



Política de Saúde no Brasil: a Universalização Tardia como Possibilidade de Construção do Novo

Elizabeth Barros¹

Cada vez que o reino do humano me parece condenado ao peso, digo para mim mesmo que à maneira de Perseu eu devia voar para outro espaço. Não se trata absolutamente de fuga para o sonho ou o irracional. Quero dizer que preciso mudar de ponto de observação, que preciso considerar o mundo sob outra ótica, outra lógica, outros meios de conhecimento e controle.

Italo Calvino - *Seis propostas para o próximo milênio*

Afirmar sem ser cúmplice, criticar sem desertar

Boaventura de Sousa Santos - *Pela mão de Alice*

Resumo: O texto trata de algumas questões relativas à reorganização do Sistema de Saúde no Brasil, focalizando avanços e dificuldades do processo. Apresenta dados sobre a evolução recente da rede pública de saúde e informa sobre transformações na gestão que vêm sendo observadas como decorrência do processo de descentralização. Analisa a proposta de reforma do sistema de saúde, que prevê a separação da gestão das ações básicas e da assistência médico-hospitalar, em elaboração pelo governo federal, no contexto da Reforma Administrativa. Destaca a oportunidade desse debate durante a realização da X Conferência Nacional de Saúde.

Palavras-chave: Sistema de Saúde no Brasil. Descentralização. Reforma do Sistema de Saúde. X Conferência Nacional de Saúde.

Summary: This paper deals with some issues regarding the reorganization of the Health System in Brazil. First, it focus on the improvements and difficulties faced in the process of reorganization of the Health System. It presents data about the evolution of the public health service and information regarding changes in the management of the System as a result of the decentralization process.

It also discusses the governmental proposal of reforming the Health System, in the light of Administrative Reform. Finally, the paper highlights the significance of discussing the reform of the Health System during the X National Health Conference.

Keywords: Health System in Brazil. Decentralization. Reform of the Health System. The X National Health Conference.

¹ IPEA, Brasília

Introdução

A última década deste século 20 tem como marcas a rapidez das transformações e a incerteza. As mudanças, ininterruptas e cumulativas, alcançam o processo produtivo, com profundas alterações tecnológicas e de organização da produção, aí incluídas as formas, o processo e as relações de trabalho, e as demais relações sociais, atingidas por intensas transformações culturais e políticas e por fragmentações fundadas em identidades religiosas, étnicas ou regionais, que colocam em xeque a concepção mesma de Estado Nacional. Nesse movimento contínuo, torna-se difícil identificar a direção das mudanças e prever seus resultados, ampliando o grau de incerteza sobre o futuro, imediato ou remoto.

Deste contexto, emerge a necessidade de transformação do Estado, *locus* de poder onde se entrecruzam as relações econômicas, políticas e sociais.

O reconhecimento desta necessidade está longe de significar o perfilhamento aos argumentos do discurso neoliberal que presidiu o debate na década anterior, preconizando a devolução ao mercado não apenas das funções produtivas como também de muitas das funções regulatórias e, em particular, a ruptura com o padrão de solidariedade que caracterizou a organização social e orientou a intervenção estatal até o final dos anos setenta, no interior do Estado keynesiano, e que se convencionou chamar "Welfare State". Ao contrário, o maior desafio que o analista de políticas públicas encontra nos dias que correm — principalmente quando se dedica à análise de políticas sociais — é resgatar a capacidade de reflexão crítica frente a tantas *verdades incontestáveis* e *certezas* absolutizadas pelo discurso neoliberal.

A crise provocada pelo esgotamento do padrão "fordista" e pela conseqüente dificuldade de implementação de políticas estatais, dado o impacto sobre a capacidade de finan-

ciamento público, detonou um movimento de crítica e de negação da importância do papel do Estado. Repensar este papel é mister. Mas não corresponde a incorporar a máxima predileta do neoliberalismo: "mais Mercado, menos Estado". O desafio está em redefinir os contornos do Estado, identificar as possibilidades/necessidades que a nova configuração econômico-social requer, explorar as alternativas de construção do NOVO que o ciclo histórico permite e exige.

Felizmente, nos anos recentes, um número cada vez maior de analistas têm se dedicado a pôr em questão os pressupostos e os resultados da implementação de políticas operadas sob a lógica neoliberal, no contexto dos programas de ajuste, bem como a identificar alternativas para o encaminhamento das mesmas. Com maior freqüência, os economistas começam a admitir as "externalidades positivas" das políticas sociais no processo de transformação produtiva e de inserção na nova ordem econômica mundial. Agências financiadoras internacionais — principais avalistas do modelo de ajuste na década passada — começam a reconhecer os efeitos perversos do mesmo. O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) questionou e preconizou, em recente documento, a necessidade de novo modelo de ajuste (BID, 1995), que integre e articule os objetivos de equilíbrio monetário, crescimento econômico e desenvolvimento social, fundado no reconhecimento do incremento da pobreza e da desigualdade, como resultado das políticas de ajuste implementadas a partir da década de oitenta nos países latino-americanos.

A escolha de um caminho alternativo e a viabilidade de sua construção decorrem de variáveis que se situam no plano político-ideológico. A tendência tributária da dinâmica econômica atual, se deixada a seu livre curso, aponta-nos para um mundo marcado pela concentração do capital nos centros dinâmicos da economia globalizada, pelo apro-

fundamento da concentração da renda e da exclusão no interior das sociedades nacionais e entre os países do “primeiro” e dos demais “mundos” da economia mundial.

Pensar o NOVO implica propor formas de se opor a essas tendências, em conceber formas de Estado e da relação Estado/Sociedade capazes de regular e de promover processos de inclusão e emancipação social.

As Políticas Sociais como Problema e como Desafio

Nesse quadro de mudanças econômico-sociais, as políticas sociais se tornaram um dos principais objetos de contestação e um dos alvos preferidos dos discursos e das ações de desconstrução do Estado. Desde os primeiros momentos do processo de transformação produtiva, quando a crise do padrão fordista se explicitou, o *Welfare State* foi responsabilizado pelas dificuldades financeiras com que se defrontavam os diversos Estados nacionais. A crise de financiamento apontava caminhos que envolviam a restrição de direitos sociais e de benefícios como única alternativa de sua superação, e a maior parte das medidas de política, em diferentes países, se pautou por esse diagnóstico. O *thatcherismo* e a *reaganomics* constituem referências indispensáveis deste movimento.

Poucos foram os que, de início, discordaram do diagnóstico, como o fez Rosanvallon (1981), ao identificar que a fragilização do Estado-Providência correspondia a uma crise da solidariedade e que o impasse não era financeiro, mas político. Segundo sua perspectiva, o crescimento do gasto público era real, mas soluções financeiras teóricas existiam. A questão é que cada uma delas implicava a modificação do equilíbrio social existente entre os indivíduos, as categorias sociais e os agentes econômicos. Existia a “crise do *Welfare State*”, mas o que a expressão “impasse financeiro” designava era, de fato,

o problema do grau de socialização tolerável de um certo número de bens e serviços.

Draibe (1994) sumariza as diferentes percepções do processo de transformação da economia capitalista a partir dos anos setenta, identificando um primeiro momento, no qual o mesmo foi percebido apenas por seus aspectos negativos, particularmente a falência econômica e o esgotamento do padrão de regulação. Apenas num segundo momento, que ela assinala como o do final dos anos oitenta em diante, é que foram melhor percebidas “as dimensões da transformação produtiva e os desafios à elevação da competitividade das economias apoiadas nas novas tecnologias e na globalização financeira (...). A ideologia neoliberal que acompanhou e praticamente ‘dirigiu’ este movimento também teve ênfases e variações nas suas teses e propostas segundo aqueles momentos”.

Essas mudanças de ênfase foram particularmente visíveis nos países do primeiro mundo no que se refere às políticas sociais. Como registra a mesma autora, “nos momentos mais agudos da crise, o redirecionamento da política social quase que se resumia às propostas de corte do gasto social, à desativação de programas, à efetiva redução do papel do Estado nesse campo, (...) tentativas de desestabilização dos pilares do *Welfare State*, reduzindo a universalidade e os graus de cobertura de muitos programas sociais, ‘assistencializando’ — isto é, retirando do campo dos direitos sociais muitos dos benefícios e, quando possível, privatizando a produção, a distribuição ou ambas as formas públicas de provisão dos serviços sociais. Na base de tal ‘redirecionamento’ estava a vontade de quebrar a espinha dorsal dos sindicatos e dos movimentos organizados da sociedade” (Draibe, 1994, p. 16). A fragilização dos atores historicamente responsáveis pela sustentação da conquista de direitos sociais era vista como condição necessária para a viabilização das políticas restritivas que se pretendia implementar.

No entanto, se na origem do *Welfare State* era possível identificar com clareza seu caráter de conquista de direitos sociais, assentada na capacidade de organização da classe trabalhadora, não menos verdadeiro é o fato de que estes se converteram em direitos universais de cidadania, ao longo de seu processo histórico de construção. Isto talvez explique porque a tentativa de desmonte do *Welfare State* não tenha ultrapassado, nos países desenvolvidos, a condição de ajustes e reduções de benefícios passíveis de reversão, mantendo-se praticamente íntegros os mecanismos públicos operados pelo Estado, não obstante a inegável fragilização das organizações sindicais.

Como não eram considerados, nessas propostas, os limites do mercado como instância racional capaz de ordenar as relações e a convivência social, o resultado foi o surgimento de graves problemas sociais. Os “novos pobres”, o crescente aumento do desemprego estrutural, as novas formas de exclusão são, hoje, a consequência visível dessa assertiva. Lechner (1993, p. 245) adverte que “o mercado, por si só não gera e nem sustenta uma ordem social e, pelo contrário, pressupõe uma política de ordenação (...). Dado o caráter social do mercado, o ordenamento da sociedade é um fator determinante da eficiência macroeconômica. Se queremos ser fiadores de uma economia social de mercado, então devemos considerar o fortalecimento da ordem social.” Por isso, nos países centrais, a busca de novos mecanismos que atendam a este requisito incluem alternativas tais como: a garantia de renda mínima, a realização de programas de readaptação e formação de mão-de-obra, e o apoio ao desenvolvimento de novas áreas de trabalho.

Há, crescentemente, o reconhecimento de que esse novo ordenamento não pode prescindir de um Estado forte. Essa “força” e as características institucionais do Estado certamente poderão ser diversas daquelas que prevaleceram na etapa do pós-guerra, quan-

do se consolidou o *Welfare State*. Mas não necessariamente significarão a negação dos princípios de solidariedade que sustentaram a garantia de direitos sociais universais. No contexto de concentração de capital e renda — com a crescente dispensa do trabalho humano para a produção da riqueza social, que se agudiza neste ciclo do desenvolvimento capitalista — o Estado parece despontar como a única instância capaz de mediar um processo redistributivo que assegure ao cidadão as condições básicas de sobrevivência e imponha limites ao processo de exclusão.

É na busca dos contornos desse novo Estado que precisamos dirigir a energia criadora. Um Estado “flexível e aberto, para o sistema mundial e para a sociedade, (...) capaz de descentralizar-se e diversificar-se em direção ao local e ao regional, conectando não com a sociedade civil, mas com as sociedades civis” (Castells, 1995). Um Estado que seja capaz de dar conta da diversidade dos interesses e demandas que o novo contexto faz emergir, e capaz de promover a integração das massas excluídas e garantir os direitos da cidadania.

A Possibilidade de Construção do NOVO nas Políticas Sociais

As sociedades modernas foram profundamente marcadas pelo referencial ideológico do liberalismo e de seus “neo” formatos. Os direitos civis e políticos são marcas das sociedades capitalistas modernas. Mesmo o *Welfare State*, viabilizador de direitos sociais e do “interesse coletivo”, hoje alvo de críticas contundentes, é apontado por Marshall em seu clássico ensaio (Marshall, 1950) como parte da construção do Estado-Nação. É a materialização, no âmbito das instituições governamentais, de um processo histórico mais amplo: a instalação da democratização no interior da construção do Estado-Nação, de sua constituição como espaço público.

Contudo, a crise contemporânea não pôs em discussão os direitos civis e políticos, apenas os direitos sociais. E o mesmo Marshall já apontava as razões disso. É que os direitos civis são direitos abstratos e a igualdade formal encobre desigualdades materiais. Enquanto os direitos civis e políticos são direitos regulatórios e estão referidos a pessoas abstratas, os direitos sociais são redistributivos e dizem respeito a pessoas concretas e seu exercício não é garantido pela existência do reconhecimento e da norma. Por isso se constituiu o Estado de Bem-estar: as suas instituições seriam a contrapartida material dos direitos sociais.

É esse padrão de solidariedade social que hoje está sendo alvo de críticas.

No entanto, se nos países desenvolvidos a reorganização do Estado tem se realizado sem que os direitos sociais sejam afetados em seus aspectos essenciais, a questão assume outros contornos em países como o Brasil, em que a crise no plano econômico se associou a uma crise do regime político, coincidindo com o início do processo tardio de construção de cidadania. Aqui, as conquistas ainda estão se consolidando e suas forças sociais de sustentação têm densidade política que pode ser ainda insuficiente para sustentá-las.

Para tornar mais complexa a questão, há o fato de alguns dos pilares das propostas neoliberais (descentralização, focalização e privatização) convergirem com genuínas demandas sociais, tornando nebulosos os critérios de escolha de soluções para os problemas que precisam ser enfrentados.

Assim, a *descentralização*, preconizada com base em seu potencial ampliador da eficiência do gasto público, é também reivindicação social, incorporada ao texto constitucional de 1988, porque representa a possibilidade de permitir mais facilmente a democratização de processos decisórios, a maior participação social e o controle sobre a ação estatal.

A *focalização* — que restringe a ação estatal e redireciona o gasto social para programas e a públicos-alvo específicos, seletivamente escolhidos pela sua maior necessidade e urgência — pode ser vista como uma alternativa atraente para fazer frente à extrema pobreza, que o padrão de desenvolvimento atual acentua no contexto de crise. Draibe (1994, p. 17) enfatiza esse aspecto. Ao discorrer sobre os dilemas trazidos pela necessidade de enfrentar a pobreza, agravada pelas medidas de ajuste na América Latina, destaca que "... é justamente em face da questão da pobreza que a discussão dos princípios de justiça que orientam as políticas sociais tem conduzido a certos dilemas, em particular os que levam a se oporem concepções universalistas de políticas a desenhos do tipo seletivo e focalizado de programas especialmente dirigidos à população pobre. O que assume contornos de tensão e dilema é que a crise atual tanto põe como possibilidade a ampliação do direito social, através da universalização de programas e a multiplicação de políticas não contributivas como, ao reduzir os recursos públicos e privados disponíveis para o gasto social, impõe opções, seleção de políticas e prioridades a alguns de seus beneficiários, o que, teoricamente, contradiz a tendência à universalização anteriormente afirmada".

Mas a exigência de estabelecer prioridades não pode ser confundida com a negação do princípio da universalidade do direito como imagem-objetivo para a sociedade, implícita na proposta de focalização. Assim, não se pode confundir e apoiar mecanismos de restrição de direitos, como é o caso da definição de uma "cesta básica" de serviços de saúde, com base no argumento de que, hoje, o Estado não tem condição de oferecer tudo a todos. Há formas de resolver democraticamente o dilema, mediante processos participativos que possam conferir legitimidade às escolhas em cada momento, sem negar a pos-

sibilidade de uma ampliação futura das condições de exercício do direito. A existência de programas focalizados é, muitas vezes, uma condição necessária à garantia do acesso a alguns segmentos excluídos. Mas estes podem ser combinados a políticas de corte universal. O estabelecimento de práticas democráticas de planejamento é um dos caminhos promissores para alcançar esse objetivo, permitindo identificar, com legitimidade, prioridades e estratégias.

Da mesma forma, a reconhecida e incontestável insuficiência da ação estatal para fazer frente à dimensão da exclusão no país, que torna imperativa a incorporação de outros agentes — organizações não-governamentais, empresas, movimentos sociais — na luta por sua superação, não pode ser confundida com a proposta de eximir o Estado das suas responsabilidades para com as políticas sociais universais, implícita nas propostas de devolução ao mercado — *privatização* — das ações que se constituíram em objeto das mesmas. No discurso neoliberal, “a privatização, entendida como deslocar a produção de bens e serviços públicos para o setor privado lucrativo, foi apresentada como uma resposta que alivia a crise fiscal, evita irracionalidade no uso de recursos induzida pela gratuidade de certos serviços públicos e aumenta a progressividade do gasto público ao evitar que os setores de maior poder se apropriem de benefícios não proporcionais (maiores) à contribuição que realizam para financiá-los” (Isuani, 1990; *apud* Draibe, 1994). Trata-se, portanto, não apenas de transformar o papel do Estado naquilo que diz respeito aos requisitos de sustentação da acumulação, retirando-o de funções produtivas não mais relevantes para esse fim, mas de devolver ao mercado também as atribuições associadas à garantia de direitos sociais.

Nas atuais propostas de reforma do Estado, muitas das medidas propostas buscam expandir a aplicação desses conceitos no país.

Em sociedades desiguais, no entanto, soluções baseadas na seletividade, focalização e privatização significarão, necessariamente, a reprodução de desigualdades e o aprofundamento da segmentação social, no sentido de que consagrarão critérios meritocráticos para o acesso às condições de exercício dos direitos sociais.

Ademais, o pressuposto de que as regras de mercado se aplicam ao Sistema de Saúde desconsidera a especificidade da “mercadoria” saúde: apenas excepcionalmente existe a possibilidade de escolha sobre o momento de consumir esse serviço; mais excepcional ainda é a possibilidade de que o usuário conheça o tipo de serviço que precisa consumir — estará sempre à mercê da autoridade do médico para determinar quanto e o que deve consumir. Não existe “autonomia” ou “soberania” do “consumidor” na escolha do produto e de suas quantidades, não existe a possibilidade de postergar o consumo (Castro, 1995). O que ele pode é julgar a resolutividade e alguns aspectos da qualidade do atendimento recebido.

Construir o NOVO significa buscar estratégias viabilizadoras de políticas públicas incluídas, tendentes à universalização, direcionadas à construção de uma sociedade mais equânime e menos desigual, enfrentando as tendências, e não subordinando-se a elas.

A ação estatal precisa, para tanto, ser ágil e flexível. Combinar políticas universais a intervenções focalizadas para assegurar o acesso de segmentos excluídos a bens e serviços essenciais; articular as diversas intervenções setoriais, conferindo-lhes caráter de complementaridade e assegurando o tratamento simultâneo das múltiplas dimensões dos problemas; buscar formas de autonomia administrativa e mecanismos estimuladores da qualidade dos serviços prestados pode significar inovações na gestão pública capazes de viabilizar o objetivo de equidade que responderia aos anseios da população.

Os Condicionantes e as Exigências da Saúde

A saúde é uma das áreas consideradas prioritárias no projeto governamental de reforma administrativa, e diante das propostas de mudança do sistema de saúde impõe-se, para uma correta escolha no campo das questões institucionais, uma reflexão sobre a necessidade de respostas que o sistema de saúde deve ser capaz de assegurar à sociedade.

Essas respostas estão associadas à determinação das condições de saúde e às formas de sua preservação e recuperação.

É desnecessário, hoje, ressaltar o caráter de multideterminação da saúde, não há mais quem o coloque em dúvida. Mas ainda é indispensável chamar a atenção para o fato de que a decorrência natural dessa assertiva deve ser a incorporação por todas as áreas de ação do Estado do objetivo de construir a saúde. A viabilização de ações multisetoriais se revela muito mais fácil na esfera local, onde é maior a possibilidade de coordenar espacialmente as intervenções, razão pela qual a ação dos governos municipais deve ser fortalecida em todas as áreas de políticas públicas associadas à garantia de qualidade de vida à população. Mas é também necessária a incorporação desse objetivo às políticas de âmbito nacional, particularmente as que repercutem sobre as condições de emprego e renda.

Mais do que hospitais, o que precisa ser assegurado aos cidadãos é qualidade de vida. Essa é mais uma das razões pelas quais a existência de um sistema público estatal de atenção à saúde é importante numa sociedade como a brasileira. Ele deve ser também um espaço catalizador de ações multisetoriais, promotor da articulação das políticas públicas necessárias para assegurar a saúde e interromper os ciclos de transmissão de doenças. Mesmo na perspectiva estrita da inserção na economia mundial, como condição para a integração ao processo de inter-

nacionalização dos fluxos comerciais, a questão da competitividade se associa à existência de um eficiente sistema público de saúde, particularmente no que se refere à garantia de padrões sanitários dos produtos.

Numa sociedade que tem os níveis de exclusão da nossa, em que pelo menos vinte por cento da população sobrevive em condições extremamente precárias, em decorrência de um processo histórico de desenvolvimento que produziu uma das mais desiguais distribuições de renda do mundo, a garantia do direito à saúde não pode prescindir de uma estratégia integrada de ação estatal. E se pensarmos nas possibilidades de agravamento desse quadro determinadas pelo processo de transformação da economia mundial num futuro próximo, mais importante ainda se afigurará a ação estatal no equacionamento da questão social.

Nenhum "ajuste pelo mercado" será capaz de garantir, por exemplo, acesso a esgotamento sanitário aos quase dez milhões de domicílios urbanos (trinta e nove milhões de pessoas) que não dispõem, no país, desse serviço essencial à saúde, como foi detectado pelo Censo de 1991.

E, se tomarmos esses mesmos dados distribuídos segundo a renda da população, observaremos que dos 9,2 milhões de domicílios urbanos cujos chefes têm renda de até dois salários mínimos, apenas cerca de 40% possui formas adequadas de esgotamento sanitário e cerca de 65% têm água canalizada, enquanto que entre os de renda superior a dez salários mínimos o percentual que conta com água canalizada é de 99%, e é de cerca de 90% o acesso a esgotamento adequado.

Isto significa que, apenas na faixa de até dois salários mínimos, cerca de 5,5 milhões de domicílios precisam ter assegurado o acesso ao esgotamento sanitário e 3,2 milhões necessitam de água canalizada. Uma tarefa monumental, frente à qual o Estado não pode se omitir, se quisermos realmente construir uma sociedade democrática, para além do

formalismo da democracia representativa. É uma tarefa na qual o papel do sistema de saúde é crucial, na identificação de prioridades para a inversão de fundos públicos, sob a ótica da garantia do direito à saúde, não apenas dos setores excluídos, mas de toda a população sob risco de contrair doenças transmissíveis — como já vem ocorrendo com a dengue e o cólera — cujo controle é possível através da aplicação de tecnologias já disponíveis.

Outra dimensão da questão da atenção à saúde está relacionada à dinâmica demográfica. As rápidas mudanças verificadas no país com relação às taxas de crescimento populacional, fertilidade e mortalidade, nas últimas décadas, com o conseqüente aumento da esperança de vida e envelhecimento da população, impõem ao sistema de saúde novos desafios e a necessidade de ajustar-se a um novo perfil de demanda por serviços de saúde.

Nesse novo quadro, ações de prevenção relativas a doenças crônico-degenerativas devem se somar àquelas relativas à proteção contra doenças transmissíveis, que constituíram até hoje o núcleo das ações preventivas no país. Outra exigência é a melhoria da qualidade da atenção médico-hospitalar e a adequação das práticas do sistema para fazer frente à expansão do contingente de pacientes idosos, cujas necessidades de atenção são diferenciadas. Diante das desigualdades sociais e regionais, este é mais um desafio posto ao sistema de saúde.

Outras questões podem ser arroladas para evidenciar a complexidade do quadro ao qual o sistema de saúde deve dar respostas. A subnutrição, as elevadas taxas de mortalidade infantil, o recrudescimento de antigas doenças transmissíveis e o surgimento de novas. E cabe ressaltar que todos esses fenômenos estão desigualmente distribuídos ao longo do território nacional.

Nesse contexto, que características deve ter o sistema de saúde para que a população brasileira possa exercer o seu direito ?

❑ Deve ser acessível a todo cidadão, independente de sua capacidade financeira ou de sua forma (ou possibilidade) de inserção no mercado de trabalho;

❑ Deve ser capaz de responder às exigências postas pela transformação do quadro demográfico e do perfil epidemiológico, garantindo a adequação das ações às demandas postas pelos diferentes quadros sanitários, nas diversas regiões do país;

❑ Deve ter como objetivo a construção e a preservação da saúde e não apenas a cura da doença;

❑ Deve operar de modo articulado, sujeito aos mesmos princípios e diretrizes, viabilizando a integralidade dos cuidados com saúde e oferecendo serviços de boa qualidade;

❑ Deve, para assegurar tudo isso, contar com um processo decisório participativo e submeter-se ao controle dos sujeitos sociais.

Em resumo, acesso universal, integralidade da atenção, ênfase em ações de promoção e proteção da saúde, descentralização, participação social.

Exatamente o que a legislação brasileira hoje em vigor — e ainda não inteiramente implementada — propõe para o SUS.

A Proposta de Reforma do Sistema de Saúde

O Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado — MARE e o Ministério da Saúde — MS estão atualmente trabalhando na elaboração de uma proposta de reorganização do sistema de saúde. No documento intitulado “Sistema de Atendimento de Saúde do SUS” são apresentados os traços gerais das mudanças pretendidas.

A proposta governamental parte do diagnóstico correto da necessidade de conferir melhor qualidade e maior eficiência às ações e serviços, mas encaminha soluções que significam a transformação profunda de um sistema de saúde que apenas começa a ser

implementado, sem que nenhuma avaliação consistente dessa experiência, apenas iniciada, tenha sido efetuada. De acordo com o documento acima referido “o que se está procurando com esta reforma não é abranger todo o SUS, mas uma das partes fundamentais do mesmo — e certamente a mais cara: a assistência ambulatorial e hospitalar” (p. 7)

Em sua essência, a proposta envolve a “montagem de um Sistema de Atendimento à Saúde em nível municipal, estadual e nacional, constituído de dois subsistemas: Subsistema de Distritos de Saúde e Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar”. O documento afirma que “a idéia de criação de um Sistema de Atendimento à Saúde (...) e sua clara separação operacional em dois subsistemas não foi ainda discutida” e considera que se trata de “uma proposta que viabiliza a implementação do SUS, ao tornar mais rápida e efetiva a descentralização”. Aparentemente, os autores da proposta desconhecem os antecedentes do SUS. O núcleo da proposta é a separação da gestão das ações básicas e preventivas das de assistência médico-hospitalar, com a atribuição dessas responsabilidades a diferentes áreas de governo. Foi exatamente para superar essa perversa dicotomia, institucionalizada no país pela Lei 6229/75, que regulamentava o Sistema Nacional de Saúde, que o SUS foi concebido.

A proposta apresenta a divisão de atribuições: “cada município deverá montar um Sistema de Atendimento à Saúde, integrado, hierarquizado e regionalizado para seus cidadãos, a partir da base municipal. Desse sistema fará parte o Subsistema de Distritos de Saúde, constituído de Unidades ou Postos de Saúde e/ou de Médicos de Saúde da Família (médicos clínicos gerais), que estarão diretamente subordinados à autoridade de saúde municipal, e de um Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar formado por ambulatórios e hospitais credenciados, que poderão ser estatais, públicos não estatais (filantrópicos) ou privados e que poderão es-

tar dentro do município ou muito freqüentemente fora dele” (p. 7).

O processo de implementação da reforma “começará pela criação de um Subsistema de Distritos de Saúde, em nível do Ministério da Saúde” que será responsável pelas diretrizes e normas que “definirão as bases organizacionais e gerenciais comuns aos Distritos de Saúde, assim como os mecanismos de alocação e de controle dos recursos destinados ao pagamento dos serviços especializados ambulatoriais e hospitalares para atender aos encaminhamentos de um dado Distrito de Saúde” (p. 8).

A responsabilidade pelo financiamento do Subsistema de Distritos é predominantemente do município: “os recursos para instalação e manutenção dos distritos de Saúde devem ser oriundos dos recursos do Tesouro Municipal, como contrapartida dos recursos federais e estaduais do SUS” (p. 8). Quanto à gestão, haverá “em cada nível de governo uma autoridade responsável pelos hospitais públicos ou, mais amplamente, pelo Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar (que não deverá ser o gestor do Subsistema de Distritos de Saúde)” (p. 12). Ainda que não aprofunde essa questão, o documento prevê a transformação dos hospitais públicos em “organizações sociais” de caráter privado, como mecanismo para estimular a competitividade e aumentar a eficiência. Não há, também aqui, nenhuma avaliação das experiências similares em curso no país para dar sustentação à proposta. Não estão documentadas, por exemplo, as conseqüências dessa autonomia sob a perspectiva da integração ao sistema de saúde e a possibilidade de avaliar a “accountability” em relação a essas instituições.

A criação de um sistema de demanda administrada para ações de maior complexidade, em particular a atenção hospitalar, privilegia a questão da “gestão das unidades” hospitalares em detrimento da “gestão do sistema”, sob a ótica do comprador de serviços. Considera a “demanda de serviços hospitalares” como uma dimensão independente

da gestão. Repõe, assim, condições que determinaram alguns dos mais graves problemas do sistema de saúde antes existente no país, e que o SUS pretende superar: a fragmentação político-institucional e programática e a recentralização da gestão das ações de maior complexidade, responsáveis por consideráveis distorções, ainda presentes, na oferta de serviços de saúde à população.

Igualmente, não leva em consideração as dificuldades de gestão e a necessidade de alcançar maior racionalidade na provisão da atenção à saúde no interior de um sistema institucionalmente fragmentado, além de sua inadequação ao objetivo de assegurar o princípio da integralidade da atenção — que não é negado nos documentos que contêm a proposta.

A proposta atual, além da ameaça ao princípio da integralidade, contém o risco de retrocesso no processo de implantação do novo modelo de atenção a partir da fragmentação do sistema, pela possibilidade que apresenta de privilegiamento ainda maior das ações curativas. Ao separar os recursos e a gestão da atenção médico-hospitalar, poderá conduzir ao reforço dessa área que, por responder a interesses poderosos e organizados, possui maior densidade política para enfrentar a luta pela partilha dos fundos públicos, em detrimento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Será que é isso o que deseja a sociedade brasileira para o próximo milênio?

X Conferência Nacional de Saúde: o Momento de Escolher

A legislação vigente² confere à sociedade brasileira uma oportunidade singular no

² As Leis 8080/90 e 8142/90 regulamentam a implantação do Sistema Único de Saúde, previsto no artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

que tange ao sistema de saúde: pronunciar-se, durante a Conferência Nacional de Saúde, sobre as diretrizes que deseja ver imprimidas à política setorial. E nesta X Conferência, que tem lugar em Brasília na primeira semana de setembro, há ainda uma possibilidade adicional: pronunciar-se sobre o modelo institucional que deve ter o sistema de saúde no país.

A reforma do Estado é tema que tem ocupado grande parte do debate político atual e poucos são os que não reconhecem a sua necessidade. Mas a responsabilidade de construir o NOVO implica também a coragem de reconhecer a adequação de soluções já existentes.

O que o SUS preconiza é a organização da oferta de serviços à população, mediante programação regionalizada baseada em análise de necessidades e exigências do perfil epidemiológico, com a crescente articulação das ações de natureza preventiva e curativa e a complementaridade entre os diversos níveis de complexidade de atenção na rede de serviços, por meio de um processo decisório democratizado e sob controle dos atores sociais relevantes. Isso tudo no interior de um sistema *único* enquanto princípio orientador, mas flexível quanto às formas organizacionais, de modo a dar conta das diversidades econômicas, sociais e culturais do país. Isto é, *único*, mas não *padronizado*.

O que é necessário é buscar as condições para que o SUS ofereça à população serviços de boa qualidade, oportunos e com maior eficiência, conforme proposto na legislação que o regulamenta.

Avanços nessa direção vêm sendo alcançados com o processo de descentralização e o fortalecimento de ações de promoção da saúde.

A oferta de leitos e de consultas médicas apresenta hoje desigualdade bem menor entre as regiões do país do que há cinco anos. Apenas dois estados — Amazonas e Pará — possuíam, em 1994, leitos cadastrados no SUS

em proporção inferior a 2 leitos/mil habitantes. Em 1990, de acordo com os dados do DATASUS, oito estados se encontravam nessa condição.

O número de estabelecimentos públicos de saúde sem internação identificados pela AMS/IBGE quase triplicou, em 1992, em relação ao existente em 1980: de 8,8 mil passou a 24,9 mil. Grande parcela desse aumento ocorreu no período entre 1989-1992 e se deveu à ampliação da participação dos governos locais na provisão de serviços de saúde: a rede municipal passou de 9,5 mil a 17,6 mil estabelecimentos, um incremento de 85%. Também a rede hospitalar pública cresceu significativamente. Dos 1320 novos estabelecimentos hospitalares incorporados no período 1980/1992, 897 eram públicos e 423 privados. Dos públicos, 698 pertenciam à rede municipal, como mostra a tabela seguinte.

tas, sistemas de referência, apoio laboratorial eficiente já podem ser encontrados em inúmeros municípios. Estabelecimentos, inclusive hospitalares, que estavam paralisados, têm sido reativados através de parcerias entre municípios; médicos especialistas — cardiologistas, neurologistas, traumatologistas, dentre outros — têm sido contratados através de consórcios municipais, assegurando acesso a cuidados antes inexistentes. Começam a ser organizados serviços de vigilância sanitária e epidemiológica.

Avaliações do programa "Saúde da Família" indicam que tem sido possível resolver, sem recorrer à hospitalização, cerca de oitenta por cento dos problemas de saúde das populações cobertas. Estudo recente realizado pela Universidade do Ceará concluiu que em municípios cearenses esse percentual alcançou 94%.

BRASIL - Estabelecimentos de saúde: Total de Estabelecimentos, estabelecimentos públicos e Estabelecimentos municipais

ANO	Total Público + Privado			Total Públicos			Total Municipais		
	1980	1989	1992	1980	1989	1992	1980	1989	1992
com intern.	6110	7127	7430	1217	1889	2114	348	747	1046
sem intern.	12379	27704	42246	8828	20817	24978	2354	9532	17616
TOTAL	18489	34831	49676	10045	22706	27092	2702	10279	18662

Fonte: AMS-IBGE, 1989 & AMS-IBGE, 1992.

Estas são melhorias importantes sob a perspectiva da capacidade de cobertura da rede de serviços. Há, contudo, muitos outros desafios a vencer. O mais importante deles se refere à qualidade da atenção e à racionalização da oferta de serviços, de modo a permitir que a população tenha acesso a uma atenção adequada em todos os níveis de complexidade. Mais uma vez a experiência do SUS tem demonstrado que atribuir a responsabilidade sanitária ao gestor municipal tem resultado em mudanças positivas. Centrais de internação e de marcação de consul-

Mesmo na área da atenção hospitalar, onde são mais complexos os problemas, têm sido identificados avanços. Mas os problemas de gestão das unidades hospitalares públicas decorrem, em grande parte, da precária autonomia administrativa — em sua grande maioria, os hospitais públicos não se constituem sequer como unidades orçamentárias — e do fato de que as normas de gestão financeira são padronizadas no setor público, não se ajustando às especificidades e necessidades do setor. No entanto, o equacionamento desse problema não pode significar

risco à *gestão do sistema* de saúde. Existem alternativas capazes de oferecer a necessária autonomia gerencial às unidades sem *autonomizá-las* em relação ao sistema.

Outras distorções hoje existentes na gestão da atenção hospitalar estão associadas principalmente a dois fatores: a compra centralizada de serviços, que torna inviáveis sistemas de controle e avaliação eficazes, e a decorrente ausência de integração, ainda prevalente, entre ações de diferentes graus de complexidade, dificultando a implantação de sistemas de referência. Mas, realizada a descentralização dessa atribuição, será possível obter maior controle e contar com outros mecanismos para o pagamento de serviços prestados: contratos de gestão, contratos para cobertura populacional (captação), e outras formas que possam assegurar o acesso sem *privatizar* as unidades públicas e sem impedir a eficácia do gasto.

A condição de gestão *Semi-Plena* atribuída às Secretarias Municipais de Saúde a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: o planejamento, cadastramento, contratação, controle e avaliação, e pagamento de prestadores de serviços; o gerenciamento de toda a rede pública, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária e de saúde do trabalhador de sua competência.

São hoje 92 os municípios nessa condição, menos de dois por cento dos municípios brasileiros, cobrindo, no entanto, mais de 13% da população do país. São, em geral, municípios de porte médio e grande, não estando ainda incluídas as principais metrópoles, nas quais o problema da atenção à saúde adquire contornos críticos.

As avaliações existentes, ainda que parciais, sobre os resultados desse processo que apenas se inicia — os primeiros municípios só puderam ser enquadrados em novembro de 1994 — são bastante positivas. Incluem

maior eficiência no gasto, maior controle sobre os serviços terceirizados/adquiridos ao setor privado, melhor qualidade dos serviços prestados, aperfeiçoamentos no sistema de informações, resultando em melhor acompanhamento de indicadores epidemiológicos e reduções significativas nas taxas de mortalidade infantil.

Não se pode esquecer que processos de mudança com a profundidade que o SUS preconiza demandam tempo, e a experiência internacional, como ilustra o caso italiano, onde o processo em curso se iniciou em 1978, nos recomenda cautela. Processos desta natureza dão lugar ao deslocamento de espaços de poder, transformação de práticas, reorientação de recursos alocados, e nada disso se faz sem resistência, e envolve demorados processos de negociação.

Algumas questões continuam a exigir resposta. A dos profissionais de saúde é uma delas — e é crucial para a realização dos objetivos do SUS. Um quadro complexo, onde se mesclam fatores como remuneração desigual e insuficiente, condições de trabalho precárias, processos de trabalho inadequados, formação profissional imprópria, e que se reflete em desrespeito ao cidadão e precária qualidade do atendimento e dos resultados. Também aqui é possível encontrar soluções, como o indica a recente medida na área da educação que cria um piso salarial nacional. A introdução de mecanismos de avaliação de resultados para a determinação da remuneração é outra possibilidade, já existente com relação a outras categorias profissionais na esfera federal, como é o caso da GDP — Gratificação por Desempenho e Produtividade, que combina critérios de desempenho individual e resultados de equipe na determinação dos valores percebidos. Programas de reciclagem e formação profissional, novas formas de gestão com processos mais participativos e responsabilizadores são outras medidas necessárias e possíveis.

Mas a descentralização envolve, além da atribuição da responsabilidade aos muni-

cípios, a reorganização institucional das esferas estadual e federal, às quais compete exercer funções fundamentais de coordenação, regulação e avaliação do Sistema de Saúde. Apenas recentemente, algumas secretarias estaduais superaram a perplexidade que as acometeu diante do crescimento das responsabilidades locais e começaram a redesenhar seu perfil de intervenção, adequando-o a seu novo papel. Também aqui há um enorme campo de possibilidades de ação cooperativa e de parcerias com as demais esferas de governo.

Na esfera federal, as resistências e os conflitos também permanecem, conferindo ao processo de descentralização um ritmo mais lento do que o necessário. Caso o governo federal se empenhasse mais em aprofundar esse processo, regularizar os fluxos de recursos e fortalecer as ações de cooperação técnica, boa parte dos problemas estaria

equacionada, particularmente porque no âmbito municipal se torna mais efetivo o único controle capaz de realmente mudar a ação do Estado e assegurar a efetividade do direito à saúde — o controle da sociedade.

Com isso, completar-se-ia a mais profunda experiência de Reforma do Estado no país, envolvendo a redefinição dos papéis das esferas de governo, a democratização do processo decisório e a reorganização do modelo de atenção.

O NOVO seria então, a soma das muitas possibilidades de elaboração de alternativas que a diversidade do país permite, orientadas para uma direção comum: a construção da cidadania, a garantia do direito à saúde, sob a égide dos princípios do SUS.

Assim, a política de saúde poderá se constituir, de fato, em espaço de alavancagem para a inclusão social, em vez de espaço de reprodução da desigualdade.

Referências bibliográficas

BID (1995) - *Social Tensions and Social Reform - Toward Balanced Economic, Financial and Social Policies in Latin America* - Washington.

CASTELLS, M. (1995) - Os novos paradigmas tecnológicos e suas implicações econômicas e sociais - Texto apresentado durante o Seminário "O Brasil e as tendências econômicas e políticas contemporâneas" - Brasília, mimeo.

CASTRO, J.D. (1995) - A teoria do mercado tradicional e a saúde - Nota Técnica, IPEA, mimeo.

DRAIBE, S. (1994) - O redirecionamento das políticas sociais segundo a perspectiva neoliberal. *Caderno Técnico* nº 18, SESI, Brasília.

LECHNER, N. (1993) - Estado, mercado e desenvolvimento na América Latina. *Lua Nova* 28/29: 237-248.

MARSHALL, T.H. (1950) - *Citizenship and Social Class and other Essays*. Cambridge: Cambridge University Press.

MS/MARE (1996) - Sistema de Atendimento de Saúde do SUS, Brasília, mimeo.

ROSANVALLON, P. (1981) - *La crise de l'État-Providence*. Paris: Éditions de Seuil.