓPRIOS (C)	TRANSFERÊNCIAS				DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO (F)
						SIMULADO D = (B - C)		OBSERVADA (E)		
	(Em NCz$ 1,00)	%	(Em NCz$ 1,00)	%	(Em NCz$ 1,00)	(Em NCz$ 1,00)	%	(Em NCz$ 1,00)	%	
NORTE	1.661.626.427	6,03	1.551.441.607	5,63	587.484.634	963.956.973	5,25	1.017.611.358	9,71	5,86
Amazonas	450.715.342	1,64	324.945.930	1,18	166.169.571	158.776.359	0,86	305.475.019	2,92	1,32
Pará	696.708.480	2,53	846.888.445	3,07	314.306.228	532.582.217	2,90	312.568.757	2,98	3,30
Acre	99.686.205	0,36	76.332.187	0,28	23.060.404	53.271.783	0,29	73.203.109	0,70	0,28
Rondônia	269.979.898	0,98	227.093.637	0,82	60.867.459	166.226.178	0,91	206.016.874	1,97	0,72
Roraima	98.298.676	0,36	28..706.213	0,10	9.429.223	19.276.990	0,10	88.813.674	0,85	0,08
Amapá	46.237.826	0,17	47.475.195	0,17	13.651.749	33.823.446	0,18	31.533.925	0,30	0,17
NORDESTE	6.065.397.240	22,02	7.909.625.040	28,72	2.346.132.956	5.563.492.084	30,30	2.300.362.958	21,95	28,54
Maranhão	749.690.900	2,72	814.276.984	2,96	353.335.390	460.941.594	2,51	266.237.328	2,54	3,44
Piauí	367.984.647	1,34	446.250.641	1,62	150.786.027	295.464.614	1,61	131.825.768	1,26	1,78
Ceará	973.754.596	3,54	1.171.734.910	4,25	357.048.438	814.686.472	4,44	381.382.846	3,64	4,31
Rio Grande do Norte	435.499.661	1,58	399.502.745	1,45	164.058.167	235.444.578	1,28	207.493.450	1,98	1,55
Paraíba	584.442.384	2,12	695.400.591	2,52	262.894.198	432.506.393	2,36	152.337.728	1,45	2,17
Pernambuco	1.102.125.042	4,00	1.471.239.902	5,34	481.259.884	989.980.018	5,39	367.396.443	3,51	4,91
Alagoas	397.965.066	1,44	531.291.227	1,93	126.960.173	404.331.054	2,20	169.706.347	1,62	1,62
Sergipe	234.260.940	0,85	285.901.487	1,04	92.095.194	193.806.293	1,06	81.736.650	0,78	0,94
Bahia	1.219.674.004	4,43	2.094.026.553	7,60	357.695.485	1.736.331.068	9,46	542.246.398	5,18	7,82
SUDESTE	13.382.042.374	48,58	12.034.989.894	43,69	4.812.371.009	7.222.618.885	39,34	4.901.050.192	46,78	43,60
Minas Gerais	2.068.290.781	7,51	2.748.973.400	9,98	629.461.188	2.119.512.212	11,54	676.343.833	6,46	10,58
Espírito Santo	383.200.146	1,39	467.105.298	1,70	113.124.279	353.981.019	1,93	153.630.532	1,47	1,68
Rio de Janeiro	5.841.888.346	21,21	2.519.680.031	9,15	3.219.544.571	(699.864.540)	(3,81)	1.355.111.512	12,93	9,39
São Paulo	5.088.663.101	18,47	6.299.231.164	22,87	850.240.971	5.448.990.193	29,68	2.715.964.315	25,92	21,95
SUL	3.495.295.421	12,69	4.171.260.076	15,14	848.786.751	3.322.473.325	18,09	1.333.012.493	12,72	15,16
Paraná	1.128.600.761	4,10	1.763.097.425	6,40	211.485.295	1.551.612.130	8,45	440.710.125	4,21	6,06
Santa Catarina	629.383.845	2,28	859.892.244	3,12	166.606.780	693.285.464	3,78	219.258.825	2,09	2,98
Rio Grande do Sul	1.737.310.815	6,31	1.548.270.406	5,62	470.694.676	1.077.575.730	5,87	673.043.543	6,42	6,12
CENTRO-OESTE	2.940.005.672	10,67	1.877.050.518	6,81	588.210.389	1.288.840.129	7,02	925.688.422	8,83	6,24
Mato Grosso	206.058.531	0,75	310.084.404	1,13	73.744.250	236.340.154	1,29	70.221.177	0,67	1,14
Mato Grosso do Sul	238.503.008	0,87	332.664.402	1,21	81.900.540	250.763.862	1,37	91.350.355	0,87	1,19
Goiás	965.030.370	3,50	829.350.946	3,01	224.563.541	604.787.405	3,29	471.648.000	4,50	3,28
Distrito Federal	1.530.413.763	5,56	404.950.765	1,47	208.002.058	196.948.707	1,07	292.468.890	2,79	1,22
B R A S I L	27.544.367.134	100,00	27.544.367.134	100,00	9.182.985.739	18.361.381.395	100,00	10.477.725.423	100,00	100,00

NOTA: O total aplicado inclui transferências, gastos com a rede federal própria e pagamento de serviços contratados e conveniados.

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL SIMULADA DOS RECURSOS FEDERAIS TOTAIS, PARA A SAÚDE, SEGUNDO NOVOS CRITÉRIOS (1) COMPARADA COM A DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO E COM A REPARTIÇÃO DOS RECURSOS OBSERVADOS EM 1989

GRANDES REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	CRITÉRIOS — (%)							POPULAÇÃO 1989 (%)	APLICAÇÕES 1989 (%)
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	SÍNTESE		
NORTE	8,56	5,78	6,44	3,33	8,01	8,10	6,86	5,86	6,03
Amazonas	1,79	1,12	1,26	1,02	2,15	2,33	1,61	1,32	1,64
Pará	4,37	3,31	3,87	2,00	3,94	3,65	3,52	3,30	2,53
Acre	0,53	0,22	0,34	0,07	0,59	0,29	0,34	0,28	0,36
Rondônia	1,32	0,82	0,97	0,16	1,33	1,07	0,94	0,72	0,98
Roraima	0,23	0,09	....	0,03	....	....	0,12	0,08	0,36
Amapá	0,32	0,22	....	0,05	....	0,75	0,33	0,17	0,17
NORDESTE	45,26	24,62	34,46	45,51	43,18	33,63	37,71	28,54	22,02
Maranhão	2,87	2,55	2,17	6,26	5,71	2,07	3,60	3,44	2,72
Piauí	1,41	1,68	2,02	4,19	1,48	1,67	2,07	1,78	1,34
Ceará	4,81	5,42	3,52	7,26	5,11	4,04	5,02	4,31	3,54
Rio Grande do Norte	1,46	1,70	1,56	2,19	1,13	1,70	1,62	1,55	1,58
Paraíba	4,98	1,86	3,37	4,18	2,45	1,70	3,08	2,17	2,12
Pernambuco	12,59	3,74	4,42	6,82	8,09	6,09	6,95	4,91	4,00
Alagoas	4,71	1,27	2,37	2,64	4,67	1,83	2,91	1,62	1,44
Sergipe	1,38	1,24	1,75	1,36	0,89	1,22	1,30	0,94	0,85
Bahia	11,05	5,16	13,28	10,61	13,65	13,32	11,16	7,82	4,43
SUDESTE	30,88	44,56	41,54	31,85	29,92	39,70	36,35	43,60	48,58
Minas Gerais	9,33	7,32	9,76	10,72	9,76	8,00	9,13	10,58	7,51
Espírito Santo	1,90	2,29	1,27	1,61	0,99	1,44	1,58	1,68	1,39
Rio de Janeiro	6,35	7,93	5,84	6,59	6,91	10,53	7,35	9,39	21,21
São Paulo	13,30	27,02	24,67	12,93	12,27	19,73	18,29	21,95	18,47
SUL	9,97	17,45	11,10	13,70	11,50	11,45	12,51	15,16	12,69
Paraná	4,87	8,25	5,13	5,73	4,54	4,91	5,56	6,06	4,10
Santa Catarina	1,87	4,31	2,55	2,73	2,21	2,16	2,63	2,98	2,28
Rio Grande do Sul	3,23	4,89	3,42	5,24	4,75	4,37	4,31	6,12	6,31
CENTRO-OESTE	5,33	7,59	6,46	5,61	7,39	7,12	6,57	6,84	10,67
Mato Grosso	1,01	1,17	1,21	0,88	2,28	0,91	1,24	1,14	0,75
Mato Grosso do Sul	1,07	1,64	0,54	0,98	1,07	1,14	1,07	1,19	0,87
Goiás	2,46	3,25	1,11	3,22	3,16	1,88	2,51	3,28	3,50
Distrito Federal	0,79	1,53	3,60	0,53	0,87	3,20	1,75	1,22	5,56
B R A S I L	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(1) Novos Critérios:

C1 = Situação Sanitária (Perfil demográfico e epidemiológico)
C2 = Desempenho técnico
C3 = Participação do setor saúde no orçamento estadual
C4 = Nível de renda (rendimento das pessoas com 10 anos e mais)
C5 = Grau de cobertura (consultas médicas)
C6 = Grau de cobertura (internações hospitalares)

ASPECTOS JURIDICOS SOBRE O FINANCIAMENTO DO SUS

LENIR DOS SANTOS

Vou abordar, resumidamente, alguns aspectos jurídicos do financiamento do Sistema Único de Saúde, iniciando pela análise de disposições da Constituição da República e do orçamento da seguridade social.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA

Nos termos da Constituição da República, o Sistema Único é financiado com recursos da Seguridade Social, sendo que a Seguridade Social (Previdência Social, Saúde e Assistência Social) será financiada por toda a sociedade, conforme determina o art. 195 da CF.

O art. 195 dispõe que a seguridade social será financiada por toda a sociedade de forma indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e das contribuições sociais dos empregadores, dos trabalhadores e sobre a receita de concurso de prognósticos.

É dessa forma que a sociedade, indiretamente, financia a seguridade social. São recursos das contribuições sociais, pagas diretamente pelos empregadores e trabalhadores e recursos do orçamento da União, dos Estados e dos Municípios. São as receitas fiscais, ou seja, aquelas originadas pela arrecadação dos tributos (impostos, taxas, etc).

Concluindo, podemos afirmar que a seguridade social é financiada:

1. mediante receitas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

2. mediante contribuições sociais.

Abrindo um parêntese, no caso das contribuições sociais a competência para instituí-la é exclusiva da União, nos termos do artigo 149 da CF. Por isso a arrecadação dos recursos da contribuição social está centralizada na União.

Vê-se, pois, que o orçamento da seguridade social é composto por receitas fiscais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e pelas contribuições sociais.

Portanto, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios têm o dever de destinar recursos de suas receitas fiscais para a área da saúde. A saúde não pode ser financiada apenas com recursos das contribuições sociais, conforme vem ocorrendo há algum tempo. Ademais, sempre que falamos em orçamento da seguridade social, muitos interpretam que o mesmo é composto apenas com recursos das contribuições sociais. As contribuições sociais são um dos componentes do Orçamento da Seguridade Social. Por outro lado, os recursos das contribuições sociais, destinadas a financiar a seguridade social do País, também não podem ser desviados para outras finalidades.

Segundo informações do Deputado Antonio Brito, o Ministério da Economia deve à seguridade social 690 bilhões de cruzeiros.

LEI DE CUSTEIO DA PREVIDÊNCIA — LEI 8.212, DE 24.7.91

Analisando a Lei de Custeio da Previdência — Lei 8.212, de 24 de julho de 1991 — vemos que ela repete a Constituição, afirmando que o orçamento da Seguridade Social é composto por receitas da União, receitas das contribuições sociais e receitas de outras fontes.

A contribuição da União é constituída de recursos adicionais do Orçamento Fiscal, fixados obrigatoriamente na lei orçamentária anual. A União é responsável pela cobertura de eventuais insuficiências financeiras da Seguridade Social (art. 16 da Lei de Custeio).

Passando para a Lei de Diretrizes Orçamentárias, vamos encontrar o seguinte enunciado:

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS — Lei 8.211, de 22.7.91

Art. 27. O orçamento da seguridade social compreenderá as dotações destinadas a atender às ações nas áreas de saúde, previdência e assistência social e obedecerá ao definido na Constituição Federal;

O orçamento da seguridade social discriminará, obrigatoriamente, em categorias de programações, a transferência de recursos da União para cada Estado e para o Distrito Federal, bem como para o conjunto de Municípios de cada unidade da Federação, destinada às ações descentralizadas de saúde e assistência social. (art. 29, § 2º)

Serão destinados ao setor de saúde, no mínimo, 30% do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, (art. 28, § 3º).

— As dotações nominalmente identificadas na lei orçamentária anual ou em seus créditos adicionais para Estado, Distrito Federal ou Município serão liberadas mediante requerimento e apresentação do plano de aplicação, independentemente de qualquer outro ato, desde que não estejam inadimplentes e haja disponibilidade de recursos no Tesouro Nacional. (art. 17).

A LDO para o ano de 1992 trouxe duas novidades importantes:

— 30% do orçamento da seguridade social serão destinados ao setor saúde:

— as dotações identificadas na lei orçamentária anual para Estados, Distrito Federal e Municípios serão liberadas independentemente de qualquer outro ato, que não seja o requerimento e a apresentação do plano de aplicação. Como a própria LDO, (repetindo artigo previsto na LDO do ano passado), determina que o orçamento da seguridade social discriminará obrigatoriamente a transferência de recursos da União para cada Estado, Distrito Federal e Municípios para financiar as ações de saúde e assistência social, põe-se um ponto final na polêmica discussão sobre celebração de convênio para a transferência de recursos da União para Estados, DF e Municípios.

Para que não paire nenhuma dúvida, devemos atentar para o termo usado na LDO: ela fala em TRANSFERÊNCIA de recursos da União para cada Estado, DF e Municípios. Transferência significa ir de um lugar para outro. Sair do

orçamento da União para ir para os orçamentos dos Estados, do DF e dos Municípios. Quer dizer que os recursos destinados aos Estados e Municípios não podem ficar centralizados no caixa da União, seja no orçamento do INAMPS, do Ministério da Saúde, ou do Fundo Nacional de Saúde. Têm que ser TRANSFERIDOS.

A LDO ao falar em transferência cumpriu o que determina a Lei Orgânica da Saúde. Passemos à análise da LOS.

LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

A LOS dispõe que:

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde — SUS —, de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela direção nacional, com a participação dos órgãos de previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Pelas LOS o orçamento da seguridade social destinará à saúde, de acordo com sua receita, os recursos necessários à cobertura de suas finalidades, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Abrindo outro parêntese, é preciso chamar a atenção para um fato importante, que é o seguinte: a Lei de Diretrizes Orçamentárias não previu, no caso da seguridade social, nem metas nem prioridades, deixando ao arbítrio do Ministério da Saúde definir as suas metas e prioridades. Assim, o Poder Legislativo, que poderia estar participando da definição de metas e prioridades para o setor saúde, deixou para o Poder Executivo fazê-lo sozinho.

Voltemos à análise da LOS.

O seu artigo 33 enuncia que: "Os recursos financeiros do sistema único de saúde serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde," § 1º. Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

Basta a simples leitura do art. 33 e seu § 1º para sabermos que os recursos financeiros destinados ao setor saúde serão depositados em conta especial, em cada esfera de governo do SUS, e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

No tocante à esfera federal, os recursos originários do orçamento da seguridade social e de outros orçamentos da União (ou seja, receitas fiscais) serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

Assim, para 1992, temos a LDO que determinou:

— 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social serão destinados ao setor saúde;

— O orçamento da seguridade social discriminará a transferência dos recursos da União para cada Estado, DF e para o conjunto de Municípios de cada unidade da Federação;

— as dotações identificadas na lei orçamentária anual para Estados, DF e Municípios serão liberadas mediante requerimento e apresentação do plano de aplicação, independentemente de qualquer outro ato;

— a LOS determina que: — os recursos do setor saúde sejam depositados diretamente no Fundo Nacional de Saúde e administrados pelo Ministério da Saúde;

— os recursos destinados aos Estados, DF e Municípios serão depositados em conta especial ou Fundos de saúde;

Lei 8.142, de dezembro de 1990

Por sua vez, a Lei 8.142, que complememta a LOS, dispõe que:

— os recursos destinados aos Estados, DF e municípios serão repassados de forma regular e automática, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei 8.080, de 19.9.90, ou enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35, será utilizado, para repasse de recursos, exclusivamente, o critério populacional. Serão destinados, pelo menos, 70% desses recursos aos Municípios.

— para receberem os recursos os Municípios, os Estados e o DF deverão contar com: — fundo de saúde; Conselho de Saúde; Plano de Saúde: Relatório de Gestão; contar com contrapartida no respectivo orçamento; haver criado comissão para elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários.

— o não-atendimento pelos Municípios ou pelos Estados ou pelo DF dos requisitos estabelecidos significará que os recursos serão administrados respectivamente pelos Estados ou pela União. Aqui cabe um novo parêntese: hoje a União tem repassado para os Estados os recursos destinados aos Municípios que ainda não cumpriram as exigências da Lei 8.142/90, mesmo quando o Estado não tenha igualmente atendido idênticos requisitos. Tenho ouvido alguns comentários sobre esse tratamento desigual. Mas creio que a União tem agido acertadamente, uma vez que ela, União, teria que gerir os recursos do Município e do Estado que não cumpriram as exigências legais. E a União não poderia assim agir, uma vez que ela não tem mais competência para prestar serviços de assistência à saúde. A LOS não lhe conferiu esta competência, que hoje pertence precipuamente ao Município e supletivamente ao Estado. Assim, outra não seria a alternativa da União que não a de repassar para o Estado, que tem competência supletiva para executar ações de assistência à saúde, ainda que o Estado não tenha atendido os requisitos da lei...

Do somatório de toda essa legislação chegamos à conclusão que, para 1992, não poderá ser exigido convênio para repasse dos recursos aos Estados, DF e Municípios, (como aliás não deveria sê-lo no corrente ano, mas creio que neste ano nada mais se modificará), bem como à conclusão que os recursos destinados ao setor saúde deverão ser depositados no FNS e não mais alocados no orçamento do INAMPS, conforme ocorreu este ano.

Quais os conflitos ou ilegalidades hoje existentes e que precisam ser sanados em 1992?

Antes de entrarmos na análise da Norma Operacional Básica 01, reedita pelo INAMPS em 17.7.91, é necessário chamar a atenção para um fato que está acontecendo neste momento quando se começa a elaborar o orçamento da União:

— conforme já mencionamos acima, a LDO determinou que 30% dos recursos da seguridade social deverão ser destinados ao setor saúde. E isto deverá acontecer no orçamento de 92, já que se trata de uma determinação da LDO. Só que o Governo entendeu que a saúde irá executar ações de saneamento básico com estes recursos, numa afronta ao que determina a LOS, em seu artigo 32, § 3º assim enunciado: as ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de

Saúde serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, DF, Municípios e, em particular, do Sistema da Habitação — SFH.

Vamos começar pela Norma Operacional Básica 01/91, reeditada pelo INAMPS em 17.7.91:

1. Se o INAMPS não tem competência para prestar serviços de assistência à saúde, conforme já foi dito e redito e demonstrado à exaustão por inúmeros especialistas em diversos trabalhos publicados, também não tem competência para legislar sobre o financiamento do SUS. A partir do momento que os recursos do SUS forem para o FNS este assunto deverá ser regulamentado pelo MS:

2. O repasse dos recursos há de ser direto, sem a exigência de celebração de convênio. Não bastasse o fato de que Estados, DF e Municípios estão no mesmo pé de igualdade com a União no dever constitucional de prestar serviços de assistência à saúde, de que as três esferas de governo comandantes do SUS recebem da mesma fonte que é a Constituição a competência para executar ações e serviços de saúde. Convênio pressupõe acordo de vontades. É ato negocial da administração e a saúde da população é inegociável. Agora, não há mais como insistir em convênio depois que a LDO determinou transferência direta, independente de qualquer instrumento jurídico.

3. Urge regulamentar os critérios previstos no artigo 35 da LOS para o repasse dos recursos. Enquanto não se regulamenta o art. 35 o critério há de ser exclusivamente o populacional. O critério do pagamento por produção pode até ser uma saída, mas o que não podemos aceitar é que a União trate os Estados, o DF e os Municípios como prestadores de serviços da União e os remunere por produção. Considerando que o sistema de saúde é único e com três esferas de governo, não podemos aceitar essa condição imposta por uma das esferas de comando do SUS. Entre as três esferas não pode haver subordinação. Há sim um Coordenação Nacional, uma Coordenação Estadual e uma Coordenação Municipal. Não há hierarquia entre elas, nem subordinação. O pagamento por produção há de ser uma decisão de cada esfera de governo. Os Estados, DF e Municípios poderão pagar os seus hospitais, os seus serviços públicos por produção. O que não pode é a União tratar os Estados e Municípios como seu prestador de serviços, tal qual trata um prestador privado contratado ou conveniado.

4. Duas outras questões do financiamento me chamam a atenção:

a). o art. 32 da LOS diz que: "São considerados de outras fontes os recursos provenientes de: II — serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde". Alguns entendem que esses serviços são aqueles que não prejudicam os serviços prestados pelo SUS, como aqueles que permitem a escolha de acomodações diferenciadas. Mas fico preocupada quando o leio junto com o que reza o artigo 43: "A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas". Fico a pensar que cláusulas são estas. Será que as entidades contratadas ou conveniadas vão poder cobrar serviços diferenciados? Vão poder criar uma medicina para quem pode pagar e outra para quem não pode? Fica aqui este alerta. Precisamos entender com clareza o que significa o art. 43 da LOS.

b). a segunda questão é aquela que diz respeito às contribuições sociais cobradas pelos Estados e Municípios de seus servidores para programas próprios de saúde. Se os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção do SUS, conforme seu âmbito de atuação (art. 45, § 1º da LOS) não deveria, também, ser obrigatório que as contribuições sociais cobradas dos servidores integrassem o orçamento do SUS? E esses serviços não deveriam ser universalizados? Por que o trabalhador paga a sua contribuição social para financiar um sistema universalizado e o servidor público paga um sistema que não é universalizado, que é só dele e ainda pode ter acesso a todo o serviço financiado com as contribuições sociais do trabalhador? Essa injustiça precisa ser resolvida. Precisa ser pensada.

CONCLUSÃO:

Diante do que determina o nosso ordenamento jurídico no tocante ao financiamento da saúde, podemos concluir com as seguintes assertivas para 1992:

1. a saúde será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, dos Distrito Federal, dos Municípios e das contribuições sociais.

2. o orçamento da seguridade social discriminará a transferência de recursos da União para os Estados, DF e Municípios para o setor saúde;

3. do orçamento da seguridade social, 30% serão destinados ao setor saúde:

4. ações de saneamento básico executadas pelo SUS ou das quais ele participe não poderão ser financiadas com recursos destinados ao setor saúde.

5. os recursos financeiros do SUS serão depositados, na esfera federal, no FNS e administrados pelo MS;

6. os recursos financeiros de cada esfera de governo serão depositados em conta especial ou fundo de saúde, de forma regular e automática, independentemente da celebração de convênio, e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

7. o critério para a definição dos valores a serem repassados, enquanto não for regulamentado o artigo 35 da LOS, será o critério populacional.

8. o INAMPS não tem mais competência para prestar serviços médico-assistenciais, uma vez que a Lei 6.439/77 foi revogada, não podendo, portanto, voltar a dispor sobre normas referentes a serviços médico-assistenciais.

9. o Município, o Estado e o DF são os gestores na sua esfera de governo do Sistema Único de Saúde, por isso a União não pode reter recursos destinados às esferas gestoras do SUS, com o fim de pagar, centralizadamente, os hospitais públicos e os hospitais privados contratados ou conveniados.

2.3. GERENCIAMENTO

GERENCIA DOS SERVIÇOS DE SAUDE

Luciano Prates Junqueira**

É abordada a necessidade de mudar a prática dos serviços de saúde, superando os fatores que ocasionam seu baixo desempenho. Privilegia-se a gerência como fator determinante para atingir os objetivos organizacionais, mediante planejamento, coordenação, direção e controle. A gerência dos serviços de saúde requer conhecimento e habilidades nas dimensões técnica, administrativa e psicossocial. O gerente deve mobilizar e comprometer seus funcionários na organização e produção dos serviços de saúde.

Retoma-se a idéia de equipe de saúde, repensando o papel de cada profissional. Discute-se a lógica das organizações públicas onde ainda prevalece o interesse da burocracia em prejuízo de clientela. O gerente, como uma pessoa de decisão, necessita, para exercer seu papel de informações, de autonomia e de um referencial. Nesse sentido é apresentada a importância do modelo assistencial e da questão da descentralização.

INTRODUÇÃO

A reorientação do sistema de saúde faz com que se busque dotar os serviços públicos de saúde de maior eficácia e resolutividade, tirando-os da marginalidade do setor. Nesse sentido, é urgente repensar a prática desses serviços, buscando superar os fatores que ocasionam seu baixo desempenho. Normalmente, atribui-se esse desempenho à falta de recursos, sejam humanos ou materiais, à baixa qualificação do seu pessoal, deixando de considerar que a existência de recursos, por si só, não garante a qualidade dos serviços.

Uma organização, seja ela Secretaria, Hospital ou Centro de Saúde, é unidade social deliberadamente construída para atingir determinados objetivos. Ela resulta de uma combinação de pessoas, recursos e tecnologia para atingir aqueles objetivos. Para isso, ela possui uma maneira padronizada de operar. Assim, em qualquer organização, onde as pessoas se agrupam para realizar determinadas tarefas, para produzir bens ou serviços, é necessário que haja um trabalho para prover as condições necessárias à realização de seus objetivos. Esse trabalho para conseguir o desempenho das tarefas e a satisfação humana é o que chamamos de administração (Hampton, 1980).

Sabemos que, nas organizações, tecnologia, tarefas, recursos, administração não podem ser consideradas isoladamente, pois são interdependentes, inclusive com o ambiente, ou seja, com a realidade que cerca a organização, sua clientela, outras organizações, interesses e articulações presentes em seu cotidiano.

Essa concepção, em administração, é o que chamamos de contingencial ou situacional, que significa uma maneira de compreender que a organização só pode ser entendida adequadamente quando o que nela ocorre não se explica por uma única causa, mas por uma rede de causas.

Assim, ao pensarmos em reestruturar o sistema de saúde, temos de considerar não apenas a rede, mas também a organização dos serviços de cada unidade que a compõe, reordenando sua prática a partir de uma nova concepção, definida pelo modelo assistencial de saúde que se quer (Junqueira, 1987), que deve constituir seu referencial de ação.

O reconhecimento de que as organizações são sistemas interdependentes de complexidade crescente, e que a mudança de uma parte de organização afeta outras partes, é fundamental para entendermos o que ocorre na organização. Em uma unidade de saúde, por exemplo, as pessoas, tarefas e administração apresentam inter-relações diversas entre si e seu meio, variando sua complexidade em função do tamanho, da tecnologia e dos seus objetivos.

Nesse sentido, é importante privilegiar o usuário e sua participação no destino da organização. Daí a importân-

cia da descentralização como um meio de trazer, para junto da população, o poder de decisão sobre os rumos, a qualidade, a capacidade resolutiva da organização, que existe para prestar serviços a essa população.

A eficácia das organizações de saúde também vai depender das relações que estabelecem pessoas, tecnologia, recursos e administração, para realizar a tarefa organizacional de prestação de serviços de saúde. Contudo, entre esses fatores, é a administração que tem o papel mais determinante, uma vez que ela realiza o trabalho de combinar pessoas, tecnologia e recursos para atingir os objetivos organizacionais, mediante planejamento, coordenação, direção e controle. Essa tarefa de administrar, que também chamamos gerenciar, é que possibilitará a organização da saúde, mudar os níveis de atenção, a qualidade de seus serviços.

No texto que segue, procuraremos levantar algumas questões que consideramos relevantes na gerência e no desempenho gerencial, para depois verificar como deverá ser a gerência nos serviços públicos de saúde, para que o setor atinja um desempenho mais eficaz.

A GERÊNCIA E O DESEMPENHO GERENCIAL

O termo gerência, usado, geralmente, como sinônimo de administração, aparece no início do capitalismo industrial com o trabalho cooperativo. A concepção, o planejamento e o controle passam a constituir atividades distintas daquela da execução. Quem executa não é quem planeja e controla. Nesse sentido, à gerência está associada a idéia de planejamento e controle; o controle é o conceito fundamental em todos os sistemas gerenciais (Braverman, 1981).

Na literatura administrativa, há uma certa concordância nas atribuições básicas de gerência, quais sejam: dirigir, organizar e controlar pessoas ou grupos de pessoas (Mattos, 1985). É uma função que lida com pessoas, sendo o responsável pela consecução dos objetivos da organização. O produto de seu trabalho é avaliado através do desempenho de sua equipe.

Assim, o desempenho da função gerencial requer conhecimentos e habilidades que passam pelas dimensões técnicas, administrativas, políticas e psicossociais. Essas dimensões possuem significados próprios, permitindo caracterizar não um único estilo de gerência eficaz, mas qualidades que devem permear a ação do gerente. Apesar de já ser do conhecimento comum que um bom técnico não será, necessariamente, um bom gerente, também não é possível um bom gerente sem conhecimento específico do trabalho gerenciado. Não se esperam conhecimentos de especialista, mas um conhecimento que o legitime, diante de seus subordinados, podendo, inclusive, constituir fonte de prestígio.

O mesmo não se pode esperar do conhecimento e habilidades administrativas. Sendo o papel do gerente planejar, organizar, coordenar, controlar e avaliar o trabalho para que a organização possa atingir seus objetivos, ele deve possuir conhecimentos e habilidades aperfeiçoados de planejamento e controle das atividades organizacionais.

Apesar de o planejamento constituir um valor no discurso dos profissionais do setor público, inclusive buscando novas formas de formulá-lo, ele ainda não saiu do discurso. Não é comum encontrar organizações, onde exista uma prática conseqüente de planejamento e controle. O mesmo, no entanto, não se pode dizer do controle, uma prática comum no setor público, controle pelo controle, descolado do planejamento, da avaliação de resultados.

A prática administrativa do planejamento, direção, coordenação e controle constitui o fulcro da gerência, em qualquer organização, independente do tamanho e, mesmo, da autonomia de gestão. Isso significa planejar e controlar pessoas e recursos na realização de tarefas que permitam que a organização atinja seus objetivos. Nesse sentido, a função gerencial não implica apenas que o gerente possua conhecimentos administrativos e técnicos, mas a capacidade de lidar com pessoas, conhecer suas necessidades, valores e motivá-las para a realização da tarefa organizacional.

Como o desempenho da função gerencial é um fenômeno que compreende relações interpessoais, onde as pessoas ocupam posições diferenciadas, a questão do poder se coloca. A própria estrutura organizacional expressa um cenário onde se dão as relações de poder. Portanto, administrar essas relações exige conhecimento e habilidade do gerente, que nem sempre utiliza o poder que a organização lhe atribui de maneira adequada, mas como forma de direcionar aqueles que necessitam manter seus empregos em troca da obediência consentida ou não (Mattos, 1988).

Nesse sentido, a função gerencial requer um conhecimento adequado da organização, naquilo que é definido formalmente e naquilo que normalmente se chama de informal, que gera o clima organizacional. Daí a importância de visualizar o papel gerencial, não como um atributo individual, mas como um fenômeno relacionável. Por isso se diz que um gerente isolado de seu contexto e de seus subordinados é uma obstrução, útil do ponto de vista teórico, porém irrelevante quando se pretende contribuir para o aprimoramento do desenvolvimento gerencial (Mattos, 1988). Isso tem implicações para o desempenho gerencial, pois o gerente que não é capaz de lidar com a organização busca aprender macetes ou ainda culpar apenas seus subordinados pelos resultados, sem avaliar em que medida sua atuação contribui para a ineficácia organizacional.

O baixo desempenho que verificamos no setor público não pode ser atribuído apenas à incompetência, à desmotivação, ou a baixos salários e às más condições de trabalho, mas, também, à inexistência de responsabilidade gerencial, de um indivíduo capaz de conduzir seu grupo para os objetivos organizacionais. Isto assume características marcadas, principalmente nas atividades de prestação de serviços, como saúde e educação, onde o objetivo é atender a população.

Apesar de não podermos dizer que existem formas mais eficazes de gerenciar, pois os problemas e as condições objetivas da organização variam, determinando o desempenho gerencial. Entretanto, podemos identificar estilos de gerência que caracterizam determinadas maneiras de conduzir a organização a atingir seus objetivos. Podemos delinear dois estilos extremos de gerência: o situacional e o burocrático, segundo a maneira que utilizam o planejamento, organização, liderança e controle. No estilo burocrático, cada uma destas práticas administrativas é mais detalhada, formalizada, diretiva e com controles abrangentes. Já, no estilo situacional, as características das práticas administrativas variam em função das tarefas. O que determina este estilo não é a formalização, mas a capacidade do gerente de adaptar-se às necessidades da tarefa, da organização. Há uma gama de relacionamento entre estabilidade da tarefa e a flexibilidade do estilo. Identificarmos estes estilos significa uma possibilidade de rea-

lização em uma determinada organização.

O estilo de gerência resulta de um projeto que pode ser mais ou menos burocrático, dependendo do tipo de tarefa, das pessoas, enfim, da organização. As práticas de planejamento, organização, direção e controle de vem permitir conceber uma estratégia que estabeleça uma relação adequada, entre o sistema de tarefas e pessoas. Essa relação é que permite visualizar a maneira mais eficaz de conduzir a organização a seus objetivos.

Portanto, o estilo de gerência muda conforme a organização, sua tarefa, e as pessoas que a realizam. Se não podemos identificar qual o estilo mais eficaz de gerência, poderemos, pelo menos, delinear algumas características próprias às organizações que têm como tarefa a prestação de serviços de saúde. Esse tipo de organização possui tarefas inovadoras e rotineiras, com complexidades diferentes e com pessoas que estão mais propensas a aceitar valores mais grupais que individuais, onde a tolerância por padrões rígidos tende a diminuir. Além disso, a eficácia das organizações ocorre na medida em que conseguem livrar-se das práticas burocráticas que as imobilizam e as tornam menos sensíveis e mais vagarosamente suscetíveis à mudança (Toffler, 1975). Isso, no entanto, não significa que possamos delinear um único estilo eficaz de gerência.

A GERÊNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Se não podemos afirmar que exista uma forma ótima de gerenciar, podemos, pelo menos, identificar os fatores obstaculizadores a uma gerência eficaz dos serviços de saúde.

O que tem caracterizado a prestação dos serviços públicos de saúde é a ineficiência e a baixa qualidade. Isto, como nos outros serviços públicos, não pode ser atribuído apenas màs mas condições de trabalho, aos baixos salários, à falta de recursos humanos, mas a todos estes fatores. Eles não podem ser responsabilizados, individualmente, mas é a relação que estabelecem entre si e, principalmente, a ausência da regulação e combinação entre estes fatores que deverá ser estabelecida pela gerência. Isso que dizer que, sem planejamento, direção, coordenação, organização e controle, a tarefa organizacional não será realizada com eficácia.

Essa assertiva ganha consistência, quando observamos as experiências em curso ou já realizadas, no Brasil. Em geral, essas experiências são organizadas por pessoas com compromisso com a organização, com as necessidades de saúde da população. Assim, o desempenho da gerência não passa apenas pelo planejamento e controle, mas pelo trabalho com os recursos humanos que devem assumir um compromisso com os objetivos da organização. Talvez a escassez de recursos que tem caracterizado as atividades dos serviços públicos de saúde, levando os membros das organizações a improvisarem e a executarem suas tarefas em condições, muitas vezes, desfavoráveis, faz com que as relações interpessoais constituam um dos fatores determinantes da eficácia dos serviços.

Nesse sentido, o papel do gerente é fundamental na articulação das relações entra as pessoas, estruturas, tecnologias, metas e meio ambiente, incluindo aí os usuários dos serviços. O gerente não é apenas o responsável pelo planejamento, organização, coordenação e controle, para alocar, de maneira adequada, os recursos escassos, mas também para mobilizar e comprometer seus funcionários na organização e produção dos serviços de saúde, que atendam às necessidades de saúde da população.

Nesse contexto, consideramos importante retomar a idéia da equipe de saúde, antiga no discurso sanitário, mas sem consistência na sua prática. O êxito do trabalho da equipe de saúde requer repensar o papel de cada profissional, no desempenho de sua tarefa, na interação que estabelecem entre si, mediada pela tecnologia, para atender as necessidades de saúde da população. Nessa visão, a equipe é algo dinâmico (Acunã, 1987), sendo a organização do trabalho realizado não apenas em cima da tarefa do profissional médico, mas de diversos profissionais que possuem responsabilidades distintas, porém compromissos iguais na produção dos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, há um compromisso dos diversos segmentos da organização, independente do seu tamanho, com os objetivos organizacionais, com as metas definidas pelo conjunto da organização. Com essa ótica, privilegia-se o estilo de gerência contigencial, onde o planejamento vem em resposta ao processo de mudança da organização, que resulta não apenas dos interesses existentes no seu interior como da relação que estabelece com o meio, com as necessidades de saúde da população.

Hoje, no Brasil, a lógica que prevalece nas organizações públicas prestadoras de serviços, em especial da saúde, não é do atendimento da satisfação das demandas da sua clientela, mas dos próprios funcionários, dos interesses burocráticos, que perpassam as organizações públicas. Isto ainda é conseqüência do autoritarismo, do descompromisso com a coisa pública, onde não atender nada significa, porque as classes subalternas não têm direitos, mas apenas o dever de submissão. O direito é apenas das classes privilegiadas de ganharem mais, mesmo que isso não reverta para a população. Isto não é privilégio apenas da saúde, mas do setor social, no seu conjunto.

Nesse contexto, acreditamos que mudar a prática dos serviços públicos não implica apenas racionalizar através do planejamento da ação e do controle, mas do envolvimento, do compromisso dos membros da organização com seus objetivos.

O discurso das chamadas classes médias sobre a questão social, a produção de serviços, passa, mais, pela inexistência de recursos do que ela busca de mecanismos que de fato mudem a prática dos serviços. Não podemos negar que há experiências importantes, mas pouco se faz para entender o que elas significam e os fatores determinantes do seu êxito.

Como o SUDS, a reorientação dos serviços de saúde teria uma possibilidade para tirar o setor público da marginalidade concreta para tirar o setor público da marginalidade. No entanto, os interesses dominantes do setor privado ainda estão fortes e articulados com as instituições públicas responsáveis pelos recursos de saúde. Contudo, isto não se modifica como um passe de mágica, pois instituição do tamanho e da significação do inamps não muda sua prática apenas pela vontade dos burocratas progressistas, no dizer de Campos (1988), no poder. Isso não se resolve, apenas, com o discurso dos planejadores, mas com medidas concretas, com o controle dos recursos pelos órgãos comprometidos com a saúde da população, e com a mudança das práticas dos serviços.

Os responsáveis em implementar estas novas propostas ainda permanecem no discurso, sem conseguir oferecer serviços eficazes, que, inclusive, coloquem a população como aliada. O movimento até hoje realizado em prol de uma nova política foi por melhores salários. SUDS significou ganhar mais para mudar.

Nesse sentido, acreditamos que a prática da gerência, no setor social, e uma necessidade, mas de uma gerência

competente que se comprometa com resultados e que seja exercida através de práticas de planejamento e controle condizentes com a realidade dos serviços, os recursos disponíveis e as necessidades de saúde da população.

Se a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, segundo a nova Constituição, é importante que a população possua espaços organizacionais para fazer valer seus direitos, mas é também importante que o Estado, através de suas organizações, seja capaz de produzir, direta ou indiretamente, serviços que respeitem àqueles direitos. Esses direitos não serão exercidos se os serviços de saúde continuarem incompetentes, mal-administrados, aguardando os recursos abundantes.

Sem o compromisso dos dirigentes do setor saúde, em produzir serviços em atendimento à demanda da população e não aos interesses dos burocratas da saúde, a população permanecerá alheia, distante, cada vez mais, dos serviços públicos, utilizando-os, apenas, quando não tem outra alternativa. E, por outro lado, ficaremos fazendo o discurso da participação, tendo como interlocutores as chamadas lideranças dos movimentos populares que incensam nosso ego, fazendo nosso discurso ter algum sentido. Nesse sentido, é importante ter a população como aliada, buscando formas de participação, para que ela expresse suas necessidades e exija seus direitos à saúde.

Portanto, a gerência dos serviços de saúde não pode constituir apenas mais um discurso, mas uma forma de dotar os serviços públicos de saúde de alguma racionalidade, de uma lógica que não é dos serviços privados nem da burocracia, mas aquela voltada para as necessidades da população, do seu perfil epidemiológico, com o compromisso dos serviços em produzir serviços de qualidade. Essa qualidade deve ser pretendida na magnitude e natureza dos recursos disponíveis (Evans, 1982), pois, do contrário, permaneceremos incompetentes e imóveis, justificando nossa posição pela escassez dos recursos.

A reorientação dos serviços de saúde, preconizada pelo SUDS, exige na sua implantação a formação de dirigentes capazes de planejar, dirigir, avaliar e controlar a ação de sua unidade ou do sistema local de saúde. A questão não é saber que tipo de planejamento ou controle deve dispor este gerente, mas, sim, se é capaz de entender a realidade social em que a organização está inserida e dispor de conhecimentos e habilidadesgerenciamento.

O gerente, independente do tamanho e nível da organização ou do sistema sob sua responsabilidade, deve ser uma pessoa de decisão. Para isto, ele necessita não apenas conhecer as técnicas administrativas como também dispor de um sistema de informações gerenciais, que paute suas decisões. O discurso e a prática do "apaga fogo", comum no setor público, devem ser superados. A administração por rotina e crise não permite decisões coerentes e, em cima das prioridades. Por isto, não há planejamento, ou mesmo um referencial, que informe as decisões.

Nesse sentido, a idéia do modelo assitencial, que explicita e detalha a organização dos serviços de saúde e suas ações, é importante, neste momento, como instrumento de planejamento, de organização e definição das ações de saúde no seu conjunto. Mesmo que este modelo não dê conta, no seu conjunto, do perfil epidemiológico de uma área concreta, ele permanece como um marco referencial para as ações de saúde.

Também a proposta dos Sistemas Locais de Saúde, preconizada pela Opas (1987), pode constituir uma importante contribuição para desenharmos serviços com capacidade tecnológica e administrativa, para atender uma população de uma área definida, consolidando e dando forma ao novo modelo assistencial preconizado.

A gerência dos serviços de saúde passa, também, pela descentralização dos recursos, pois a descentralização ocorrida no âmbito federal, mesmo que incompleta, ainda não se tornou uma prática consistente no nível estadual. Daí a importância de se dar corpo à municipalização. Não por decreto, mas mediante uma programação e definição de estratégias que dêem conta da realidade de cada município e de sua capacidade de gestão dos serviços de saúde. Isso possibilitará aumentar a eficácia dos serviços, através de uma gerência competente, compromissada com os objetivos organizacionais, com as necessidades de saúde da população. Essa é uma nova lógica que deverá permear os serviços públicos de saúde, revertendo sua prática, dominantemente burocrática, tornando-os eficazes, para tirá-los da marginalidade do setor saúde.

CONCLUSÃO

Falar em reordenamento dos serviços de saúde significa não apenas formular uma nova concepção de atenção à saúde, como identificar instrumentos que possibilitem as unidades de saúde, e o próprio sistema, atingirem maior nível de eficácia.

A organização de saúde, entendida como parte de uma rede de serviços interdependentes, não pode buscar a solução dos seus problemas apenas na correção dos baixos salários, mas em um conjunto de fatores que deverão ser compreendidos nas relações que mantêm entre si e com o seu meio.

Assim, falar em gerência dos serviços de saúde como um meio de melhorar a eficácia do sistema passa pelo entendimento das diversas dimensões presentes na organização: pessoas, recursos, tecnologia e administração, que têm o papel de combinar as anteriores na consecução dos objetivos organizacionais. Apesar de existirem estilos de administração e práticas administrativas condizentes com cada estilo, não podemos concluir que exista uma forma ótima de gerenciar. Existem técnicas eficazes ou não, dependendo da organização de seus membros e dos recursos disponíveis.

A gerência surge, hoje, nas organizações de saúde, como um meio de dar eficácia aos serviços. Contudo, não podemos esquecer que parte significativa do discurso e das práticas administrativas já está há algum tempo sendo utilizada no setor saúde. Talvez, hoje, o que surge novo é o conceito de gerência e a necessidade de realizar uma releitura das práticas administrativas até então utilizadas. Entretanto, não podemos correr o risco de retificar o conceito ou reduzí-lo a um discurso que transforma a gerência na solução mágica para a eficácia do setor. Não resta dúvida que não há organização eficaz sem gerência, ou seja, sem um trabalho competente de prever, organizar, dirigir e controlar os recursos humanos, materiais e financeiros para atingir os objetivos organizacionais. Esse trabalho da gerência realiza uma tarefa de medição entre pessoas, tecnologia, materiais e ambiente. O responsável por essa tarefa, o gerente, deve possuir um compromisso com os objetivos organizacionais, com a população a ser atendida, e é uma das questões que a Administração Pública não conseguiu ainda resolver.

Na Administração Pública, em especial nos setores sociais, os dirigentes não estão comprometidos com os resultados da organização, mas, na maioria das vezes, com seus interesses particulares e do seu grupo, e não com o compromisso que assumiu ao aceitar o cargo de gerência. Essa questão reforça a necessidade da participação

da população, do controle que deve exercer sobre os serviços e sua gestão. Esse controle, contudo, não deve passar apenas pela relação das organizações com seus usuários, mas no interior da própria instituição, envolvendo seus servidores na tereta organizacional.

Se não podemos identificar um estilo ótimo de gerência para os serviços de saúde, podemos, pelo menos, supor que será um gerente eficaz aquele que for capaz de envolver as pessoas na tarefa, alterando sua prática em função das mudanças que ocorrem no interior e fora da organização, comprometendo seus funcionários com a produção dos serviços de saúde. Desta mesma perspectiva é que a equipe de saúde pode assumir um papel decisivo na mudança de qualidade dos serviços.

Portanto, uma das dimensões importantes na gerência é o comprometimento com a tarefa organizacional e o trabalho de envolver seus subordinados nessa tarefa. Fazer com que cada um desempenhe seu papel, mas assuma um compromisso conjunto de produzir um serviço de saúde que satisfaça às necessidades da população.

Contudo, esse compromisso não estará presente da mesma maneira em todas as organizações independente de suas determinações e, como tal, também não resolverá a eficácia do sistema. Essa eficácia dependerá não apenas do desempenho gerencial das organizações isoladas, mas da gerência do sistema, que deve estar preocupada com resultados e não apenas envolvida com casuísmos e interesses alheios à gestão competente dos bens públicos.

Desta perspectiva, a descentralização surge como uma alternativa eficaz de mudança, pois a eficácia dos sistemas estaduais e municipais poderá ser menos afetada pela incapacidade gerencial existente no sistema central de saúde. A decisão sobre a prestação dos serviços principais de saúde deve atender, principalmente, às necessidades dos usuários e não apenas aos interesses burocráticos. Com isso, não se quer privilegiar a descentralização como solução para aumentar a eficácia dos serviços, mas como uma possibilidade, uma vez que as decisões estão próximas de quem utiliza os serviços.

No entanto, dificilmente conseguiremos mudar a prática do setor, se não identificarmos a lógica que deve permear a gestão pública, que não coincide com aquela do setor privado, onde o planejamento e o controle têm um destino assegurado, mas com aquela que deve privilegiar resultados, o atendimento das necessidades de saúde da população.

Portanto, a lógica da gerência que foi delineada pela Administração como um meio de assegurar resultados para quem investe não pode ter a mesma leitura na Administração Pública. Daí as idéia do compromisso, do envolvimento dos membros da organização pública e da população no processo de trabalho como um meio de garantir a produção de serviços de qualidade, onde prevaleçam os interesses da população. A qualidade dos serviços públicos de saúde não deve passar pela privatização desses serviços, aos quais têm acesso, apenas, as camadas privilegiadas da sociedade. Mas, sim, um serviço público de saúde com resolubilidade e qualidade, acessível a toda a população, pois esse é um direito que a nova Constituição lhe assegura.

This article focuses the necessity of a change in health services, overcoming the factors that are the cause of low performance.
Special treatment is accorded to the management as a fundamental factor to reach the organizational objectives, through planning, coordination, direction and control.
The management of health services requires knowledge and skill in the technical, administrative and psychosocial dimension. The manager must mobilize and engage his personnel in organization and production of health services.
The idea of health team is reexamined, re-thinking the role of each professional. The logic of the public organizations where the interest of burocracy prevails over clientele interests is discussed. The manager as a decision-making person needs, to perform his functions, information, autonomy and references. In this sense it shows the importance of the health model and the question of decentralization.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACUNÃ, Eduardo A. Organización del trabajo en el equipo de salud. In: OPS/OMS. Análisis de las Organizaciones de Salud.
Serie Paltex nº 4, Washington, OPS/OMS, 1987 pp. 116-127.
BRAVERMAN, H. Trabalho e Capital Monopolista, 3ª ed. Rio, Zahar Ed, 1981.
CAMPOS, Gastão W. de S. Reforma Sanitária Brasileira. In: Berlinguer, G. et alii. Reforma Sanitária: Itália e Brasil. São Paulo, Hucitec/Cebes, 1988, pp. 179-194.
CHIAVENATO, I. Administração: Teoria, Processo e Prática. São Paulo, McGraw-Hill, 1985.
EVANS, John. Medición i Gestión de los Servicios Médicos y Sanitários. New York, Fundación Rockefeller, 1982.
HAMPTON, D. R. Administração Contemporânea: Teoria, prática e casos. São Paulo, McGraw-Hill, 1980.
JUNQUEIRA, Luciano A. P. Organização e Prestação Pública dos Serviços de Saúde. Cadernos Fundap, São Paulo, 7 (13): 52-56, abril 1987.
MATTOS, Ruy A. Desenvolvimento de Recursos Humanos e Mudança Organizacional, Rio de Janeiro, LTC/ANFUP, 1985. — Gerência e Democracia nas Organizações. 2ª ed., Brasília. Ed. Livre Ltda, 1988.
OPS/OMS. Propuesta de Apoyo al Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud y al Processo de Descentralización en los paises de la Región de las Américas. Washington, agosto 1987 (mimeo).

* Uma versão deste texto foi apresentado no Seminário sobre Avaliação e Perspectiva para Estratégia de Desenvolvimento dos Distritos Sanitários. Salvador, 1 a 4/3/89.

** Gerente de Projetos da Fundap. Professor do Programa de Pós-Graduação em Administração — PUC-SP.

POR UM MODELO TECNO-ASSISTENCIAL DA POLITICA DE SAUDE EM DEFESA DA VIDA: CONTRIBUIÇAO PARA AS CONFERENCIAS DE SAUDE

Emerson Elias Merhy (*)
Luis Carlos de Oliveira Cecilio (**)
Roberto Costa Nogueira (***)

Este material foi produzido a partir da experiência que se desenvolve no Município de Piracicaba/SP junto à atual Administração Municipal. Ela vem sendo produto da ação dos dirigentes do Governo Democrático Popular e do Laboratório de Planejamento em Saúde do DMPS/FCM da UNICAMP. Como uma experiência neste nível do sistema vem enfrentando um conjunto de questões pertinentes ao processo de implantação do SUS, na maior parte dos municípios do Brasil, resolvemos divulgá-lo como contribuição para o processo de organização dos municípios em direção à XIX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.

UMA BREVE INTRODUÇÃO

Hoje, assiste-se com muita freqüência, junto aos serviços públicos de saúde, discussões que tomam a definição do modelo assistencial como algo vital para o bom andamento dos projetos do setor... Há casos em que se diz que, sem uma visão clara deste modelo, é impossível saber-se inclusive qual o tipo de trabalhador de saúde que os modelos de atenção comportam e quais os objetivos que se deseja das ações de saúde.

Normalmente, quando são organizadas discussões para se conhecer o conceito do modelo adotado, é comum verificar-se uma grande variação das posições assumidas. Pode-se dizer que como regra geral:

Umas partem da visão de que a definição dos modelos assistenciais deve pautar-se tomando como base os saberes do campo da saúde para a organização de ações, e assim catalogam os modelos assistenciais, como baseados nas ações médico-curativas, médico-preventivas e/ou sanitárias. definindo o modelo como clínico ou epidemiológico;

Outras tomam aquela definição a partir da idéia de que o modelo assistencial é uma dada organização de instituições de serviços de saúde, valorizando assim o arranjo dos serviços para construir a sua classificação, tanto no tipo de instituição prestadora quanto na hierarquia que elas estabelecem entre si, e assim nomeiam os modelos como "hospitalocêntricos" privados ou públicos, "rede basicocêntrico" , serviços de atenção primária, secundária, etc...;

E, finalmente, há outras que vêem o modelo assistencial como a exposição das diretrizes básicas de um determinado projeto de política social para a área da saúde, expressando assim os interesses políticos de determinados agrupamentos sociais. Procurando expressar o modelo a partir das relações que se estabelecem entre as ações de saúde e o conjunto das "práticas políticas" existentes em uma sociedade específica.

Apesar destas diferenciações, provavelmente, em todas elas encontramos referências corretas quanto à problemática dos modelos assistenciais mesmo que, em cada uma destas situações, tenhamos uma posição fragmentária e parcial sobre a questão, inclusive porque a própria denominação de modelo assistencial já mostra em si uma parcialidade. Por isso, tomamos como um elemento vital para o entendimento desta discussão o fato de que ao se falar de modelo assistencial estamos falando tanto da organização da produção de serviços de saúde a partir de um determinado arranjo dos saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais.

Já no estudo "Saúde pública como política" que fizemos em 1990, estas questões ficaram bem claras. Entretanto, aqui, procuramos explicitá-las em função dos objetivos deste artigo que é o de permitir uma maior explicação dos fundamentos desta discussão em função das atividades de gestão dos serviços públicos que se tem colocado para os dirigentes dos SUS-municipais.

Para caminhar nesta direção achamos como fundamental apontar que na discussão dos modelos é importante reconhecer que sempre se faz referência, mesmo que não se perceba isto, a duas situações:

— uma que diz mais respeito ao aparato institucional utilizado para organizar-se as ações de saúde enquanto serviços;

— e outra que fala sobre a configuração do que é tomado como problema de saúde.

Entendo deste modo, que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica, para expressar-se como um projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação dos modelos como tecno-assistenciais, pois achamos que deste

* Professor Assistente Doutor e coordenador do Laboratório de Planejamento — LAPA — do DMPS/FCM/UNICAMP
** Médico sanitarista da SES. SP. Membro do LAPA/DMPS/FCM/UNICAMP.
*** Médico sanitarista da SMS PIRACICABA

modo estamos expondo as duas dimensões que o compõem como projeto político.

Por exemplo, quando discutimos qual o modelo tecno-assistencial que orienta a organização da produção dos serviços de saúde na área da criança ou na de saúde mental, em um determinado lugar, queremos entender em primeira medida qual é o problema tomado como objeto das ações de saúde, isto é, como se está construindo o conceito de loucura ou o de criança, isto é, como o conhecimento nos permite entendê-los e definí-los, e o que é a saúde e a doença, nestes casos, e a partir de que ponto de vista. Em segundo lugar, estamos querendo entender quais os caminhos de atuação que são possíveis para interferir neste processo, com que instrumentos, com que trabalhadores, com que configuração institucional de serviços e com que modo de produção (privado lucrativo, público, etc...). Enfim, com que tecnologia, com que saberes, com quais instituições, com que trabalhadores, com que interesses sociais, isto é, para quê, por quê e como deve-se atuar.

Consideramos que tomar estas questões sob o ponto de vista de que os modelos tecno-assistenciais são projetos de políticas, nos permite deixar claro que as opções por determinadas delimitações dos problemas de saúde e de determinadas estratégias de ação no âmbito institucional são politicamente orientadas. Assim, deve-se considerar que tomar como os grandes problemas de saúde do município de São Paulo a Violência Urbana e a Violência Institucional, conforme a atual posição do grupo dirigente da Secretaria Municipal de Saúde — é fruto de uma decisão política, que procura se expressar de modo técnico através da imagem de um modelo tecno-assistencial, que tem diante de si como problema desde as questões referentes ao acesso aos serviços até o acidente de trânsito.

Do mesmo modo, pode-se dizer que para enfrentar aquelas questões — a Violência Urbana e Institucional — segundo os interesses da maioria, da democracia e do respeito à cidadania, tem que se apoiar em um aparato público de serviços de saúde que se pauta pela gestão democrática e pela defesa da vida. E, que transformar a construção deste aparato em um elemento vital de um dado projeto político, supõe a construção de uma sociedade onde os seus rumos se orientam pela ação coletiva e social dos diferentes grupos, organizados no âmbito da sociedade civil.

Procurar expressar as diferentes dimensões que aqueles dois campos temáticos de problemas tocam, é uma atividade de cunho coletivo e que faz referência à vida concreta dos diferentes grupos sociais que formam a sociedade. E ao modelo tecno-assistencial que pretenda interferir nestes campos de serviços de saúde que possa estar ao mesmo tempo produzindo uma dada construção do problema como objeto das ações de saúde e se permitindo que os grupos interessados no mesmo atuem sobre a sua configuração. Deve assim organizar um processo de trabalho em saúde que responda tecnologicamente ao problema e que gerencialmente se abra à penetração dos interesses populares.

Se considerarmos aqueles dois campos temáticos, podemos dizer que o cuidado individual à saúde pode adquirir várias matizes. Desde dar conta da demanda espontânea dos indivíduos-usuários aos serviços, até garantir a maior sobrevida aos acidentados com uma assistência rápida e eficaz. Entretanto, não é possível tomá-los como objetos das ações de saúde se não os olharmos também como expressões de uma maneira particular de se construir a vida na nossa sociedade, se não entendermos os sofrimentos dos diferentes agrupamentos sociais envolvidos e de seus lugares no movimento de preservação e superação da situação problema. E, assim, só quando incorporamos instrumentais que conseguem tomar os indivíduos como expressões de processos coletivos de viver, é que podemos construir um modelo tecno-assistencial em defesa da vida.

Neste momento, achamos que cabe um detalhamento das questões que envolvem as relações entre os indivíduos e a coletividade; as ações individuais e as coletivas de saúde, o atendimento das demandas espontânea e potencial dos serviços.

Partimos do princípio que toda situação individual é uma situação coletiva, assim não achamos que haja conflito entre uma atenção individual e uma coletiva, pois não consideramos que seja a mesma coisa falar de indivíduo e individualismo. Do mesmo modo, consideramos o coletivismo como um grande problema, pois perde a maneira particular e singular do coletivo se expressar ao nível dos indivíduos. A medicina pode atuar sobre um indivíduo como um instrumento pertencente a um projeto de ações de saúde, no qual a ação individual se articula com as coletivas, como pode também, à maneira do projeto médico neoliberal, desconsiderar estas relações e tomar o isolamento do indivíduo como um "imperativo" da clínica e dicotomizar as ações coletivas das individuais — sem dúvida em benefício das suas relações com as regras de mercado na saúde.

Consideramos que um não-atendimento à demanda espontânea é uma maneira de não incorporar o modo como o coletivo construiu a relação entre o usuário e os serviços de saúde, entre um dado cidadão e seu acesso a determinados serviços, mesmo identificando a parcialidade deste momento. Pois, o que o serviço deve fazer é ir além desta situação, sem negá-la, isto é, deve realizar uma leitura do conjunto das demandas espontâneas a partir de instrumentais e saberes que a compreendam como fenômeno coletivo e, assim, permitir a incorporação de novas ações para compor o elenco de serviços de saúde oferecidos, em resposta à perspectiva de defesa da vida e da cidadania, em termos mais plenos.

Vejamos como um determinado sistema municipal de saúde pode incorporar estas questões.

CONSTRUINDO UMA VISÃO MAIS OPERACIONAL

Resumindo o que foi dito acima, podemos dizer que os princípios que nos norteiam para definir o modelo tecno-assistencial são: gestão democrática (co-gestão entre usuários organizados, prestadores e governo), saúde como direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva.

Consideramos que maneira de realizar estes princípios passa necessariamente pela organização das instituições de saúde em função dos direitos dos cidadãos aos serviços e a uma vida mais qualificada. E isto só se faz se:

— houver uma relação instituição/usuário que permita: contrôle social e gestão democrática dos serviços, humanização no conjunto das relações desenvolvidas — tanto para o usuário quanto para o trabalhador de saúde; e, ampliação de uma consciência sanitária dos cidadãos em geral;

houver organização de um processo de trabalho em saúde, nas instituições, que incorpora as amplas dimensões das questões referentes aos problemas violência institucional e violência urbana. Para isto, o serviço não pode

tratar os usuários com discriminação, deve incorporá-lo a partir das maneiras de como eles sentem suas necessidades em saúde e por serviços; e a partir desta matéria-prima oferecer outras alternativas de prestação, desde que os mesmos estejam de acordo com isto. Assim, imaginamos o seguinte esquema:

consumidor (usuário individual ou coletivo)

setor de produção de serviços de saúde: ações de pronto-atendimento, vigilância à saúde, etc...

modelo de análise de morbi-mortalidade: identificação de grupos especiais a partir da demanda espontânea, das situações de saúde, etc.

por exemplo, grupo de 5 a 10 anos com muita demanda por causa de acidentes domésticos

ações coletivas de saúde com participação dos próprios usuários organizados

Com isto, estamos propondo que se abandone qualquer visão programática "a priori" das ações de saúde, pois esta tradição do planejamento normativo não dá conta da realidade e só serve para conter demanda, baratear custos e eleger prioridades de modo tecnoburocrático. (Para uma melhor discussão destas questões consulte bibliografia indicada no final do texto)

houver organização de um sistema de saúde que dê conta das relações entre os diferentes tipos de produtores, como os serviços públicos e privados, e que tenha nos gerentes loco-regionais uma base fundamental de articulação. Os princípios constitucionais, dos artigos 196 ao 200 da Constituição de 1988, permitem considerar que a saúde, individual e coletiva, é um patrimônio público, por isso eles definiram como direito de cidadania e responsabilidade do estado. Assim, qualquer produtor de serviços de saúde deve estar submetido ao controle público e não só os do Sistema Único de Saúde.

A RELAÇÃO INSTITUIÇÃO-USUÁRIO

HUMANIZAÇÃO:

diretrizes — garantir acesso ao serviço imediatamente e a todos os recursos tecnológicos necessários para a defesa da vida, garantir acesso à informação desde o ponto de vista individual até o coletivo, eqüidade no atendimento a todos os cidadãos de igual porte para os serviços de saúde.

operações — ampliação da capacidade física do setor público instalado; aumento da jornada de atendimento (3º turno), porta aberta para os diferentes tipos de demanda, tomar a demanda espontânea como fundamental para a adesão da população ao serviço e como matéria-prima para o atendimento mais qualificado, tomar determinados "riscos" como objeto para as ações coletivas.

CONTROLE E GESTÃO:

diretrizes — garantir espaços de participação aos usuários organizados socialmente, garantir o seu acesso às informações do processo político-institucional dos serviços.

operações — dar todo apoio ao conselho municipal de saúde; criar conselhos locais de saúde em toda unidade de serviço; criar um banco de informações sobre o sistema de saúde aberto a todos os interessados, criar um setor de defesa do consumidor dos serviços de saúde.

CONSCIÊNCIA SANITÁRIA

diretrizes — contribuir para a "elevação" da consciência sanitária das pessoas e grupos organizados da sociedade em relação à: saúde como direito e em defesa da vida; estabelecer uma relação pedagógica crítica, pois a população também sabe, para tratar as relações: problemas de saúde/causas sociais/serviços/direitos.

operações — realizar seminários, debates, discussões, palestras com participação dos interessados e baseados na metodologia da educação popular.

A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA E DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

o planejamento e a gestão do sistema:

Este item faz referência ao momento, aos lugares institucionais e sociais, e aos atores que se vinculam ao processo de formulação de políticas de saúde, decisão de rumos e execução das ações. Portanto, ele "fala" em diferentes graus a todos os que atuam no setor saúde: desde o usuário, passando pelos trabalhadores em saúde até o conjunto dos dirigentes institucionais e políticos. O modelo que supomos, democrático e em defesa da vida, deve se basear em uma metodologia do planejamento e da administração que alie agilidade gerencial com participação dos interessados. Isto só pode acontecer se houver capacitação dos dirigentes, organização de um sistema de gestão democrático e informação ampla e disponível para todos os interessados. O planejamento estratégico situacional aliado a uma metodologia que garanta o planejamento/ação pelos grupos organizados são fortes aliados deste projeto. A democratização dos sistemas e a participação trazem sérias responsabilidades para os dirigentes. Por isso, atitudes corporativistas por parte de alguma categoria profissional em particular ou do conjunto dos funcionários acabam gerando sérios conflitos que devem ser administrados sem que ocorra tanto a falta de adesão ao projeto, quanto prejuízo para a eficiência e eficácia das ações de saúde.

diretrizes — trabalhar o planejamento e a gerência do sistema municipal de saúde (ou do distrito sanitário) de uma maneira integral, de forma a se constituir um "sistema de alta responsabilidade". Ou seja, é necessário articular a agenda e o foco de atenção da equipe dirigente, com um sistema de petição e prestação de contas em todos os níveis do sistema e que se completa com um processo de gestão descentralizada, por problemas e por operações. A descentralização da gestão é uma diretriz que deve ser trabalhada junto com a instituição de mecanismos de avaliação de gerentes, tanto de nível local como dos níveis intermediários e centrais, bem como com a institucionalização de instâncias coletivas de avaliação, formulação e decisão. Ou seja, descentralização da gestão, avaliação sistemática e democratização da decisão são os vértices do triângulo de uma proposta de gestão democrática do sistema único de saúde em todos os níveis. A explicação e a discussão permanente da imagem-objetivo

do sistema, de forma a incorporar o conjunto dos trabalhadores do setor saúde, bem como os usuários, é essencial para se criar um "pano de fundo" comum que possibilite a ação coordenada destes vários atores.

operações — criar "colegiados de governo ou de gestão" tanto para o nível dirigente mais central, como de coordenadores de serviços. Os colegiados funcionam como instâncias decisórias reais e se articulam entre si. Designar gerentes, em tempo integral e com gratificação adequada para todas as unidades de saúde. Para um conjunto de unidades menores estabelecer um gerente como responsável por este coletivo de serviços. Adotar enfoques motodológicos de planejamento, adequados para cada nível e que enfatizem o trabalho com problemas e operações. Cada unidade de serviço deve trabalhar com seu "projeto de ação" que é o conjunto de operações estabelecidas para enfrentar os problemas identificados pela equipe ou pelos usuários. Organizar um "prontuário gerencial" em cada unidade de forma que se disponha de todas as informações necessárias para o processo gerencial. Aplicar, semestralmente, planilha de avaliação do desempenho de todas as unidades do sistema, com critérios previamente estabelecidos (inclusive com a participação dos que serão avaliados). Trabalhar, a nível central, com os grandes problemas do sistema e para os quais serão montados projetos com gerência específica. Trabalhar o orçamento vinculado a projetos. Instituir "gerentes de imprevistos ou de crises", com atuação a nível central, que é o responsável para o encaminhamento agilizado dos problemas cotidianos, garantindo respostas claras para quem faz as petições, de forma a aliviar a agenda da equipe dirigente, que deverá se ocupar, centralmente, das operações dos "projetos de ação" que compõem o plano.

o território:

para o nível de formulação deste projeto é interessante apontar algumas questões em relação à discussão sobre a regionalização dos serviços e a definição dos territórios de abrangência das unidades de saúde. Como aqui se aponta um sistema "redebasicocêntrico" adota-se a idéia de que os serviços de retaguardas não devem captar clientelas por si, devendo se submeter à lógica de funcionamento da rede básica. Assim, considera-se importante definir um território para a ação de cada uma destas unidades. Entretanto, consideramos que esta definição tem pelo menos duas grandes variáveis: a que se refere à lógica de funcionamento do equipamento público e a do usuário. O usuário deve ser considerado sob o ponto de vista de um consumidor, isto é, aquele que se movimenta no sistema pelo que lhe é oferecido para satisfazer suas necessidades sentidas e, assim, se territorializa pelo tipo de produção que lhe é ofertado; por isso, o serviço que ambiciona captar a clientela tem que se propor disputar o "mercado" de oferta de serviços. Já pelo lado do serviço é importante considerar a necessidade dele ter uma área de abrangência sob a qual ela tenha uma responsabilidade em termos de defesa da vida; para isto deve levar em conta o tamanho dos recursos materiais e humanos, a situação epidemiológica e a dinâmica política dos grupos pertencentes à região em torno da unidade. Deste modo, não se justifica aprisionar o usuário a uma área restrita, a oferta é que deve garantir isto; ao mesmo tempo que a unidade deve se dirigir para atuar e "vigiar" em termos de saúde coletiva junto a uma população delimitada e conhecida.

a relação público/privado:

diretrizes — buscar novas formas de parceria público/privado, explorando a complementariedade destes dois setores de forma mais explicitada, de maneira que as regras do jogo sejam mutuamente aceitas e sob a aprovação do órgão gestor máximo do sistema — o Conselho Municipal de Saúde.

operações — fazer diagnóstico dos recursos existentes no setor privado (conveniado e mesmo contratado) que são complementares aos existentes à nível do setor público, tendo em vista garantir a assistência médica integral aos usuários do SUS. Estabelecer com estes setores ou serviços "termos de compromisso", de interesse bilateral que resultem na ampliação da oferta de serviços para a população. Os critérios inegociáveis nestes termos de compromisso são: proibição de cobrança "por fora" por qualquer serviço prestado e subordinação no serviço conveniado ou contratado às diretrizes do setor público, inclusive submetendo-se à sua avaliação e controle permanentes. Por estes termos de compromisso, o setor público se compromete a contribuir para a viabilização financeira da instituição, seja através de repasses diretos seja através de transferência de material de consumo, medicamentos, equipamentos e mesmo a alocação de funcionários públicos para completar a equipe. A instituição mantém seu convênio regular com o SUS, que continua sendo a fonte principal de financiamento.

a organização do processo de trabalho:

diretrizes — organizar um processo de trabalho em saúde que incorpora as amplas dimensões das questões de saúde tomadas como problemas — violência institucional e violência urbana; tratar os usuários segundo os princípios da igualdade e universalidade da assistência, incorporar o usuário a partir das maneiras de como ele sente suas necessidades em saúde, partir desta matéria-prima para oferecer outras alternativas de prestação; o sistema de retaguarda e de serviços de apoio devem ser 'redebasicocêntrico'.

operações para os Centros de Saúde na assistência

— (aqui nos permitiremos usar uma postura tipo receita)

acesso: o serviço deve estar acessível para toda a população no maior tempo possível, os horários dos funcionários devem ser acertados para que a unidade fique aberta pelo menos das 7:00 às 18:00h, deve-se organizar um atendimento às urgências mesmo nos dias de reuniões, a recepção não pode ficar sem ninguém em nenhum momento, as pessoas têm direito de ter uma informação imediata a respeito do que procuram no serviço;

fichário central: todos os usuários atendidos devem ter seu prontuário, no qual conste claramente o atendimento dado e o responsável, as fichas devem ser arquivadas em ordem numérica, todas unidades têm que ter um fichário índice por ordem alfabética, quando menor de 5 anos o cartão deve conter o cartão de vacina e o gráfico de crescimento no qual se anota, por exemplo, o número da ficha familiar;

fluxo do paciente: deve-se garantir agilidade no atendimento, bom aproveitamento de recursos, eficácia das ações e respeito ao direito e necessidade do paciente, a recepção tem que contar com pessoal qualificado pois ela é um ponto estratégico para garantir o caráter de porta de entrada, dar boa informação, proceder com encaminhamentos corretos e manter os arquivos com qualidade, o pessoal da recepção deve dispor de "agendas" com a

disponibilidade de cada profissional e proceder os agendamentos com dia e hora para os pacientes. A recepção é quem encaminha para: consulta médica, atendimento de enfermagem, atendimento básico (curativo, inalação, aplicação de injeções,...), consulta odontológica, trabalho de grupo, vacina e outras. Não subdividir em pré e pós, esta não tem se mostrado uma boa maneira de organizar as atividades pois torna o atendimento moroso, duplica ações e dilui responsabilidades;

consulta médica: a consulta médica deve ocorrer por procura espontânea do paciente ou por proposta do serviço (pré-natal, tuberculose, hipertensão, diabetes, etc...), as urgências devem ter prioridades. Quando o paciente procura a unidade e não há capacidade de atendimento e não é uma urgência deve ser oferecido um agendamento. O atendimento deve ser amplamente registrado,

atendimento de enfermagem,: esta atividade deve ser realizada pelo auxiliar de enfermagem ou pela enfermeira. Será ofertado para procuras espontâneas ou por propostas do serviço, como: seguimento de criança, pré-natal, controle de hipertensão, etc...Todas as atividades devem ser registradas, inclusive o agendamento;

atendimento básico: o paciente chega a este atendimento diretamente ou através de encaminhamento da consulta médica ou do atendimento de enfermagem. Devem ser oferecidas durante todo o tempo;

vacinação: todas as estratégias devem ser usadas para aumentar a cobertura vacinal. Deve se garantir acesso a todos que procuram o
serviço às vacinas básicas. Durante todo o tempo tem que haver oferta de vacinação, não há norma de serviço que justifique que uma mãe saia com seu filho do Centro de Saúde sem vaciná-lo, se ele estiver dentro do calendário;

trabalho de grupo:

esta é uma atividade privilegiada para proporcionar interação entre os membros da equipe com a população. Conforme a metodologia usada — por exemplo: atividades baseadas na pedagogia crítica — pode-se contribuir para o rompimento com as ações que só tratam o paciente como objeto, todos os profissionais devem ser estimulados a participarem destas atividades e a unidade pode realizá-las nos seus horários mais ociosos;

ações de saúde
coletiva: através de métodos de análises — estudo de morbimortalidade da demanda atendida, estimativas rápidas da situação de saúde — e com um razoável sistema de informações organizado — banco de óbitos, prontuários bem registrados — pode-se ter plena consciência de um conjunto de necessidades coletivas da população alvo da unidade. Com isto, a unidade deve se preparar para realizar ações de vigilância à saúde — epidemiológica, ao meio ambiente, nos processos de produção e trabalho — atividades educativas, entre outras;

assistência à
criança: as ações de saúde no sentido do diagnóstico precoce e do aleitamento materno são as mais eficazes quando o atendimento se realiza nos primeiros dias de vida, nele deve inclusive se discutir as ansiedades da mãe quanto à criança. Não se pode perder a oportunidade de se formar grupos de mães para se discutir os problemas comuns aos filhos, a questão da vacinação, etc... O primeiro atendimento deve ser feito com uma consulta médica, os retornos posteriores devem ser abertos para a mãe quando ela desejar vir ao serviço, e no máximo deve-se sugerir um calendário de agendamento para consulta médica — a cada 3 meses no primeiro ano e a cada 6 meses no segundo — e para atendimento de enfermagem — mensalmente nos primeiros seis meses e bimensal do sexto ao primeiro ano de vida. O gráfico de crescimento e o cartão da criança são importantes instrumentos de trabalho e devem ser usados em todos os atendimentos da criança. Atividades junto aos escolares só através da procura que eles fizerem às unidades, nas escolas só se deve realizar atividades de saúde coletiva e não atendimento individual. Consideramos como prioridade nesta assistência à criança de um modo geral: incentivo ao aleitamento materno, controle da diarréia e hidratação oral, controle das doenças respiratórias, vigilância do crescimento e desenvolvimento, imunização básica;

assistência à
mulher: deve-se estruturar esta assistência em três áreas: pré-natal, atendimento às queixas ginecológicas e contracepção e prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama. Sem dúvida estas áreas são muito permeáveis a atividades coletivas que devem se associar e complementar os atendimentos individuais;

assistência ao
adulto: deve-se, através de uma garantia do acesso ao serviço, organizar atividades que tomem grupos específicos se estes se mostrarem importantes no quadro de morbimortalidade da população alvo, por exemplo: hipertensos, diabéticos, cardiopatas, acidentados do trabalho, etc... A capacitação da equipe e do médico para a compreensão dos determinantes sociais, emocionais, condições de trabalho que determinam as doenças e que melhoram ou pioram a eficácia dos tratamentos tem que ser garantida pelas atividades de formação e capacitação de recursos humanos. deve-se criar na rede grupos que discutam padronizações de conduta para estes atendimentos e supervisão sistemática para garantir ações resolutivas e qualificadas. É fundamental poder se contar com retaguardas bem estruturadas para o desenvolvimento destas áreas de assistências;

a retaguarda secundária e a rede: é fundamental que a retaguarda de qualquer tipo respeite que o eixo de organização do modelo é a "rede básica de serviços" e, portanto, ela não pode ser autônoma na captação de clientela e na sua relação tecnológica com os níveis básicos. Esta retaguarda deve contemplar os ambulatórios de especialidades dimensionados em função das ações da "rede", e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Os seus dirigentes devem ter uma íntima relação com a rede e participar das gerências coletivas das unidades organizacionais que se formarem em torno dos serviços da rede e de suas retaguardas, que chamaremos de "distritos sanitários". Assim, um distrito seria formado por uma rede de serviços que garantissem uma resolutividade de ação individual e coletiva diante dos problemas identificados em uma dada região alvo, o que nos obriga também a raciocinar com a existência de retaguardas hospitalares. É fundamental considerar que a gestão de um distrito se deve dar através de um colegiado coletivo que se oriente pelos conselhos locais e municipais, procurando definir um colegiado de governo que se relacione com eles e que tenha representação de todos os dirigentes de serviços da área;

o hospital de retaguarda e a rede: consideramos que os hospitais devem ser organizados para captarem sua clientela através de sua íntima relação gerencial e tecnológica com os outros serviços do distrito, não estabelecendo nenhum mecanismo autônomo em relação a sua clientela alvo por cima dos outros serviços. Achamos que o mínimo que pode se esperar de um hospital neste nível é o seu perfil de hospital geral, contando com as quatro especialidades básicas. Os hospitais do SUS devem ser organizados dentro desta ordem gerencial, conforme o que expusemos no item anterior sobre o nível secundário;
a urgência e a emergência e o sistema: oferecer pronto atendimento às pessoas que necessitam de cuidados médicos de urgência e garantir resposta eficaz para aqueles casos em que existe risco de vida, através de rede de serviços descentralizada e equipada com recursos adequados para os primeiros atendimentos ou que disponha de fácil acesso a mecanismo de remoção para centros mais equipados. O atendimento adequado às urgências pressupõe o cumprimento de determinadas exigências: existência de determinados recursos tecnológicos, que normalmente não estão à disposição da rede básica, e a facilidade de acesso. Criar um pronto-socorro público, de caráter municipal ou regional, conforme a situação, de preferência vinculado a uma estrutura hospitalar que garanta a retaguarda cirúrgica e de internação. O pronto-socorro municipal pode ser organizado junto a um hospital conveniado ou contratado, como parte de "termos de compromisso" já mencionado, porém sempre com gestão pública. Equipar a rede básica com equipamentos básicos de emergência (ambus, laringoscópio, etc...), medicamentos, treinar equipes locais para atuar com eficácia e rapidez nas situações de emergência; garantir pronto atendimento em toda a rede básica de maneira a diminuir a pressão de demanda a nível do pronto-socorro; criar central de ambulância, facilmente acionável pelas unidades, ou mesmo alocar uma ambulância nas unidades maiores e de maior movimento; organizar plano de contingência para a atenção de emergência em situação de catástrofe ou calamidade pública (acidentes graves, grandes incêndios, etc...).
Operações do Centro de Saúde nas atividades de apoio administrativo —
as responsabilidades pelas ações: as diversas funções administrativas, ainda que envolvam vários personagens, devem ser atribuídas a alguns de seus membros. Essa pessoa será incumbida de centralizar as demandas das várias áreas e encaminhá-las de forma organizada para instâncias competentes. Todos que desenvolvem prioritariamente atividades meios não devem ser excluídos das discussões globais para não se alienarem em relação ao projeto global, e devem tornar públicas todas as informações que detiverem, não fazendo do monopólio do seu saber um mecanismo de poder. O mesmo vale para os profissionais técnicos, particularmente os universitários;

A SAÚDE COMO PATRIMÔNIO PÚBLICO

diretrizes — atuar para que a saúde individual e coletiva sejam respeitadas como direito de cidadania, garantir aos usuários acesso aos mecanismos institucionais e tecnológicos que defendam sua vida.
operações — ser obrigatória a notificação dos problemas de saúde que se referenciam às ações coletivas, por parte dos serviços privados e públicos; viabilizar o acesso do setor público às informações do setor privado sobre as suas ações ao nível institucional e assistenciais; construir um serviço de avaliação e controle da qualidade das ações dos serviços privados e públicos, que garanta informação ampla a todos os interessados; criar um banco de informações sobre o sistema de saúde com disponibilidade da informação a todos os interessados,; criar um setor de defesa do consumidor em relação aos erros cometidos no interior dos serviços de saúde e que sejam lesivos ao usuário individual ou coletivo.

DOCUMENTOS DE APOIO

A saúde pública em defesa da vida. Livro de autoria de Gastão Wagner de Sousa Campos e publicado pela Editora Hucitec.
Os médicos e a poliítica de saúde. Idem ao anterior.
Planejamento sem normas. Livro de autoria de Gastão Wagner de Sousa Campos, Emerson Elias Merhy e Everardo D. Nunes e publicado pela Editora Hucitec.
Programação em saúde. Livro de autoria de Lilia Blima Schraiber e publicado pela Editora Hucitec.
Diretrizes para o atendimento a nível do centro de saúde. Apostila publicada pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas em novembro de 1989.
A saúde pública como política. Livro em publicação pela Editora Hucitec e de autoria de Emerson Elias Merhy.
A construção de uma cultura institucional de planejamento: a contribuição do município. Texto de autoria de Luis Carlos de Oliveira Cecilio e publicado pela Revista Saúde em Debate nº 31.
Os problemas mais importantes no atual momento para a construção do SUS de Piracicaba. Produzido pela oficina de trabalho da equipe gerencial da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, assessorada por membros do LAPA/UNICAMP.
Política, Planificacion e Gobierno. Livro de autoria de Carlos Matus.

SILOS — UMA VISAO DA LINHA DE FRENTE DO SISTEMA

Neice Müller Xavier Faria *

Enquanto textos e análises do processo de reorganização do Sistema de Saúde Brasileiro consideram que houve avanços em vários aspectos — e, de fato, houve ganhos importantes na universalização da clientela, no aumento da cobertura assistencial e mesmo no reordenamento jurídico-institucional — nas conversas com dirigentes municipais ou com profissionais da saúde, é freqüente se ouvir que "o SUDS acabou" ou que "o SUDS não deu certo". Realmente, se considerarmos o ângulo de quem está na linha de frente, há uma série de razões para este tipo de opinião:

1. Os repasses de recursos financeiros sofrem atrasos freqüentes; a responsabilidade do município aumenta à medida em que vai se reduzindo a contrapartida do Estado; os critérios para assinatura de convênios ou distribuição de recursos são, muitas vezes, clientelistas; a prestação de contas trimestral aumenta a burocracia, uma vez que o município já o faz anualmente ao Tribunal de Contas; as queixas de insuficiência de recursos (independentes da capacidade gerencial do município), etc.

2. A situação dos hospitais virou manchete de jornais e tem sido questão de estrangulamento na maioria dos lugares. Os convênios ainda são baseados no polêmico critério de produtividade e com valores defasados do mercado. Além disso, a fraude é tão freqüente que inviabiliza qualquer análise epidemiológica. E um grande número faz cobranças "por fora" (mesmo entidades juridicamente filantrópicas). Nada disso é recente ou ignorado pelas autoridades competentes. O que se observa é que os setores privados prestadores de serviço, a partir das políticas de extensão de cobertura e atenção primária, se encastelaram nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e nos setores de alta tecnologia, retendo assim a maior parcela das verbas públicas de saúde. Segundo fontes do INAMPS (diretoria de administração e finanças) e IBGE (diretoria de pesquisas, departamento de população), para o 2º trimestre de 1990 a União repassou aos Estados, para custeio das redes ambulatoriais, cerca de 9 bilhões para o setor público e 2.140 milhões para o setor privado). Estes dados ficam mais estarrecedores se considerarmos a rede hospitalar (1).

3. A política de Recursos Humanos é, sem dúvida o maior nó a ser desatado e envolve as questões anteriores.

Aqui, também os diagnósticos de insuficiência técnica e descompromisso dos profissionais juntamente com as propostas de solução desenhadas na Conferência Nacional de Recursos Humanos, 1986.

Em raros locais isolados, se conseguiu — através de melhorias salariais, formas de educação continuada, avaliação de desempenho com supervisão técnica e, mais raramente, dedicação exclusiva — melhorar este quadro negro.

A nível dos órgãos formadores, a situação atual é praticamente a mesma de uma década atrás. Os currículos continuam desvinculados da realidade, com baixo padrão tecnológico; e as escolas públicas, tanto na graduação, como nas residências e cursos de especialização, continuam a formar profissionais na ótica mercantilista e individualista do mercado privado da saúde.

A capacitação técnica para funções de gerência é outro problema a ser resolvido, uma vez que nem as universidades nem os órgãos formadores ligados às instituições de serviço têm conseguido suprir esta necessidade. Além de não cobrirem a demanda quantitativa, existe a inegável tendência das pessoas habilitadas a exercer funções de gerência de buscarem os espaços no nível central e nas academias (talvez pelo irresistível "charme" da proximidade com o poder). E, salvo honrosas exceções, os SILOS continuam desfalcados deste tipo de profissional.

Todas as questões ligadas ao quadro de Recursos Humanos se agravam à medida em que nos afastamos das grandes metrópoles ou que haja dificuldades no acesso (periferia de grandes centros).

Muitas vezes se ouve manifestações de desânimo e descrença nas possibilidades reais de recuperação do quadro funcional (tipo "com esse pessoal não tem jeito"). No entanto, convivendo no dia-a-dia destes profissionais, enfrentando as contradições que a sobrevivência impõe, se percebe que um grande número é sensibilizável e é capaz de melhorar bastante o padrão técnico do seu trabalho. A grande maioria hoje não acredita na seriedade da empresa pública que está recheada de "picaretagens" e clientelismos em todos os níveis (vide o caos do Sistema Estadual de Saúde em Minas Gerais, por exemplo). O próprio sistema corrompe o profissional.

Hoje, quem trabalha bem é punido por isso (com aumento das tarefas, prejuízo econômico e ainda respondendo pelas falhas de todo sistema). Para reverter este quadro, é necessário uma proposta de Recursos Humanos (incluindo mecanismos de controle e avaliação). É fundamental se conquistar técnica e politicamente esses aliados potenciais à construção de um modelo de saúde.

É dentro de toda esta conjuntura que se insere a discussão dos Sistemas Locais de Saúde, SILOS.

Não é o objetivo deste trabalho se deter em definições conceituais do que seja SILOS, mesmo porque um sistema local pode estar estruturado em bases geográficas, populacionais, jurídico-administrativas, ou políticas bastante variadas de um lugar para outro. Na verdade, o nível operativo, ou seja, os Sistemas Locais de Saúde são o espaço onde o serviço de saúde concretiza sua razão de ser e onde na prática ocorrem as transformações e onde se conquista a legitimidade perante a população (2).

Neste momento em que a conjuntura evolui com crescente recessão no plano econômico, se espera uma deterioração rápida das condições de saúde da população e um estrangulamento da crise no sistema de saúde. Isso determina a necessidade de se rever as táticas de intervenção na conjuntura de saúde. Na verdade, enquanto a elite intelectual do Movimento Sanitário se perdia em "papers", analisando os avanços e as dificuldades no plano jurídico e institucional, no plano operacional do sistema o projeto neoliberal ganhava espaços e consolidava sua hegemonia como prestador de serviços (nos setores de alta

* Especialista em Medicina Geral Comunitária.

Participou dos projetos de saúde em Sete Lagoas — MG, Ronda Alta — RS e Tapera — RS

tecnologia, medicina de grupo, serviços especializados de diagnóstico e tratamento e serviços ambulatoriais de credenciamento) e agora se instala nos cargos de poder da burocracia estatal da Era Collor.

Algumas questões devem ser aprofundadas na busca dos caminhos na construção de um projeto contra-hegemônico de saúde.

a) A bandeira política da participação popular virou panacéia para todos os males. Convenhamos que, em termos de populismo (caudilhista yuppie, como diriam os franceses), esta é uma boa bandeira para ser absorvida e manipulada pelo discurso oficial. Tira das costas do administrador público a responsabilidade nos fracassos e o fortalece nos sucessos. Defender o direito à participação popular, não traduz a natureza da proposta, é pouco.

É inegável a necessidade de se construir alianças com os setores organizados do movimento popular, mas isso não acontece num passe de mágica. Participar do controle da execução da Política de Saúde(3) exige um certo instrumento técnico, de difícil apropriação pelo saber popular, pelo menos a curto prazo. A informação é sem dúvida arma de grande poder e a ignorância é o campo fértil para manipulação política.

De um lado, os aspectos atrasados do movimento sindical brasileiro, como "basismo" (a negação ao estudo e à teoria), a burocratização no poder dos "poderes" como distanciametno progressivo das "massas", e a prioridade quase exclusiva das lutas de eixo econômico (principalmente, por razões de sobrevivência) e, de outro, uma certa "arrogancia intelectualóide" e a prioridade nas lutas de âmbito jurídico e institucional no lado do movimento sanitário caracterizam um quadro de dificuldade a uma aproximação mais sólida, visando desenvolvimento de um projeto comum. O desafio de superação destas dificuldades está colocado e urge construir novas bases de comunicação. A discussão do SILOS pode ser uma boa oportunidade.

O que se propõe é uma análise sincera e profunda desta situação e a busca de formas de romper com esta pseudodicotomia entre quem faz e quem pensa.

É fundamental instrumentalizar este conjunto de pessoas e buscar conquistar entre os profissionais que atuam no nível local o compromisso político com uma proposta de transformação.

c) Outra questão essencial e de ordem tático-estratégica é a construção de um novo paradigma de modelo assistencial. No modelo brasileiro, o referencial é o modelo flexneriano para países subdesenvolvidos, ou seja, acrescido de extensão de cobertura e racionalização de recursos vias ênfase na atenção primária (4).

Sobre este assunto, o movimento sanitário pouco ou quase nada avançou desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Na assistência individual, o instrumental diagnóstico e terapêutico, o organismo, bem como a relação profissional-usuário produzem o modelo flexneriano da alopatia tradicional.

A quem interessa manter a exclusividade do respaldo científico oficial para uma medicina intervencionista, iatrogênica, supertecnologizada e de resultados discutíveis (ou até danosos em certas situações)? Não pretendo aqui negar as enormes contribuições que a alopatia nos trouxe enquanto ciência, tanto em ações de caráter coletivo, como individual. Mas por que negar a eficácia de outras modalidades terapêuticas também históricas e científicas (vide experiência internacional), por que o silêncio sobre a questão?

A construção de um novo modelo assistencial passa também pela discussão do perfil dos profissionais na portaria de entrada do sistema. A equipe básica, por exemplo, deverá multiprofissionalizar e buscar formas criativas de integração com a população. Até aqui, todos de acordo. Mas a capacitação profissional do médico é outra polêmica. Também aqui tem sido negado espaço à discussão de que existe mais de um caminho. A equipe básica pode ser organizada com, no mínimo, um especialista de cada área básica: Medicina Interna, Pediatria, Gineco-Obstetrícia e, talvez, Cirurgia. Todas as tentativas de adaptar especialista em alguma área à demanda de Medicina Geral foram quase sempre desastrosas. No entanto, existem alguns Sistemas Públicos de Saúde de destaque internacional (como Cuba, Inglaterra e outros) que se estruturam na porta de entrada com especialistas em Medicina Geral, cujos nomes variam em cada país.

No Brasil, algumas experiências apresentam Medicina Geral Comunitária como perfil da equipe básica de nível ambulatorial e têm apresentado resultados muito positivos. Apesar de alguns destes casos serem objeto de estudos e pesquisas, as publicações sempre omitem este aspecto, mesmo nos modelos mais eficazes (como Ronda Alta, exemplo)(5).

O que se propõe é a discussão do médico enquanto instrumental técnico da Reforma Sanitária. Um instrumental ser usado para variados interesses e a conseqüência política se dará pela forma como for utilizado e a serviço de quem.

A qualidade da assistência, enquanto projeto político, nos leva a questionar aspectos, como a basagem técnica profissionais, a integrabilidade biopsicossocial da abordagem individual, a relação de poder definida com os usuários (até então eternos pacientes) e a diferenciação entre a elaboração e a execução das Políticas de Saúde, com estabelecimento de uma hierarquia de valores entre os dois tipos de atuação.

É importante reconhecer como natural da organização social a divisão de tarefas, mas, ao mesmo tempo, deve se questionar a coerência de cada ação, tentar evitar desvios. Isto é um aprendizado lento e difícil, e não tem receita pronta.

O desafio de aprofundar estas contradições, buscando superá-las, é o que se coloca hoje, para todos que acreditam e se empenham na luta por uma Reforma Sanitária verdadeira.

Referências Bibliográficas

(1) Dados divulgados pela Secretaria Municipal da Saúde e Serviço Social de Porto Alegre.
(2) MENDES, Eugênio Vilaça. Sistemas Locais Saúde. ISP/OPS/Brasil, doc. discussão Inte. 1988.
(3) Lei Orgânica da Saúde, Art. 11, parágrafo 2º.
(4) MENDES, Eugênio Vilaça. Os paradigmas Prática Médica.
(5) ALMEIDA, Célia Maria. Os atalhos da Mudança na Saúde no Brasil. Estudo de Caso. Ronda A.

A INICIATIVA PRIVADA E A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE. ASPECTOS JURÍDICOS

Prof. Dr. Manoel Gonçalves Ferreira Filho (*)

1. O presente estudo tem em mira situar a iniciativa privada quanto à prestação de serviços de saúde, em face dos lineamentos gerais do ordenamento jurídico brasileiro.

2. Isto importa, desde logo, em definir as bases constitucionais de tal assunto, eis que a Constituição de 1988 se preocupou em estabelecer normas sobre saúde (essencialmente na seção assim denominada - arts. 196 a 200) e, especificamente, a respeito da iniciativa privada nesse campo (art. 199).

Este primeiro tema oferece dificuldades notórias. Com efeito, a Constituição de 1988 resulta de uma conciliação, nem sempre bem acabada, de propostas de inspiração variada, para não dizer contraditórias. Isto traz o risco de interpretações facciosas, em que o *parti pris* conduz a exegeses que lêem o que a visão ideológica do analista lhe faz ver, e apenas isso. Em suma, lêem o que querem ler.

Entretanto, os textos jurídicos têm vida própria. O seu sentido deve ser procurado na integração sistemática de seus princípios e regras, feito com toda a objetividade possível. Ou seja, afastando-se o viés ideológico, inclusive quando este se disfarça na invocação da suposta intenção do legislador.

No caso de uma Constituição, ademais, é sempre necessário compatibilizar os princípios e normas concernentes a uma matéria específica, por exemplo saúde, com os princípios que informam o Texto em geral.

3. Por outro lado, o regime jurídico da prestação de serviços de saúde, que esboça a Constituição em vigor, foi disciplinado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Assim, é preciso levar em conta as normas por ela editadas que complementam a Constituição. Tais disposições, com efeito, desdobram o programa traçado pela Lei Fundamental, a fim de dar a esta plena eficácia.

Neste passo, redobrada atenção deve ser dada à questão da constitucionalidade de tais regras infraconstitucionais. Sim, porque a validade, e consequentemente o valor de tais normas infraconstitucionais, depende de sua compatibilidade com o que dispõe a Lei Magna.

1. A INICIATIVA PRIVADA NO SISTEMA CONSTITUCIONAL VIGENTE

4. Certamente em reação contra uma estatização burocratizante e ineficiente, a Constituição de 1988 enfatiza, como nenhuma outra Lei Magna brasileira anterior, o princípio da livre iniciativa.

É ele enunciado, logo no art. 1º, como um dos fundamentos da ordem constitucionalizada. Com efeito, nesse artigo está explícito que entre esses fundamentos estão:

> "IV - os valores sociais do trabalho do trabalho e da livre iniciativa;"

5. Esse mesmo princípio vem expresso a propósito da ordem econômica. De fato, segundo o art. 170, caput, esta se funda "na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa".

Ademais, como já se apontou, nor art. 199 da Lei Magna é declarado o direito de livre iniciativa em matéria de assistência à saúde, sobre o que adiante se voltará.

2. A SAÚDE NO SISTEMA CONSTITUCIONAL VIGENTE

6. O tema saúde tem realce na Constitulção em vigor, nela aparecendo de dois ângulos diferentes. Um, o do direito (social) à saúde. Outro, o do delineamento das "ações e serviços de saúde".

(*) Titular de Direito Constitucional da Faculdade de Direito da U.S.P., Professor convidado da Universidade de Aix-Marseille (França), Doutor em Direito pela Universidade de Paris

7. Ninguém desconhece que, por um lado, a Constituição de 1988 se inscreve nalinha do chamado Estado Social.

Ela, numa orientação que entre nós data da Lei Magna de 1934, preocupa-se com a melhoria das condições de vida do povo. Insere-se, portanto, na perspectiva do social como se usa dizer, à imitação do constitucionalismo europeu (Itália, Alemanha, etc.). Em vista disso, reconhece como fundamentais não só as liberdades mas também direitos de crédito reclamáveis do Estado, os dito direitos sociais.

Ora, entre estes, no art. 6º, está o direito à saúde, a que volta, mais explicitamente, o art. 196:

> "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

8. Por outro lado, a índole geral da Constituição de 1988 é profundamente diferente da presente nas constituições brasileiras anteriores. Enquanto estas eram típicas constituições-garantia, ela se apresente como uma constituição-plano, ou constituição-dirigente.

As constituições-garantia preocupam-se essencialmente com o poder político, buscando estruturá-lo de modo a impedir, ou dificultar, o abuso. Cercam, por isso, esse poder de estreitos limites, sem, todavia, pretender preordenar-lhe a política. Ficando esta em aberto, para ser definida pelos sucessivos governos, em função de seus compromissos eleitorais.

Já as constituições-plano são mais ambiciosas. Propõem-se a traçar um plano geral de atuação do poder, e isto especialmente nos campos social e econômico. Por isso, se estendem por matérias consideradas "não constitucionais" porque não referentes à estruturação do poder político.

Ora, no Texto em vigor há toda uma disciplina da atuação do Poder Público em matéria de saúde. É o que deflui da Seção constitucional já referida.

3. O REGIME DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM FACE DA LEI MAGNA DE 1988

9. O exame sistemático das normas constitucionais vigentes relativas à prestação de assistência à saúde resulta na definição de alguns pontos básicos indiscutíveis.

O primeiro deles é caber a prestação desse serviço tanto à iniciativa privada quanto ao Estado.

Com efeito, o art. 199, *caput*, é claro:

"A assistência à saúde é livre à iniciativa privada."

Mas, por outro lado, é ela "dever do Estado" (art. 196). E cabe ao Poder Público executá-la, diretamente ou por meio da colaboração de terceiros. Terceiros, i. é, particulares, quer pessoas físicas, quer pessoas jurídicas de direito privado. É o que deflui do art. 197:

> "São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado."

10. Entretanto, cumpre assinalar, a Constituição não igualiza as esferas de Poder - federal, estadual/distrital, municipal, quanto à saúde.

Vale ter presente a repartição de competência que ela nos estabelece nos arts. 23 e 24.

11. Por um lado, neste art. 24 é enunciada a competência legislativa concorrente da União, dos Estados e do Distrito Federal (excluído, portanto, o Município dessa distribuição), em matéria de "saúde":

> "Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:
>
> .....
>
> XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;"

Ora, em decorrência dos parágrafos desse art. 24, essa competência concorrente se acompanha de uma distinção, e conseqüentemente, de uma repartição quanto a níveis de normação. Com efeito, compete à União o estabelecimento das normas gerais, por força do art. 24, § 1º:

> "No âmbito da legislação concorrente, a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais."

No plano das normas particularizantes; aí estará a competência dos Estados, ou do Distrito Federal, em razão do art. 24, mas § 1º:

> "A competência da União para legislar sobre normas gerais não exclui a competência suplementar dos Estados."

Note-se que o Município é excluído, inteiramente, do campo da competência concorrente. Não por ele, por isso, abalançar-se a legislar sobre saúde. Pode, no máximo, regular algum aspecto estritamente local da questão (Constituição, art. 30, I).

12. Por outro lado, no art. 23 da Constituição vigente, é arrolada a competência (administrativa) comum à União, aos Estados, ao Distrito Federal, na qual se inscreve a proteção à saúde:

"É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

.....

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;"

Em face desse texto constitucional, tanto a União, como os Estados e o Distrito Federal, ou os Municípios, têm competência para executar "ações e serviços de saúde". Ora, é exatamente neste ponto que, para maior eficiência e economicidade da ação estatal, cabe a integração dessas ações e serviços num sistema único, público, de saúde, nos termos do disposto no art. 198 da Constituição.

13. De fato, visando integrar as "ações e serviços públicos de saúde" (grifei), ou seja, os prestados pela União, pelos Estados e Municípios, bem como por suas respectivas descentralizações (entes da chamada administração indireta), dispõe o art. 198 que essas ações e serviços se inserem num "sistema único".

Literalmente:

"As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes."

A este "sistema único", público, pode a pessoa física ou a pessoa jurídica de direito privado (aos quais o art. 199, § 1º se refere como "instituições privadas") associar-se, participando da prestação de tais serviços, quando de responsabilidade do Estado. Essa execução por "instituições privadas" de ações públicas de saúde é expressamente autorizada já no art. 197, acima transcrito, da Lei Magna, autorização esta reiterada no §1º do art. 199:

"As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos."

Note-se que, ao prever que tal participação se dê nos termos de "contrato de direito público ou convênio", institutos jurídicos que presumem a autonomia da vontade e importam num vínculo bilateral de direitos e obrigações, a Constituição aponta inegavelmente para o caráter facultativo da participação das "instituições privadas" na prestação dos serviços públicos de saúde.

14. Segundo o art. 200 da Constituição, várias atribuições são conferidas ao "sistema único (público) de saúde":

"Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho."

Observe-se, porém, que, em decorrência da repartição de competência definida nos arts. 23 e 24 da Constituição, segundo já se apontou, essas atribuições são, umas, próprias da União - normação geral; outras dos Estados/Distrito Federal - legislação particularizante; cabendo ao Município apenas atribuições de execução, afora aspectos estritamente locais de regulamentação (Constituição, art. 30, I). Entretanto, não estão a União e os Estados/Distrito Federal excluídos pela Carta Magna de atividades de execução.

15. A Lei nº 8.080/90, editada exatamente para regular o Sistema único de Saúde - SUS, segue, como tinha de seguir, esse paradigma.

Ao dispor sobre "competência" e "atribuições", no cap. IV, dispõe ela no art. 15:

"A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

....."

Trata-se, incontestavelmente, de norma que reflete o disposto no art. 23 da Constituição da República.

Adiante, procura conciliar a descentralização com a integração das diversas esferas de poder, repartindo funções entre elas.

Assim, no art. 16, é conferida à "direção nacional" do SUS - ou seja, ao Poder Federal, a orientação e a supervisão geral do Sistema. Isto facilmente se depreende das competências que recebe para "formular, avaliar e apoiar políticas", "definir e coordenar sistemas", estabelecer "normas", "critérios", "parâmetros", "métodos", disciplinar "as relações entre o Sistema Único de Saúde - SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde" de Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, etc.

Já, à direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS, o art. 17 defere uma atuação suplementar da direção nacional, evidentemente no âmbito da unidade federada.

Enfim, segundo o art. 18, à direção municipal é dado, essencialmente, "gerir e executar os serviços públicos de saúde".

16. No que tange à participação complementar da iniciativa privada no SUS, a Lei nº 8.080/90 também não discrepa do modelo constitucional. É o que se vê nos arts. 24 e seguintes.

Prevê que essa participação se estabeleça por meio de contrato ou convênio, sempre aí observadas as normas de direito público (art. 24, parágrafo único). De modo claro, no art. 26, § 2º, consagra o princípio do "equilíbrio econômico e financeiro do contrato", imprescindível para a "saúde" das "instituições privadas" que se associem ao sistema.

Ademais, visando um padrão nacional de serviços e de remuneração, tal Lei defere à direção nacional do SUS a "fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração" das instituições privadas (art. 26, § 1º).

Note-se que, por força do art. 16, XIV, já mencionado, o relacionamento, portanto as normas do contrato ou convênio que vincule instituições privadas ao SUS, há de ser disciplinado por normas editadas, igualmente, pela direção nacional do SUS. Claro está que com a observância das normas legais a esse propósito, pois vige entre nós o princípio de legalidade, base do Estado de Direito (Constituição, art. 5º, II).

Na verdade, a Constituição vigente recepcionou o Decreto-lei nº 2.300/86, que com suas modificações, constituições, constitui o estatuto jurídico das contratações administrativas. As normas deste, portanto, são imperativas para as contratações de instituições privadas para prestar serviços e ações de saúde no âmbito do SUS.

Não poderá o SUS, em conseqência, fugir do que esse Decreto-lei prescreve quanto à definição de cláusulas essenciais de todo o contrato administrativo, como preço prazos de pagamento, condições de reajuste, etc. Tais normas do Decreto-lei nº 2.300/86 limitam a esfera de decisão da direção nacional do SUS a esse respeito.

2.4. RECURSOS HUMANOS

RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: REPTOS ATUAIS

José Paranaguá de Santana (*)
Sábado Nicolau Girardi (**)

1.Introdução

As preocupações com as questões de recursos humanos nos serviços de saúde vêm de longa data. Análises e recomendações a este respeito podem ser encontradas em inúmeros registros na história das instituições do setor saúde em todos os países. O Brasil não é exceção a esta regra: desde os primórdios da nossa história sanitária fala-se da necessidade de melhorar a qualidade ou ampliar as disponibilidades numéricas do pessoal encarregado das ações de saúde. O que a atualidade traz de novo é a agudeza e a magnitude dos problemas, cuja acumulação decorre de dois fatores básicos: O crescimento da demanda por serviços, no contexto da extensão dos direitos de cidadania e da "transição" democrática e a incapacidade de resposta do sistema de saúde, na esteira da crise econômico-financeira e da negligência política e administrativa do poder público.

A abordagem do tema de recursos humanos de saúde pode ser feita a partir de variados enfoques. Interessa analisar as características e as tendências históricas do mercado de trabalho e da estrutura ocupacional da saúde, isto é, do conjunto de práticas e relações de trabalho articuladas na produção de bens e serviços de saúde. É igualmente interessante conhecer, explicar e formular intervenções sobre os processos de preparação dos trabalhadores de saúde. Um terceiro plano de acercamento do assunto refere-se aos aspectos de gestão do processo de trabalho, ou do domínio e manejo da função trabalho no processo de produção ou prestação de serviços de saúde. O escopo deste documento não permite uma incursão aprofundada sobre tal referencial temático. Seu objetivo limitar-se-á, portanto, a uma breve discussão sobre a estrutura ocupacional do setor saúde no Brasil, à identificação dos grandes desafios que se colocam no caminho da Reforma Sanitária Brasileira no campo dos recurso humanos e, por último, a alguns comentários sobre as alternativas para encaminhamento de tais desafios.

2. A Estrutura Ocupacional da Saúde no Brasil (*)

As características da força de trabalho e da oferta de empregos num setor específico não devem ser vistas isoladamente do contexto que é a estrutura ocupacional do conjunto da economia. Nesse âmbito mais geral podem ser apontados alguns traços que são comuns no cenário histórico dos países que experimentaram expressivo desenvolvimento sócio-econômico ao longo deste século. crescimento das ocupações nos setores da indústria de transformação, nas atividades burocráticas e de prestação de serviços, com declínio da ocupação em atividades agrícolas; incremento da participação feminina no mercado de trabalho; tendência a crescente profissionalização e especialização do trabalho; difusão do assalariamento e redução do trabalho não-remunerado. Estas referências tornam-se interessantes na medida em que se buscam suas expressões peculiares no âmbito da saúde.

O crescimento do emprego ou dos postos de trabalho em atividades de saúde tem sido, pelo menos no período estudado das duas últimas décadas, superior à média dos demais setores da economia. Em determinadas conjunturas, especificamente em períodos recessivos, isto observou-se inclusive em relação aos setores mais dinâmicos do mercado formal urbano. Entre 1970 e 1980, o número de pessoas ocupadas em saúde mais que duplicou, passando de 560.272 para 1.233.008 trabalhadores. Vale ressaltar que nesse contingente estão incluídos tanto aqueles que possuem legitimação educacional e legal para sua prática — os profissionais de saúde, como aqueles que, mesmo não possuindo habilitação educacional e legal específica para trabalho em saúde, ocupam-se em atividades deste setor. As projeções para a atualidade indicam um número de mais de 2.000.000 de trabalhadores em saúde, o que representa cerca de 3% da população economicamente ativa (PEA) do país. Ao cotejar este percentual com os de países mais desenvolvidos (EEUU — 7%, Canadá — 8%, Suécia — 11%) pode-se pensar que a tendência de crescimento da força de trabalho em saúde no Brasil ainda manter-se-ia com sinal positivo no futuro, a menos que ingressássemos num processo de estagnação irreversível. Entretanto, um fato adicional a ser considerado é a redução das taxas de crescimentos médico-sanitários formalmente instituídos nos últimos 20 anos (13% a.a. entre 70 e 76; 9% a.a entre 76 e 80; 6% a.a entre 80 e 84 e 4% a.a entre 84 e 87). A depender de ser esta uma tendência de natureza estrutural ou conjuntural podemos estar diante de profundas modificações das formas de uso e consumo da força de trabalho em saúde. Uma hipótese plausível é a de que o crescimento da força de trabalho em saúde, nos anos

* Este documento foi originalmente elaborado para o Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina. Brasília, 09.05.91; uma versão resumida foi publicada no Proposta: Jornal da Reforma Sanitária 29.FIOCRUZ, junho de 1991.

(*) Médico. Consultor Nacional de Recursos Humanos da Organização Panamericana da Saúde. Brasília. D.F

(**) Médico. Residente de Saúde Internacional da Organização Panamericana de Saúde. Washington D.C. Pesquisador do NESCON UFMG.

recentes, esteja se dando num cenário de informalização das relações de trabalho, como vem acontecendo em outros setores da atividade sócio-econômica, ao contrário do observado nos anos setenta, quando o crescimento da força de trabalho se deu num movimento de "institucionalização" da saúde e de ampliação do emprego (*).

O incremento da participação feminina nas ocupações de saúde, entre 1970 (40%) e 1980 (60%), foi de 20%. Mantida uma tendência desta ordem nos anos oitenta, teríamos atualmente uma cifra de 80%, valor que se aproxima daqueles observados em outros países (Suécia — 80%, em 1989 e Equador — 60%, em 1982). Merece destaque o fato da predominância feminina no conjunto da força de trabalho em saúde não verificar-se em várias categorias profissionais. O censo brasileiro de 1980 indicou as taxas de 20,6% para a categoria médica, 28,2% para a de odontólogos e 37,7% para a de farmácia. Situação oposta verifica-se com as categorias de enfermagem: 94,0% entre enfermeiros e 83,9% entre técnicos e auxiliares. Embora os dados apresentados exemplifiquem a hegemonia masculina em algumas profissões, há evidências de tendência à reversão deste quadro, o que se demonstra com o crescimento da matrícula feminina nos cursos de graduação.

A composição da força de trabalho segundo faixa etária e nível de escolaridade modificou-se ao longo da década de setenta, alterações estas associadas ao fenômeno do crescimento explosivo do ensino superior brasileiro entre o final dos anos sessenta e meados da década seguinte. Entre os censos de 1970 e 1980, os profissionais de nível superior aumentaram sua participação de 29% para 34% ao total. Informações baseadas nos dados do imposto de rendas (MF/SRF/IRPF, 1985) revelam preponderância dos mais jovens, mesmo entre profissões mais tradicionais, como a medicina, a farmácia e a odontologia: mais da metade destes profissionais têm menos de 15 anos de ingresso no mercado de trabalho, enquanto menos de um quinto teriam idade para aposentadoria. O quadro atual e as tendências de curto e médio prazos, todavia, apontam mais para uma estagnação seguida de envelhecimento da força de trabalho em saúde, em decorrência da paralisação ou mesmo redução do número de matriculados e egressos dos cursos universitários. Isto não viria a ocorrer caso houvesse um crescimento acentuado do emprego de categorias de nível técnico e auxiliar, com elevado ingresso de jovens neste segmento do mercado de trabalho. Esta hipótese, todavia, não encontra respaldo na conjuntura atual.

Característica marcante da estrutura ocupacional da saúde no Brasil de hoje é a presença do assalariamento como relação de trabalho que afeta todas as categorias profissionais. Embora universalizada, a forma salarial não logrou extinguir o exercício laboral em saúde em condições de "autonomia", isto é, a prática liberal em algumas profissões. Entre médicos e dentistas esta forma de trabalho persiste como importante fonte de renda: 40,8% e 55,5% do total de rendimentos de trabalho declarados, respectivamente, por estas categorias, segundo dados do IRPF — 1985.

A questão do assalariamento está obviamente associada ao aspecto já comentado anteriormente do crescimento do emprego. A ampliação da oferta de empregos tem-se verificado tanto no segmento público como privado do setor saúde. Os estabelecimentos de saúde oferecem atualmente mais de 1,5 milhão de empregos, divididos quase igualmente entre os setores público e privado. No lado do setor público, o que chama a atenção é a grande concentração de empregos vinculados ao Governo Federal, que mantém aproximadamente 35% do estoque atual de empregos públicos de saúde. Se a isto se agregar a participação dos Estados, de cerca de 45%, constata-se a pequena expressão dos Municípios, responsáveis por apenas um quinto de tais empregos. Mas a participação do poder público não se esgota na questão da oferta de empregos. Estima-se que 90% do gasto com pessoal de saúde no Brasil seja suportado por recursos públicos: de forma direta, através das diversas modalidades de remuneração do trabalho praticadas pela rede privada contratada ou que funciona com subvenção do poder público. Somente 10% do gasto com pessoal de saúde, segundo as estimativas correntes, seriam praticados com recursos privados.

Um último comentário sobre o tema da estrutura ocupacional refere-se às questões da profissionalização e especialização do trabalho, que estão ligadas à acentuada incorporação tecnológica que caracterizou o campo da saúde nas últimas décadas. Este processo, aliado a uma característica econômica marcante da produção de serviços de saúde — sua natureza intensiva em trabalho, resultou na ampliação dos tipos e da quantidade de trabalhadores necessários à operação dos serviços. É fácil observar como os novos procedimentos, tanto no campo da investigação diagnóstica, como da terapêutica, da reabilitação e da prevenção não substituem, mas em geral, acrescentam-se aos anteriores, induzindo à ampliação do leque de ocupações e dos postos de trabalho. Nesse ponto da análise deve-se apontar uma situação aparentemente paradoxal com relação ao que foi dito anteriormente: a despeito da evidente marcha na direção da divisão e diversificação técnica e social do trabalho, a composição da força de trabalho em saúde no Brasil apresenta uma marcante polarização ocupacional; praticamente duas categorias ocupacionais perfazem dois terços do total: os médicos e o pessoal menos qualificado da equipe de enfermagem, os atendentes e os auxiliares.

3. Os Grandes Desafios

As características da composição técnica e da distribuição regional e institucional da força de trabalho em saúde assumem dimensões problemáticas na medida em que implicam obstáculos para a produção e oferta de serviços segundo determinados parâmetros ou princípios, isto é, segundo um modelo assistencial definido. Na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira, o novo modelo assistencial significa a implantação de um Sistema Único de Saúde, comprometido com a universalidade e eqüidade das ações e serviços de elevado padrão técnico-científico, "organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I — descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II — atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III — participação da comunidade" (Art. 198 da Constituição). Nesse sentido, muitas das características da estrutura ocupacional da saúde no Brasil deverão ser mudadas. Apresentamos a seguir alguns dos desafios que se colocam a todos que detêm algum tipo da responsabilidade na gestão da coisa pública ou na condução da política de saúde no País:

a) Como alcançar a integralidade do cuidado, num contexto de elevado grau de divisão e especialização do trabalho, quando o contingente de pessoal engajado nos serviços de saúde é hoje fortemente marcado pela presença

de duas categorias polares no espectro da divisão técnica do trabalho (médicos e atendentes)?

b) Como manter a qualificação técnica e científica dos trabalhadores? Como recuperá-la naqueles que já se desqualificaram sob o jugo de um processo de trabalho alienado? Como oferecê-la àqueles já engajados na força de trabalho e que aí ingressaram sem a necessária habilitação educacional? — São questões situadas no campo de um desafio maior, assim colocado: como prover cuidados de boa qualidade, de forma equânime e universal, quando a força de trabalho dos serviços de saúde apresenta altos padrões de desqualificação e obsolência técnica?

c) Como promover os recursos humanos necessários para a substituição daqueles que se retiram do serviço ativo e, simultaneamente, para a ampliação da cobertura de vastos segmentos desassistidos da população, quando as matrículas no sistema escolar tendem a decrescer, especialmente em relação a algumas categorias como a enfermagem, no caso do ensino superior, ou são escandalosamente insuficientes, como ocorre no ensino técnico da saúde a nível médio e auxiliar?

d) Como fixar o pessoal onde ele é indispensável, mas onde, em condições "normais", ele não permanece ou para onde, "naturalmente", ele não se dirige? — dito de outro modo: como corrigir ou compensar a distribuição atual, que privilegia os lugares mais ricos ou centrais das cidades, as zonas urbanas e metropolitanas e as regiões sudeste e sul do país?

e) Como atender o princípio constitucional da descentralização e, portanto, fortalecer ou implantar serviços municipais, quando 80% dos empregos públicos e 90% dos gastos totais com pessoal de saúde estão fora da alçada decisória das autoridades municipais?

f) Como interpretar e dar consistência ao princípio constitucional da partipação social, quando as regras do contrato de trabalho, as normas de conduta no processo de trabalho e as pautas de avaliação de desempenho são fortemente marcadas pelo interesse corporativo e pelo clientelismo político-burocrático e, portanto, pouco acessíveis ou imunes ao controle social?

4. As Saídas para a Crise

A palavra crise em caracteres chineses é expressa por dois símbolos que representam perigo e oportunidade. É o sentido ou o conteúdo de oportunidade que interessa realçar neste momento, diante da crise que representa a situação atual dos recursos humanos frente aos objetivos e metas preconizadas para o Sistema Único de Saúde. Oportunidade de enfrentar um estado de coisas desordenadas, buscando romper com os padrões tradicionais e alcançar um novo patamar de organização. Esse novo plano organizativo pressupõe ou, o que é mais correto dizer, será construído através da formulação e implementação de um conjunto de medidas nos campos jurídico, administrativo e operacional. No campo político-jurídico é necessário definir novas bases legais que regulamentem as relações de trabalho e a formação de recursos humanos para saúde. No campo de ação político-administrativa e operacional, torna-se imperiosa e urgente a definição de um conjunto de instrumentos e mecanismos que dotem as instituições de saúde de modernos instrumentos de gerência e desenvolvimento de seus recursos humanos.

A complexidade e o dinamismo das relações inerentes ao processo de trabalho desenvolvido no interior das organizações de saúde não podem ser negligenciados do ponto de vista da regulamentação do contrato de trabalho. A experiência e, de forma mais evidente, a própria situação atual de ineficiência do serviço público de saúde, em parte ligada à baixa produtividade de seus recursos humanos, vêm demonstrando a impropriedade das regras e procedimentos comuns da gestão de pessoal quando de sua utilização pelas instituições de saúde. Há hoje um amplo consenso apontando para a adoção de novos instrumentos legais e administrativos que possibilitem a superação dos entraves ao bom desempenho do sistema de pessoal dessas instituições. À luz dos princípios de democratização e compromisso social emanados da Constituição, isto implica uma concepção de contrato laboral que assegure ao trabalhador o direito ao seu desenvolvimento pessoal e profissional, à sua participação na gestão dos serviços e a valer-se de suas estratégias de auto-organização coletiva, mas que, por outro lado, não represente ou implique em constrangimentos para o usuário, no seu direito ao bom atendimento, impedindo práticas consideradas lesivas ao interesse social, como a multiplicidade e superposição de vínculos incompatíveis com o serviço público; que assegure ao trabalhador remuneração condizente com a importância de sua ocupação, mas também garanta sua presença onde ela for necessária.

No âmbito educacional, é fundamental garantir ao setor saúde o papel a ele atribuído pela Constituição, qual seja, "ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde" (Art. 200); isto implica, dentre outras coisas, na adoção de novos critérios para a criação de cursos e habilitações profissionais, bem como para a instalação de escolas universitárias e de nível médio, onde as necessidades dos serviços de saúde adquiram caráter determinante.

O ponto crítico, na formulação de estratégias para a superação dos problemas de recursos humanos em saúde, encontra-se na própria forma de abordagem desses problemas e de equacionamento das respectivas estratégias de intervenção. Tradicionalmente, a ação político-administrativa segmenta-se nas três funções clássicas de formação, administração e desenvolvimento de recursos humanos, não havendo preocupação ou adoção de medidas efetivas de caráter integrador de tais movimentos. As decisões políticas e as intervenções sobre os aparatos de formação profissional e de produção de serviços (para onde dirigem-se os egressos do primeiro) são sempre totalmente dissociadas. Ademais, tais decisões costumam ser tomadas com base em conjecturas e não em conhecimento mínimo da realidade e, geralmente, visam atender interesses corporativos e não ao conjunto de interesses da sociedade. É necessário, portanto, inaugurar novas práticas de planejamento e gestão que levem em conta a interdependência dos processos de formação e utilização dos recursos humanos de saúde e que reconheçam a primazia do interesse coletivo sobre o corporativo.

Há uma série de medidas cuja implementação levaria a significativas modificações dos atuais padrões de crise, na direção de novos parâmetros organizativos da situação dos recursos humanos de saúde. Como exemplos concretos podem ser citadas:

— a implantação de escolas técnicas de formação de pessoal de nível médio, vinculadas aos serviços de saúde e supervisionadas pelos órgãos educacionais; tais escolas podem cuidar da qualificação do pessoal nas diversas habilitações profissionais, ficando a parte de educação geral desses currículos a cargo do próprio sistema educacional;

— a institucionalização de processos que visem a permanente atualização técnica e científica dos profissionais da rede básica, através da ação conjunta entre as Secretarias de Saúde e as Universidades;

— a consolidação de um programa de desenvolvimento gerencial para o SUS, abrangendo a capacitação de dirigentes nas áreas de planejamento, desenvolvimento de recursos humanos, administração hospitalar, administração de recursos financeiros, administração de material, política de medicamentos e assistência farmacêutica, epidemiologia, vigilância sanitária, tecnologia, manutenção de equipamentos, sistemas de informação, saúde do trabalhador e de organização de serviços locais de saúde;

— o desenvolvimento de um amplo programa de formação de especialistas, com ênfase em duas grandes áreas: clínicas básicas (pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica e cirurgia geral) e tecnologias estratégicas (biotecnologia, informática médica, transplantes, engenharia biomédica e outras);

— a redefinição dos projetos de ensino de graduação com base nos princípios da integração ensino-trabalho;

O elenco de medidas acima apresentado não esgota a pauta de discussão sobre as alternativas para sair da crise, em especial no que tange à profundidade com que cada tópico foi tratado. Tal não era o objetivo deste trabalho, como já fora dito no início, mas tão somente provocar uma reflexão sobre as questões colocadas pela Reforma Sanitária para o planejamento, a preparação e a administração de recursos humanos em saúde — verdadeiros reptos cuja efetiva superação dependerá de como se encaminhará a própria Reforma Sanitária: como um projeto que alimenta a retórica política ou como um projeto de ação política que interessa ao processo de construção da cidadania social do País.

3.

CONTROLE SOCIAL



A SOCIEDADE CIVIL E A GARANTIA DO PROCESSO DE REFORMA SANITARIA

Carlos Homero Giacomini *

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi produzido como contribuição do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde — CEBES, às etapas municipal, estadual e nacional da IX Conferência Nacional de Saúde.

As Conferências e os Conselhos Municipais de Saúde constituem a base fundamental do processo participativo no setor saúde a nível dos municípios. São hoje realidades legais inscritas por conquista social em Lei Federal. Refletem um longo percurso de formulação de idéias e de pressão no sentido do Controle Social como garantia da transformação do Setor Saúde.

Participação popular, participação social, controle social... O debate a respeito desta questão remonta às primeiras articulações da Reforma Sanitária brasileira e não se esgota, evidentemente, no âmbito do Setor Saúde. A produção teórica a respeito é volumosa (embora falte ainda a teoria da verdadeira prática) e é imensurável a energia social já dispendida no processo, bem como as experiências, bem ou mal-sucedidas, Brasil afora. Mas este é ainda um debate vivo e, esperam todas as forças democráticas, que assim permaneça. Não se trata de procurar esgotá-lo neste breve texto. Apenas de mais uma vez propô-lo como necessidade permanente, dado que o dinamismo social estrutura e desestrutura continuadamente o que parece já ser passado e o que julgou-se definitivo.

Todos sabemos que as sinalizações a respeito das formas pelas quais seria possível tentar o caminho do controle social na saúde estão propostas com clareza no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Nestes anos que sucederam àquele fórum democrático histórico não foram muitos os lugares nos quais tais mecanismos de controle se tornaram realidade. Isto certamente reflete o ritmo da organização da sociedade, mas reflete também a ausência de efetiva atuação por parte daqueles atores sociais que, ocupando espaços institucionais, poderiam ter se somado na incrementação de passos mais largos no processo. Agora, no entanto, tudo se configura para a maioria de tais atores, como uma grande novidade. Parece que, subitamente, pelo Brasil afora, dá-se um despertar para a questão, magicamente tornada fundamental. Muito embora as sociedades possam, por circunstâncias diversas, dar um salto evolutivo, neste momento, no Brasil, não é o caso. A mágica é meramente legal (Leis conquistadas, repetimos), e revestida de ritmo frenético por portarias do Ministério da Saúde (que em alguns pontos, aliás, revogam as Leis). O generalizado atendimento à norma nem sempre corresponderá à organicidade social e tampouco refletirá sua complexidade. Por outro lado, revestir de qualidade este processo não é uma impossibilidade, podendo o empurrão da norma ser estratégico. Por isso, no momento em que, conjuntamente, Conselhos Municipais de Saúde estão postos como exigências ao poder local para que o mesmo se habilite ao repasse de verbas federais para o sistema, há um debate de fundo necessário.

"As políticas do Estado, bem como grande parte das produções teóricas e práticas no Brasil, ao procurarem convencer as classes subordinadas de que elas podem, sob diversas formas, participar dos processos — sem que sejam alteradas suas estruturas básicas — conseguem, com efeito, omitir as injustiças intrínsecas a essas estruturas e exercer uma ação de caráter manipulador, sob o manto de uma pseudoparticipação social" (1). Este é o ponto básico da reflexão, sobretudo porque, na maioria dos municípios, Conferências e Conselhos se efetivarão, neste momento, como promoção do poder governamental. Por outro lado: "Em todas as propostas de democratização o elemento comum é a busca do estabelecimento de novas relações entre o Estado e a Sociedade, reconhecendo-se o caráter autoritário do Estado e a sua dissociação e falta de legitimidade face a uma sociedade civil de natureza complexa e incontrolável na sua tendência à auto-organização. As diferentes adjetivações que recebe o conceito de democracia denotam as profundas divergências de origem e significado que se lhe quer atribuir em cada projeto político"(2). Assim, não há um só e inexorável caminho. "A nova concepção do processo saúde-doença, do ponto de vista da sua determinação social, tem papel preponderante para mobilizar politicamente as classes subalternas para uma mudança efetiva. E mais, se intelectuais vinculados à ideologia destas mesmas classes ocupam conjunturalmente espaços de poder no aparelho de estado, podem e devem utilizá-lo como mecanismo de transmissão de propostas contra-hegemônicas"(3).

Todos os que adotaram esta posição terão contribuições decisivas a oferecer como participantes do processo, mas também como agentes externos e supletivos, que apóiam e motivam, a partir de seu compromisso de profissional engajado, revestido de intencionalidade.

"Dizemos que participação é conquista, para significar que é um processo, no sentido legítimo do termo: infindável, em constante vir a ser, sempre se fazendo" (4). A demonstração maior do respeito que o poder confere a este processo, reside na sua vontade e capacidade de garanti-lo enquanto tal.

É oportuno acenar aqui para alguns trabalhos que se reportam a aspectos cruciais da questão. Ficam como sugestão para o aprofundamento da discussão a respeito do controle social (5, 6, 7, 8, 9, 10).

O objetivo específico deste trabalho é reunir, a título de informação para os municípios, aspectos de algumas discussões a propósito das questões concretas referentes a Conferências e Conselhos Municipais de Saúde: O que são? Como se conformam? O que fazem? Como fazem?

A QUESTÃO JURÍDICO-NORMATIVA

Iniciemos recordando o conteúdo do relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde relativo aos Conse-

* Técnico do NESCO/PR., mestrando em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, PR.

lhos. Trata-se da síntese de um processo de debate e lutas que se estendeu por mais de uma década e que permanece como parte do substrato para a Reforma Sanitária:

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

25 — Deverão também ser formados Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuário e prestadores de serviços), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do Sistema de Saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida.

26 — É indispensável garantir o acesso da população às informações necessárias ao controle social dos serviços, assegurando, a partir da constituição de um Sistema Nacional de Informação a:

— maior transparência às atividades desenvolvidas pelo setor:

— adoção de políticas de saúde que respondam efetivamente à complexidade do perfil sócio-sanitário da população brasileira." (Relatório final — VIII CNS — p. 17-18).

A Constituição Brasileira promulgada em 03 de outubro de 1988 contemplou, timidamente, segundo análise de muitos, a questão do controle social em seu artigo 198, inciso III, nos seguintes termos:

"Art. 198 — As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I — descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II — atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III — participação da comunidade". (Const. Brasileira, 1988).

Após exaustiva negociação junto ao Congresso Nacional foi aprovada a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Esta Lei tratava a questão das instâncias sociais de controle da seguinte forma:

"Art. 11 — O Sistema Único de Saúde-SUS contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com duas instâncias colegiadas:

I — a Conferência de Saúde.

II — o Conselho de Saúde.

§ 1º — A Conferência de Saúde se reúne a cada dois anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da Saúde e propor as diretrizes para formulação da política de saúde nos níveis correspondentes convocada pelo poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º — O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, composto por governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, cuja representação será partidária em relação ao conjunto dos demais segmentos, atua na formulação de estratégias e no controle de execução de política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

§ 3º — O Conselho Nacional de Secretários de Saúde — CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde — CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º — As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em lei específica.

Art. 42 — Enquanto não estiver em vigor a lei específica de que trata o § 4º do Art. 11 desta Lei, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde funcionarão segundo o regimento provisório baixado pelo respectivo Poder Executivo".

Precisamente estes dois artigos, entre tantos outros, foram vetados pelo Presidente da República, o que levou a Plenária Nacional de Saúde e alguns parlamentares a buscarem um processo de negociação junto ao Ministério da Saúde.

Em reuniões realizadas em 14 de novembro e 05 de dezembro de 1990, entre lideranças parlamentares e o Ministro Alceni Guerra, ficou acertado que todos os partidos manteriam os vetos presidenciais à Lei Orgânica da Saúde e que o Governo publicaria um Decreto sobre repasses financeiros para Estados e Municípios e encaminharia um Projeto de Lei ao Congresso Nacional sobre os repasses financeiros, os Conselhos e Conferência de Saúde. Isto significa que os conteúdos na Lei Orgânica da Saúde seriam, em parte, mantidos por Decreto, e nova tramitação seria desencadeada para transformar, em parte, tais conteúdos em Lei definitivamente votada no Congresso Nacional.

No dia 12 de dezembro de 1990, o Ministro da Saúde retorna ao Congresso Nacional com o texto do Projeto de Lei que, nos principais pontos, recupera os conteúdos vetados na Lei Orgânica da Saúde. Em 28 de dezembro, o Presidente da República sancionou o decretado pelo Congresso Nacional como produto final do processo de negociação.

Após isso o Ministério da Saúde emitiu a Norma Operacional Básica nº 01/91, sobre a política de financiamento do Sistema Único de Saúde.

A norma prevê, numa primeira etapa, a criação do Fundo de Saúde para que Estados e Municípios se habilitem aos repasses financeiros da União.

Numa segunda etapa, exige-se a criação do Conselho Municipal de Saúde, entre outras providências. Esta norma foi posteriormente reeditada, com o mesmo conteúdo básico.

Feitas estas ligeiras observações sobre as Leis e normas de interesse para a questão, retomemos os princípios norteadores, emanados da VIII Conferência Nacional de Saúde, para cotejá-los com o concreto. De um modo geral, a legislação existente prevê os principais pontos salientados no início do tópico. Há caminhos para a existência dos Conselhos partidários, deliberativos, com função de planejar, executar e avaliar os programas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. A VIII Conferência Nacional de Saúde, no entanto, foi além do que as Leis garantiram, pois recomendou a eleição dos representantes nos Conselhos pela comunidade. Mesmo sem a determinação legal a tendência é esta, mas há casos em que as Leis Municipais determinam Conselhos nomeados pelo Prefeito ou pelo Secretário Municipal de Saúde, fugindo ao espírito daquele histórico fórum democrático. De qual-

quer forma, Conselhos são hoje exigências legais; já eleição de Conselhos será gesto democrático, fruto de vontade política e pressão popular.

ASPECTOS PRÁTICOS

1. O que são?

Os Conselhos Municipais de Saúde, órgãos colegiados, são a instância dirigente fundamental do Sistema Único de Saúde a nível dos municípios. Estão legalizados pela Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Resultam da convicção, historicamente construída, de que as relações Estado/Sociedade devem ser renovadas e de que, para isso, a sociedade civil organizada deve constituir-se como instrumento de aproximação das demandas de saúde da população às estruturas responsáveis pelas respostas às mesmas. Verdadeiros fóruns de democratização dos espaços de interesse público. Não são os órgãos que disputam ou subtraem o poder dos prefeitos, mas somam-se aos mesmos para a discussão democrática da coisa pública. Neste sentido legitimam-se enquanto representantes das verdadeiras aspirações populares e podem contribuir para a legitimação do poder executivo, na medida em que este envide todos os esforços, com absoluta transparência, no sentido de atender às reais demandas da população que o elegeu e que devem ser apontadas pelo Conselho. Conselhos que em tal jogo democrático pautam a sua ação não são um mero sonho, uma vez que foram concebidos num processo defendido pela população, por trabalhadores da área da saúde, por políticos, prefeitos e governadores pelo Brasil a fora; e também porque estão consubstanciados em Lei. Mas não são igualmente realidades prontas das regras democráticas: com a sociedade organizando-se e capacitando-se para uma participação crescente e politicamente amadurecida e com os governantes submetendo-se ao jogo democrático, onde desempenham crucial papel, e zelando para que a sociedade sob sua responsabilidade se beneficie, como um todo, deste, que pode ser um propício embate. Portanto, o peleguismo, o corporativismo, o clientelismo e a incompetência técnica e política devem ser conjuntamente combatidos por Conselhos e governantes. Nesta ótica as experiências existentes de Conselhos amordaçados pelo poder executivo e tolhidos em sua função deliberativa não devem ser vistas como realidades definitivas. Como tampouco são definitivos Conselhos que, mergulhados em questões corporativas e destituídos de racionalidade técnica e representatividade dos reais interesses da população, podem paralisar uma administração.

2. Como se conformam?

Conselhos Municipais de Saúde se constituem no debate democrático. O número de componentes é variável (o Conselho Nacional de Saúde tem trinta representantes). Os Conselhos (embora existam idéias diferentes desta, porém ilegais) se constituem paritariamente, a metade deles representando o Poder Executivo, os prestadores de serviços e os trabalhadores do setor saúde, a outra metade representando os usuários. (Lei nº 8.142 Art. I Inciso II Parágrafo 4º). O processo de escolha tem acontecido a partir da realização das Conferências Municipais de Saúde. Nelas todos os setores são amplamente mobilizados. Nas fases preparatórias, delegados são escolhidos e, na Conferência, votam nos seus representantes. Isto tem se dado assim, pelo menos no que diz respeito aos usuários. Os usuários vêm das centrais sindicais, sindicatos, conselhos locais de saúde, associações de moradores, organizações de base das igrejas e outros movimentos populares. No que diz respeito à presidência do Conselho, algumas opiniões a reivindicam para o respectivo Secretário Municipal de Saúde e outras acham que a escolha deve ser feita na Conferência Municipal ou no âmbito do Conselho após o mesmo estar constituído. De qualquer forma, a tendência tem sido a de considerar o Secretário Municipal de Saúde como membro nato do Conselho. O fundamental é garantir a presença do mesmo nos trabalhos. Parece uma recomendação supérflua, mas vale lembrar que muitas antigas CIMS eram simplesmente desconsideradas pelos Secretários Municipais. Quanto a sua renovação, a tendência tem apontado para a permanência de fazê-la no âmbito da Conferência Municipal. Tudo isso, de qualquer forma, é estabelecido ao longo do processo de debate e fixado em normas de organização e funcionamento definidas em regimento próprio e aprovadas pelo Conselho. A criação do Conselho decorre de Lei Municipal conforme a Lei Orgânica do Município.

As Conferências Municipais de Saúde constituem-se em momentos privilegiados do debate democrático relacionado às questões do setor e suas articulações inter-setoriais. Trata-se, portanto, do fórum adequado para a socialização das informações de ordem administrativa e epidemiológica concernentes aos serviços e à situação de saúde da população do município. Tais informações, no caso, provêm das fontes representadas por cada participante e fornecem a base de dados necessária para a análise dos problemas municipais do setor, bem como a formulação de diretrizes ou planos de ação. O segundo, entre os principais objetivos das Conferências, é a eleição dos representantes que comporão os Conselhos Municipais, entre os delegados que dela participam. Além disso, a Conferência deve aprovar o seu Regimento Interno bem como o Regimento Interno do Conselho ou, no mínimo, apontar as diretrizes principais deste regimento. Neste processo participativo deve-se considerar, a nível de objetivo geral, a garantia da mais ampla participação, o que requer absoluta transparência e adequada divulgação a cada passo.

Cada Conferência se constituirá em processo singular. Nesse sentido influem o próprio nível de organização e interesse da sociedade civil, a complexidade do município que a realiza e a especificidade de seus problemas. Por esta razão não se pode (e nem seria recomendável) fornecer uma espécie de "receita" de Conferência Municipal de Saúde.

3. O que fazem?

Conselhos Municipais de Saúde deliberam. Não são meramente órgãos que o poder consulta para acatar ou não suas sugestões. São órgãos deliberativos que avaliam a situação de saúde e formulam diretrizes para a política de saúde do nível local, controlam a execução de tais políticas e as avaliam, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. Fazem isso em consonância com a população que os constituiu, aproximando suas demandas ao poder e submetendo-as à racionalidade técnica e administrativa. Disto resulta o Plano Municipal de Saúde que o Conselho formula ou ajuda a formular, debate, acrescenta, corrige e, finalmente, aprova e encaminha para ser referendado pelo poder executivo. Os conselhos têm tam-

bém a atribuição de fiscalizar os Fundos Municipais de Saúde. Representam a participação da sociedade nas discussões e formulações da política do setor, na tomada de decisões e, especialmnte, no controle e fiscalização do financiamento e funcionamento do sistema. Representam uma peça fundamental de garantia da transformação do sistema de saúde do país. "Fazem", somando-se ao Poder Executivo e outras entidades, conforme as aspirações da população municipal que representam, a luta pela garantia da descentralização financeira do setor, pela regularidade e automaticidade do repasse dos recursos do Estado e da União para os municípios, pela democratização da saúde estritamente ligada à verdadeira municipalização, pela capacitação técnica e gerencial e pela transferência do comando do sistema para os municípios. "Fazem", enfim, a política de saúde do atendimento universal e igualitário, humanizado e de qualidade que, efetivamente, resulte em mais saúde para todos.

4. Como fazem?

Os Conselhos Municipais de Saúde trabalham colegiadamente. Seus componentes não são remunerados pelas funções que exercem. Reúnem-se periodicamente, segundo um cronograma pré-estabelecido e também extraodinariamente por convocação do Prefeito ou de um determinado número de representantes do Conselho. Via de regra, constituem, com apoio do Poder Executivo, uma assessoria técnica ou secretaria executiva. Fixam as suas deliberações a partir do debate interno mas, fundamentalmente, ouvindo pessoas e entidades convidadas a emitirem seus pareceres. Estes podem ser manifestações políticas, consultorias técnicas ou administrativas, estudos epidemiológicos ou de investigação em serviços de saúde, que se prestem para as deliberações do Conselho a respeito de Planejamento, Gerência, Controle e Avaliação do Sistema. Aliás, 175 secretários municipais de saúde reunidos de 9 a 12 de dezembro de 1990, no VII Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, concluíram unanimemente que o conhecimento epidemiológico é o melhor método para subsidiar programas e planos de saúde. Os Conselhos não precisam ter epidemiologistas em sua composição, mas não podem prescindir da utilização deste saber para suas deliberações. Os Conselhos devem também, não só acatar, mas estimular os movimentos sociais para que não se limitem a participar dos Conselhos, mas constituam fóruns paralelos e independentes do poder executivo para a discussão da saúde. Tais fóruns devem se constituir livremente no seio da sociedade, aglutinando-se por entidades, áreas geográficas ou equipamentos de saúde. As reuniões do Conselho devem ser abertas à sociedade em geral. Além disso, é democrático e estratégico que o mesmo mantenha total transparência, valendo-se de cartazes, folhetos, rádio e televisão para manter contato e informar à população de suas práticas, avanços e dificuldades. A Lei Municipal que cria o Conselho deve prever a infra-estrutura para funcionamento do mesmo: espaço físico, secretaria técnica, assessorias, custeio e material de consumo. O Conselho deverá ter um regimento interno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O dinamismo que questões eminentemente políticas assumem no processo de Reforma Sanitária no Brasil desautoriza qualquer pretensão de que se escreva algo definitivo a respeito. Este é, portanto, um pequeno texto provisório. Foi escrito com o objetivo de sistematizar idéias para o debate. O debate em si é o que importa e se nutrirá, fundamentalmente, das inúmeras experiências em curso pelo Brasil a fora. O texto pretende ser mais um instrumento. Esperamos que possa contribuir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMMANN, Safira Bezerra. Considerações críticas sobre o conceito de participação. [s.n.t.] p. 147-156.
2. TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Cidadania, direitos sociais e Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. Brasília, [s.n.], 1986, 33p.
3. LAFOZ, Sonia Eliane., CORDONI JUNIOR, Luiz., OLIVEIRA, Darcy Ferreira. Este aparelho de Estado pode não ser um aparelho qualquer. Saúde em Debate, Londrina, nº 28, p. 46-51 mar. 1990.
4. DEMO, Pedro. Participação é conquista. In: PARTICIPAÇÃO É CONQUISTA: NOÇÕES DE POLÍTICA SOCIAL PARTICIPATIVA. Ceará. UFCE, 1988. 137 p. p.18.
5. CORDONI JUNIOR, Luiz. A experiência no Paraná. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. Brasília, [s.n.], 1986. 7p.
6. MACHADO, Francisco de Assis. Reformulação do sistema nacional de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. Brasília, [s.n.], 1986. 13p.
7. COSTA, Nilson do Rosário et. al. (Orgs.) Demandas populares e políticas públicas de saúde. Petrópolis, Vozes/ABRASCO, 1989. 2v.
8. BERLINGUER, Giovanni, TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury, CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reforma sanitária Itália e Brasil. São Paulo, HUCITEC/CEBES, 1988. 207p.
9. ESCOREL, Sarah. Revirada na saúde. Saúde em Debate, Londrina, nº 19, p. 5-7.
10. CORDONI JUNIOR, Luiz, FERREIRA, Darcy Oliveira, LAFOZ, Sonia Eliane. Os encontros populares de saúde: um caminho para a contra-hegemonia. Espaço para a Saúde, Curitiba, v.2, nº2, p. 25-28, abr. 1990.

DESCENTRALIZAÇAO MUNICIPAL E PARTICIPAÇAO DOS CIDADAOS: APONTAMENTOS PARA O DEBATE

PEDRO JACOBI

INTRODUÇÃO

Uma das questões que mais tem sido objeto de debate nos últimos anos é a descentralização do Estado e o novo papel dos governos municipais na sua relação com os cidadãos. O tema tem gerado estimulantes pesquisas e polêmicas, notadamente na Europa. Na América Latina, a reflexão e produção em torno da temática, apesar de incipiente, vem motivando uma crescente discussão teórico-metodológica e o desenvolvimento de pesquisas comparativas.

Poder-se-ia dizer que o tema de descentralização tem se tornado cada vez mais fundamental à democracia e ao processo de democratização do Estado na área urbana. Nesta direção, a descentralização é principalmente uma resposta a uma situação de centralização que decorre de um processo histórico e que tem se tornado cada vez mais ineficiente do ponto de vista econômico global. A existência de um Estado centralizado representa, nos dias atuais, um fator bastante negativo tanto do ponto de vista funcional (ineficiência das políticas setoriais e dos serviços públicos) como do ponto de vista democrático no que diz respeito à sua adequação para viabilizar e promover a participação e as reformas sociais. Primeiro, porque distancia os centros decisórios dos cidadãos. Segundo, porque a centralização questiona e desprestigia as instâncias de representação; e terceiro, porque a burocratização da política facilita a ação de grupos de pressão na tentativa de obter dos poderes públicos decisões que favoreçam seus interesses. O resultado é a desqualificação crescente da política, dos partidos e do sistema político democrático para uma crescente parcela da população.

Uma pergunta muito presente nos debates em torno do tema relaciona-se com os fatores e tendências que levam à descentralização não só nos aspectos políticos, mas também no que no que diz respeito aos fatores econômico-sociais, administrativos e culturais. Parece cada vez mais importante indagar-se em torno dos alcances e limites da descentralização, levando-se em consideração a necessidade de modificar a dinâmica vigente de organização do poder municipal, nos níveis institucional, político e territorial com vistas à democratização do Estado. Assim, o debate em torno da descentralização da gestão pública e da participação torna-se muito atual no contexto brasileiro, na medida em que vem crescendo o número de cidades e metrópoles geridas por prefeitos de orientação progressista, que têm como norte uma mudança qualitativa na dinâmica da administração municipal.

Inicialmente pode-se afirmar que na lógica da descentralização está colocada uma questão básica de sobrevivência econômica, ou, se preferirmos, um mecanismo adequado para o uso e redistribuição mais eficiente do escasso orçamento público. Assim, partindo-se das aspirações, demandas e projetos locais, a descentralização representa não somente a possibilidade de ordenação dos serviços públicos, mas uma alternativa para que os próprios beneficiários garantam o seu controle, configurando principalmente a recuperação da racionalidade da decisão local.

Já no plano político-administrativo, a descentralização significa, em teoria, a possibilidade de ampliação dos direitos, a autonomia da gestão municipal, a participação cotidiana dos cidadãos na gestão pública e uma potencialização de instrumentos adequados para um uso e redistribuição mais eficientes dos escassos recursos públicos. Existem também argumentos funcionais relacionados com a irracionalidade e inadequação dos projetos globalizantes de planejamento e da necessidade de reverter-se esse processo, a partir de uma readequação da organização territorial da cidade.

Na medida em que a descentralização representa não só uma opção político-administrativa, mas também um processo de mudança qualitativa no plano territorial, o maior desafio no contexto da transição brasileira é o de estabelecer novas regras de convivência entre as instâncias de poder e a população em geral, visando incrementar os mecanismos participativos e ampliando o processo de democratização do Estado, mais especificamente na administração municipal.

EXPERIÊNCIAS DE DESCENTRALIZAÇÃO MUNICIPAL: ALGUMAS REFLEXÕES

O tema de descentralização do Estado e do novo papel dos governos municipais vem suscitando, há quase duas décadas, estimulantes pesquisas e intensos debates nos países europeus, notadamente na França, Itália e Espanha. Na América Latina somente na segunda metade da década de 80 este tema começou a ser objeto de pesquisa, discussão teórico-metodológica e de análises comparativas.

O interesse pelo tema da descentralização é muito antigo e sempre esteve acompanhado, no debate, pelo seu oposto, a centralização. Entretanto, é importante ressaltar-se que o conceito de descentralização configura uma proposta de ação político-administrativa que na sua acepção possibilita, a partir do espectro ideológico através do qual for focalizado, visões totalmente contrapostas para perseguir objetivos diferentes e até opostos. Para alguns, a descentralização pode significar basicamente a reprivatização de alguns setores da economia, como é o caso do thatcherismo; para outros o fortalecimento de um poder centralizado, como é o caso chileno, e em certos casos ainda pode significar uma repartição do poder, como é o caso do processo autônomo espanhol.

De qualquer forma, o termo descentralização mantém um elevado grau de ambigüidade, tanto pela multiplicidade de conceitos que denota, como pela heterogeneidade social e política daqueles que defendem a idéia.

[1] A publicação deste artigo faz parte de um conjunto abordando temas variados sobre o poder local. A iniciativa insere-se no bojo do Projeto "Gobiernos Locales en Ciudades Intermédias", sob os auspícios do IDRC, — International Development Research Centre. A parte referente ao Brasil esta sendo desenvolvida pelo Cedec.

Daí chamar a atenção o fato de que um mesmo processo possa servir a objetivos contrapostos: o mesmo termo é utilizado para caracterizar processos muito diferenciados de reorganização institucional; e pelo fato de tratar-se de um processo objetivamente contraditório, ela pode levar a uma concomitância de desenvolvimentos opostos. Este é o caso da contraposição entre a visão privatista e desreguladora advogada pela política neoliberal dos governos Pinochet, Thatcher, Reagan, que apesar de pautada por uma concepção de descentralização do Estado, não o faz. Pelo contrário, diminui os recursos e as competências dos poderes locais, assim como os meios e a autonomia de funcionamento dos organismos responsáveis pelos serviços sociais. Já no caso da concepção de esquerda, a descentralização político-administrativa é assumida como um meio adequado para promover a socialização das classes populares assim como promover transformações sócio-econômicas que têm no caso frânces, a partir da decretação em 1982 da "lei da descentralização", um paradigma que se contrapõe a uma noção neoliberal de descentralização do Estado.

A reflexão em torno da descentralização municipal, desenvolvida pela ótica da democratização do Estado, tem início na Europa num período marcado por grandes mudanças nos planos econômico, político e social. Nos primeiros anos da década de 70 desenvolveram-se ativamente reformas institucionais direcionadas para a descentralização do Estado e para a reorganização da gestão territorial dos processos econômicos, sócio-políticos e administrativos. Essas reformas nas estruturas locais e regionais tiveram antecedentes, ritmos e modalidades diversas de acordo com os países e sistemas políticos em que ocorreram.

Na França, o governo socialista de François Mitterand decreta em 1982 uma lei de descentralização pela qual se definem os direitos e liberdades dos municípios, departamentos e regiões. Através dessa redistribuição de atribuições e poderes foram estabelecidas áreas de especialização, de competências e recursos entre os três níveis da administração. A reforma francesa, ocorrida num país com ampla e forte tradição centralizadora, gerou mudanças significativas no poder executivo local, configurando-se como um instrumento adequado para o uso e redistribuição mais eficiente dos escassos orçamentos públicos, bem como para reverter as tendências globalizantes dos projetos de planejamento (Preteceille, 1985; Rondin, 1985). No interior da reflexão socialista alguns analistas identificaram na centralização um sistema de organização do poder político que tem assegurado na França o domínio do desenvolvimento social por parte do grande capital, através do controle do aparato do Estado sobre o conjunto do tecido social (Worms, 1982; Preteceille, 1988). O processo de descentralização produz formas específicas de relação entre a sociedade política e a sociedade civil, entre as instituições centrais e as administrações locais, determinando as condições, a natureza e as formas de exercício do poder local e do funcionamento de suas esferas político-administrativas. Dessas relações e condições particulares provém o que alguns autores (Worms, 1982; Preteceille, 1988; Rondin, 1985) analisam enquanto uma profunda perversão do poder local, e que se relaciona com a frágil participação dos cidadãos para influir efetivamente nas decisões da vida municipal.

Assim, a descentralização outorga ao Estado central uma espécie de proteção política, no sentido de que são as autoridades locais as que agora possuem a responsabilidade por suas novas capacidades e atribuições.

Neste sentido, argumenta-se que a extrema fragmentação espacial das administrações locais na França, associada à tendência ao incremento da segregação social e das desigualdades econômicas entre regiões, gera o grave risco de que a descentralização conduza à fragmentação das demandas sociais em oposição ao caráter global, nacional e até mesmo internacional, que produz essas desigualdades (Preteceille, 1988; Rondin, 1985; Worms, 1982). A avaliação feita sobre a atuação dos partidos políticos de esquerda desde meados da década de 70 nas administrações locais revela que ela conseguiu produzir uma revalorização do cenário político local, baseada numa mobilização popular forte e um movimento para nacionalizar a política local. A descentralização ocorrida na França não modificou significativamente a estrutura do Estado. Entretanto, a reforma atingiu alguns elementos fudamentais da paisagem político-institucional do país, centrando-se principalmente nos departamentos. Entre 1982 e 1986 a estrutura territorial do Estado foi reorganizada possibilitando maior poder, maior autonomia nos processos decisórios, no controle de recursos e mais competência às municipalidades, departamentos e regiões. Esta mudança tem uma forte conotação não só simbólica como prática, na medida em que um dos postulados básicos consistia em conceder aos municípios a gestão dos assuntos locais, retirando-os, na medida do possível, da burocracia central. Assim os agentes do poder central veriam diminuir as suas atribuições, notadamente no que se refere à figura do "prefet" — fortemente enraizada na França moderna e responsável pela execução das instruções do governo central.

A reforma foi possibilitada pela conjutura política de 1981, com a chegada da esquerda ao poder, após uma parte significativa das administrações locais ter permitido uma maior concordância entre o controle político nacional e subnacional. Essa reforma deve ser entendida como um elemento dentro do contexto mais abrangente de uma mudança social que, através de nacionalizações e da democratização da vida econômica e das instituições do Estado, geram, mais do que um rearranjo institucional, um significado político mais global.

Se bem foram implantadas mudanças institucionais, fatores de caráter político-partidário interferiram na concretização dos objetivos de democratização das instituições locais. Segundo Edmond Preteceille, uma das maiores limitações das mudanças implementadas decorre de elas apenas operarem uma redistribuição do poder entre níveis estatais, sem que necessariamente ocorresse uma democratização das instituições locais.

Já na Espanha a renovação das estruturas territoriais ocorreu em conseqüência da mudança de regime político com a queda da ditadura franquista e de sua política de forte centralização. A Constituição de 1978 representou a cristalização jurídico-política de uma nova ordem política e de reforma do Estado. Constituem exemplos deste processo a criação de importantes organizações intermediárias entre o estado central e as comunas e a repercussão desta organização territorial do Estado sobre a situação dos agentes do poder central.

A reflexão sobre o caso espanhol é muito recente, se levarmos em conta que somente em 1985 foi aprovada a "Lei reguladora das bases do regime local", que estabelece as competências, organização, participação e descentralização das comunidades autônomas e municípios.

Neste contexto, segundo um dos principais executores de políticas descentralizadoras e analistas do tema, o sociólogo catalão Jordi Borja, é preciso readequar as dife-

rentes concepções sobre a descentralização, notadamente no que se refere às grandes cidades e às áreas metropolitanas. Borja considera a descentralização territorial como aquele processo que pretende conseguir uma representação da sociedade nos novos organismos que acolhem as atribuições e recursos, e que as exercem (as atribuições) e os utilizam (os recursos) com autonomia. A distinção é feita com relação à descentralização funcional, pois esta tem um caráter setorial e não global, e persegue maior flexibilidade e agilidade da gestão pública mediante a criação de organismos autônomos, aproximando a administração das necessidades dos cidadãos. Por outro lado, a desconcentração se restringe a um mecanismo para criar unidades de gestão de menor dimensão, com o objetivo de facilitar a operacionalização dos aparatos administrativos ou para aproximá-los da comunidade (Borja, 1988, 1986, 1985).

A partir da experiência espanhola, Borja alerta sobre os usos perversos da descentralização: o incremento administrativo, a hipertrofia do poder decisório, o uso partidocrático e os elevados custos, questões que considera da maior relevância na análise da experiência proposta (Borja, 1988).

Das pesquisas e debates ocorridos na América Latina surgem três problemáticas de análise que permeiam os diferentes trabalhos em desenvolvimento (Massolo, 1988; Borja, 1988; Peñalva, 1987; Pirez e Herzer, 1988; Ziccardi e Perló, 1987). Em primeiro lugar, a dificuldade que se reconhece para identificar e articular as diversas tramas de mediações e interconexões entre o municipal, o regional e o nacional de uma formação social, através das quais se controem e agem atores e forças sociais do poder local em uma multiplicidade de processos, conjunturas e períodos. Em segundo lugar, a necessidade de captar as modalidades específicas de poder que se verificam territorialmente e suas manifestações heterogêneas nas estruturas políticas, administrativas e sócio-econômicas locais. O terceiro aspecto refere-se à relevância do governo local e do tema da descentralização enquanto espaço político-institucional no qual se expressam a representação, a aliança, o confronto e a disputa de interesses, forças e organizações sociais que marcam e moldam o território político local dentro do contexto regional e nacional.

No Brasil, especificamente, os municípios reagem ao centralismo a partir de meados da década de 80, quando a reforma do sistema tributário transforma o município em executor das tarefas federalizadas. A atuação dos prefeitos é cada vez mais conflitante com as outras instâncias metropolitanas, estaduais e federais. A partir do final da década dos 70 e início dos 80 alguns municípios experimentaram formas mais descentralizadas de gestão e organização, destacando-se as cidades de Lajes, Boa Esperança, Piracicaba e Garanhuns, dentre outras experiências que, apesar de isoladas e localizadas em cidades de pequeno e médio porte, foram impulsionadas por propostas de maior aproximação entre povo e governo, como apontam pesquisas realizadas.

Na América Latina, com o fim das ditaduras e a complexa transição democrática em curso em vários países, se coloca a necessidade de um repensar por parte dos setores mais progressistas da sociedade sobre a relação entre Estado, poder e processo de democratização, e isto inclui a temática da política municipal. De fato, esta questão tem sido objeto de pouca reflexão, face à prioridade concedida ao controle do poder central. Pode-se afirmar que a instituição municipal é particularmente frágil na América Latina contemporânea, tanto no que tange ao poder que possui como em relação à possibilidade real de alocação de recursos. Isto decorre, fundamentalmente, da fragilidade das instituições democráticas e da instabilidade do sistema político que gerou uma concentração do poder no topo para evitar o fracionamento vertical das instituições do Estado.

Nas circunstâncias atuais, em que a quase totalidade das nações latino-americanas tem como objetivo a consolidação democrática, a problemática do município passa a ocupar um lugar de destaque, configurando-se com um Locus de interação entre o Estado e a sociedade. Isso poderá ocorrer a partir da possibilidade concreta de os municípios se transformarem em instrumentos úteis para resolver os problemas dos cidadãos.

Assim, a reflexão em torno da trilogia democracia, descentralização e município passa a adquirir uma maior relevância não no plano político-administrativo, mas no acadêmico, onde existe uma tradição teórica, histórica e política muito incipiente sobre o tema.

Neste contexto de mudanças político-institucionais surge a reflexão sobre os alcances e potencialidades da descentralização na sua relação com as demandas de democratização política e social, que se expressam no seio da sociedade e dão origem à aparição de novos campos de conflito, cabendo ao Estado uma responsabilidade de intervenção. Isto permite destacar uma questão central, da qual decorre o interesse de um enfoque crítico com relação às reestruturações político-institucionais, administrativas e territoriais. Na medida em que as principais mudanças na estrutura do Estado se inserem dentro de uma ordem de problemas de caráter global, tais mudanças estão estreitamente relacionadas a uma problemática, tanto política quanto econômica, no sentido de simultaneamente organizar o desenvolvimento econômico e dar resposta às demandas de justiça social nas cidades.

A DESCENTRALIZAÇÃO MUNICIPAL, SEUS AGENTES E SUAS CONTRADIÇÕES

A questão da descentralização engloba um conjunto complexo de fatores intervenientes. Somente a partir da análise sobre o papel dos diversos agentes, das suas motivações e das suas possibilidades de implementar ações concretas é que se torna possível estabelecer alguns pontos para o debate.

As tendências que fortalecem as propostas de descentralização podem ser resumidas em quatro eixos: 1) crise de representação política, 2) tecnoburocratização da administração pública, 3) acirramento das desigualdades, 4) necessidade de recuperação das identidades locais.

Dentre as diversas dimensões presentes num processo descentralizador, destacam-se a questão do papel dos sujeitos e sua relação com a redistribuição de recursos e competências, a questão territorial e suas ambigüidades político-administrativas, o debate em torno de descentralização ou desconcentração, a dinâmica organizacional e os aspectos relacionados com a participação.

O que se pode verificar das experiências européias é que o confronto centralização/descentralização coloca na arena distintos agentes sociais. A pergunta que surge, então, é a de quem são os agentes sociais descentralizadores, e quem são os agentes centralizadores. Dentre os primeiros destacam-se os representantes políticos locais, os movimentos sociais urbanos e regionais, os agentes econômicos locais e os setores do aparelho público compro-

metidos no plano local. Mas também intervêm agentes com objetivos menos políticos e mais individualizados, representando a permanência de velhos padrões da política.

Dentre os agentes centralizadores, Borja (1988) destaca três grupos sociais bem definidos que exercem uma forte resistência à descentralização, a saber: líderes políticos, funcionários do Estado e grandes empresas estreitamente vinculadas com a administração, além de agentes que se vêem ameaçados pela possibilidade de uma reestruturação no plano territorial e por seu impacto na redistribuição de competências.

Neste sentido não parece correto polarizar o debate em termos ideológicos, e sim situar a tensão centralização-descentralização nos diversos grupos sociais e concepções políticas, apesar de a concepção moderna de descentralização estar diretamente associada com a democratização do Estado e à melhoria da qualidade de vida do território.

Dentro do contexto mais abrangente, uma das questões que mais impacto têm gerado no plano das políticas de descentralização nos países europeus é a da participação e sua relação com as formas de gestão municipal. Surge assim uma inevitável tensão entre a necessidade de se implementar uma prática administrativa eficiente e, simultaneamente, de responder às exigências pelo incremento da participação destinado a promover uma aproximação da administração com os cidadãos.

Um dos aspectos ressaltados por diversos estudos sobre experiências descentralizadoras recentes relaciona-se com as contradições decorrentes da escassez de competências decisórias dos municípios. As demandas participativas têm sido respondidas basicamente por mecanismos que detêm apenas funções de caráter consultivo e informativo e são poucos os exemplos de delegação de funções deliberativas e executivas.

Uma reflexão mais crítica sobre a descentralização sugere a existência de um conjunto de ambigüidades no trato do tema. As críticas mais recorrentes enfatizam aspectos relacionados com incrementalismo, com os custos excessivos, a reversão de expectativas e as práticas político-administrativas. Ao falar de incrementalismo referimo-nos à criação de novos organismos sem a simultânea dissolução dos já existentes. Outro aspecto é o fato de a descentralização em diversas situações não se traduzir em práticas que geram maior eficácia da gestão local, principalmente em virtude da escassa transferência de competências, funções, serviços e recursos dos níveis superiores, e da falta de poder decisório real dos organismos descentralizados.

A abordagem destes aspectos críticos não diminui em absoluto a importância e a legitimidade das experiências de descentralização em curso, mas permite a reflexão não só das ambigüidades, mas dos seus limites.

Pensar a descentralização municipal somente como uma solução de caráter político-administrativo de democratização do Estado é reduzir a dimensão do processo. Outras variáveis jogam um papel significativo, notadamente as de caráter sócio-cultural, onde se destaca o potencial de consolidação de novos setores econômicos e sociais e a formulação de alternativas renovadoras de relacionamento Estado/sociedade baseadas num incremento da participação dos cidadãos.

A descentralização municipal supõe desenvolver um processo complexo, cujos principais aspectos são a divisão territorial da cidade, a organização político-administrativa das instâncias territoriais e a assignação de competências, funções e recursos expressos na possibilidade de promover uma real descentralização territorial. Não se deve considerar, porém, o fato de que a delimitação das unidades territoriais, e portanto a definição dos agentes sociais envolvidos, sobre os quais recairá a descentralização, é tarefa por demais complexa. Um tratamento amplificador da questão poderá escomotear que os contextos funcionais adequados para a gestão dos serviços públicos são diferentes entre si e não necessariamente coincidem com as unidades baseadas principalmente em determinantes geográficos e históricos, e nem estas coincidem sempre com as divisões administrativas existentes.

A definição de um processo de descentralização global, em que os componentes territorial e político-administrativo são eixos condutores, exige rigoroso estudo técnico no qual se analisem os contextos adequados para cada função que se modifica e no qual se avaliem os custos das diferentes alternativas.

ALGUMAS QUESTÕES EM DEBATE

(1) PARTICIPAÇÃO NÃO É PANACÉIA

Freqüentemente tem sido confundida a noção de descentralização com a de participação. Pode-se afirmar que descentralização e a participação são objetivos conceitualmente diversos e complexos, e entretanto, são políticas complementares de um processo.

A descentralização e a participação são instrumentos políticos orientados para o desenvolvimento de uma política municipal de caráter democrático que se propõe aproximar a administração dos cidadãos, criando na medida do possível os meios para uma interação mais intensa na complexa dinâmica que a caracteriza.

Quando se fala de "participação dos cidadãos" deve-se enfatizar que se trata de uma forma de intervenção na vida pública com uma motivação social concreta que se exerce de forma direta, e de um método de governo baseado num certo nível de institucionalização das relações Estado/sociedade.

Uma análise de diversas experiências européias mostra que a participação dos cidadãos na gestão municipal pode ter duas modalidades básicas: a) participação setorial para temas específicos dos quais se encarregam as secretarias e b) participação territorial através da descentralização das competências. A diferenciação é importante. A participação setorial tenta incorporar a democracia de base junto à democracia representativa num nível superior, com algum organismo do aparelho estatal que se descentraliza, atribuindo competências a âmbitos mais restritos, tão próximos da base que podem confundir-se com as organizações de base locais.

As normas de participação dos cidadãos devem definir obrigações públicas e mecanismos legais: entidades de interesse municipal, conselhos consultivos da cidade e dos distritos, iniciativas dos cidadãos e consultas populares por distrito. A participação deve ser entendida como um processo continuado da democratização da vida municipal, cujos objetivos são: 1) promover a iniciativa a partir de programas e campanhas especiais visando o desenvolvimento de objetivos de interesse coletivo; 2) reforçar o tecido associativo e ampliar a capacidade técnica e administrativa das associações, tornando-as entidades competitivas; e 3) desenvolver a participação na definição de programas e projetos e na gestão dos serviços municipais.

(2) PARTICIPAÇÃO E INFORMAÇÃO

No atual contexto brasileiro, talvez uma das questões

mais importantes de toda gestão municipal, possivelmente um dos maiores desafios para toda a administração, é o acesso dos cidadãos à informação, enquanto base para garantir uma participação real. A questão não é só de informar os cidadãos, mas de explicitar e tornar transparentes e abertos os canais de participação. A informação aos cidadãos não só é necessária desde o início do processo administrativo, mas deve comportar a possibilidade de comunicação, diálogo e interpretação como parte de um movimento permanente de interação entre Estado e cidadãos usuários dos serviços públicos. A participação assume assim um caráter dialógico, em que ambos os pólos dialogam e cooperam na gestão, criando a possibilidade de se desenvolverem práticas inovadoras que representam avanços reais na gestão da coisa pública.

O papel da democratização das informações representa a possibilidade de gerar um processo de participação popular independente. Provavelmente, um dos maiores desafios das formas de democracia direta é o de garantir a definição de critérios de representação, de forma a impedir tanto sua manipulação por grupos partidários, como a possibilidade de virem a ser reduzidos a meros instrumentos atrelados à administração pública municipal.

A informação representa cada vez mais um componente da qualidade de vida dos cidadãos, na medida em que a oferta de serviços e atividades explicita uma transparência da administração pública e a possibilidade de aproveitamento do potencial dos cidadãos no processo decisório, assim como de democratizar ao máximo o controle da gestão da coisa pública.

O que se verifica freqüentemente é que a administração dispõe de meios de armazenar a informação, porém nem sempre de viabilizar a sua distribuição e disseminação, ponto de estrangulamento do processo e objeto de generalização da desinformação e da emergência e multiplicação de concepções pautadas pelo maniqueísmo e reducionismo ideológico. A administração deve garantir ao máximo o acesso à informação aos usuários, utilizando os recursos disponíveis para ampliar a sua disseminação para a população. O desafio é fazer chegar a informação ao usuário final e não só esperar que os cidadãos se aproximem da administração.

A necessidade de gerar informações para todos os habitantes da cidade é questão essencial, levando-se em consideração que a diversidade e heterogeneidade nas condições de acesso são marcas dominantes na sociedade brasileira, caracterizada pela continuada exclusão que não possibilita o pleno exercício da cidadania no seu sentido mais amplo.

A informação à população deve considerar todo tipo de comunicação de diálogo e de questionamento e, para tanto, deve-se fazer uso de todos os meios disponíveis, desde os mais tradicionais até os mais avançados, assim como criar os meios de viabilizar e multiplicar a existência de publicações de bairros e regiões, como uma forma de motivar e sensibilizar as pessoas, na sua grande maioria desinformada ou registrando informação deturpada sobre a dimensão da prática implantada.

(3) PARTICIPAÇÃO NA VIDA MUNICIPAL

O tema da participação está diretamente vinculado com os processos de democratização política e com as dinâmicas de gestão descentralizada, o que não se pode dizer que corresponda ao atual estágio de gestão dos municípios brasileiros, salvo algumas poucas exceções.

A disposição de incentivar a participação junto a administração das Prefeituras conquistadas nas urnas em novembro de 1988 tem gerado diversas reações, principalmente em torno da proposta de ampliar os mecanismos de interação com os setores mais organizados da população.

Os setores mais conservadores da sociedade se utilizam de argumentos que refletem não só o mais acentuado desconhecimento técnico do assunto, como a sobrevivência de concepções maniqueistas no trato das alternativas que florescem nas sociedades modernas destinadas a assegurar uma participação mais efetiva das comunidades nos procedimentos de gestão dos assuntos públicos.

Entretanto, ao se tratar do tema da participação e da potencialidade das entidades citadinas, como é o caso dos Conselhos Populares, que são os instrumentos mais democráticos da população e que podem contribuir para viabilizar uma prestação mais eficiente dos serviços públicos e uma definição mais precisa das prioridades administrativas, deve-se atentar para o fato de que não podem ser transformados em "deus ex machina" dos processos sociais.

A extrema urgência do atendimento das demandas sociais que se configuram numa multiplicidade de fenômenos urbanos pautados pela dinâmica de exclusão — invasões de terras, precariedade dos serviços de educação e saúde, multiplicação descontrolada do emprego ambulante — reforça a necessidade de respostas que viabilizem a possibilidade de se implantarem programas que correspondam tanto às premissas quanto às prioridades partidárias, como é o caso notadamente do PT. Num contexto de pressão social e polarização política, é fundamental que a participação surja num constante processo de interação entre Estado e cidadãos, em que a administração se configura enquanto uma efetiva potencializadora de ampliação das práticas comunitárias, através do estabelecimento de um conjunto de mecanismos institucionais que reconheçam os direitos dos cidadãos.

Por outro lado, é necessário que da sociedade civil surjam interlocutores coletivos — grupos comunitários, movimentos sociais — que tornem possível uma participação ativa e representativa sem que o Estado exija quaisquer tipos de dependência administrativa e financeira, rompendo com os procedimentos autoritários, populistas ou clientelistas.

O objetivo principal da participação deve ser o de possibilitar de forma mais direta e cotidiana o contato entre os cidadãos e as instituições públicas de forma a possibilitar que estas considerem os interesses e concepções político-sociais daqueles no processo decisório.

Duas parecem ser as condições fundamentais para viabilizar a participação popular: a existência de organizações populares com certa presença no nível local e a ocupação de cargos políticos do município por parte dos partidos ou indivíduos favoráveis à mesma, o que no caso das administrações petistas recém empossadas precisa passar pelo complexo caminho que conduz da teórica partidária à prática concreta.

A importância do desenvolvimento da participação direta reside principalmente na potencial incorporação de grupos sociais e de valores sócio-culturais diferentes dos que prevalecem nos organismos públicos. Entretanto, não se devem desconsiderar as contradições que podem surgir no processo, seja quanto à formação de um duplo poder, seja quanto às interferências da administração, seja quanto ao controle de instâncias decisórias pelos grupos mais ativos e consolidados, em detrimento dos setores mais excluídos, e que encontram nos mecanismos de par-

ticipação direta uma primeira forma de reconhecimento dos seus interesses.

A participação configura a possibilidade do os cidadãos representarem um papel relevante no processo de dinamização da sociedade, assim como de exercício de um controle mais permanente e consistente da coisa pública pelos usuários, sustentado pelo acesso à informação sobre o funcionamento do governo da cidade.

Um dos maiores desafios é o de propor alternativas às práticas de gestão em que o peso da participação popular atue como referencial e fator de questionamento de recorrência dos vícios da administração pública relacionados com a questão dos recursos humanos. O que se verifica é que a implementação de propostas de participação, com algumas exceções, tem esbarrado numa somatória de entraves, entre os quais se destacam a falta de agilidade nas decisões, o pouco compromisso do corpo de funcionários e principalmente a ausência de critérios de representação e canais administrativos que garantam o suporte institucional à interação com os grupos mais organizados e com os movimentos populares.

A criação de alternativas de gestão marcando rupturas com a dinâmica predominante, ultrapassando as práticas de caráter utilitarista, representa a possibilidade de ampliar o nível de conscientização sobre a lógica que preside a intervenção governamental na gestão dos serviços públicos.

Diversos movimentos têm proposto mudanças qualitativas no processo participativo; entretanto, a resistência dos órgãos públicos ao sugimento deste tipo de experiências mostra a limitação das estratégias participativas propostas pelos órgãos do Estado, na medida em que estes nem sempre parecem dispostos a correr riscos, temendo a influência de concepções político-ideológicas que possam vir a modificar o encaminhamento estritamente técnico dos projetos.

Existem algumas experiências participativas que indicam caminhos inovadores na relação entre Estado e grupos comunitários no que se refere à implantação de serviços. Trata-se de situações em que o fato de os usuários participarem no processo de definição das prioridades de investimento têm gerado alternativas organizacionais diretamente vinculadas à implantação dos projetos. Mas ainda se configuram como produtos decorrentes de uma interação bastante controlada, e que corresponde ao restrito padrão de formulação de demandas por participação explicitados pela grande maioria dos movimentos sociais.

(4) DESCENTRALIZAR O QUÊ, E COMO?

A implantação de um projeto de descentralização exige a reflexão em torno de algumas questões que não podem ser escamoteadas, dada a sua relevância no plano político-administrativo e sócio-cultural.

O desenvolvimento de um projeto de descentralização requer em primeiro lugar fixar os objetivos políticos que se deseja alcançar, isto é, o nível de desconcentração administrativa, de participação citadina e de descentralização real de poder no plano local. Neste sentido, a definição de um projeto exige um amplo debate em torno dos pressupostos da organização básica e das funções das unidades territoriais em questão. Entretanto, um processo descentralizador não pode ser visto apenas como decorrência de uma decisão administrativa, mas como o resultado de um longo e complexo processo de democratização das relações sociais, onde estão em jogo definições concretas de transferência de um poder de decisão real às unidades territoriais.

Não se trata apenas de um simples processo de reorganização administrativa, isento de contradições. A definição sobre as alternativas de uma descentralização eficiente e democrática implica uma compreensão não só administrativa mas teórico-metodológica sobre o que é possível descentralizar. Para isso é fundamental, conforme a vasta reflexão desenvolvida por Jordi Borja, definir critérios e pré-condições no plano territorial e político-administrativo sobre funções e serviços possíveis de descentralização. Na medida em que os grandes objetivos, além de aproximar a administração da cidadania, são de garantir a participação, aumentar a representatividade do poder local e as formas de controle e cooperação populares.

É necessário levar em consideração possíveis problemas decorrentes da descentralização, vinculados principalmente com o complexo processo de tomada de decisões e a necessidade de garantir uma coordenação dos níveis de gestão no plano territorial e político-administrativo: notadamente nos aspectos relativos à funcionalidade e à economicidade. A opção pela descentralização é acima de tudo política, na medida em que o que está em jogo é um poder político mais democrático. É importante haver enorme coerência neste plano, assim como é do maior relevância garantir funcionalidade também no que tange às economias de escala. É preciso ainda avaliar criteriosamente as funções e competências que podem e as que não podem ser descentralizadas, no sentido de nem gerar uma superposição de modelos político-administrativos, nem um desvirtuamento da necessária racionalidade na gestão da coisa pública.

Por outro lado, não se pode ignorar que o tema da divisão territorial da cidade é assunto da maior complexidade, permeado de inúmeras ambigüidades e indagações. Assim sendo, não se pode correr o risco de converter a descentralização nem em uma operação tecnoburocrática, nem em um colchão amortecedor das tensões entre cidadãos e Poder Público. Deve-se levar em conta não só as especificiações no plano territorial mas os elementos relacionados com a dinâmica sócio-cultural dos cidadãos face ao cotidiano urbano. Para isto é preciso evitar a desagregação de unidades territoriais onde os habitantes possuam fortes vínculos entre si, assim como encontrar mecanismos que garantam uma certa uniformidade no plano demográfico.

Possivelmente um dos fatores de maior complexidade na descentralização da gestão municipal seja aquele vinculado com a estruturação institucional do processo. A transferência de competências, funções, recursos e pessoal a nível territorial, visando um aumento de eficácia e da flexibilidade, exige uma compreensão dos limites e da dinâmica interna do aparelho público. Por outro lado, é necessário refletir sobre o caráter institucional da participação citadina, e vê-la não como um apêndice dos movimentos reivindicatórios ou das associações populares, mas como dimensão de uma administração democrática. A garantia da participação, como uma possibilidade de canalizar as demandas dos diferentes setores da sociedade e como um instrumento de dinamização da gestão, não pode prescindir da existência de instrumentos institucionais com funções bem definidas nas diversas instâncias da gestão municipal.

UMA AGENDA DE QUESTÕES PARA UMA NOVA GESTÃO DA VIDA URBANA

1 — Face ao atual contexto de dramática escassez de recursos, o processo de descentralização assume caracte-

rísticas complexas e contraditórias quando se pensa a relação entre oferta restrita e demanda social ampliada. Nesse sentido, o desafio é a formulação de uma engenharia institucional que consiga simultaneamente garantir a transparência administrativa, equacionar as demandas e possibilitar formas de participação em projetos inovadores. Se este cenário parece mais próximo da utopia, o que se coloca como necessidade concreta é a não-frustação de expectativas, somada ao controle dos processos de radicalização, tanto dos setores conservadores como dos setores mais excluídos, passíveis de manipulação político-ideológica.

Deve-se ressaltar que a engenharia institucional necessária à dinamização das práticas participativas não pode ter características homogêneas, uma vez que a diferença na gestão dos municípios são significativas, principalmente no que diz respeito à sua dimensão e à organização dos cidadãos.

De acordo com cada situação, os mecanismos para criar, animar ou manter o ambiente participativo são diferenciados e sustentados nas características e idiossincrasias particulares no tempo e no espaço. Entretanto, o desafio dos responsáveis pelo governo municipal deverá estar relacionado com a elaboração e com a disponibilidade de informação objetiva relativa à atuação municipal enquanto objeto de serviço público e componente de qualidade de vida dos cidadãos, mesmo dos não organizados.

2 — O que está em jogo é o protagonismo, principalmente o dos setores populares. Entretanto, não se pode ignorar que as cidades brasileiras são espaços de convivência muito estratificados e de existência de estereótipos e estigmas em todas as dimensões do espectro social. Se o desafio é ampliar as condições de apropriação dos bens e serviços públicos para uma vasta parcela da população, notadamente aquela que habita as regiões periféricas, a administração pública tem de estar voltada para a implantação de canais de participação que permitam um amplo envolvimento dos mais diversos estratos sociais enquanto receptores e emissores da gestão municipal. Não se deve escamotear, entretanto, o fato de que os aparelhos burocráticos geralmente opõem forte resistência à abertura de novas alternativas participativas. A presença de grupos sociais organizados na cena institucional representa a perspectiva de situações complexas de oposição, rejeição, resistência ou interferência no modus operandi do status quo burocrático.

Diante das dificuldades da administração municipal em dar conta de todas as demandas, suas respostas na gestão dos problemas tendem a ser mais informativas do que participativas, o que potencializa uma dicotomia na relação entre o Poder Municipal e os cidadãos.

3 — Considerando-se que apenas uma pequena parcela da população pode ser definida enquanto grupo social organizado e alguns movimentos têm formulado propostas inovadoras de gestão, — a ampliação e a transferência dos canais de participação poderão trazer à tona demandas de setores até hoje pouco mobilizados perante o Poder Público.

A preocupação da administração com a participação deve estar relacionada com a possibilidade de que o espectro mais abrangente da população possa vir a influenciar o processo decisório. Existem vários fatores que tornam conveniente desenvolver mecanismos de participação política complementares aos partidos em virtude da multiplicação das funções das instituições representativas e pelo complexidade crescente da sociedade. Além disso, a representação política através da prática dos partidos não garante a representação dos interesses especiais, setoriais ou territoriais, assim como é fundamental incorporar-se a noção de que existem grupos sociais que dispõem de menos recursos econômicos, culturais ou políticos, para os quais a existência de canais de participação democrática pode vir a facilitar a sua intervenção na vida política e estimular o seu desenvolvimento coletivo.

4 — A pergunta que se faz, então, é a de como a administração poderá manter a sua credibilidade face àqueles setores que esperam a resolução imediata dos seus problemas, exercendo desmedida pressão. Dadas as decisões sempre terem sido tomadas de forma centralizada e verticalizada, o desafio da descentralização e do crescimento da participação citadina centra-se no fortalecimento dos espaços de poder local. Descentralizar significa ceder poder a uma unidade inferior, o que representa basicamente dotar de competência e meios os organismos intermediários para que possam desenvolver sua gestão de maneira mais eficaz e próxima aos cidadãos. Isto implica definir objetivamente o modelo de gestão a ser implementado e as condições nas quais se dará a participação dos cidadãos.

Parece importante destacar que as pré-condições, que terão de ser garantidas para viabilizar uma concepção participativa mais abrangente, deverão ocorrer tanto no plano territorial e no plano político-administrativo, como no plano das estruturas técnico-administrativas visando garantir assim a eficácia, a participação e a noção de interesse geral.

5 — Não existem modelos de participação que possam ser transpostos linearmente de um contexto sócio-político para outro; entretanto, diversas experiências bem sucedidas em prefeituras européias e latino-americanas, guardadas as diferenças em termos dos próprios condicionantes conjunturais e sociais, podem servir como parâmetros para a experimentação de procedimentos e de práticas participativas.

A questão da participação encerra um conjunto de interrogações que só podem ser respondidas pela ativação de uma engenharia institucional, que tem como uma das suas referências a experiência acumulada pelos diversos movimentos sociais que trazem implicitamente uma visão de participação na forma de democracia direta. Um dos grandes desafios é romper com a prática do clientelismo e da troca de favores.

A participação se baseia numa cidadania ativa e numa ruptura com as resistências tecnoburocráticas, mas principalmente numa vontade política dos que governam as cidades de abrir espaços que não só questionem a ordem estabelecida, mas que garantam a incorporação de grupos e interesses sociais e de valores culturais diferentes, potencializando a concretização de mudanças. Isso deverá ocorrer tanto no plano da organização interna da administração, como na definição de prioridades nos objetivos a partir da convivência de uma dialética de pluralismo e consenso, de confronto e de negociação.

Às novas administrações progressitas é dada a oportunidade de promover uma mudança nas políticas públicas, estimulando a expansão de práticas descentralizadoras. Entretanto, parece importante enfatizar que a participação terá êxito se os usuários estiverem organizados, na medida em que o maior desafio é o de garantir a sua autonomia face ao Poder Público. Cabe a este criar condições de articulação e participação cedendo espaços no processo decisório e garantindo um envolvimento e uma in-

teração mais articulada com os grupos comunitários, embora isso possa colidir com a dinâmica que preside a gestão dos serviços e sua pretensa racionalidade.

6 — Parece também necessário enfatizar que, no debate em torno das políticas públicas e das estratégias de participação, corre-se sempre o risco de estabelecer relações mecânicas e utilitaristas entre discurso e ação. Mais do que isso, interessa ressaltar o nível de ambigüidade e contradições inerentes ao conceito. A participação tem limites e isto significa que a panacéia participativa não é o mecanismo que solucione todos os problemas dos moradores excluídos do acesso aos serviços públicos, mas uma possibilidade concreta de se criarem condições para uma maior eqüanimidade na distribuição e na aplicação dos escassos recursos existentes.

BIBLIOGRAFIA

BORJA, J., "Persistencia, Crisis y renacimiento de los poderes locales" in Pensamiento Iberoamericano nº 5, Madrid, 1984.

—. La descentralización: una cuéstion de metodo, mimeo, 1985.

—. Notas sobre las transformaciones territoriales e institucionales en la Europa actual, ALFOZ, Madrid, 1985.

—. Por unos municipios democráticos y descentrazación territorial y participación, IEAL, Madrid 1986.

—. Estado y Ciudad — Descentralización Político y Participación, PPU, Barcelona, 1988.

MASSOLO, A. "Em direção às bases: descentralização e município" in Espaço & Debate nº 24, NERU, São Paulo, 1988.

PEÑALVA, S. Descentralización y Reforma Constitucional, Fundación Friedrich Ebert, 1987.

PIREZ, P. e HERZER, H., Vida Político Local y Construción de la Ciudad en Americo Latina, mimeo, IIED-AL, Buenos Aires, 1988.

PRETECEILLE, E. "Crise hegemonique et restructuration territoriale de l'Etat. La gauche et la décentralisation en France". Revue internationale d'Action Comminautaire, nº 13/53, 1985.

— La décentralisation: pour qui, pour quoi?, mimeo, IRESCO, 1987.

— From centralization to descentralization: social restructuring and French Local Government, mimeo, 1988.

RONDIN, J. La France en décentralisation, Paris, Fayard, 1985.

WORMS, J. P. Descentralización: un nuevo poder. Revista CEUMT nº 50, Espanha, 1982.

ZICCARD, A. e PERLÓ, M. Desconcentrar o descentralizar, mimeo, UNAM, 1987.

PEDRO JACOBI é professor da Faculdade de Educação da USP e pesquisador do CEDEC.

DAS FORMAS DE CONTROLE SOCIAL SOBRE AS AÇOES E OS SERVIÇOS DE SAUDE(*)

LENIR DOS SANTOS
GUIDO IVAN DE CARVALHO

DAS FORMAS DE CONTROLE SOCIAL SOBRE AS AÇÕES E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

SUMÁRIO

I — INTRODUÇÃO
II — MODALIDADES E INSTRUMENTOS DE CONTROLE
A — Organizações Sociais
B — Instrumentos de representação institucional e medidas judiciais
1 — CONSELHOS DE SAÚDE
— Constituição Federal — art. 198, III
— Lei 8.080, de 19.9.91 — art. 33
— Lei 8.142, de 28.12.90 — art. 1º, II, §§ 2º
2 — MINISTÉRIO PÚBLICO
— Constituição Federal — art. 129, II e III
3 — COMISSÕES DO CONGRESSO NACIONAL E ASSEMBLÉIAS LEGISLATIVAS
— Comissões — Constituição Federal — art. 58,
4 — TRIBUNAL DE CONTAS
— Constituição de República — art. 74, §§ 2º
5 — DIREITOS E SUAS GARANTIAS CONSTITUCIONAIS
— Constituição Federal — art. 5º
a) — Direito de petição aos Poderes Públicos Art. 5º, XXXIV
b) — Mandado de Segurança — art. 5º, LXIX
c) — Mandado de Segurança Coletivo — art. 5º, LXX
d) — Mandado de Injunção — art. 5º, LXXI
e) — Habeas-data — art. 5º, LXXII
f) — Ação Popular — art. 5º, LXXIII
g) — Direito dos consumidores — art. 5º, XXXII — Lei 8.078, de 11.9.90
6 — DA AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE
Ação Direta de Inconstitucionalidade — art. 103
7 — DEFENSORIA PÚBLICA
— Constituição da República — art. 132

INTRODUÇÃO

O controle social é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral.

No caso da saúde, o texto constitucional de 88 enuncia, como uma das diretrizes do sistema único de saúde, a "participação da comunidade", que pode efetivar-se mediante: representação em órgãos colegiados deliberativos, fornecimento de subsídios às autoridades incumbidas da gestão dos serviços e ações e proposição ou reivindicações de medidas específicas destinadas a atender às necessidades da população.

A presença dos usuários nos conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais), que é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos integrantes do colegiado, espelha uma conquista do SUS, sobretudo se considerar que os conselhos atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (§§ 2º art. 1º Lei 8.142/90).

Por meio deste canal institucional (conselhos de saúde), a comunidade pode agir no sentido das duas outras possibilidades de participação e cobrança: fornecimento de subsídios às autoridades gestoras do sistema e proposição ou reinvidicação de medidas específicas de interesse da coletividade.

Aliás, cumpre registrar que o projeto de lei que institui o Código de Saúde de São Paulo (Lei Orgânica da Saúde), a ser apreciado pela Assembléia Legislativa, além de desdobrar as atribuições do Conselho Estadual de Saúde, criou a figura do ouvidor geral, um verdadeiro "ombudsman" para defender os legítimos direitos do cidadão, administrado ou usuário e fiscalizar a atuação dos detentores do poder.

Entretanto, o controle social para estender-se em outras manifestações de garantia do direito humano à saúde e, sob determinado ângulo, mais eficazes — porque de efeitos preventivo e corretivo imediatos — do que os resultados decorrentes da atuação do conselho de saúde.

A principal dessas manifestações, de caráter verdadeiramente administrativo e de inigualável alcance político, consiste em colocar o cidadão no centro do processo de avaliação das ações e dos serviços de saúde.

Quando a avaliação do desempenho do SUS e dos resultados produzidos deixar de constituir apenas uma tarefa de controle interno dos órgãos do Estado, invariavelmente orientada por critérios fixados unilateralmente e com utilização de indicadores quase sempre quantitativos e de formulação abstrata e distante da realidade, o serviço público de saúde ganhará autenticidade, porque corresponderá às necessidades reais da população. E será economicamente menos dispendioso, como acontece quando a qualidade (refratária ao desperdício) é erigida em exigência natural das pessoas, sejam servidores públicos ou não.

Com essa mudança na estrutura e no funcionamento do SUS, que provocará, fatalmente, o engajamento dos servidores públicos na missão de servir ao público, a administração dos serviços de saúde e os resultados da sua atuação em eficiência e relevância social e o Estado deixará de ser o árbitro incontestável do interesse coletivo. O interesse coletivo, geral, da população se evidenciará por meios naturais, ou seja, mediante a declaração de necessidade dos destinatários do serviço e a avaliação por estes feita dos serviços oferecidos pelo Estado.

Essa é a manifestação mais importante do controle social: o cidadão e usuário no centro do processo de avaliação e o Estado deixando de ser o árbitro infalível do interesse coletivo, do bem-comum.

(*) Este trabalho, de caráter meramente informativo, foi elaborado a pedido da Associação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo e se destina a divulgação entre os profissionais de saúde.

A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde pode, aliás, incentivar e garantir esta participação concreta, que será mais ampla e se exercerá no dia-a-dia da dinâmica do SUS.

Uma outra manifestação do controle social exercido pelo usuário, cidadão e administrado se refere à exigência de mudança de mentalidade do servidor público da área de saúde, onde a matéria-prima do trabalho é um bem de valor inestimável e as relações entre o prestador de serviços e o cliente são influenciadas pelo ânimo de cada um dos agentes. Mudança de mentalidade no sentido da "accountability" na administração pública, a busca do resultado e a responsabilidade por ele. Sentir-se parte. Querer o melhor resultado para o cliente-cidadão, enfim.

Num trabalho que apresentou, em 1987, para figurar numa coletânea de textos sobre "Accountability" no serviço público, e divulgado na Revista de Administração Pública, RJ, fev-abril de 1990, ANNA MARIA CAMPOS, mostra que "o exercício da accountability é determinado pela qualidade das relações entre governo e cidadão, entre burocracia e clientelas. O comportamento (responsável ou não responsável) dos servidores públicos é conseqüência das atitudes e comportamentos das próprias clientelas. Somente a partir da organização de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos haverá condição para a accountability. Não haverá tal condição enquanto o povo se definir como tutelado e o Estado como tutor".

Isto porque, sendo a accountability (ainda intraduzível entre nós, por ser um conceito cultural, uma questão de vivência da democracia) "sinônimo de responsabilidade objetiva ou obrigação de responder por algo" como esclarece a mesma autora, ela "tende a acompanhar o avanço de valores democráticos, tais como igualdade, dignidade humana, participação, representatividade", afirmando, em seguida que

"à medida que a democracia vai amadurecendo, o cidadão, individualmente, passa do papel de consumidor de serviços públicos e objeto de decisões públicas a um papel ativo de sujeito. A mudança do papel passivo para o de ativo guardião de seus direitos individuais constitui um dramático avanço pessoal, mas, para alcançar resultados, há outro pré-requisito: o sentimento de comunidade. Em outras palavras, é a emergência e o desenvolvimento de instituições na sociedade que favorecem a recuperação da cidadania e, portanto, a verdadeira vida democrática. A cidadania organizada pode influenciar não apenas o processo de identificação de necessidades e canalização de demandas, como também cobrar melhor desempenho do serviço público. Este parece ser o caminho para a accountability".

É oportuno transcrever, aqui, o teor da sugestão feita, no início de março deste ano, à equipe do Governo Fleury, que estava prestes a assumir o poder estadual, visando a busca e manutenção da qualidade dos serviços públicos e a um novo conteúdo da relação Estado-Sociedade:

"Consideração preliminar

Não obstante saber-se que o êxito do Serviço Público depende, fundamentalmente, do estágio de cultura política do povo (conscientização do cidadão para exigir do Poderes Públicos os seus direitos de cidadania); que a responsabilidade objetiva do prestador de serviços públicos (o Estado, como um todo, e os agentes públicos individualmente considerados) é uma decorrência dos avanços do exercício democrático, informador da relação Estado/Sociedade; e que só o tempo pode trazer resultados positivos em prol do fortalecimento da Sociedade diante do Estado,

O Governo pode promover, apoiar e influir no processo de conscientização para inverter os valores dessa relação Estado/Sociedade, de modo a que o cidadão passe, de destinatário nominal dos serviços públicos e virtual usuário ou consumidor, a credor exigente desses serviços, em termos de oportunidade, qualidade e resolutividade.

Cabendo ao Estado garantir o bem-estar e a justiça sociais, como objetivos de uma ordem social que tenha por base o primado do trabalho (art. 193 da Constituição da República), o seu primeiro dever é favorecer a democracia, nas múltiplas expressões com que ela se apresenta no contexto de uma nação.

E a expressão mais viva, mais forte e mais aprimorada de democracia — na ótica da relação Estado-Sociedade — se dá no tocante à responsabilidade na prestação e à exigibilidade de serviços de qualidade, adequada e oportunamente prestados, por parte do cidadão e da sociedade como um todo.

MEDIDA SUGERIDA

Finalidade: restauração do conteúdo político e ético da relação Estado/Sociedade, visando impor o privado do interesse coletivo na ordem social e econômica.

Objetivos;

a) garantir ao cidadão a exigibilidade de serviços públicos de qualidade, prestados oportunamente e de modo eficaz;

b) melhorar a qualidade dos serviços;

c) dar efetividade e resolutividade aos serviços prestados;

d) evitar desperdícios;

e) identificar os órgãos e os agentes públicos responsáveis pela prestação dos serviços, corrigir as distorções e desvios da Administração e punir os agentes faltosos.

Instrumentos:

a) afastar os obstáculos tradicionais à comunicação entre o Estado e a Sociedade (Administração e Cidadão, Governo e Clientela), como a burocracia, a falta de transparência, a impunidade dos servidores e dirigentes faltosos, a excessiva normatização e regulamentação;

b) criar mecanismos ágeis de controle e cobrança, pelo cidadão e usuário, da atuação do Poder Público (mecanismos internos e externos, autônomos no tocante à fiscalização);

c) dar publicidade aos seus atos;

d) possibilitar a participação na formulação de políticas e definição de programas adequados às necessidades do povo;

e) tornar eficaz a articulação entre os órgãos da administração direta, indireta e fundacional, para evitar a duplicidade de meios para os mesmo fins, garantir a ampliação e a melhoria dos serviços etc.

JUSTIFICAÇÃO

A medida ora proposta se justifica pelos seus próprios fundamentos.

Mas não é demais dizer que é daquelas medidas que marcam uma administração e definem um estilo de governo, porque a sua prática passará a permear as ações e os serviços do Poder Público, caracterizando, nitidamente, a relação entre o Estado e a Sociedade.

No fundo, é um instrumento da democracia; ou da construção da democracia possível em nosso estágio cultural.

Se adotada no início do Governo, balizará desde logo a atuação dos novos dirigentes do primeiro ao último es-

calão da hierarquia.

Creio que nesta onda da conscientização de direitos o controle vai-se definir e consolidar.

Do ponto de vista do DIREITO, dos instrumentos com que o Estado armou a sociedade, temos hoje alternativas de solução para cada tipo de violação, pelo Estado, dos seus deveres sociais". (Sugestão feita por GUIDO IVAN DE CARVALHO).

II — MODALIDADES E INSTRUMENTOS DE CONTROLE

A — ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Já se faz sentir entre nós a mobilização da comunidade no sentido de participar das decisões governamentais de interesse geral e de exprimir livremente as suas reinvidicações.

A consciência da cidadania é um fato, que a Constituição de 88 apenas registrou ao enunciar direitos e garantias individuais e direitos sociais. Mas falta muito ainda para alcançarmos o estágio, já atingido por outros povos, em que o Estado presta contas à Sociedade, em que o Estado ouve a Sociedade, em que o Estado volta atrás quando decisões são tomadas em dessintonia com o interesse coletivo.

De qualquer forma, como o exercício do controle social da atuação dos Poderes Públicos, com efeitos positivos, é uma decorrência da prática da democracia, é importante que os cidadãos continuem se organizando em associações as mais diversas (de consumidores, de pais e mestres, de profissionais, de comunidades eclesiais, de moradores de bairro e outras) e prossigam exigindo do Estado o cumprimento do seu papel em favor do bem-estar social.

A accountability da administração pública só acontecerá, de fato, se houver mudança no conteúdo da relação governo-cidadão. E esta mudança só produzirá efeito na medida em que os cidadãos efetivamente ampliarem e consolidarem as suas organizações e passarem a exigir os seus direitos, em qualquer instância, perante quem quer que seja, e em todas as ocasiões em que ocorrer violação do dever do Estado.

A mobilização da comunidade é, na verdade, o mais poderoso instrumento de controle social, com evidente repercussão no processo de representação popular, na composição dos tribunais e nas linhas de atuação dos meios de comunicação.

B — INSTRUMENTOS DE REPRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL E MEDIDAS JUDICIAIS

1 — CONSELHOS DE SAÚDE

A forma mais direta de controle social no Sistema Único de Saúde é a prevista na Constituição da República, no art. 198, III:

"Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

III — participação da comunidade."

A Lei 8.142, de 28.12.90 regulamentou esta participação, criando as instâncias colegiadas do SUS: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

"Art. 1º. O Sistema Único de Saúde — SUS, de que trata a Lei 8.080, de 19.9.90, contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I — a Conferência de Saúde; e II — o Conselho de Saúde".

Compete ao Conselho de Saúde atuar na formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Estão representados no Conselho de Saúde vários segmentos da sociedade: usuários, prestadores de serviços de saúde e os trabalhadores da área, além do Poder Público. a participação do usuário é partidária em relação ao conjunto dos demais segmentos com representação no Conselho. Assim, se um Conselho de Saúde tiver dez representantes do Poder Público e dez representantes dos trabalhadores de saúde e prestadores de serviços de saúde deverá ter 20 representantes dos usuários.

Qualquer cidadão poderá, através de seus representantes no Conselho de Saúde, acompanhar, fiscalizar e avaliar os serviços de saúde públicos ou privados, representando contra qualquer ato que julgue atentatório ao seu direito à saúde.

Portanto, é de suma importância que os usuários do sistema de saúde conheçam os seus conselhos de saúde, uma vez que eles existem tanto na esfera federal, quanto na esfera estadual e municipal.

2 — MINISTÉRIO PÚBLICO

Outra fonte importante para o exercício do controle social no Sistema Único de Saúde é o Ministério Público.

Conforme reza a Constituição Federal, art. 127,

"O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis".

São funções institucionais do MP, dentre outras, a de

"zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia". (art. 129, II).

A função do Ministério Público de guardião da sociedade, vigilante da ordem e do respeito dos Poderes Públicos aos direitos assegurados aos cidadãos pela Constituição da República, no tocante à saúde teve a sua atuação realçada, uma vez que a Constituição tratou somente a saúde como "serviços de relevância pública" e incumbiu o Ministério Público de zelar pela garantia da prestação dos "serviços de relevância pública". Vemos que o legislador redobrou seus cuidados quando tratou da saúde, definindo-a como serviços de relevância pública.

3 — COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL DO CONGRESSO NACIONAL E DAS ASSEMBLÉIAS LEGISLATIVAS

A Constituição Federal previu em seu artigo 58 que

"O Congresso Nacional e suas Casas terão comissões permanentes e temporárias, constituídas na forma e com as atribuições previstas no respectivo regimento ou no ato de que resultar sua criação".

Dentre as competências fixadas na Constituição, como de convocar Ministro de Estado para prestar informações sobre assuntos inerentes a suas atribuições, solicitar depoimento de qualquer autoridade ou cidadão, está a de

"receber petições, reclamações, representações ou queixas de qualquer pessoa contra atos ou omissões das autoridades ou entidades públicas" (art. 58, IV).

A Constituição de 1988 reforçou o papel das comissões. Deu-lhes atribuições relevantes, como a de convocar Ministros de Estados para prestar informações sobre assuntos inerentes a suas atribuições; realizar audiências públicas com entidades da sociedade civil; receber petições, reclamações, representações ou queixas de qualquer pessoa contra atos ou omissões de autoridades ou entidades públicas.

Qualquer cidadão poderá representar, reclamar contra qualquer ato ou omissão de autoridade pública ou entidade pública. Basta endereçar, no caso da saúde, à Comissão de Seguridade Social do Congresso Nacional. Como quase todas as Constituições estaduais seguiram os passos da Constituição Federal, as Assembléias Legislativas dos Estados também contam com as suas comissões, incluindo a da saúde. Qualquer irregularidade no setor saúde, causada por uma autoridade pública ou por um órgão público, poderá ser objeto de petição endereçada à Comissão da Seguridade Social.

Cabe ao cidadão ajudar a fiscalizar e controlar os serviços de saúde e peticionando às comissões de saúde.

4 — TRIBUNAL DE CONTAS

Constituição de República — art. 74, §§ 2º

"art. 74, §§ 2º. Qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para, na forma da lei, denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o Tribunal de Contas da União."

O Tribunal de Contas da União é o órgão auxiliar do Congresso Nacional ao qual compete a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta.

Todo cidadão é parte legítima para denunciar ao Tribunal de Contas da União irregularidades e ilegalidades verificadas contra o patrimônio público.

5 — DIREITOS E GARANTIAS CONSTITUCIONAIS

Lançando mão do ensinamento do Constitucionalista José Afonso da Silva sobre a distinção existente entre direitos e garantias temos "que os direitos são bens e vantagens conferidas pela norma, enquanto as garantias são meios destinados a fazer valer esses direitos, são instrumentos pelos quais se asseguram o exercício e gozo daqueles bens e vantagens" (Curso de Direito Constitucional Positivo).

A toda garantia contrapõe um direito.

Estão previstas na constituição da República garantias individuais e garantias dos direitos coletivos, denominados pelos nossos doutrinadores de remédios constitucionais. São remédios colocados à disposição do cidadão para garantir direitos constitucionais. Muitos deles, por provocar a atividade jurisdicional, ou seja, por exigir a apreciação do Poder Judiciário, são denominados de ações constitucionais. Entre as garantias individuais e coletivas previstas na Constituição e que ora nos interessa, temos:

— o direito de petição; o mandado de segurança, individual e coletivo; o mandado de injunção, individual e coletivo; o habeas data; a ação popular.

a. Direito de Petição

Art. 5º, XXXIV

"são a todos assegurados, independentemente do pagamento de taxas:

a — o direito de petição aos Poderes Públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder";

A quem cabe

O direito de petição cabe a qualquer pessoa. Seja pessoa física ou jurídica; indivíduo ou grupos; nacionais ou estrangeiros.

A quem dirigir

A petição será dirigida a qualquer autoridade, seja do Poder Executivo, Legislativo ou Judiciário. Federal, Estadual ou Municipal.

A autoridade recebedora da petição terá que se manifestar motivadamente, seja para aceitá-la ou negá-la. Jamais poderá ficar sem resposta petição dirigida à autoridade pública, sob pena de se negar eficácia a essa garantia constitucional. A recusa da autoridade a oferecer resposta à petição lhe endereçada poderá ensejar mandado de segurança.

b. Mandado de Segurança

Art. 5º, LXIX

"conceder-se-á mandado de segurança para proteger direito líquido e certo, não amparado por "habeas corpus" ou "habeas data", quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do Poder Público"

O mandado de segurança visa proteger direito líquido e certo individual lesado ou ameaçado.

Quem pode impetrar

O titular do direito ofendido ou ameaçado.

Contra quem se pode impetrar

Contra autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições públicas. É considerado autoridade pública: Governadores, Secretários de Estados, Ministros, Diretores, os dirigentes de autarquias e de entidades para-estatais; aqueles que exercem funções públicas delegadas (concessionários e permissionários de obras ou serviços); todos os agentes de pessoas jurídicas privadas que executem, a qualquer título, atividades, serviços e obras públicas, etc..

Quais as situações amparáveis por Mandado de Segurança

Sempre que houver ameaça ou lesão de direito líquido e certo praticado por autoridade pública. Visa o mandado de segurança corrigir o abuso de poder, o ato ou omissão ilegal, lesiva de direito individual.

Na melhor definição que é a de Hely Lopes Meirelles, direito líquido e certo "é o que se apresenta manifesto na sua existência, delimitado na sua extensão e apto a ser exercido no momento da impetração. Por outras palavras o direito invocado, para ser amparável por mandado de segurança, há de vir expresso em norma legal e trazer em si todos os requisitos e condições de sua aplicação ao impetrante; se a sua existência for duvidosa; se a sua extensão ainda não estiver delimitada; se o seu exercício depender de situações e fatos ainda indeterminados, não rende ensejo à segurança, embora possa ser defendido por outros meios judiciais" (Mandado de Segurança — 13º edição).

c. Mandado de Segurança Coletivo

Art. 5º, LXX —

" O mandado de segurança coletivo pode ser impetrado por: a) partido político com representação sindical, entidade de classe ou associação legalmente constituída e

em funcionamento há pelo menos um ano, em defesa dos interesses de seus membros ou associados"

As entidades de classe e associativas têm legitimidade para agir em nome de seus membros ou associados em busca da reparação de direito subjetivo individual ferido por autoridade pública.

d. Mandado de Injunção

Constituição Federal, art. 5º, LXXI

"concerder-se-á mandado de injunção sempre que a falta de norma regulamentadora torne inviável o exercício dos direitos e liberdades constitucionais e das prerrogativas inerentes à nacionalidade, à soberania e à cidadania"

O mandado de injunção é uma ação constitucional nova no nosso direito. Foi criada na Constituição de 1988. Constitui uma garantia ao indivíduo que se sentir desprotegido em razão da inexistência de norma regulamentadora de um direito ou prerrogativa. O mandado de injunção visa garantir qualquer direito constitucional pendente de regulamentação.

Quando cabe o mandado de unijunção

Sempre que existir um direito ou prerrogativa que não possa ser exercido pelo indivíduo por falta de norma regulamentadora. Não compete ao Juiz regulamentar a matéria, mas sim garantir ao indivíduo o exercício daquele direito. O mandado de injunção não tem o condão de fazer com que a norma seja regulamentada, mas sim de garantir o seu exercício.

Quem pode impetrar

O sujeito do direito ou da liberdade ou da prerrogativa constitucional. Só pode reclamar o legítimo titular do direito. Quem não for o titular do direito não poderá reclamá-lo.

Também poderá impetrar mandado de injunção o sindicato (art. 8º, III) no interesse coletivo de categorias de trabalhadores.

Contra quem se pode impetrar o mandado de injunção

Pode-se impetrar mandado de injunção contra o Poder Público e contra o particular. Basta que exista um direito que não possa ser exercido por falta de norma regulamentadora.

e. Habeas Data

Constituição Federal, art. 5º, LXXII

"Concerde-se-á "habeas data": a) para assegurar o conhecimento de informações relativas à pessoa do impetrante, constantes de registros ou bancos de dados de entidades governamentais ou de caráter público; b) para a retificação de dados, quando não se prefira fazê-lo por processo sigiloso, judicial ou administrativo."

Vê-se que o objeto do habeas data é o acesso da pessoa natural ou jurídica aos registros ou banco de dados de órgãos ou entidades governamentais ou de caráter público, com o fim de obter informações ou a retificação dos dados ali existentes.

Esta importante garantia constitucional pode ser eventualmente usado pelo cidadão para ter acesso, p. ex., à sua ficha ou cadastro clínico, com o objetivo de conhecer e, se for o caso, retificar informações ou dados inverídicos.

f. Ação Popular

Constituição Federal, art. 5º, LXXIII

"Qualquer cidadão é parte legítima para propor ação popular que vise a anular ato lesivo ao patrimônio público ou de entidade de que o Estado participe, à moralidade administrativa, ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural, ficando o autor, salvo comprovada má-fé, isento de custas judiciais e do ônus da sucumbência".

A ação popular confere ao povo a legitimidade para defender, via Poder Judiciário, o interesse público. A ação popular visa a proteção do interesse coletivo. Qualquer cidadão é parte legítima para defender a coletividade. Ele como parte da coletividade invoca a tutela jurisdicional. Repetindo José Afonso da Silva, a ação popular é um remédio constitucional pelo qual qualquer cidadão fica investido de legitimidade para o exercício de um poder de natureza essencialmente política, e constitui manifestação direta da soberania popular consubstanciada no art. 1º, parágrafo único, da Constituição: todo poder emana do povo, que o exerce por meio de seus representantes eleitos ou diretamente". (Curso de Direito Constitucional Positivo, 6º. edição).

A ação popular é, portanto, a garantida dos direitos coletivos. Ela se reserva à proteção do patrimônio público, à moralidade administrativa, ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural. E qualquer cidadão pode invocar a tutela jurisdicional. Basta que um direito ou interesse público esteja sendo lesado.

g. Direito dos Consumidores

Constituição da República — Arts. 5º, XXXII e art. 170, V

Código de Defesa do Consumidor — Lei nº 8.078, de 11.9.90

A proteção aos consumidores, garantia na Constituição da República e no Código do Consumidor, em muitos momentos, se entrelaça com o direito à saúde e abre caminho valioso para o cidadão buscar no Poder Judiciário a proteção adequada à violação de seu direito à saúde.

O Código do Consumidor é hoje instrumento importante para o cidadão na guarda, defesa e proteção da saúde.

DA AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE

Ao Supremo Tribunal Federal compete, precipuamente, a guarda da Constituição.

Compete ao STF julgar a ação direta de inconstitucionalidade de lei ou ato normativo federal ou estadual.

Também a arqüição de descumprimento de preceito fundamental decorrente desta Constituição será apreciada pelo STF.

Podem propor a ação de inconstitucionalidade: (art. 103):

"I — o Presidente da República;
II — a Mesa do Senado Federal;
III — a Mesa da Câmara dos Deputados;
IV — a Mesa da Assembléia Legislativa;
V — o Governador do Estado;
VI — o Procurador-Geral da República;
VII — o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil;
VIII — partido político com representação no Congresso Nacional;
IX — confederação sindical ou entidade de classe de âmbito nacional.

Ainconstitucionalidade pode ser declarada por omissão de medida para tornar efetiva norma constitucional. (art. 103, § 2º..

— Da Ação de Inconstitucionalidade por Omissão

Esta medida está prevista no § 2º do art. 103 da Constituição Federal, combinado com o artigo 102, I, "a":

Art. 102.

Compete ao Supremo Tribunal Federal, precipuamente, a guarda da Constituição, cabendo-lhe:

I — processar e julgar, originariamente: a) a ação de inconstitucionalidade de lei ou ato normativo federal ou estadual;

Art. 103.

§ 2º. Declarada a inconstitucionalidade por omissão de medida para tornar efetiva norma constitucional, será dada ciência ao Poder competente para a adoção das providências necessárias e, em se tratando de órgão administrativo, para fazê-lo em trinta dias.

Vejamos uma hipótese: a Constituição Federal definiu o Sistema Único de Saúde e tratou da sua descentralização, com direção única em cada esfera de governo (art. 198, I).

No art. 196 disse que a saúde é direito de todos e dever do Estado e no art. 197 determinou que cabe ao Poder Público dispor sobre as ações e os serviços de saúde, que são de relevância pública.

Ao dispor sobre normas gerais de organização do SUS, a Lei Orgânica (lei 8080/90) estatuiu que compete à direção nacional do SUS, dentre outras coisas, "promover a descentralização, para as unidades federadas e para os municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal" (art. 16, XV).

Ora, nem os Estados nem os Municípios podem executar, plenamente, as suas tarefas no setor de saúde, decorrentes da organização descentralizada do SUS, se não dispuserem dos serviços até então geridos pela União, quando a assistência à saúde era fortemente centralizada. Portanto, caberia uma ação de inconstitucionalidade por omissão, a fim de que o órgão administrativo competente do Ministério da Saúde concretize a transferência de serviços (bens móveis, imóveis e recursos correspondentes à manutenção e desenvolvimento dos serviços).

7. DEFENSORIA PÚBLICA

Constituição de República, art. 134.

"A Defensoria Pública é instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a orientação jurídica e a defesa, em todos os graus, dos necessitados, na forma do art. 5º, LXXIV".

Considerando que para se requerer a tutela jurisdicional do Estado é necessário se fazer representar por advogado, a Constituição, no seu art. 5º, LXXIV, garantiu aos que comprovarem insuficiência de recursos, a assistência jurídica gratuita. É a Defensoria Pública o órgão competente para oferecer, gratuitamente, ao cidadão que demonstrar insuficiência de recursos, a orientação e defesa necessárias para fazer valer seus direitos.

Lei Complementar organizará a Defensoria Pública da União e do Distrito Federal e dos Territórios e prescreverá normas gerais para a sua organização nos Estados.

Alguns Estados já contam com Defensoria Jurídica, como é o caso do Rio de Janeiro. Outros mantém serviços de Assistência Judiciária em suas Procuradorias Jurídicas, como ocorre no Estado de São Paulo, que mantêm, na Procuradoria Geral do Estado, um setor que oferece assistência jurídica aos necessitados.

4.

ANEXOS

DIRETRIZES GERAIS PARA POLÍTICA E ESTRATÉGIAS DE MEDICAMENTOS NO S.U.S.

OFICINA DE TRABALHO - 13.08.91
(G.T. TÉCNICO DA IXª CNS)

Participantes:
- Dr. José Tinoco - PRESIDENTE DA ALFOB
- Dr. Dante Alario Jr. - PRESIDENTE DA ALANAC
- Dra. Marta Nóbrega Martinez - Ex-PRESIDENTE DA CEME
- Dr. Francisco de Assis M. Reis - Ex-SUPERINTENDENTE FURP/SP
- Dr. Jorge Bermudez - Ex-PRESIDENTE DA ALFOB
- Dr. José Alberto H. de Souza - Ex-SUPERINTENDENTE DA BAHIA - FARM
- Dr. José Carlos C. Jerez - DIRETOR DA CODETEC
- Dr. Elisaldo de A. Carlini - PRESIDENTE DA SOBRAVIME
- Dr. Thieres Ferreira - PRESIDENTE DO CONSELHO FED. DE FARMÁCIA
- Dr. J. Agenor A. da Silva - OPAS
- Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora da IXª CNS

1. AUSÊNCIA E INDEFINIÇÃO DE POLÍTICOS PARA A ÁREA

1 - A política industrial real no país, não faz qualquer exceção para as áreas especiais como esta.

2 - O medicamento não pode ser tratado como mercadoria comum, mas como essencial, por ex., a RENAME.

A política que define a assistência médica, odontológica e farmacêutica, deveria haver uma política industrial correspondente.

3 - A RENAME deve ser "mercado" dos essenciais, e a garantia de sua viabilização passa por:

3.1 - Apropriação de Tecnologia

3.2 - Matérias-primas e insumos

3.3 - Parque produtivo

3.4 - Coordenação nacional forte e bem direcionada, e somente a CEME pode exercê-la, para um mercado tão desigual como o que temos.

4 - As multinacionais "seguram"o mercado internacional de insumos e matérias-primas, trazendo-os já formulados para o Brasil, 10 a 100 mais baratos do que fica para as indústrias nacionais e os laboratórios oficiais.

5 - Outras pressões das multinacionais:

5.1 - Contra o Governo e a CEME, impedindo de promover, fomentar e viabilizar a apropriação e desenvolvimento de tecnologias pelas indústrias nacionais e laboratoriais oficiais.

5.2 - Promoção, no Governo, através do Ministério da Economia, de patente radical, que atinge matérias-primas, insumos, ratos de laboratório, biotecnologia, etc. Excluem destas decisões, a indústria nacional, o Ministério e Secretarias de Saúde e a Sociedade.

5.3 - A CODETEC, importante órgão nacional de geração e transferência de Tecnologias na área, não consegue manter projetos para sua clientela preferencial - indústria nacional e laboratórios oficiais - devido a retirada dos fomentos, inclusive por parte da CEME, vendo-se compelida a aceitar contratos com indústrias e outros países do 3º Mundo.

5.4 - Deslocam a RENAME das nossas farmácias, colocando os seus medicamentos genéricos.

6 - As políticas referentes às matérias-primas, insumos e farmacos, estão inseridas na política maior que inclui os corantes, reagentes, aditivos da indústria alimentícia, etc., isto é: a indústria química, controlada pelas multinacionais.

7 - Os poucos países do 3º Mundo que equacionaram esses problema, iniciaram pelos insumos e matérias-primas, através da produção interna ou de mercados comuns regionais - casos do leste Europeu, da índia, da China e outros - o que deveria acontecer no âmbito do MercoSul ou da América Latina.

8 - Devemos ter uma política industrial real para a área, compatibilizada com a política de saúde, e que defina os papéis das agências reguladoras e fomentadoras de apropriação e desenvolvimento tecnológico - CEME, CNPq, FINEP, CAPES e outras - assim como da indústria nacional, laboratórios oficiais, etc.

2. O PAPEL DA CEME

1 - A CEME encontra-se hoje organizada para o pior papel: seus presidentes "imperam" sobre enormes orçamentos - US$ 400 milhões em 1991 e previsão de US$ 2 bilhões para 1992, além de intensificar a política dos almoxarifados centrais federais. Os laboratórios oficiais encontram-se sucateados

e pré-falimentares, e a indústria nacional (805) busca equilibrar-se nos produtos "de oportunidades" ou tenta investir em tecnologia e na RENAME, mas sem mercado e suporte da CEME.

2 - Onze recomendações para o Ministério da Saúde e para a CEME:

2.1 - Constituir um Conselho Deliberativo da CEME com suficiente autonomia e efetividade, e constituído por representantes dos:

- Estados,
- Municípios,
- Laboratórios Oficiais,
- Indústria Nacional e
- Usuários

Este Conselho deve reunir-se ordinariamente pelo menos 6 (seis) vezes ao ano, com pautas elaboradas pelo próprio Conselho, além do Presidente da CEME. Deve haver autoconvocação, além da convocação pelo presidente.

2.2 - Reconhecer a descentralização da produção, sem almoxarifados centrais.

2.3 - Coordenar a normatização nacional dos produtos e fornecedores, de acordo com as normas oficiais de controle de qualidade, de vigilância sanitária e estímulos aos laboratórios oficiais e à indústria nacional.

2.4 - Coordenar, catalizar e participar do financiamento do desenvolvimento da tecnologia nacional.

2.5 - Coordenar e estimular ao nível das Unidades Federadas e regiões, a elaboração de relações regionais de medicamentos essenciais, e se necessário, redefinir a RENAME.

2.6 - Coordenar, a nível nacional, a organização de um "banco de insumos" (estoque regulador) com a finalidade de orientar e dar suporte à produção nacional de insumos básicos, principalmente para a produção dos medicamentos essenciais.

2.7 - Providenciar as medidas legais e administrativas cabíveis para que os produtos da RENAME e das relações regionais da indústria nacional, abasteçam as farmácias pelo menos em pé de igualdade com os medicamentos genéricos das multinacionais.

2.8 - De acordo com critérios a serem definidos pelo Conselho Nacional de Saúde, transferir às Unidades Federadas e aos minucípios, todos os recursos financeiros destinados à aquisição de medicamentos da RENAME e relações regionais, sob normas nacionais de prioridade aos laboratórios oficiais e a indústria nacional, e da obediência às normas de controle de qualidade e de vigilância sanitária.

2.9 - Reconhecer a descentralização por onde as Unidades Federadas e os Municípios devem definir suas necessidades da RENAME e das relações regionais, e adquirir os produtos segundo as normas definidas nacionalmente.

2.10 - Providenciar medidas referentes a adoção de guias especiais para importação e exportação de insumos básicos, com a finalidade de equiparar o acesso e preços da indústria nacional e laboratórios oficiais, aos das multinacionais e por isso impedir as triangulações das multinacionais neste acesso.

2.11 - Contribuir na formulação da política nacional para a área inclusive na definição das responsabilidades e campos de atuação da indústria nacional e dos laboratórios oficiais.

DIRETRIZES GERAIS PARA POLÍTICA DE IMUNOBIOLÓGICOS, SANGUE E HEMODERIVADOS

CONCLUSÕES DA OFICINA DE TRABALHO DE 14.08.91

Participantes:

Grupo de Trabalho Técnico do Comitê Executivo da IXª CNS.

Otávio Oliva, Lauro Alcântara, Celina Roitman, Henry Jouval, Ivanildo Franzozi, Cândida Cairutas, Francisco Reis, Carmino A. de Sousa, Crecêncio Antunes, João Carlos Pinto Dias.

1. Os programas brasileiros de imunização estão entre os primeiros do mundo em organização e eficácia. A articulação do Programa Nacional de Imunizações com a vigilância Epidemiológica, inclusive dos Estados, foi fundamental para concentrar esforços nas situações prioritárias. Temos razoável experiência na área de imunobiológicos: produzimos aproximadamente 20% das nossas necessidades, e exportamos anti-ofídicos, vacina anti-amarílica e outros para países da África e com potencial para o Merco-Sul.

2. Os nossos laboratórios de produção padecem ainda, de grande incapacidade interna de gastos, de dificuldades extremas para manutenção e reposição de pessoal, principalmente o especializado, e de sistemas de aquisição e estocagem de materiais de consumo e insumos semiparalizantes e viciados, assim como da aquisição e manutenção de equipamentos. Esta situação piora insuportavelmente nos laboratórios públicos da administração direta, sem qualquer autonomia gerencial. A produção nacional padece ainda de grande desarticulação dos laboratórios públicos entre si, e destes com os privados. Há também total desarticulação do nosso processo produtivo com a pesquisa Tecnológica na área: a nossa produção não possui qualquer capacidade indutora de pesquisas por área de produção. Não há proposta concreta para a relação produção-pesquisa Tecnológica. As agências federais e estaduais de fomento à pesquisa encontram-se ainda desarticuladas do processo produtivo, funcionando como simples balcão de seleção burocrática de financiamentos. Enfim, não temos política para a área, nem industrial nem tecnológica.

3. Os laboratórios oficiais e fundacionais (Bio - Manguinhos, Butantã, Fund. Ezequiel Dias, Vital Brasil, Tecpar e outros) não possuem capacidade de investimento e nem mesmo para a sua manutenção, e por isso o país vem gastando vultosos recursos na importação de mais de 80% das nossas necessidades de imunobiológicos, incluindo reagentes. É, por isso, imperioso o funcionamento de um Programa Nacional de Auto-Suficiência que estimule este processo até que os laboratórios cheguem não somente na auto-suficiência, mas que sejam auto-sustentáveis. Este programa não vem caminhando devido a "questões orçamentárias". Enquanto isso, no mundo, a produção de imunobiológicos, principalmente das vacinas, tende a ser um ramo da produção farmacêutica, e vai cartelizando em poucas mãos: Merrieux, Merck Sharp Dohme, Smith Klein, e mais recentemente, o Japão, a China (maior produtora mundial da vacina anti-sarampo), Cuba e os "Tigres Asiáticos". O Brasil, que é o terceiro mercado mundial de imunobiológicos não decide passar sua produção dos 20% das necessidades nacionais.

4. O desenvolvimento tecnológico é um dos desafios básicos para a nossa produção e sua modernização na área de imunobiológicos. A meta a longo prazo é a multi-vacina por via oral e redução de três doses para dose única, mas desde já há grandes passos a serem dados no cultivo de células, nos biotérios, na biotecnologia, nas adequações logísticas adivindas da munipalização (utilização, armanezamento/conservação, controle de qualidade, vigilância sanitária, etc.) e outros. Tecnologia é hoje moeda forte para negociações: precisamos apropriar, adequar e mesmo copiar tecnologias, para diminuir o máximo nossa grande defasagem, no menor prazo possível, enquanto desenvolvemos nossa pesquisa tecnológica. Caso contrário ficaremos mais expostos (e talvez irremediavelmente) aos monopólios internacionais. O investimento tecnológico de hoje é a grande economia amanhã. É necessária a articulação dos laboratórios públicos entre si, e com os privados - os dois possuem papéis decisivos e torna-se imperioso defini-los através de política acertada para a área. É necessária articulação dos laboratórios de produção com as agências federais e estaduais de fomento à pesquisa, especialmente quanto à pesquisa tecnológica (CNPq, FINEP, CAPES, FAPESP, Universidades e outras). É necessária uma política que encomende e estimule pesquisas na área, ar-

regimentando pesquisadores nos órgãos universitários e não universitários.

5. Quanto à área do sangue e hemoderivados, a questão da apropriação, adequação e cópia de tecnologias, assim como o seu desenvolvimento no país, é similar, porém menos intensa. Alguns hemocentros no país após a bem sucedida implantação do HEMOPE, puderam capacitar e especializar pessoal, principalmente, na França, em pequenas plantas-piloto avançaram rapidamente na coleta, fracionamento de hemoderivados, fabricação de albumina e até mesmo de fatores de coagulação, além da introdução do controle de qualidade.

6. Continuamos, contudo, atendendo não mais que 10% dos hemofílicos (demanda do Fator VIII), assim mesmo com aproximadamente metade da dose utilizada nos países desenvolvidos, sendo que este atendimento se dá com importação de albumina e Fator VIII pela CEME (US$ 60 milhões em 1991). Para fins de comparação as propostas estrangeiras (França e outros países) para projetos de plantas industriais de fabricação de albumina, fatores de coagulação e outros hemoderivados, dimencionados para o Brasil atingir a auto-suficiência nesta área, oscilam entre US$ 250 e US$ 500 milhões, através de três fábricas no país: uma no ND, outra no CO e outra no S. Por outro lado, caso a indicação terapêutica da hemoterapia por melhor racionalizada e controlada, o consumo de albumina cairia verticalmente, como já vem ocorrendo em vários países, além de não ficarmos dependentes dos grandes interesses industriais internacionais de albumina, poderíamos concentrar na produção dos fatores de coagulação e outros componentes "Nobres", o que reduziria consideravelmente o investimento nas três plantas industriais macrorregionais.

7. O controle de qualidade na nossa rede de hemocentros vem sendo muito prejudicado devido à freqüentes variações do tipo de equipamentos alocados pelas firmas vencedoras das licitações. É necessário alterar certas exigências dos processos de licitação, e padronizar os Kits de controle de qualidade e seus métodos de aferição. Não é raro os hemocentros mais desenvolvidos, receberem plasmas com certificados negativos de testes (AIDS, Chagas, Lues, etc.), serem na verdade positivos para estas doenças. Deve haver centrais sorológicas para certos exames ou testes, como no caso do HIV.

8. Nesta área, apesar da Constituição e Lei 8080/90 contemplarem diretrizes claras, faz-se sentir também, a ausência de uma política real, industrial, tecnológica e social.

DIRETRIZES GERAIS PARA POLÍTICA DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-ODONTOLÓGICOS

CONCLUSÕES DA OFICINA DE TRABALHO DE 07.08.91

Participantes:

- G.T. Técnico do Comitê Executivo da IXª CNS.

Marília B. Marques, Roberto Magalhães, João Klinger, Lúcio Alcantara, Gilson de C. M. de Carvalho, João Geraldo Martinelli, Maria Helena D. Augusto, Roberto Queiroz Padilha, Lisete Castanho, Cesar Luciano C. de Oliveira, Newton Leite, Said Kalil, André Furtado Filho.

1. A política real de equipamentos médico-odontológicos em nosso País tem sido nada mais que parte da política industrial geral, principalmente quanto à eletroeletrônica, à informática, a mecânica de precisão e outros ramos. Não tem sido vinculada em nada, à política de saúde nem à política de ciência e tecnologia, ao contrário do que ocorre nos Países desenvolvidos.

2. Entre outras consequências da ausência de uma política real, diferente para esta área, a indústria nacional não consegue enxergar o futuro, tem dificuldade de planejar e investir, principalmente em relação aos equipamentos de pouco mercado: pequeno número e a maior parte para unidades assistenciais financiadas com recursos públicos, por ex: equipamentos de hemodiálise.

3. Noventa por cento dos hospitais (públicos e privados) não possuem apropriação de custo onde transpareça a definição de que fatia do orçamento hospitalar deve ser destinada à manutenção de equipamentos.

Os hospitais públicos não possuem autonomia gerencial, sem a qual não há manutenção e educação do pessoal para utilização dos equipamentos.

4. Não se sabe que porcentagem das manutenções ocorrem nas primeiras 24 hs, tendo em vista controlar a ociosidade. Não se sabe que parte da manutenção deve ser realizada por serviços próprios, e por empresas especializadas; nem em que medida vem ocorrendo; nem que articulação deve haver (e tem havido) com as empresas de manutenção.

5. Nosso parque de equipamentos é sucateado por falta de manutenção ou mesmo de simples ativação de equipamentos já adquiridos e alocados, o que leva a enorme ociosidade.

6. Somos atrofiados em normas de controle de qualidade: somando-se as normas da ABNT com as internas das instituições de saúde, chegamos a um total de 36 (trinta e seis), enquanto nos países desenvolvidos ultrapassa de 100 (cem). Não temos laboratórios credenciados para emissão de certificados de cumprimento de normas: O INMETRO (órgão competente federal) não credenciou ainda nenhum laboratório de verificação da qualidade de equipamentos da saúde, quer público ou privado. A área de equipamentos médico- odontológicos, sequer está contemplada no Programa Governamental de Qualidade e Produtividade. Nem tão pouco, a qualidade e seus padrões constam dos processos das licitações de compras de equipamentos de saúde.

7. Estamos "importando", via Miami, tanto equipamentos recuperados como não recuperados, rejeitados pelos laboratórios de controle de qualidade dos países de origem. Por ex: marcapassos.

8. Os países mais desenvolvidos, que já chegaram aos US$ 2.000 P.C. para saúde, desenvolvem sistemas de inovação tecnológica, agregando às tecnologias industriais, aquelas ligadas à gerência e organização dos serviços, e sua congruência com a epidemiologia, constituindo um "bloco tecnológico" controlador dos custos de supérfluos e de desperdícios, e estimulador da recriação da prática médica. Nós, ainda abaixo de US$ 100 p.c. para saúde, não possuímos nem parâmetros ainda para julgar se devemos ou não priorizar esta preocupação, queimando etapas, assim como para definir quais as tecnologias necessárias: Só as "de ponta"?

9. Os Municípios, em processo de intensa absorção da gestão dos serviços, não estão informados e os Secretários Municipais de Saúde não sabem como comprar, o que comprar, e o que está por trás de cada oferta e pressão para comprarem. Mas sabem que os esquemas centralizados anteriores levaram ao quadro atual.

10. A IXª Conferência Nacional de Saúde poderá posicionar-se por políticas governamentais (e não somente das instituições de saúde), realmente comprometidas com a área de equipamentos médico-odontológicos, coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

EXPEDIENTE

IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Presidente - Ministro da Saúde, Adib Domingos Jatene.
Vice-Presidentes - Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, José Carlos Seixas; Secretário Nacional de Assistência à Saúde, José da Silva Guedes; Secretário Nacional de Vigilância Sanitária, João Baptista Risi Júnior; Presidente da Fundação Nacional de Saúde, João Carlos Pinto Dias, e Presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Herman Gonçalves Schatzmayr.

Comissão Organizadora

Coordenador - Presidente do CONASEMS, José Eri Medeiros.

Comitê Executivo

Coordenador - Presidente do CONASEMS, José Eri Medeiros.
Coordenador Adjunto - Representante do CONASS, Mauro Daisson Otero Goulart.
Secretário Geral - Assessor do Secretário Executivo do Ministério da Saúde, Amaro Luiz Alves.
Assessor de Orçamento e Finanças - Coordenador da Coordenação de Execução Orçamentária e Financeira do Ministério da Saúde, Erasmo Ferreira da Silva.
Assessora de Orçamento e Finanças Adjunta - Assessora do Secrtário Executivo do Ministério da Saúde, Jurema Malcher Fonseca.
Relator - Presidente da ABRASCO, Professor Arlindo Fábio Gomez de Sousa
Relator Adjunto - Professor da ENSP-Fiocruz, Jorge Antonio Zepeda Bermudez.

Comitê Consultivo

Presidente - Raimundo Bezerra
Membros - Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara do Deputados; Presidente da Comissão Permanente de Assuntos Sociais do Senado Federal; Representantes dos Ministérios (Saúde, Previdência e Assistência Social, Trabalho e Administração, Economia, Fazenda e Planejamento, Educaço, Relações Exteriores e Ação Social), CONASEMS; CONASS; CUT; CGT; Força Sindical; CONTAG; CNI; CNC; CNA; CNTI; CNTC; OPAS; Abrasco;Conselho de Classe (CFN; CFAS; CFB; CFF; CFMV; CFFTO; CFP); CIMI, Plenária Nacional de Saúde; CEBES; Confederação Nacional dos Aposentados; UPI; representantes das entidades nacionais dos médicos, odontólogos, farmacêuticos, enfermeiros, representantes ABRAMGE; FBH; ABII; FENAESS; Confederação das Misericórdias do Brasil; OCB e um Secretário Municipal de Saúde de capital indicado pelo CONASEMS.

Produção - Grupo de Trabalho Técnico - Coordenador: Professor da UNICAMP, Dr. Nelson Rodrigues do Santos.
Coordenadora-Adjunta: Drª Ângela Barcellos Pinheiro Machado
Edição - Grupo de Trabalho de Comunicação Social - **Coordenador Jornalista**: Antonio Manoel de Oliveira.

GRUPOS DE TRABALHO DA COMISSÃO ORGANIZADORA DA IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

G.T. Técnico:
Coordenador: Nelson Rodrigues dos Santos
Coordenadora-Adjunta: Ângela B. Pinheiro Machado

G.T. Articulação:
Coordenador: Paulo Antônio Gomes Dantas
Coordenadora-Adjunta: Jacinta de Fátima Sena da Silva

G.T. Comunicação Social:
Coordenador: Antonio de Oliveira
Assessora Internacional:
Coordenadora: Maria Angélica Gomes
Assessoria de Planejamento:
Coordenador: Arlindo Fábio Gomez Sousa
Coordenadora Adjunta: Maria Elizabeth Diniz Barros
Apoio Administrativo:
Coordenadora: Olivia F. da Silva Corrêa

CULTURA®
gráfica e editora
Tel. (061) 226-9636