

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONOMICAS
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO ECONOMICO

Políticas Sociais e a Descentralização na Área da Saúde

ANGELA APARECIDA GODOI AMARAL BROCH

Orientador: Prof. Dr. Igor Z. C. C. Leão

CURITIBA

2.000

ANGELA APARECIDA GODOI AMARAL BROCH

Políticas Sociais e a Descentralização na Área da Saúde

Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção do grau de Mestre.
Curso de Mestrado em Desenvolvimento
Econômico, Setor de Ciências Sociais,
Universidade Federal do Paraná.
Orientador: Prof. Dr. Igor Z. C. C. Leão

CURITIBA

2.000

ANGELA APARECIDA GODOI AMARAL BROCH

Políticas Sociais e a Descentralização na Área da Saúde

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Desenvolvimento Econômico da Universidade Federal do Paraná, pela comissão formada pelos professores:

Orientador:  Prof. Dr. Igor Zanoni Constant Carneiro Leão
Setor de Ciências Econômicas, UFPR


Prof. Dr. Mauricio Aguiar Serra
Setor de Ciências Econômicas, UFPR


Prof. Dr. José Miguel Rasia
Setor de Ciências Sociais, UFPR

Curitiba, 19 de Maio de 2.000

Dedico a DEUS, a minha família, e àqueles que desde muito cedo enfrentaram as intermináveis filas do desespero e da esperança.

Agradeço a todos os que me ajudaram nesta tarefa, especialmente aos amigos que sempre estiveram me encorajando para o próximo passo. Como são inúmeros e tão especiais, tomei a liberdade de incluir seus nomes não só no coração mas na canção.

Gente olha pro céu, Gente é um lugar de se perguntar hum!!!

Gente é o lugar de se perguntar hum!!!

Das estrelas, se perguntaram se tantas são,

Cada estrela se espanta a própria explosão.

Gente é muito bom, Gente deve ser bom!!!!!!

Tem de se cuidar, de se respeitar, bom!!!

Estar certo dizer que estrelas estão no olhar,

De alguém que no amor, te elegeu pra amar.

Ana Luiza, Ana Paula, Helena, Iara , Lucinha, Luciana, Nelinha, Sandrinha.

Gente viva, brilhando estrelas da noite

Gente quer comer, gente quer ser feliz.

Gente quer respirar ar pelo nariz

Não meu nego, não traía nunca esta força, não

Essa força que mora em seu coração.

Gente lavando roupa, massando pão.

Gente pobre arrancando a vida com a mão,

No coração da mata, gente quer prosseguir,

Quer durar, quer crescer, gente quer luzir.

Enrique, Gilson, Hugo, Igor, João, Luiz Alberto, Zequinha.

Gente é pra brilhar, não pra morrer de fome.

Gente deste planeta do céu de anil.

Gente não tendo gente nada nos rios.

Gente espelho de estrelas reflexo do esplendor.

Sé as estrela são tantas, só mesmo amor!!!!

Ana Maria, Anitinha, Benê, Carminha, Darcy, Homero, Ivone, Mariângela, Marcio,

Mônica, Paulinha, Rosinha, Vanessa, Vilma,

Gente espelho da vida, doce mistério. (3x)

Vida doce mistério.(3x)

(Caetano Veloso)

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e Siglas	VII
Resumo	IX
Abstract	X
Introdução	01
1. O Estado e o Desenvolvimento Político e Social	04
1.1 Caracterização da relação entre Estado e Sociedade.....	05
1.1.1 O Estado Como Instrumento.....	06
1.1.2 O Estado como derivação.....	07
1.1.3 O Estado como seletividade estrutural.....	08
1.1.4 O Estado ampliado.....	09
1.1.5 O Estado como relação.....	11
1.1.6 O Estado consensual.....	12
1.2 A política social e seu caráter multifacetado.....	13
1.3 O Desenvolvimento da proteção social no mundo ocidental	20
1.4 A Evolução da proteção social no Brasil.....	23
2. O Brasil e as políticas Sociais no âmbito da saúde	26
2.1 O curso da descentralização.....	39
2.2 Operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS.....	44
3. Questões Gerais sobre o financiamento e gasto das políticas sociais	48
3.1 Modelos de financiamento em saúde.....	50
3.2 O financiamento dentro do paradigma da descentralização.....	53
3.3 Gastos em saúde.....	56
3.4 Questões recorrentes no financiamento.....	58
4. As ações de saúde sob as óticas estadual e municipal	62
4.1 O Paraná: Contextualização histórica.....	62
4.2 A descentralização sob a ótica estadual.....	64
4.3 Cronologia das ações de saúde em Curitiba.....	66
4.4 A percepção dos efeitos da descentralização para o município.....	80
4.4.1 Síntese das respostas às questões listadas.....	82
4.4.2 Síntese comentada das entrevistas.....	86
Considerações Finais	108
Bibliográfica Referenciada	114

Lista de Siglas e Abreviaturas

AIS	- Ações Integradas de Saúde
AIH	- Autorização de Internação Hospitalar
CAP	- Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEBES	- Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEME	- Central de Medicamentos
CMS	- Conselho Municipal de Saúde
CPMF	- Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CONAS	- Conselho Nacional de Assistência a Saúde
CONASP	- Conselho Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
CONASS	- Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	- Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
DIEESE	- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômico
FAS	- Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FPAS	- Fundo de Previdência e Assistência Social
FINSOCIAL	- Fundo de Investimento Social
FSESP	- Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
GERAS	- Grupo Executivo da Reforma Administrativa do Ministério da Saúde
HC	- Hospital de Clínicas
IAP	- Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
IPARDES	- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social
IPPUC	- Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba
MS	- Ministério da Saúde
MPAS	- Ministério da Previdência e Assistência Social
NOB	- Norma Operacional Básica
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OSS	- Orçamento da Seguridade Social
PAC	- Programa de Agente Comunitário
PIASS	- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	- Produto Interno Bruto

PEA	- População Economicamente Ativa
PPA	- Programa de Pronto Atendimento
Prev-Saúde	- Programa Nacional de Serviços de Saúde
PSF	- Programa de Saúde da Família
II PND	- Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento
SIMPAS	- Sistema Nacional da Previdência Social
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SNS	- Sistema Nacional de Saúde
SUCAM	- Superintendência de Campanhas Sanitárias
SUDS	- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UCA	- Unidade de Cobertura Ambulatorial

Resumo

A idéia central do trabalho é entender o que representou a descentralização, sob a ótica do governo federal e do município. Buscamos apreender o processo político que lhe serviu de base, bem como o grau de benefício gerado para a sociedade. Este objetivo é perseguido juntamente com a busca pela explicitação das fragilidades do modelo, o qual pressupõe condições sociais não próprias de uma sociedade jovem, com relativamente pouca tradição democrática. Faz-se menção aos problemas de ordem política e financeira pelos quais o Estado atravessa e às suas conseqüências para o desenho do modelo de financiamento das políticas públicas. Conclui-se com o apelo para que tais questões figurem na pauta de discussão, paralelamente aos assuntos de ordem política e econômica.

abstract

The central Idea this work it is to understand what represented the decentralization, under the federal government's optics and of the municipal district. We looked for to apprehend the political process that served it as base, as well as the benefit degree generated for the society. This objective is pursued together with the search by the show-off the fragilities of the model, which not presupposes social conditions own of a young society, with relatively little democratic tradition. It makes himself mention to the problems of political and financial order for the which the State crosses and to its consequences for the drawing of the model of financing of the public politics. It is ended with I appeal him so that such subjects represent in the discussion list, side by side to the subjects of political and economic order.

INTRODUÇÃO

Historicamente, o Estado sempre organizou e regulamentou a cobertura de certos riscos sociais. Entretanto, a forma como isto é feito, tem sido alterada ao longo do tempo devido a inúmeros fatores, dentre eles, a forma da organização e o desenvolvimento econômico da sociedade em questão.

A crise econômica dos anos 80 significou uma ruptura profunda com o passado. Seus reflexos foram sentidos nacional e internacionalmente e alteraram de forma indelével o formato das políticas públicas, não só das economias desenvolvidas, mas de todas as sociedades que se ancoravam nestas. Com destaque aqui para o padrão de desenvolvimento brasileiro, o qual assentava-se numa forte intervenção do Estado e que, a partir de 1975, começa dar sinais de esgotamento.

Essas transformações ocasionaram a adoção, pelas economias desenvolvidas, de um novo padrão de crescimento, gestado por um novo referencial tecnológico e um novo perfil de financiamento. Tais mudanças romperam o vínculo entre produção, recursos naturais e emprego; propiciaram intensa globalização dos mercados e do sistema financeiro; e impuseram profundas reformas no aparato estatal e nas formas de provisão de bens e serviços sociais pelo Estado.

Este período de rearranjo econômico internacional encontra o Estado brasileiro com sérios problemas, dentre eles: o esgotamento do padrão de desenvolvimento adotado; a desorganização causada pela crise financeira e fiscal; a fragilidade de suas instituições políticas, as quais demonstram serem incapazes de garantir a implantação das reformas necessárias para o país retomar sua posição de competidor internacional; e, por último, mas não menos importante, a debilidade da economia a qual cresce a taxas decrescentes. Isso configura um quadro de difícil superação, dado que tradicionalmente foi o Estado quem comandou o crescimento econômico.

Esta fragilidade do Estado compromete seriamente o financiamento não só do desenvolvimento econômico, mas também do sistema de proteção social. No caso da saúde, que é predominantemente financiada por fundos previdenciários, parafiscais, e de extração compulsória - incidindo sobre a folha de salários, a

recessão e a deterioração das rendas do trabalho foram fortemente inibidoras desse perfil de financiamento. E mesmo as várias medidas paliativas que foram adotadas – tais como a criação de novas fontes de receita e o aumento das alíquotas das arrecadações compulsórias – não surtiram o êxito esperado.

Daí discutir-se os limites da descentralização, como uma alternativa redemocratizante e universalista de um Estado frágil, e com pouca capacidade de articulação frente ao setor privado, grande fornecedor de serviços de saúde.

Neste sentido, procura-se aqui identificar um arcabouço teórico capaz de dar conta da modificação no padrão de intervenção do setor público na área social, de forma a compreendermos o caráter multifacetado das políticas sociais. Para tanto, buscou-se delinear o movimento assumido por tais políticas no mundo e, mais especificamente, no Brasil.

Ao se destacar tanto as ações relacionadas à área da saúde, quanto o curso dos acontecimentos, procura-se a compreensão do ambiente no qual tais transformações foram gestadas.

Discute-se também o fato de a implantação da universalização ter ocorrido em um contexto de crise fiscal e sem a definição de novas fontes de financiamento, o que acabou por comprometê-la, gerando uma “privatização por afastamento” dos setores médios da população em relação ao setor público de saúde, ao mesmo tempo em que propicia o fortalecimento do setor privado de saúde e que teoricamente apresenta-se como autônomo ao Estado.

Isso poderia mesmo comprometer a idéia da descentralização, devido à sua implantação ter se dado de cima para baixo, de forma desagregada e fragmentada institucionalmente. Por isso não se lograra o afastamento do Estado de uma postura corporativista e clientelista, sem o aumento desejado da eficiência e qualidade dos serviços de saúde. Este permanece dependente da organização e estrutura municipal pré-existente no que se refere à superação do padrão centralizador, concentrador, autoritário e burocrático, característico do período anterior.

Para tanto, este trabalho foi dividido em seis partes. A primeira é introdutória e visa apresentar o texto, bem como destacar sua relevância frente à necessidade da busca de novos rumos para o padrão de desenvolvimento, dada a fragilidade da atual intervenção do Estado no que concerne à política social. Na segunda parte,

busca-se delinear o padrão de desenvolvimento do Estado e o conseqüente desenho das políticas sociais. Na terceira parte, destacam-se as políticas sociais implementadas pelo Estado brasileiro no âmbito da saúde, reconstruindo, assim, os caminhos que levaram ao Sistema Único de Saúde – SUS. Na quarta parte, faz-se uma referência especial à questão do financiamento, que em determinados momentos apresenta um caráter de destaque, suplantando até mesmo a discussão sobre o modelo adotado. Na quinta parte, centra-se a análise sobre a forma como a descentralização ocorreu. Para isto foi selecionada a Cidade de Curitiba no Estado do Paraná, onde com vistas a garantir uma pluralidade de percepções, foram realizadas entrevistas com alguns dos envolvidos no processo de descentralização no âmbito municipal. Desta maneira buscou-se trazer a luz da reflexão as diferentes leituras sobre os impactos causados pela descentralização no município, bem como reacender a discussão sobre sua validade e alcance social. Finalmente, são apresentadas, a título de considerações finais, algumas preocupações sobre o modelo de saúde adotado, dentro de um modelo econômico excludente e privatizante.

1 - O ESTADO E O DESENVOLVIMENTO POLÍTICO-SOCIAL

Quando falamos aqui de políticas públicas, estamos pressupondo uma organização do Estado que se volta para o cidadão de forma a atendê-lo em suas necessidades, promovendo sempre a equidade social. Para tanto, parte-se da idéia de que as políticas sociais representam um instrumento de mediação do conflito capitalista, atenuando seus efeitos.

De forma a confirmar ou refutar esta idéia, o núcleo duro deste trabalho consiste em buscar apreender a relação entre Estado e Sociedade, especificamente no que diz respeito às questões ligadas à área de saúde. Confronta-se o ideário reformista apresentado na Constituição de 1988, que reafirma a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, com a prática implementada através do SUS, especialmente no que se refere à descentralização.

De forma a caracterizar as relações entre Estado e sociedade, analisa-se algumas das concepções teóricas que elucidam a natureza do Estado capitalista, bem como o entendimento das mediações que o perpassam, destacando o desenvolvimento da cidadania.

Grande parte da produção teórica moderna reconhece que a crise do capitalismo nos anos 30 não era nem mais nem menos ideológica do que a dos anos 70/80, isto é, resultado de uma percepção da política econômica sobre uma realidade transformada da qual ela já não dava mais conta. Daí nos anos 30 o populismo roosiveltiano, mais tarde o keynesianismo, entre outros, que comandaram uma nova visão funcional e axiológica do capitalismo. Contudo, a crise dos anos 70/80 destaca-se por uma outra razão: a mudança na natureza da hegemonia capitalista.

Concordamos, aqui, com aqueles que reivindicam que a transformação fundamental está na forma dominante do capitalismo – de nacional e concorrencial para oligopolista e transnacional . Além disso, aceita-se o fato de que o capitalismo passou a depender do subsídio direto e indireto do Estado – um subsídio que é maior do que a soma paga pelas corporações, através de impostos diretos ou

indiretos. Associando-se esta dependência à crise econômica e financeira que passa o Estado, tornam-se claras as dificuldades enfrentadas pelas políticas sociais.

1.1 - CARACTERIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE ESTADO E SOCIEDADE

A compreensão do Estado moderno passa pela definição dos elementos que o diferenciam das formas anteriores existentes de poder político. Utilizando-nos das palavras de GRUPPI¹, poderíamos caracterizá-lo como “o *poder político* que se exerce sobre um *território* e um *conjunto demográfico*. Esse Estado, que supõem um governo unitário e cujo poder se exerce em nome de uma nação (um povo e um território), tem na sua *soberania plena* e em sua *separação da sociedade civil*, os principais elementos diferenciadores das formas que o precederam” . E ainda, retomando a conceituação de Gramsci² temos que “Estado = sociedade política + sociedade civil [...] é o complexo das atividades práticas e teóricas com o qual a classe dominante não somente justifica e mantém a dominação como procura conquistar o consentimento ativo daqueles sobre os quais ela governa”.

A intervenção do Estado na economia a partir dos anos 50, seus reflexos sobre o desenvolvimento capitalista, a montagem de um forte sistema de proteção social por parte dos países desenvolvidos e, mais tarde, a crise sofrida pelo capitalismo a partir de meados da década de 70 suscita uma acirrada discussão acerca da natureza do Estado Capitalista, tanto por parte da corrente marxista, quanto por seus opositores, no caso mais especificamente, os neoliberais.

Assim, a partir deste debate e tomando como eixo condutor à dicotomia Estado/sociedade, Fleury³, visando compreender analiticamente a emergência das mediações que se configuram como a esfera social, agrupa as diferentes posições teóricas em seis classificações, conforme a seguir, e que serviram para orientar

¹ Gruppi citado por FLEURY, Sônia, Estado Sem Cidadão: Seguridade Social na América Latina, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994 p. 12.

² Gramsci, citado por CARNOY, Martin. Estado e Teoria Política, Campinas: Papius, 1988, p. 98-99.

³ FLEURY, Sônia. Avaliação Comparativa das Ações Integradas de Saúde, Revista Saúde em Debate, Londrina: Cebes, p. 14-42, 1988.

nossa análise sobre o real significado das medidas adotadas pelo Estado brasileiro no que se refere ao formato das políticas sociais de uma forma geral, e em especial, às políticas na área de saúde.

1.1.1 - O Estado como Instrumento

Segundo a concepção leninista, que fundamenta esta visão, o Estado é visto como um instrumento utilizado pela classe dominante na consolidação de seu poder político e na exploração econômica. Esta visão pode ainda ser subdividida em uma versão “politicista” e outra “economicista”.

A visão “politicista” afirma que o Estado é controlado pela mesma classe que controla o poder econômico privado. Contudo, não explica de que forma este Estado, cuja natureza classista está dada pela ocupação dos postos pelos membros da classe dominante, poderia contemplar, em suas políticas, os interesses e as conquistas das classes dominadas, reduzindo toda a política, inclusive a política social, a um mero elemento da estratégia de exploração e/ou de legitimação do exercício da dominação.

Na vertente “economicista”, encontramos a mesma visão instrumental do Estado. Entretanto, aqui, preocupa-se mais com o tipo de intervenção econômica do Estado e com a organização monopólica da produção, salientando seu decisivo papel do Estado na reprodução do capital monopolista. Partindo da análise do imperialismo como resposta à crise geral do capitalismo, os diferentes estudos têm em comum a identificação da etapa atual como sendo aquela na qual há uma fusão dos monopólios com o Estado, constituindo-se um mecanismo único de exploração econômica e dominação política.

Resumindo, a concepção instrumentalista, entende o Estado como objeto – instrumento da classe dominante – sendo incapaz de fornecer subsídios para compreensão da natureza contraditória do processo de desenvolvimento das políticas sociais sob o capitalismo.

Especificamente com relação às políticas sociais, tal abordagem impede uma exata compreensão do seu significado político para a luta de classes, uma vez que

todas as medidas estatais são dissolvidas em uma totalização mistificadora da unidade, coerência e “maquiavelismo” da estratégia de dominação de classe implementada pelo Estado.

1.1.2 - O Estado como Derivação

Para saltar da constatação de que toda sociedade de classe se caracteriza pelo uso da violência que garante a exploração econômica de uma classe pela outra (na qual se afirma a razão da existência da violência de classe) e para responder “por que o aparelho de coação estatal não se constitui no aparelho privado da classe dominante, por que ele se separa desta última e se reveste da forma de um aparelho de poder público institucional, separado da sociedade?”, os autores derivacionistas assumem que a exploração e reprodução das classes, nas sociedades capitalistas, não se efetuam diretamente pelo uso da violência física, mas sim pela reprodução das relações de produção regidas pela lei do valor.

Esta lei, por sua vez, só pode operar como troca de equivalentes entre proprietários livres e iguais, condição para que a apropriação da mais-valia se dê como decorrência “natural” do processo, mistificando-se, assim, a relação de exploração. Ora, isso implica que seja constituído um mercado, onde as mercadorias circulem livremente entre os proprietários, sem que os capitalistas detenham diretamente os meios de coerção física. Daí a necessidade da separação que se estabelece entre a classe burguesa e os meios de coerção, que se autonomizam em um aparato estatal que não lhe pertence de forma direta.

Assim se focaliza o Estado, cuja gênese encontra-se no processo de produção, mas que, ao mesmo tempo, dele se separa, constituindo-se em um sujeito social que, por sua vez, afiança e garante as relações de produção. Tal visão tem como implicações: por um lado, a constatação de que o próprio processo social de produção e reprodução não pode ser objeto da atividade do Estado, pois ao contrário, é este último que é determinado pelas leis do desenvolvimento do processo de reprodução (Hirsch, 1978:65)⁴.; e, por outro lado, a existência do

⁴ Citado por FLEURY, Sonia. Estado Sem Cidadão, op. cit., 1994 p.18.

Estado como garantia da liberdade individual, com a aparência de neutralidade de classe – que é a forma particular de mistificação do capital -, mas que deve se transformar no uso aberto da força quando a reprodução está ameaçada.

Isso significa que o Estado pode proteger o trabalhador frente à burguesia, em especial através da regulação do trabalho e da implementação de políticas sociais. No entanto, a intervenção do Estado não é neutra, desde que ocorre para repor no processo produtivo a classe trabalhadora enquanto classe dominada⁵.

Em resumo, os derivacionistas acabam por identificar o Estado com a institucionalização do interesse do capital geral, o que não se justifica nem como decorrência da luta entre os capitais individuais, nem como resultado imediato da dinâmica imposta pela lei da baixa tendencial da taxa de lucro. Finalmente, o Estado ora é tomado como essencialmente reativo, impondo contratendências à queda da taxa de lucros, ora é visto como vontade imanente, em defesa dos interesses gerais do capital. Nesta perspectiva, os autores acabam por deixar de lado a contradição entre capital e trabalho, referindo-se à dinâmica e à atuação estatal como resultantes das contradições entre os capitais individuais.

1.1.3 - O Estado como Seletividade Estrutural

Aqui, “o Estado capitalista é visto como o Estado sujeito a uma dupla determinação do poder político – segundo sua *forma* institucional, este poder é determinado pelas regras do governo democrático-representativo; segundo seu *conteúdo*, é determinado pelo desenvolvimento e pelos requisitos do processo de acumulação”.⁶

Ao se relacionar à produção material e a forma institucional do poder público, encontra-se a privatização da produção e a dependência do poder público dos impostos como responsáveis pelo fato de que o poder público tem a acumulação

⁵ FLEURY, Sônia. Estado Sem cidadão, op. cit., 1994, p 17-19. Para uma discussão mais detalhada ver também COSTA, Nilson R. et. al. Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde, Petrópolis: Vozes/Abrasco, v. 1, 1989, p. 20-30, e CARNOY, Martin. op. cit., 1988 p. 174-5.

⁶ Offe & Ronge citado por FLEURY, Sônia. Ibid., 1994, p.20.

como ponto de referência de suas políticas, juntamente com a legitimidade democrática.

E assim, vincula-se o tratamento da crise do Estado à sua dupla função, ou seja, de garantir mecanismos de acumulação, ao mesmo tempo em que busca alcançar a legitimação do exercício do poder político, vinculando-se com o desenvolvimento das forças não-mercantis necessárias à reprodução da produção de mercadorias. E esta dualidade acaba por gerar três dimensões para a crise do Estado, a saber: crise fiscal, crise de racionalidade administrativa e crise de lealdade às massas⁷.

Em vista disso, requer-se que as ações do Estado movam-se de forma a mediar esta convivência, assim ele deve:

- a) ser capaz de decantar um interesse de classe a partir dos interesses estreitos e contraditórios dos capitais individuais, de forma a unificá-los; e,
- b) além disso, ao realizar o item “a”, selecionar suas ações e proteger o capital global contra interesses e conflitos anticapitalistas, uma vez que sua existência é que determina a existência do próprio Estado.

1.1.4 - O Estado Ampliado

Segundo Bobbio⁸, Gramsci busca compreender a articulação entre o econômico e o político a partir de uma concepção ampliada do Estado. Gramsci fugindo de uma interpretação economicista, dá destaque para a idéia de correlação de forças – as quais, por sua vez, condicionam a formação de um bloco histórico composto pela “infra-estrutura e a superestrutura, o que significa que o conjunto complexo, contraditório e discordante das superestruturas é o reflexo do conjunto das relações sociais de produção”⁹. Isto exige que a análise do conceito de Estado seja feita a partir de sua dimensão econômica, política e político-militar.

⁷ Jessop, citado por FLEURY, Sônia. Estado Sem Cidadão, op. cit. 1994, p 20-21, ver também CARNOY, Martin. op. cit., p. 175-6.

⁸ BOBBIO, Norberto. Estado, Governo, Sociedade – Para uma teoria geral da Política, Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987, p.40.

⁹ CARNOY, op. cit., p. 94, ver também COUTINHO, Carlos N. Gramsci, um estudo sobre o seu pensamento político, rio de Janeiro: Campus, 1989, p.53-4

Assim, diferentemente da visão hegeliana que entende como sociedade civil o conjunto das relações econômicas capitalistas, e como sociedade política ou Estado, os mecanismos de coerção, Gramsci subdivide seu conceito de superestrutura em dois níveis, a saber: sociedade política, ou conjunto de mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio da violência (burocracia e Forças Armadas); e a sociedade civil, compreendendo o conjunto de organizações públicas e privadas responsáveis pela elaboração e/ou difusão de ideologias¹⁰.

Buscando compreender a dinâmica de complexificação dos Estados nas sociedades ocidentais, Gramsci retoma de Maquiavel a dupla perspectiva de análise da política. Assim, para ele, “o Estado é todo conjunto de atividades teóricas e práticas com as quais a classe dirigente justifica e mantém não somente a sua dominação, mas também consegue o consenso dos governados”.¹¹

Em notas sobre Política e o Estado Moderno, Gramsci afirma que este, para além de suas funções repressivas de tutelamento de uma sociedade de classes, exerce um papel fundamental na sua função pedagógica, na construção/consolidação/reprodução da direção cultural da classe hegemônica, onde a relação entre Estado e classe dominante representa o processo pelo qual o Estado exerce papel fundamental na constituição das classes, afirmando que a classe burguesa não é uma entidade externa ao Estado, mas que o Estado conciliaria no plano jurídico as dimensões internas das classes, unificando assim as camadas e mesmo modelando-as por inteiro.

A função estatal na mediação política, que permitiria superar as divisões de classe, constituindo-a em hegemônica, é parte das atividades dos intelectuais orgânicos “que fazem coincidir a cultura com a função prática”, entendendo-se por intelectuais aqueles que exercem funções de organização nos planos da produção, da cultura ou da administração pública.

Dentro desta configuração, a estratégia de luta das classes dominadas seria o desenvolvimento de uma contra-hegemonia, suplantando seus interesses econômico-corporativos e transformando-se em uma classe nacional, através do que

¹⁰ COUTINHO, Gramsci, um estudo sobre o seu pensamento político, 1989, p. 76. Ver também FLEURY, Sônia. Estado Sem Cidadão, op. cit., 1994, p. 24, e CARNOY, Martin op. cit., 1988, p. 98.

¹¹ FLEURY, Sônia, ibid. p. 24-25

Gramsci chamou de “Guerra de Posição”, uma vez que, para tornar-se dominante, uma classe teria que se tornar hegemônica, ou seja, ocupar posições-chave dentro do Estado capitalista¹².

A questão da hegemonia e da luta pela hegemonia pode ser então recolocada utilizando as palavras de Laclau¹³, segundo o qual “uma classe é hegemônica não enquanto consiga impor uma concepção uniforme do mundo ao resto da sociedade, mas sim enquanto alcance articular diferentes visões do mundo de tal forma que o antagonismo potencial das mesmas fique neutralizado”.

1.1.5 - O Estado como Relação

Poulantzas, partindo de uma leitura de Marx, destaca a indissociação entre Estado e economia, afirmando que o exercício da violência legítima está organicamente implícito nas relações de produção. A separação entre Estado e economia no capitalismo não traduz uma exterioridade, mas encobre a presença constitutiva do político nas relações de produção.

Esta concepção do Estado permite tratar as suas ligações com os diferentes níveis ou instâncias da sociedade no que se refere : ao político, à ideologia, às formas jurídicas e às ações econômicas e sociais.

Para Poulantzas, o Estado, no caso capitalista, deve ser considerada a condensação material de uma relação de força entre classes e frações de classe, ou seja, como campo estratégico e complexo no qual as relações de poder encontram seu ponto de cristalização contraditória no sistema institucional.

Esta concepção permite apreender o Estado, para além de um conjunto de aparelhos e instituições, como um campo e processos estratégicos, onde se entrecruzam núcleos e redes de poder, que ao mesmo tempo, articulam-se e apresentam contradições e decalagens uns em relação aos outros. Daí que a fragmentação constitutiva do Estado capitalista não pode ser tomada como inverso

¹² Não podemos, inadvertidamente, reduzir ou identificar esta estratégia com aquela da social democracia, que consiste numa mera “ocupação” (sem “quebra”) do aparelho de Estado capitalista por um partido de extração operária, como via de transição para o socialismo.

¹³ Citado por FLEURY, Sônia, Estado Sem Cidadão, op. cit., 1994, p. 29.

da unidade política, mas como sua condição de possibilidade, que assegura sua autonomia relativa¹⁴.

O Estado funciona como um verdadeiro partido de classe, constituindo a burguesia em classe dominante. Concomitante a isto, corresponde-lhe também papel inverso em relação às classes dominadas, ou seja, os aparelhos de Estado agem no sentido de desorganizar e dividir as classes dominadas.

1.1.6 - O Estado Consensual

Combina-se aqui uma análise do capitalismo em sua forma atual, baseada no materialismo histórico com a abordagem da teoria da ação coletiva, tratando a questão do Estado democrático como resultante de um consentimento comunicacional, moral ou econômico das diferentes classes em conflito.

E a despeito da existência de consenso, pode-se dizer que prevalece a conclusão de Habermas, o qual identifica na crise atual uma decomposição e desestruturação das coletividades, o que acarretaria um enfraquecimento geral dos comprometimentos de caráter solidários. Na medida em que a própria autoridade estatal é tomada como um bem público a ser produzido – não sendo origem da ação cooperativa mas sim seu produto – a conclusão a que se chega é que o fundamento da ação coletiva residiria em uma certa noção de comunhão de interesses, de identidade coletiva que garantiria a confiança necessária entre os agentes racionais para efetuarem seus cálculos maximizadores¹⁵.

¹⁴ *ibid.* id., p. 33.

¹⁵ *Ibid.* id., p. 40-41.

1.2 – A POLÍTICA SOCIAL E SEU CARÁTER MULTIFACETADO

Como assinalado até aqui, a política social seria a resultante possível e necessária das relações que historicamente se estabeleceram no desenvolvimento das contradições entre capital e trabalho, mediadas pela intervenção do Estado.

O processo histórico de sua emergência e implantação adquiriram características diversas entre, por exemplo, os países que percorreram a chamada “via prussiana” de desenvolvimento capitalista, *vis-à-vis* dos que transitaram por uma assim denominada “via norte-americana”.¹⁶ Mas, independentemente das “vias” percorridas pelo processo de desenvolvimento capitalista em diferentes contextos, tornou-se crescentemente clara a indispensabilidade da participação estatal ativa neste processo. Participação que se realizou, em última análise, através do que se passou a denominar mais tarde de “políticas públicas”, e que é orientada com vistas a garantir pelo menos dois grandes objetivos: as condições econômicas e as condições “político-ideológicas” de reprodução da ordem estabelecida e do modo de produção a ela associada. Assim, as políticas sociais aparecem como um instrumento de mediação – à medida que incorporam algumas demandas sociais – e de legitimação do sistema – à medida que assumem um caráter independente das classes hegemônicas.

Visando explicitar a formatação destas políticas sociais, Fleury¹⁷ trabalha com as seguintes proposições:

- a) a cidadania, enquanto hipótese jurídica inscrita na natureza do Estado capitalista, é uma mediação necessária mas uma condição não-suficiente para explicar a gênese e o desenvolvimento das políticas sociais;
- b) a política social, como gestão estatal da reprodução da força de trabalho, encontra na dinâmica da acumulação capitalista sua condição de possibilidade, mas também o seu limite;

¹⁶ OLIVEIRA, Jaime. A. Reformas e Reformismos: Para uma teoria política da Reforma Sanitária, p.28 In: COSTA, Nilson R. et al., op. cit., 1989.

¹⁷ FLEURY, Sônia. Estado Sem Cidadão, op. cit, 1994, p. 43-57.

- c) a política sócia, como estratégia de hegemonia, tem seu formato e conteúdo definidos no processo de enfrentamento das classes em luta, a partir da capacidade de articulação de conteúdos supraclassistas a seus projetos de direção da sociedade;
- d) as políticas sociais, como expansão específica da hegemonia no Estado ampliado, participam na reprodução da estrutura social como uma rede especial de micro-poderes por meio da construção de campos disciplinares, instituições prestadoras de serviços, um corpo de técnicos qualificados e um conjunto de práticas normalizadoras;
- e) as políticas sociais, como materialização de uma dada correlação de forças, constituem um aparato político-administrativo prestador de serviços, cujo funcionamento está condicionado por essa sua institucionalidade organizacional;
- f) o desenvolvimento da política social no capitalismo, como movimento necessariamente histórico da contradição entre produção socializada e apropriação privada, alterou de forma irreversível, a separação formal entre política e economia, requerendo novos fundamentos para o exercício do dever político.

O que foi exposto até aqui nos habilita a algumas considerações sobre o Estado, o qual nem pode ser tomado como uma entidade apolítica e isenta de pressões, nem tão pouco como maquiavélico e manipulador; ele é resultado da cooptação das elites e despenha um papel de mediador entre os interesses destas elites e dos demais atores sociais, ou seja, da sociedade civil. Sendo, portanto, pouco inteligente tanto atribuir a ele todas as responsabilidades, ou colocá-lo à mercê das decisões populares.

Historicamente, as transformações políticas e a modernização econômico-social no Brasil foram sempre efetuadas no quadro de uma “via prussiana”¹⁸, ou seja, através da conciliação entre frações das classes dominantes, de medidas aplicadas “de cima” para baixo, com a conservação de traços essenciais das relações de

¹⁸ Utiliza-se o termo “via Prussiana” em função do entendimento de que o desenvolvimento capitalista, no caso brasileiro, se deu sob forte intervenção estatal. Para maior compreensão, ver COSTA, Nilson R., op. cit., 1989, p. 28 e FLEURY, Sônia, op. cit., 1994, p. 64-65.

produção atrasadas (caso dos latifúndios) e com a reprodução (ampliada) da dependência ao capitalismo internacional.

Como exemplos destas transformações “de cima”, temos desde a Proclamação da Independência, passando pela Revolução de 30, até as reformas político-administrativas que nos conduziram para o Sistema Único de Saúde – SUS.

Grandes mobilizações nacionais, tais como, o Estado Novo, a campanha “Diretas Já”, sem falar dos inúmeros choques econômicos, que marcaram os anos 80 e início dos 90, e que tinham como bandeira a estabilidade das contas públicas e a ascensão dos “descamisados” a níveis acima da linha de pobreza, apresentavam um forte caráter populista e, por sua forma demagógica, neutralizaram as possíveis resistências por parte da sociedade civil, perpetuando assim a “universalização excludente”¹⁹, que alicerçava-se em uma política social de padrão residual.

Assim, o sistema de saúde brasileiro transita do sanitarismo campanhista²⁰ para o modelo médico-assistencial privatista e chega ao projeto neoliberal, obedecendo esta “via prussiana”, que mantém preservados os interesses elitistas, a despeito das boas intenções do projeto contra-hegemônico, representado pela reforma sanitária.

Numa breve revisão da década de setenta, encontramos a consolidação do modelo médico assistencial privatista²¹, quando a Previdência Social é organizada e comandada por um seleto grupo de tecnocratas, os quais, através do uso de uma teoria de seguro social com base na capitalização previdenciária, vieram não só dar um rumo para o projeto de saúde, mas talvez, principalmente, capitalizar o Estado e as empresas estatais nascentes.

Assim, conforme Coutinho destaca, a partir de sua análise da obra de Gramsci, “a função do Estado é precisamente a de conservar e reproduzir tal divisão, ou seja a luta de classes, garantindo assim, que os interesses comuns de uma classe particular se imponham como interesse geral da sociedade”.²² Portanto, é racional que o foco de atenção à

¹⁹ FAVERET, Filho Paulo; OLIVEIRA Pedro Jorge. A Universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde, Planejamento e Políticas Públicas, Brasília:IPEA/INPES, n.3, p. 139-161. Jun. 1990.

²⁰ Para um entendimento do Sanitarismo Campanhista, ver: LUZ, MANDEL T. , As Instituições Médicas no Brasil, Editora Graal, Rio de Janeiro, 1979, ou ainda, COSTA, N. R., Lutas Urbana e Controle Sanitário, Vozes, Petrópolis, 1985.

²¹ Este termo “Modelo Médico Assistencial Privatista” é uma expressão cunhada por LUZ, Mandel T. op. cit.

²² COUTINHO, Carlos N. Gramsci um estudo sobre seu pensamento político, op. cit., 1989, p. 74.

saúde se deslocasse do objetivo de sanear o espaço de circulação das mercadorias, passando a concentrar-se sobre a capacidade produtiva do trabalhador, dado o acelerado processo de industrialização que vivia o país.

A consolidação desse modelo é garantida por dois fatores; primeiro, a tranqüila situação econômica oriunda do que se convencionou chamar de “milagre econômico”, e segundo, a existência de um ambiente político regido pelo autoritarismo.

Ademais, depois de consolidado o modelo médico assistencial, este se encaminha para a inclusão de segmentos populacionais periféricos à indústria – trabalhadores rurais, autônomos e domésticos, conformando o que veio a ser conhecido como “universalização excludente”.²³

Conforme Mendes²⁴, é com esta ampliação da clientela “cativa”²⁵ da Previdência Social e das diferentes modalidades assistenciais, que se criam condições pra o financiamento do setor privado hospitalar , que ficou conhecido como “sistema de atenção hospitalocêntrico”.

Prova disto são os dados sobre o número de leitos que passam de 74.543 unidades em 1969 para 348.255 em 1984, ou seja, um crescimento de 465% em 24 anos. Nesta mesma rasteira de crescimento, e apoiadas neste padrão de financiamento, encontramos as internações hospitalares que apresentam uma evolução positiva de 322%, entre 1971 e 1977, bem como as consultas médicas e os serviços de apoio e diagnósticos, os quais cresceram 638% e 438% respectivamente²⁶.

Torna-se claro, desta forma, o padrão de financiamento do Estado a este setor privado, cujas características de capital fixo subsidiado e reserva de mercado geram um baixíssimo risco empresarial e nenhuma competitividade.

²³ Para uma melhor compreensão deste conceito, ver FAVERET, FILHO P. & OLIVEIRA P. J. DE, op. cit., 1989

²⁴ MENDES, Eugênio V. (org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, série Saúde em debate, n. 55, 1994. p. 23-4

²⁵ É de responsabilidade da autora a inclusão do termo cativa.

²⁶ Dados coletados em OLIVEIRA, J. A. & TEIXEIRA, S. M. F., In: Previdência Social, Rio de Janeiro: Vozes, 1986, p 219-220.

Este momento especial das políticas de saúde encontra-se bem explicitado nas palavras do Dr. Eugenio Vilaça Mendes, conforme veremos:

Em 1975, com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento e tendo como referencial doutrinário a teoria de sistemas, surgiu a Lei 6.229, que institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista, definindo as competências das instituições públicas e privadas e propondo mecanismos de integração e coordenação.

Além disso, essa lei consolidou a divisão dos espaços institucionais que vinham delineando-se. Assim é que, sob os eufemismos de atenção à saúde coletiva e à saúde das pessoas, o que consagrava a separação das ações de “saúde pública” das ações de “atenção médica”, reservaram-se as primeiras (não rentáveis) para o setor estatal e as segundas (rentáveis) para o setor privado, intermediado pela Previdência Social, estabelecendo-se um verdadeiro Tratado das Tordesilhas no campo da saúde.

Em 1977, através da Lei nº 6.439, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social – SINPAS – que, conjuntamente com a Constituição de 1967-69 e a Lei 6.229, conformaram a base jurídico-legal do sistema de saúde vigente nos anos 70.

Essa lei emergiu em sintonia com a Lei do Sistema Nacional de Saúde e resultou do movimento “organização da Previdência Social” que tinha motivação racionalizadora buscando, ao mesmo tempo, garantir a expansão da população beneficiária e a centralização administrativa. Nasceu, então, no contexto de um processo de especialização das organizações previdenciárias, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS.

Ao mesmo tempo, a CEME é incorporada ao SINPAS.

Esse conjunto de políticas públicas constroem, nos campos políticos, jurídico-legal e institucional, as bases que permitem a hegemonização, na década de 70, do modelo médico-assistencial privatista que se assenta num tripé:

- a) Estado como o grande financiador do sistema através da Previdência Social;
- b) o setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica;
- c) setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos de biomédicos e medicamentos.²⁷

Juntamente à desaceleração econômica, característica do período “pós-milagre econômico”, intensificou-se as dificuldades no plano político, bem como no que se refere a políticas sociais e, especificamente, as políticas de saúde, evidenciado pelos graves problemas apresentados pelo modelo médico que excluía parcelas expressivas da população.

Esta realidade alimentou as pressões por uma abertura política e mudanças nos rumos das políticas de saúde, originando um conjunto de políticas compensatórias²⁸ dirigidas a grupos não integrados no processo de desenvolvimento econômico e social, como uma alternativa encontrada pelo Estado para resolver a contradição

²⁷ MENDES, op. cit., 1994, p.25-6.

²⁸ Para um detalhamento e compreensão do que se configurou nas políticas compensatórias, ver MENDES, Eugênio V. O Estado autoritário e o planejamento da saúde: os desafios da Nova República, Brasília: Mimeo, 1987.

que existe entre as exigências político-ideológicas de expansão das políticas sociais e o incremento dos seus custos num quadro de crise fiscal.

Neste momento em que o Estado legitima diferentes graus de cidadania, praticando políticas perpetuadoras de desigualdades, surge no contexto internacional uma proposta que visa a desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para os contingentes populacionais excluídos pelo modelo vigente. Alma Ata²⁹, em 1978, remete o foco de atenção em saúde para os cuidados primários, os quais apresentam um baixo custo.

Entretanto, a despeito da eficiência que pode ser atingida com a implementação da proposta de atenção primária, esta é encampada pelo Estado, o qual utiliza-se de uma visão reducionista da atenção primária seletiva, especialmente através dos programas de medicina simplificada ou das estratégias de sobrevivência de grupos de risco.

Esta postura adotada pelo Estado é fortemente atacada por diversos atores sociais, especialmente pelos sanitaristas. Estes se organizam em um movimento contra-hegemônico que ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira, e que deu origem a vários programas, entre eles o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste – PIASS, do qual falaremos mais detalhadamente no próximo bloco deste trabalho.

Este movimento contra-hegemônico cria condições para que se processem significativas mudanças nos anos oitenta. Aliás, como principais características desta década podemos apontar o acirramento da crise econômica e o processo de democratização, cuja repercussão na área da saúde é representada pelo processo de descentralização das ações de saúde com vistas à municipalização.

Quando nos referimos ao período compreendido entre 1980 e 1990, temos que ter em mente a instabilidade e a crise conjuntural – cuja expressão é dada pela deterioração da situação cambial, pela aceleração inflacionária, pela recessão e, principalmente, pela ruptura de um padrão de crescimento apoiado no tripé Estado,

²⁹ LIMA, A. M. Gestão de Atenção Primária à Saúde: a Formação dos Secretários Municipais de Saúde em um Contexto de Globalização Econômica. Projeto de Doutorado em Educação apresentado ao programa de pós-graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1.999 (mimeo)

capital nacional e capital internacional³⁰. Rompe-se, assim, com a visão de Estado desenvolvimentista; este fora concebido a partir dos anos trinta e sustentado, até então, por uma aliança liberal-desenvolvimentista de corte conservador.

Por trás de tudo isso, está uma profunda crise orgânica do Estado expressa, em nível interno, por uma crise financeira e fiscal e, externamente, pelo esgotamento da liquidez internacional, pela dívida externa e pelo realinhamento dos blocos geopolíticos.

Tendo esta conjuntura como pano de fundo, o Estado, conforme afirma Fiori³¹, passa da condição de suporte das elites nacionais a seu carrasco. Uma vez que a busca por soluções indica a necessidade de uma reformulação nas funções exercidas pelo Estado, além, é claro, de conduzir o país a incessantes e pouco eficiente choques econômicos.

No que tange às questões políticas, nasce a Nova República, através da utilização novamente da “via prussiana”, ou seja, as elites se articulam em um pacto democrático, que procura a estabilidade institucional numa aliança política com traços perpetuadores das práticas conservadoras da Velha República. Cabendo à Nova República a consolidação da transição democrática, o que culmina com a Constituição de 1988, a qual tem uma grande influência nos processos de mudança ocorridos no âmbito da saúde, e que serão discutidos nos próximos capítulos deste texto.

O que nos interessa no momento é destacar este caráter híbrido do Estado, que se apresenta como Ampliado-Consensual, na medida em que, ao buscar soluções para a luta de classes, torna-se um verdadeiro Estado das elites e atribui ao mercado a solução ótima para as demandas sociais. Socializando custos, à medida que impõe sobreposição de tributos, os quais teoricamente são utilizados para financiar aquilo que já fora pago.

³⁰ Para uma discussão mais profunda ver BRAGA, José Carlos. A Instabilidade Estrutural do Capitalismo Brasileiro: uma visão dos anos 50 aos 80. São Paulo: IESP/FUNDAP, 1989

³¹ Para um detalhamento, ver FIORI, J. L. Transição terminada: crise superada?, São Paulo: CEBRAP, Novos Estudos, 1990, p. 137-151.

1.3 - O DESENVOLVIMENTO DA PROTEÇÃO SOCIAL NO MUNDO OCIDENTAL

Historicamente, o Estado sempre organizou e regulamentou a cobertura de certos riscos sociais, embora esta postura seja observada de forma distinta nos diferentes países.

De maneira geral, o período inicial de construção da proteção social organizada pelo Estado está associado ao período do regime de acumulação taylorista³², que tem seu término em torno da Segunda Guerra Mundial.

Este período do início da construção do Estado de Bem-Estar³³ é caracterizado por restringir a cobertura dos principais riscos aos trabalhadores e por garantir o financiamento através de recursos de contribuição dos empregados e empregadores.

Após a Segunda Guerra Mundial, já no seio do regime de acumulação fordista³⁴ - fase esta de singular crescimento econômico na maioria dos países, assistimos a

³² “O modo de regulação taylorista caracteriza-se por formas institucionais definidas: por uma relação salarial baseada no controle individual do trabalho e centrada na mais-valia absoluta; por uma forma de concorrência clássica, isto é, sem grandes barreiras à entrada na produção e circulação mercantil; por uma economia internacional colonialista, marcada pela forte presença externa dos Estados Nacionais na determinação de mercados externos e fontes de suprimentos através da dominação territorial; pela gestão da moeda regida pelo padrão-ouro; e pelo papel do Estado pouco intervencionista, garantindo para seus cidadãos pouca regulamentação econômica e circunscrevendo a ação pública à justiça, a polícia e aos mecanismos ainda incipientes de defesa da propriedade e do trabalho”. BOYER R. 1990, citado por MEDICI; MARQUES, Regulação e previdência Social no Brasil: evolução e perspectivas, Revista Paranaense de Desenvolvimento, Curitiba:IPARDES, n. 85 maio /ago., p. 57-114, 1995(b).

³³ Quando nos referimos ao Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) temos em mente o sistema econômico baseado na livre-empresa, mas com acentuada participação do Estado na produção de benefícios sociais. E, cujo objetivo é proporcionar ao conjunto dos cidadãos padrões de vida mínimos. A utilização deste conceito genérico de *Welfare State* deve-se ao fato de aceitarmos a existência de diferentes graus de desenvolvimento das políticas sociais, originárias por sua vez de distintos *Welfare States*, já que estes estão diretamente ligados ao grau de desenvolvimento da sociedade que o desenvolve e implementa. Para uma discussão mais detalhada ver CORRÊA R. R. *Welfare State: Trajetória e Crise*, Belém, 1999. Dissertação de mestrado apresentada a Universidade Federal do Pará (mimeo). Ver também WINCKLER e MOURA NETO, *Welfare State à Brasileira*, Indicadores Econômicos, F.E.E., Porto Alegre, V. 19, n 4, p. 109-112.

³⁴ “O modo de regulação fordista tem suas formas institucionais regidas: por uma relação salarial baseada no controle coletivo e político-ideológico da força de trabalho, bem como na mais-valia relativa; por uma forma de concorrência monopolista contornada e regida por interesses instituídos no aparelho de Estado; por uma economia internacional baseada na divisão internacional do trabalho e na internacionalização do capital; pela gestão da moeda definida através da manipulação estatal do câmbio, do endividamento público e do fisco; por um Estado intervencionista, produtor de bens e serviços e definidor, em última instância, dos instrumentos de gestão da política social e econômica”. BOYER, op. cit. supra.

uma expansão da proteção social. Expansão esta que, segundo muitos autores, foi movida por crescentes ganhos de produtividade e crescimento dos salários (SANTAGADA S.)³⁵, além da existência de uma relação frágil entre os países socialistas e capitalistas (PRZEWORKI, A HOBSAWM, E. BLACKBURN, R.)³⁶.

Mas, indubitavelmente, o crescimento econômico ocorrido nos anos 50 e 60, que foi experimentado por inúmeros países, avalizou um processo de redefinição das estruturas econômicas e sociais, tanto no interior de cada nação quanto no plano internacional, dada à necessidade de criação das bases do regime fordista de acumulação – com o aumento real dos salários, fortalecimento dos sindicatos, expansão de crédito ao consumidor -, contrapartida para absorver e sustentar a expansão da produção em série.

E é esse crescimento que forma a base de uma nova filosofia de proteção social universal, em que não-contribuintes teriam direitos de acesso a certos níveis de benefícios – o que em economia poderíamos caracterizar por garantia de consumo autônomo, ou estado keynesiano.

Assim, a expansão da proteção social ocorrida nos anos 50 e 60 foi marcada pela incorporação de novos segmentos, bem como pela expansão do leque de benefícios, distinguindo-se pela universalização e pelo alargamento do próprio conceito de proteção, com a superação da proteção dirigida somente a trabalhadores assalariados, substituindo-a por outra, que se fundamentava no conceito de cidadania³⁷.

A partir do momento em que todos os cidadãos passam a ser incluídos no sistema de proteção social conhecido como Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State*, seu financiamento, que era baseado em contribuições sobre a folha de salários, passa a demandar recursos fiscais, os quais acabam por evoluir, na maioria dos países, a taxas superiores às do PIB, configurando-se em um gargalo para o *Welfare State*.

³⁵ SANTAGADA, Indicadores Sociais: Contexto Social e Breve Histórico, Indicadores Econômicos F.E.E., Porto Alegre, v. 20, n. 40 p. 245, Jan. 1993.

³⁶ Citado por MÉDICE; MARQUES, op. cit., 1995, p. 60.

³⁷ Adiante veremos que o modelo do Sistema Único de Saúde tem esta mesma concepção.

O agravamento da crise econômica a partir de 1974 traz em si a primeira ameaça estrutural ao regime de acumulação fordista e conseqüentemente ao Welfare State, conforme é observado por SANTAGADA³⁸

(...) de acordo com Altvater (1983), a crise econômica do capitalismo no final dos anos 60 manifestou-se, para o Estado, inicialmente como crise fiscal, e isso dificulta o cumprimento das tarefas de política social. Como conseqüência, temos uma desmontagem do *Welfare State*, logo, os fundamentos da existência do Estado de Bem-Estar ficam enfraquecidos e também em crise.

Buci-Gluckmann e Therbon³⁹ (1983) periodizam a crise do “Estado Keynesiano” identificando o seu início em 1965; apontando uma aceleração cultural e política entre 1968 e 1970 e uma predominância econômica em 1974.

Esse contexto mais geral que marca o capitalismo e abala “[...] o modelo político tradicional do conjunto formado pelo Estado Keynesiano intervencionista, pelo ‘Welfare State’ e pela democracia social”.

Não se trata mais de uma crise conjuntural capaz de ser sanada com os tradicionais mecanismos de *stop and go* herdados da ferramentaria keynesiana. As regularidades do regime de acumulação fordista, já parcialmente desfeitas com o aprofundamento da crise do padrão dólar, a partir de 1968, tornam-se ainda mais frágeis com a crise do petróleo, a estagnação da produção, o aumento do desemprego e a crise fiscal do Estado.

A partir da segunda metade dos anos 70, tendo em vista as crescentes dificuldades financeiras vivenciadas pela economia, pelos aparelhos de Estado, pelos trabalhadores e pelos sistemas de proteção social, começou a se manifestar a preocupação em conter o crescimento dos gastos sociais. Tais esforços, contudo, não impediram que estes continuassem a aumentar sua participação no PIB.

Além da ampliação do número de pessoas protegidas e da melhora da cobertura individual, o aumento do gasto social é imputado, de acordo com alguns autores, à má administração dos sistemas de proteção social, ao envelhecimento da população, ao crescimento da demanda por serviços sociais, ao aumento do grau de informalização do trabalho, à evasão fiscal e à alta dos custos dos serviços sociais.

Durante os anos 70 e 80, embora a preocupação em conter os gastos tenha estado sempre presente, o processo de universalização iniciado no período pós-Segunda Guerra Mundial não apresentou grandes rupturas, muito embora governos conservadores como o de Regan (EUA) e o de Thatcher (Reino Unido) dentre outros,

³⁸ Altvater citado por SANTAGADA, op. cit., p. 246.

³⁹ *ibid idem*, p 246

já assinalassem com uma tendência restritiva na concessão de certos benefícios, além do uso de mecanismos mais rígidos de fiscalização. No entanto, ao final dos anos 80, os sistemas de proteção social, em sua maioria, continuavam a se estender a outros segmentos sociais, além dos assalariados.

1.4 - A EVOLUÇÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL

De acordo com MEDICE e MARQUES⁴⁰, os regimes de acumulação existentes no Brasil desde fins do século XIX absorvem traços da regulação taylorista e fordista existentes nos países centrais. Estes traços, no entanto, não são capazes de impor uma dinâmica similar à daqueles países. Diluindo-se na totalidade, mas concentrando-se nas *ilhas de modernidade* dos grandes núcleos urbanos, não se generalizam e não conseguem se impor como padrão nacional até a consolidação do processo de industrialização, a partir dos anos trinta.

Esta delimitação histórica apóia-se no fato de ser a década de 30 marcada por transformações históricas do Estado brasileiro, assim como por apresentar uma maior explicitação das formas de regulação social de corte nacional.

Dadas às condições de gestão incipiente ou inexistente das formas institucionais características do regime de acumulação taylorista, o nascimento dos sistemas de proteção social se deu sob a égide de exceção. Para a maioria da população brasileira, a proteção social, quando existia, era aquela propiciada pelas estruturas familiares ou comunais.

A formação do sistema de proteção social brasileiro apresenta-se, em seus traços gerais, como uma reprodução em pequena escala da trajetória dos sistemas criados nos países desenvolvidos. Mudanças substanciais na organização e na concepção de proteção social foram implementadas no seio de governos fortes ou ditatoriais, com exceção das reformas introduzidas pela Constituição de 1988. No entanto, a escala em que se criaram esses mecanismos e sua cobertura social no

⁴⁰ MÉDICE; MARQUES, op. cit., 1995, p. 62

Brasil foi, em termos relativos, muito menor que a verificada no contexto dos países europeus.

Ao longo do período que vai dos anos 30 aos 70, duas fases de produção podem ser destacadas: 1930/43 e 1966/71, ambas, aliás, efetivadas sob regimes autoritários.

O período compreendido entre 1930/43 é marcado pela criação dos institutos de aposentadorias e pensões, de um lado, e de outro, pela legislação trabalhista, consolidada em 1943. Este período caracteriza-se também pelas alterações nas áreas de política de saúde e de educação, onde se manifestam elevados graus de “nacionalização” das políticas sob a forma de centralização, no Executivo federal, de recursos e de instrumentos institucionais e administrativos, e resguardados de algumas competências típicas da organização federativa do país.

Sob a égide do período democrático, que se situa entre 1945 e 1964, segue-se o movimento de inovações legal-institucional e expande-se o sistema de proteção social nos modelos e parâmetros definidos pelas inovações do período imediatamente anterior. Isto é, ao mesmo tempo, ocorrem avanços nos processos de centralização institucional e no de incorporação de novos grupos sociais aos esquemas de proteção, sob um padrão, entretanto, seletivo (no plano dos beneficiários), heterogêneo (no plano dos benefícios) e fragmentado (nos planos institucional e financeiro) de intervenção social do Estado.

Aqui também os acelerados processos de industrialização, urbanização e transformação da estrutura social brasileira contribuíram para a consolidação do sistema social. Foi neste momento que efetivamente se organizou os sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados nas áreas de bens e serviços sociais básicos (educação, saúde, assistência social, previdência e habitação), superando a forma fragmentada e socialmente seletiva anterior e abrindo espaço para certas tendências universalizantes, mas principalmente para a implementação de políticas de massa, de relativamente ampla cobertura.

É dessa forma, sob as características autoritárias e tecnocráticas do regime que se instalou em 1964, que se completa o sistema de *Welfare State* no Brasil e que:

- define-se o perfil da intervenção social do Estado;
- arma-se o aparelho centralizado que forma as bases para tal intervenção;

- **identificam-se os fundos e recursos que apoiarão financeiramente os esquemas de políticas sociais;**
- **definem-se os princípios e mecanismos de operação; e,**
- **as regras de inclusão/exclusão que marcam o sistema.**

2 - O BRASIL E AS POLÍTICAS SOCIAIS NO ÂMBITO DA SAÚDE

Tal qual ocorreu nos países hoje desenvolvidos, no século XIX surgiram as chamadas Ligas de Socorros Mútuos, instituições pré-sindicais voltadas a criar, de forma espontânea, mecanismos de proteção social a trabalhadores de determinadas categorias profissionais. O mutualismo, no Brasil e no mundo, foi a forma mais elementar de organização operária, embora seus objetivos fossem basicamente assistências. Inicialmente organizados no Brasil de forma clandestina, somente a partir de 1860 essas associações foram objeto de regulamentação estatal.

A primeira iniciativa do Estado no tocante à construção de uma proteção social ocorreu em 1919, legislando sobre acidentes de trabalho. A segunda iniciativa implicou a criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) por categoria profissional ou empresa, tomando o lugar dos auxílios, concedido pelas organizações de mutualistas.

Durante os anos 30, o sistema de caixas começou a ser substituído por Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que eram de âmbito nacional e sua filiação seguia a categoria profissional, definida com base na atividade genérica da empresa. Os institutos, além de proverem aposentadorias e pensões, garantiam a prestação de assistência médica para seus filiados e dependentes. O modelo dos IAP representou uma expansão de cobertura, contudo, excluía os trabalhadores rurais, os do setor informal urbano, e não protegia muitos assalariados do próprio mercado formal urbano, uma vez que não exerciam profissão nos ramos de atividade contemplados pelos institutos.

Por outro lado, no tocante à assistência médica, os serviços prestados não eram homogêneos quanto à qualidade e ao grau de complexidade. A existência desses problemas alimentou a discussão sobre a necessidade de unificação dos institutos, o que só foi possível em 1967, no âmbito das reformas empreendidas pelo regime militar, com a criação do INPS.

Por caminhos não democráticos, isto é, inversamente ao que ocorreu no contexto europeu, começaram a ser esboçados no Brasil alguns traços

característicos do regime de acumulação fordista e de seu padrão de proteção social. O caminho estava trilhado para a universalização.

A criação do Instituto de Previdência Social – INPS, como resultado da fusão das estruturas dos antigos institutos de aposentadorias e pensões (IAP), foi a forma pela qual se deu a concentração das políticas de assistência médica, previdenciária e social. Tal centralização, no entanto, foi acompanhada por uma extensão de cobertura de assistência médica a todos os empregados formais e aos trabalhadores autônomos, que, por livre vontade, desejassem contribuir para a previdência social.

A política de saúde na década de 70, se não deixou nenhuma brecha para a participação social na definição de seus rumos e objetivos, representou a continuidade do processo de inclusão dos novos segmentos. A incorporação dos trabalhadores rurais, através do Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural – Funrural⁴¹, e a extensão do atendimento de urgência para indigentes nas áreas urbanas, através do Programa de Pronto Ação – PPA, ambos financiados pelo INPS a partir de 1974, foram os novos passos dados pelo Estado para estender a cobertura dos serviços de saúde aos segmentos populacionais não-segurados da previdência social.

Até então, existia total separação institucional entre as políticas de saúde implementadas pelo complexo previdenciário – INAMPS, que cuidava basicamente da assistência médica do setor formal do mercado de trabalho, e aquelas executadas pelo Ministério da Saúde, responsável pelas campanhas sanitárias e pelas ações básicas de saúde.

A consciência da necessidade de estender a assistência à saúde aos segmentos mais necessitados nasceu nas universidades e institutos de pesquisa em saúde, contaminou médicos sanitários e outros profissionais de área e chegou à

⁴¹ “O Funrural foi criado em 1974 como forma de estender a cobertura da assistência médica e alguns benefícios assistenciais aos trabalhadores rurais, sem exigência prévia de contribuição à previdência social. Em tese, o programa deveria ser financiado com recursos provenientes da cotização de 2,5% da primeira comercialização incidente sobre a produção dos estabelecimentos rurais. Na prática, como essa fonte mostrou-se insuficiente, dado seu alto grau de evasão, foi necessários recursos oriundos de outras fontes previdenciárias. Existiam, no entanto, tetos de cobertura para assistência médica nos primeiros anos de funcionamento do programa, os quais só foram abolidos nos anos 80 como resposta aos programas de universalização da assistência médica”. MEDICI, André C. Descentralização e Gastos em Saúde no Brasil, p.297/348, In: AFFONSO, Rui de B. A.; SILVA, Pedro L. (org.) Descentralização e Políticas Sociais, São Paulo:FUNDAP, Federalismo no Brasil,1996.

burocracia e aos gabinetes do Ministério da Saúde⁴². Ao mesmo tempo, fortalecia-se, em âmbito internacional, o movimento de atenção primária de saúde, proposto por entidades internacionais como a Organização Mundial de Saúde – OMS e a Organização Panamericana da Saúde – OPS, como solução para resolver os graves problemas sócio-sanitários a que estava exposta a maioria da população dos países do terceiro mundo⁴³.

A Lei 6.229/75, que criou o Sistema Nacional de Saúde, foi a primeira resposta objetiva ao clamor pela extensão de cobertura e reorganização institucional do sistema de saúde no Brasil, na busca de maior equidade. Essa lei tinha como um de seus objetivos básicos organizar e disciplinar todos os serviços de saúde componentes do sistema, incluindo as ações do Ministério da Saúde, do Inamps, bem como das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Outro objetivo básico era a expansão da cobertura, a qual exigia a homogeneização das condições de oferta de serviços na “ponta da linha” do Sistema Nacional de Saúde, isto é, nos Estados e municípios. Dada a heterogeneidade do quadro de saúde, cabia ao Poder Público identificar as regiões onde se faziam prioritários tais investimentos.

Para tanto, foi criado em 1976 o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS para o Nordeste, visando identificar as regiões carentes e dar prioridade aos investimentos. Seu objetivo era o de implantar uma estrutura básica de saúde pública nas regiões onde inexistiam condições mínimas para tal, por parte dos órgãos regionais/locais responsáveis pelo setor. Além de envolver o esforço conjunto dos governos federal, estadual e municipal, o PIASS

⁴²“Ao longo dos anos 70, vários intelectuais e militantes na área de saúde pública contribuíram para a formação de uma consciência sanitária no Brasil, inclusive no meio governamental. Destacam-se os trabalhos e artigos de jornal do médico sanitário Carlos Gentile de Mello, da socióloga Maria Cecília Donnangelo e, particularmente, a tese de Doutorado de Antônio Sergio Arouca: ‘O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão Crítica da Medicina Preventiva’, apresentada na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp em 1975. O pensamento crítico em saúde pública se corporificou na segunda metade dos anos 70, com a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES, a primeira instituição de caráter nacional que propunha organizadamente a democratização do acesso à saúde no Brasil”. MEDICI, André César. Descentralização e Gastos em Saúde no Brasil, op. cit., 1996, p. 349

⁴³ Muitos desses princípios foram expostos e discutidos na Conferência sobre atenção Primária à Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde, realizada em Alma-Ata (Cazaquistão), em 1978, e subscrita por todos os ministros da saúde presentes. Dessa conferência emergiu a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, da OMS.

contava com a participação social, através de lideranças formal ou informalmente constituídas junto às comunidades que abrangia.

O crescimento da consciência sanitária por parte dos profissionais de saúde, as pressões sociais pela universalização do acesso aos serviços e as recomendações dos organismos internacionais pela adoção em massa dos sistemas de atenção primária à saúde foram apenas alguns dos fatores responsáveis não só pela continuidade das estratégias implantadas com o PIASS no início dos anos 80, mas também pela tentativa de generalizá-las para as demais regiões do País.

Em março de 1980, foi realizada em Brasília a VII Conferência Nacional de Saúde, com a participação de aproximadamente 400 técnicos, políticos e autoridades nacionais e locais do sistema de saúde. Nessa ocasião, ficou “sacramentado”, diante do próprio diretor geral da OMS, o compromisso do Governo brasileiro com a implementação de um projeto intitulado Programa Nacional de Serviços de Saúde – Prev-Saúde. Dentre os objetivos do programa, repetiam-se várias das estratégias propostas no decreto que criou o PIASS, ou seja, melhorar as condições de saneamento, habitação, alimentação e nutrição da população brasileira, incluindo o aperfeiçoamento dos meios destinados aos programas de vigilância epidemiológica, utilização de recursos humanos, de equipamentos, materiais e insumos para a saúde.

Terminada a conferência, foi criada uma comissão interministerial formada por especialistas de alto nível que trabalhavam exaustivamente na elaboração das diretrizes e ações específicas do referido plano. Contudo, os conflitos de interesses da época, bem como o início da crise econômica, em 1981, acabaram por sepultar definitivamente o Plano.

A divergência entre a versão original do Prev-Saúde e sua versão final marcam bem o advento dessas pressões. O texto original do Plano recomendava a existência de uma única “porta de entrada” para o sistema e determinava o encaminhamento seletivo dos casos mais complexos, que exigiam cuidados especializados. O documento final, embora propusesse a expansão da rede, não apresentava qual seria a estratégia de hierarquização do sistema de saúde, bem como os diversos estágios e componentes do modelo assistencial proposto.

Também foi excluída, no documento final, a proibição da dupla militância profissional, ou seja, ao ter um posto de trabalho no Inamps, o médico estava proibido de trabalhar como credenciado do sistema, para evitar práticas monopolistas associadas à triagem e ao encaminhamento de pacientes. Outra exclusão foi a da participação comunitária, que foi trocada por mera referência à adesão “passiva” da população ao programa.

Por fim, enquanto a proposta de origem técnica sugeria a expansão dos serviços estaduais e municipais de saúde, com repasse correspondente de recursos e encargos, o documento final pautava-se pela expansão das unidades básicas, além de outras estruturas paralelas. Com isto, evitava-se um processo de transferência de poder às esferas locais, mantendo todas as distorções de um país com grande heterogeneidade sócio-sanitária como o Brasil, que exige soluções particulares e sistemas descentralizados.

A preocupação em transferir recursos federais para Estados e municípios retornou à pauta da burocracia em Brasília com a criação, em 1982, do Conselho Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – CONASP. Naquele momento, uma nova realidade surgia no contexto do processo de democratização do País, com o retorno das eleições de governadores. Os novos líderes políticos regionais passavam a ter peso expressivo na condução organizada dos interesses locais. A negociação com os novos governadores dos recursos para financiar a saúde passava a ser importante na condução pacífica do processo de distensão e abertura democrática.

Mas, a criação do CONASP foi, também, decorrência da crise econômica de 1982, a qual, em função da queda dos gastos em saúde, levou a administração do Inamps a pensar em estratégias de racionalização dos programas, ações e custos da assistência médica. Sua missão básica era estabelecer regras gerais de funcionamento, para que o sistema fosse mais racional no uso dos recursos e mais efetivo na cobertura populacional e na resolutividade de seus atos.

Dentre as medidas tomadas pelo CONASP, destacam-se a criação e a aprovação, em agosto de 1982, do programa de Ações Integradas de Saúde – AIS. Este programa permitia o repasse de recursos do Inamps para reforçar o gasto em saúde dos Estados e municípios, por meio da assinatura de convênios, num

momento em que essas esferas de governo passavam por grandes restrições financeiras e fragilidade fiscal.

O processo de formulação e implementação das AIS deve ser compreendido à luz das experiências reformadoras que ganham força nos anos 70, quer sejam aquelas que foram adotadas, como o Prev-Saúde, quer aquelas que alcançaram maior concretude, como é o caso da implantação do modelo de atenção primária⁴⁴ em alguns municípios.

Por outro lado, as AIS espelham o início do processo de democratização da sociedade brasileira, uma vez que foram formuladas e implantadas segundo princípios democráticos – universalização, descentralização e participação comunitária, e organizativos – integração, regionalização e hierarquização das ações, os quais resultavam da consolidação de uma proposta de reorganização do sistema nacional de saúde. Nesse sentido, elas representam um “ponto de inflexão” na história institucional do Inamps que, nos anos 60 e 70, estava centrada no processo de compra de serviços do setor privado⁴⁵.

Em 1986 a estratégia das AIS havia se estendido a 2.500 municípios aproximadamente, cobrindo cerca de 90% da população brasileira. Mesmos assim, existiam demandas concretas para que tais ações fossem reconceitualizadas numa outra perspectiva qualitativa. Esse fato ficou explícito na própria exposição de motivos de criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS: “(...) reconcepção teórica e operativa das AIS deverá induzir a uma unificação com descentralização, o que conduzirá à realocação de um novo entendimento da

⁴⁴ “Costuma-se definir como Modelo de Atenção Primária as ações de saúde que suprem atividades ambulatoriais em postos ou centros de saúde, como consultas, procedimentos de baixa complexidade, curativos, vacinais, educação sanitária, exames mais simplificados. Esses serviços, suprem, em média, 90% das demandas por saúde de uma determinada população. Modelo de Atenção Secundária ou de segundo nível são aquelas ações de saúde que já exigem alguns procedimentos típicos de unidade mista ou hospital, incluindo a internação de pacientes e a realização de cirurgias de menor complexidade nas quatro clínicas básicas – médica, cirúrgica, gineco-obstetrícia e pediatria. Por fim, Modelos de Atenção Terciária ou serviços de terceiro nível são serviços de maior complexidade e que exigem exames, consultas ou internações em especialidades médicas de alta complexidade. Em geral, a triagem de pacientes para o segundo e terceiro nível é feita pelo nível básico ou elementar”. MÉDICE, André C. Economia e financiamento do Setor de Saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização, São Paulo:Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994, p 62.

⁴⁵ FLEURY, Sônia, Avaliação comparativa das Ações Integradas de Saúde, op. cit. 1991

Federação, fundado na cooperação e na integração, e não na competição na dispersão e na compartimentação de responsabilidades⁴⁶.

De acordo com MEDICI⁴⁷ as AIS tiveram continuidade, desde 1986, com a criação do SUDS, que funcionou como o principal instrumento de descentralização operacional, administrativa e financeira dos programas de saúde, entre 1987 e 1989⁴⁸. O que diferenciou o SUDS das AIS, em que pese o seu caráter de superposição ao programa anterior, foi a aproximação dos laços entre o governo federal e os Estados e o fortalecimento de toda uma estrutura de planejamento e programação das ações de saúde, que havia sido estabelecida com as AIS, a partir da Nova República. O decreto de promulgação do SUDS, de 20/07/1987, estabeleceu uma clara definição de competências entre as três esferas de governo, reservando à União:

- a gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Nacional de Saúde no nível nacional;
- a elaboração do Plano Nacional de Saúde;
- a execução direta de serviços, de pesquisa e de cooperação técnica, de abrangência nacional;
- a regulamentação das relações entre o setor público e privado na prestação de serviços de saúde;
- a normatização nacional de assistência integral à saúde, da vigilância epidemiológica, da vigilância nutricional e alimentar, da vigilância sanitária, do controle das condições de trabalho, do saneamento, do meio ambiente, da informação em saúde, da pesquisa e desenvolvimento tecnológico e da produção, distribuição e controle de insumos críticos;
- a garantia da redistribuição espacial do Sistema Nacional de Saúde;
- a implementação dos planos nacionais de recursos humanos, de informação em saúde, de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde e de

⁴⁶ Exposição de Motivos nº 31, de 10/07/1987, assinada pelos ministros da saúde (Roberto Santos) e da previdência e assistência social (Rafael de Almeida Magalhães), publicada no Diário Oficial de 21/07/1987, seção 1, pág. 11.505. MEDICI, André César, Descentralização e Gastos em Saúde no Brasil, op. cit. 1996, pg. 350.

⁴⁷ MÉDICI, André C. Descentralização e Gastos em Saúde o Brasil, p. 297/348, Op/ Cit., 1996.

⁴⁸ Em que pese o fato de o SUS ter sido estabelecido com a Constituição de 1988, sua operacionalização efetiva só ocorreu a partir de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica do Setor Saúde.

produção e distribuição de insumos críticos (equipamentos, medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados).

Aos Estados couberam:

- a gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Municipal de Saúde;
- a adaptação das normas e diretrizes federais ao Sistema de Saúde;
- a execução direta de serviços de saúde de abrangência estadual ou microrregional;
- a participação na gestão e controle de convênios com entidades públicas e privadas;
- a elaboração e coordenação do Plano Estadual de Saúde e a implementação dos planos estaduais de recursos humanos, informação em saúde, desenvolvimento científico e tecnológico e de produção e distribuição de insumos críticos.

E, aos municípios, couberam:

- a gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Municipal de Saúde;
- a execução direta dos serviços de saúde de abrangência municipal, especialmente os de atenção básica, de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde ocupacional e de controle de endemias;
- participação na gestão e controle de convênios com entidades públicas e privadas;
- elaboração e coordenação do Plano Municipal de Saúde; implementação dos planos municipais de recursos humanos, informação em saúde e distribuição de insumos críticos.

O SUDS foi o primeiro programa federal que avançou efetivamente em direção à unificação institucional, quando criou o cronograma de extinção do Inamps e de suas estruturas regionais, bem como quando levou à questão da unificação regional das redes de serviços para o comando dos Estados. Pode-se dizer, no entanto, que esse processo, ao “atropelar” interesses regionais corporificados nas antigas superintendências regionais do Inamps, trouxe dificuldades políticas crescentes para a administração do órgão.

Durante o período do 1987-89, toda uma vasta legislação de implantação do SUDS foi elaborada, passando pelos mais diversos assuntos. Neste período, ocorreram grandes avanços, mas também retrocessos, como, por exemplo, o que pôde ser observado quando da saída de Hésio Cordeiro da administração do Inamps em meados de 1988. Houve o retorno dos repasses e convênios realizados diretamente com os municípios, em vez de deixar aos Estados a regulação do relacionamento com suas respectivas esferas locais. No entanto, o espírito das mudanças ocorridas desde o estabelecimento das AIS foi incorporado na Constituição Federal de 1988, garantindo a irreversibilidade do processo de descentralização das políticas de saúde.

A constituição de 88 significou, na verdade, o corolário de uma intensa discussão que já vinha sendo realizada pela sociedade desde o final da década de 70, mais especificamente, no caso da saúde, alimentada pela efervescência da reforma sanitária⁴⁹. No tocante à previdência social, os setores mais progressistas defendiam: a ampliação da cobertura para segmentos até então desprotegidos; a eliminação das diferenças de tipos e valores dos benefícios entre os trabalhadores rurais e urbanos; a participação dos setores envolvidos, tais como aposentados, trabalhadores, empresários e Estado, no processo decisório e no controle da execução das políticas; defendiam também a gestão descentralizada das ações e serviços no caso da saúde e da assistência, além da definição de uma estrutura de financiamento mais estável, que garantisse um volume adequado de recursos.

O escopo e a abrangência da atual política de saúde no Brasil se encontram definidos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988. Do ponto de vista dos interesses federativos, três questões são relevantes.

Primeiro, toda a política de saúde nacional passou a ser regida por um Sistema Único de Saúde – SUS. Esse sistema apresenta, dentre suas principais características, a existência de um comando único em cada esfera de governo. É nesse sentido que a filosofia do SUS levou, alguns anos mais tarde, à transferência

⁴⁹ “Reforma Sanitária: movimento iniciado por volta de 74, potencialmente inovador no âmbito da prática política no campo da saúde que buscava promover algum grau de mudança frente ao quadro anterior nos marcos (e em função de) uma crise fiscal e de legitimidade do regime então vigente”. OLIVEIRA, Jaime, op. cit. p 16-17.

do Inamps⁵⁰ para o Ministério da Saúde e, posteriormente, à própria extinção do Inamps⁵¹.

Em segundo lugar, cabe ressaltar que um dos princípios organizacionais básicos do SUS passou a ser o da descentralização, isto é, as ações de saúde passaram a ser co-responsabilidade da União, dos Estados e municípios, cabendo às duas últimas esferas a primazia da prestação dos serviços, restando ao nível federal a definição da política nacional de saúde, bem como de suas normas, regulamentos e regras gerais⁵².

A idéia do comando único em cada esfera de governo implicava, por outro lado, a extinção das superintendências (posteriormente escritórios regionais) e agências do Inamps e a transferência de toda rede própria desse órgão para as secretarias estaduais e municipais de saúde.

O mesmo deveria aplicar-se às redes existentes em alguns programas do Ministério da Saúde, como a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – FSESP e a Superintendência de Campanhas Sanitárias – SUCAM, bem como no que diz respeito aos hospitais especializados do Ministério (hospitais psiquiátricos, câncer, dermatologia, etc.).

Em terceiro lugar, o financiamento das políticas de saúde passou a ser co-responsabilidade da União, dos Estados e municípios.

Dessa forma, esgotou-se o processo de universalização iniciado em 1967, sendo o princípio do mérito substituído pelo da cidadania. Para isto, estabeleceu-se para a seguridade social um orçamento global, que integra o financiamento das ações de saúde, previdência e assistência social, além das relacionadas à proteção ao trabalhador desempregado.

⁵⁰ Esta transferência ocorreu junto com a reforma ministerial do Governo Collor, em março de 1990. MEDICI, André César, *Descentralização e Gastos em Saúde no Brasil*, op. cit. 1996, p. 351.

⁵¹ Ocorreu em julho de 1993, cabendo suas funções de coordenação, controle e financiamento aos Estados e municípios à Secretaria de Ações de Saúde do Ministério da Saúde.

⁵² “Essa tendência à descentralização é distinta da que prevaleceu no final da Nova República. Naquele momento, a grande instância de interlocução com o Governo federal na área da saúde era o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, que representava o poder da política dos governadores na condução das negociações junto ao Governo federal. Com a eleição de Collor, este, uma vez que não contava com o apoio direto de boa parte dos governadores, passou a fazer composições com alguns prefeitos e lideranças regionais. Na área de saúde, essa nova tendência ficou marcada pela substituição do CONASS pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, nas negociações do processo de descentralização em saúde”. MEDICI, op. cit. supra, 1996, p. 352.

Ainda longe de ter sido implementado por inteiro, o sistema de seguridade social brasileiro já exige ajustes profundos. E, esta reforma é justificada pelo contexto de rápidas e significativas transformações mundiais nos campos demográficos, econômico, e político - institucional e social. Estas mudanças repercutem em dois dos três componentes da seguridade social: previdência e saúde.

No primeiro, em decorrência da ação sinérgica de dois fatores: o envelhecimento da população, que eleva o número de beneficiários de aposentadorias e aumenta o tempo de manutenção desses benefícios, e o impacto negativo do desemprego e da informalização do trabalho na folha de salários, historicamente a principal fonte de custeio das prestações previdenciárias. A repercussão na saúde tem, fundamentalmente, a mesma origem, uma vez que esta já não conta com a folha de salários como fonte de custeio de seus programas, e que o aumento do número de idosos, paralelamente à incorporação de novas tecnologias médicas, tende a requerer cada vez mais recursos para a assistência médico-hospitalar.

O cerne da questão de saúde no Brasil está na dificuldade de conciliar dois objetivos: (i) elevar o nível de saúde das pessoas, para que possam viver mais e com melhor qualidade de vida possível, e (ii) atender às aspirações de segurança e bem-estar individuais propiciadas pela possibilidade de acesso aos serviços de saúde sempre que necessário ou desejado.

Na sua história recente, o sistema de saúde brasileiro registra sucessos e frustrações na tentativa de conciliar esses dois objetivos, a mais recente mediante a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais, municipais e, complementarmente, pela iniciativa privada. A organização e o funcionamento do SUS estão balizados por princípios e diretrizes constitucionais que incluem:

1. saúde como direito de todos e dever do Estado;
2. acesso igualitário;
3. direção única;
4. integralidade da assistência;
5. descentralização;
6. participação da comunidade.

O SUS é financiado com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios. O governo federal tem papel hegemônico no financiamento setorial.

Existem indícios de que a implementação do SUS teria consolidado a melhoria do acesso dos mais carentes aos serviços de saúde. Esta suposição decorre do fato de a cobertura médico-hospitalar financiada pelo setor público ter permanecido praticamente estável desde fins dos anos 70, enquanto os planos e seguros privados de saúde (medicina supletiva) aumentaram, entre 87 e 95, em mais de 50% o número de associados⁵³.

Essa constatação sugere a ocorrência de uma certa forma de substituição de clientela, caracterizando o que se chama de universalização excludente: “deixaram” o sistema público aqueles que dispõem de algum tipo de plano de saúde privado (auto-custeado ou como salário indireto proporcionado pelo respectivo empregador), e entraram em seu lugar os trabalhadores do mercado informal, os desempregados e, mesmo, a população rural, que passou a ter direito aos mesmos serviços oferecidos antes apenas à população urbana segurada da previdência social.

A explicação pode parecer um excesso de simplificação, mas está amparada em alguns números bastante coincidentes: o número de “desassistidos”, estimados em cerca de 40 milhões nos anos 80, é quase equivalente à atual clientela da medicina supletiva. Mas, como se sabe, o afastamento da classe média do SUS é parcial, uma vez que a lógica da exclusão inerente aos planos privados tende a discriminar, sobretudo, idosos e pacientes crônicos. Ademais, de um modo geral, estão expressamente excluídos do menu dos planos de saúde, entre outros, os casos de tratamento crônico de diálise e hemodiálise, doenças congênitas, mentais, infecto-contagiosas ou que possam ter sido contraídas antes da adesão ao plano ou seguro, além de medicamentos fora do regime de internação, bem como próteses e órteses. Tais procedimentos constituem um dos maiores itens de despesas do SUS.

Se, como se supõe, o SUS melhorou o acesso dos mais pobres, particularmente ao atendimento básico, isso não significa que tenham sido eliminadas as desigualdades de acesso aos serviços de saúde. É notória a hierarquia do

⁵³ A população atendida pela medicina supletiva passou de 22,4 milhões, em 1987, para perto de 40 milhões, em 1997, correspondendo a mais de 25% da população; antes da criação dos SUS, era inferior a 17%. Enquanto isso, a cobertura hospitalar do SUS tem-se mantido em torno de 10%, e o atendimento ambulatorial, também na média nacional, não ultrapassa suas consultas/*per-capta* -ano.

atendimento determinada pelo preço e forma de pagamento do serviço, definida segundo três categorias de pacientes: os de primeira classe, pacientes particulares (que pagam à vista preços de mercado); os de segunda, convênios e planos de saúde (categorizados segundo sua tabela de preços); e os de terceira (SUS).

Dado esse quadro, as famílias vêm sendo compelidas a despendere percentuais crescentes do seu orçamento com a medicina privada. Segundo o DIEESE, de São Paulo, no início dos anos 80, apenas 4,95% do orçamento familiar brasileiro era destinado a atendimento médico e remédios, enquanto que, nos anos 90, isto passou para 8,21%, incluindo as despesas com planos de saúde.

As críticas freqüentes dirigidas ao SUS poupam, na maioria das vezes, a concepção geral do sistema, mas não, necessariamente, todos os seus princípios básicos. Nestes estão os princípios de integralidade e de universalidade da atenção à saúde (*tudo para todos*), que começam a receber questionamentos qualificados quanto à sua viabilidade.

Para que tais princípios possam ser sustentados em um contexto de fortes restrições fiscais, é indispensável promover transformações profundas na condução do processo de implementação do SUS, as quais envolvem:

- a) revisão do modelo assistencial;
- b) modernização e profissionalização da gestão;
- c) regularidade do financiamento, inclusive como pré-requisito para a necessária credibilidade do processo de descentralização; e,
- d) fortalecimento da capacidade regulatória do Estado.

A crescente responsabilidade estatal com a saúde da população é característica comum à maioria dos sistemas de saúde contemporâneos, embora a participação do Estado como provedor direto de serviços possa variar de intensidade, de país para país. Custos médicos em ascensão, externalidades e a impossibilidade de os sistemas de saúde funcionarem com um mínimo de equidade, quando ao sabor das forças de mercado, explicam em grande medida, por que o Estado moderno expandiu suas responsabilidades no campo da saúde, abrangendo: o financiamento, a provisão, compartilhada ou não com o setor privado, de ações e serviços; a difusão

de informações junto ao público em geral; e a regulação dos setores público e privado.

No Brasil, sobretudo nesta segunda metade do século, a presença estatal foi mais destacada nas duas primeiras áreas. A função reguladora, mesmo quando inserida na agenda básica das políticas públicas setoriais, tem recebido prioridade inversamente proporcional à sua real importância.

A complexidade da questão faz com que a regulação na área da saúde requiera um Estado aparelhado para exercê-la. De um lado, há aspectos éticos, jurídicos e tecnológicos que precisam ser contemplados. De outro, deve-se levar em conta a dimensão econômica do setor, os poderosos interesses do complexo médico-industrial - composto pelos serviços privados de saúde, vinculados ou não ao SUS, e pelas indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos -, e a atuação das corporações profissionais.

O problema é agravado pelo fato de a regulação ser uma competência concorrente de três esferas de governo, não sendo fácil definir, com clareza, o que cabe a cada uma. A regulação busca, em última análise, proteger o usuário, assegurando igualdade de acesso aos serviços de saúde e padrões mínimos de qualidade nos serviços e na produção de insumos.

2.1 - O CURSO DA DESCENTRALIZAÇÃO

O período compreendido entre o início dos anos 80 e meados dos 90 é marcado por inequívocas transformações quanto à redistribuição do poder nos três níveis de governo, especialmente no que se refere à área de saúde.

Como resultado da efervescência política vivida após o regime militar, do movimento de reforma sanitária, da nova configuração econômica financeira do Estado e da sociedade e do esgotamento do padrão organizativo do Estado, temos a elaboração da Constituição de 1988, que ao tratar do Sistema Único de Saúde – SUS, em seus artigos 196 a 200, busca dar coerência à idéia de sistema, definindo competências exclusivas e complementares.

Mas a despeito desta postura descentralizante, de cunho municipalizante, estar contemplada na Lei máxima, a descentralização enfrenta inúmeros entraves, iniciando pelo que é denominado por VIANA⁵⁴ como descentralização caótica, ou seja, na qual se substituem, de maneira abrupta, recursos federais por orçamentos estaduais e municipais, sem que se desenvolvam e atualizem as funções e atribuições das esferas governamentais.

Este caráter caótico, acaba por gerar uma prestação de serviços de alta heterogeneidade, pois passa a depender de recursos de nível local que, por sua vez, apresentam grandes diferenças em função do diferente grau de desenvolvimento de cada região. Esta constatação nos leva a perceber o início de um processo antagônico, onde, o que era para ser um instrumental de universalidade e cidadania, passa a representar uma forma de exclusão, já que, à medida que um município se desenvolve, ele pode passar a ter um maior investimento em todas as áreas, inclusive, na área de saúde, e isto o habilita a aumentar seu número de procedimentos. Este aumento, analisado historicamente, garante a este município um maior acesso a recursos e, assim, a história se perpetua e restringe o acesso igualitário, limitando o direito do cidadão a receber do Estado a contrapartida no atendimento em saúde.

Contudo, os entraves à descentralização não se restringem à sua forma, pois esta também enfrenta obstáculos por parte do Poder Executivo, em seus três níveis de governo, como do Legislativo, e na ação do setor privado – ligado e autônomo ao SUS.

Nesse sentido, podemos citar, como exemplo, o processo de reforma do Ministério da Saúde, cujo processo é desencadeado em julho de 1993, quando, através da portaria 698 de 5/07/93 do Ministério da Saúde, criou-se o Grupo Executivo da Reforma Administrativa do Ministério da Saúde – Geras e que, apesar de ser composto por especialistas, não conseguiu chegar ao consenso, sendo inclusive alvo de críticas por parte do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, uma vez que as propostas apresentadas pelo Geras não dava indícios da ruptura com a antiga estrutura do SUS.

⁵⁴ VIANA, Ana Luiza. SUS: Entraves à Descentralização e Propostas de Mudanças, In: AFFONSO, Rui de Britto Alves; SILVA, Pedro Luiz (org.) Descentralização e Políticas Sociais, São Paulo: FUNDAP, Federalismo no Brasil, 1996, p. 270-272.

Outro entrave à descentralização surgiu em 1994, quando, por decreto federal, se definiu que as atividades regulatórias, de controle e auditoria (dos recursos do SUS e da compra de serviços privados) seriam desenvolvidas somente pelo nível central. Isto ocorreu contrariando o parecer da Comissão Intergestora Tripartite (constituída pelo Governo federal e representantes de Estados e municípios), do CONASS e CONASEMS e de diretores e técnicos da Secretária de Assistência à Saúde (órgão que incorporou o antigo Inamps no Ministério da Saúde) os quais apontavam no sentido exatamente oposto, ou seja, que tais atividades fossem distribuídas por todas as instâncias, segundo os pressupostos do SUS. Esta postura corporativa, que conduzia à resistência é apontada por VIANA⁵⁵:

[...] a proposta vencedora, e que originou o decreto, contou com a incansável defesa da Associação Nacional de Auditores Médicos do Inamps. Tal legislação manteve intocável o quadro de auditores do Inamps e garantiu-lhes seu espaço institucional. Desse modo, interesses burocráticos aliavam-se a interesses corporativos em defesa dos espaços institucionais existentes e contra o processo de descentralização. Essa foi a forma de a burocracia estatal resistir à perda de atribuições, recursos e status, revelando a força associativa desse segmento e dessa burocracia.

Outro bloco de interesses que atuava contra a descentralização era o da área econômica, formado por técnicos e dirigentes do Ministério da Fazenda. Sua ação poderosa se explicitava através da vertiginosa redução de recursos federais para a área da saúde (de 1987 a 1992, o gasto federal nessa área caiu 40% em termos reais)⁵⁶, comprometendo o planejamento estratégico da política (ações de longo prazo), as boas relações entre as esferas governamentais e entre os setores público e privado, a manutenção de servidores no serviço público e a própria imagem do SUS. Pode-se inclusive afirmar que a queda brusca de recursos federais se constituía no maior entrave à descentralização, uma vez que estes não podiam ser substituídos integralmente pelos recursos estaduais e municipais. Mesmo com o aumento do gasto em saúde por parte das instâncias subnacionais, a retração do investimento federal coloca em risco a descentralização, pois esta, para ser viável, necessita do comprometimento do nível central, uma vez que implica o reforço de novas funções pelo nível federal (ações de planejamento, regulação, normatização,

⁵⁵ VIANA, Ana Luiza op. cit. P 271.

⁵⁶ Ao se considerar 1987 como ano base (100), para o total dos gastos federal em saúde; de acordo com dados do IPEA, a série é a seguinte: 1987 = 100; 1988 = 106; 1990 = 87; 1991 = 73; 1992 = 60.

cooperação técnica, controle, avaliação, além da responsabilidade pela relação entre os setores público e privado no âmbito nacional).

Como resistência no âmbito estadual, podemos citar a não transferência de equipamentos e recursos para os municípios, gerando superposição de funções, além da existência de redes concorrentes, ao invés de complementares. E aqui, a exemplo do Governo federal, a relutância dos órgãos burocráticos ocorre pelos mesmos motivos que naquela esfera de governo, ou seja, pelo medo da perda de poder, espaço institucional, salários, etc.

Esta postura era observada de forma generalizada, sendo reproduzido aqui também o problema de tutelamento das secretarias-fim pelas secretarias-meio, ou seja, em muitos casos a eficiência das ações da secretaria de saúde dependia de medidas tomadas pelas secretarias de planejamento, fazenda e administração.

Em relação as dificuldades encontradas pelo processo de descentralização no âmbito dos municípios, podemos citar a questão dos limites financeiros, ou seja, a dificuldade em alocar mais recursos para a área de saúde. Além, é óbvio, de ter de enfrentar o mesmo corporativismo das esferas superiores.

Já no que concerne aos entraves no Legislativo, podemos dizer que eram de outra natureza, mas nem por isso menos importantes, e estavam assentados principalmente no grande número de propostas e emendas de toda ordem, sem uma linha condutora mais precisa, ou algum tipo de mobilização aos moldes da ocorrida quando da constituinte em 1988.

Não se pode deixar de mencionar, ainda, os problemas enfrentados junto ao setor privado contratado e conveniado ao SUS, o qual encontrava-se bastante desgastado com o atraso nos repasses e com a defasagem entre os preços das tabelas oficiais e os custos dos serviços (problemas que parecem recorrentes ainda hoje), o que implicava a redução de leitos destinados ao SUS em contrapartida à ampliação dos leitos destinados aos serviços privados (medicina de grupo e seguro saúde). Na prática, isto os colocava com “um pé” no SUS e outro na medicina supletiva, como forma inclusive de sobrevivência financeira. Essa deterioração do relacionamento entre setor público e privado na área da saúde caracterizou o que foi

denominado por MÉDICE e OLIVEIRA⁵⁷ como “sucateamento da rede de serviços” e que, amparada por uma falta de regulamentação do setor de medicina privada criou, ao contrário da universalização e da equidade, uma seletividade no atendimento.

Embora os dados existentes sobre a prestação de serviços privados sejam escassos e pouco confiáveis, estima-se⁵⁸ que, cerca de 37,5 milhões de pessoas estavam filiadas a algum tipo de cobertura de saúde privada no país em 1994. A tabela 1 mostra como os serviços privados de saúde têm aumentado sua participação na prestação de cuidados médicos no país.

Tabela 1
Evolução da População Coberta por Sistemas Privados no Brasil, 1987-1994
População Coberta (em milhões de hab.)

Tipo de Sistema/Período	1987	1994
Medicina de Grupo	15,1	16,0
Cooperativas médicas	3,6	8,5
Auto-Gestão	5,0	5,0
Planos de Seguro-Saúde	0,7	5,0
TOTAL	24,4	37,5

Fonte: Nunes, 1996

A medicina de grupo abrange as empresas que, de alguma forma, intermediam serviços médicos (Golden Cross). As cooperativas médicas são sistemas onde médicos se reúnem para a prestação de serviços médicos (Unimed, Amil). A autogestão compreende os serviços próprios da empresa, muito adotado em empresas estatais (Cassi do Banco do Brasil, ou Fundos de Saúde da Petrobrás). E, finalmente, os seguros saúde que cobrem os serviços até o valor estipulado na apólice (geralmente, os grandes bancos privados oferecem este serviço).

⁵⁷ MEDICE, André César; OLIVEIRA, Francisco. E. B. Considerações sobre o Sucateamento da Rede Pública e Privada de Saúde, Brasília: IPEA, Textos para discussão n. 252, abr. 1992.

⁵⁸ MEDICE, André César ; CZAPSKI, C. A. Evolução e Perspectivas dos Gastos Públicos com Saúde no Brasil. Trabalho encomendado pelo banco Mundial, Brasília, 1995, mimeo.

MÉDICE e CZAPPSKI apontam alguns fatores que contribuíram para o crescimento das estruturas de saúde no Brasil⁵⁹. Entre estes fatores destacam-se: o desmonte dos convênios entre o INAMPS, as empresas e os sindicatos, bem como a forte queda na qualidade dos serviços do próprio INAMPS, em face das exigências da clientela de funcionários das empresas; a forte estratificação de renda da sociedade brasileira e a possibilidade das famílias deduzirem integralmente seus gastos com saúde do imposto de renda devido.

2.2 - OPERACIONALIZAÇÃO DO SUS

Em 1993, o Ministério da Saúde – MS - estabeleceu as normas e procedimentos para efetivar o processo de descentralização das ações de saúde, através da Norma Operacional Básica - NOB/SUS. Mas, apesar de toda a regulamentação do SUS apresentar a idéia da descentralização dos serviços e das responsabilidades, isto ainda não foi plenamente conseguido, conforme visto quando se tratou dos entraves à descentralização. As dificuldades impostas pelo MS são das mais diversas ordens, desde a restrição para efetuar os repasses federais dada pela exigência de programação aprovada, até a análise de programas e projetos.

Além destas dificuldades, outra, não menos restritiva, é a dada pelo MS através da normatização das relações entre o SUS e os provedores privados, fato que produz a perda de autonomia de Estados e, principalmente, de municípios. A fixação de tarifas nacionais dificulta, senão impede, que os municípios criem instrumentos de incentivos ao prestador de serviços local.

Até a forma de repasse, que além de preservar mecanismos de tutela, via transferências de repasses negociados, permitindo a existência de práticas clientelistas e geradoras de ineficiências, ainda vale-se de critérios demográficos, mas sem qualquer possibilidade de repasses automáticos e regulares, conforme previa a lei 8.142.

⁵⁹ Ver também MEDICE, André César. Incentivos Governamentais ao Setor Privado em Saúde no Brasil, Revista da Administração Pública, v. 26, n. 2, p. 79-115, abr./jun. 1992.

Em 1992, o MS estendeu aos gestores públicos a relação de compra de serviços por meio de Autorização de Internação Hospitalar – AIH e Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA, aumentando assim a tutela federal, pois, elevou-se o número de transferências negociadas.

Outro aspecto negativo está no fato de que alguns instrumentos de controle, criados para instrumentalizar a fiscalização da burocracia federal, como os planos de saúde, não têm apresentado resultados positivos na melhoria tanto da fiscalização, quanto da qualidade de serviços prestados.

Mas, não só de dissabores vive o SUS; aparentemente, pelo menos no que se refere aos cuidados primários de saúde, é quase consensual que a descentralização pode conduzir a melhores resultados que os modelos centralizados. As principais vantagens apontadas são: aumento da responsabilidade a nível local; a simplificação da participação e mobilização comunitária; viabilização de acesso aos serviços de saúde da parcela mais pobre da população; facilitação das ações de educação para a saúde; e uma maior eficiência alocativa e de planejamento.

Vencidas as resistências, nos concentremos na gestão do sistema, que pela atual normatização apresenta-se sob três categorias, a saber: a gestão incipiente, a gestão parcial e a semiplena. Sendo que a habilitação dos municípios através de suas secretarias municipais de saúde depende do cumprimento de vários pré-requisitos estabelecidos pelo MS.

Os municípios que enquadram-se na gestão incipiente assumem total ou parcialmente, as seguintes responsabilidades:

- autorização do credenciamento/descredenciamento, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares privados/filantrópicos contratados do município;
- gestão de uma cota de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, negociada na Comissão Bipartite⁶⁰ ou correspondente a 8% de sua população;
- gerenciamento da rede ambulatorial pública existente no município;
- execução das ações de vigilância sanitária, epidemiológica; e
- organização de serviços de acompanhamento, controle e avaliação.

⁶⁰ A comissão bipartite é composta por representantes das secretarias estaduais e municipais.

Já os municípios em condição de gestão parcial assumem responsabilidades sobre:

- autorização do cadastramento de prestadores;
- programação e autorização para utilização de AIHs e procedimentos ambulatoriais;
- controle, avaliação e gerenciamento de unidades ambulatoriais públicas do município;
- incorporação à rede de serviços e ações básicas de saúde, nutrição, educação e vigilância sanitária e epidemiológica, entre outras.

Estas secretarias em condição de gestão parcial recebem recursos correspondentes à diferença entre o teto estabelecido com base em série histórica corrigida e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais existentes no município.

No caso da gestão semiplena, é atribuída às secretarias municipais de saúde a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços:

- planejamento, cadastramento, controle, 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 trabalho de sua competência.

Ao adquirir esta condição, o município deixa de se relacionar com a União por meio de venda de serviços, e passa a receber mensalmente o total de recursos para custeio correspondente aos tetos financeiros, estabelecidos com base na série histórica dos gastos com atenção ambulatorial e hospitalar, submetidos à eventual correção negociada no âmbito da Comissão Bipartite do Estado, que é quem avalia as condições técnico-operacionais para que o município passe à gestão semiplena, apesar de a decisão final ser dada pela Comissão Intergestores Tripartite, composta no nível nacional, por representantes dos gestores do SUS nos três níveis de governo.

As unidades federadas respondem de modo bastante diferenciado ao processo de descentralização. Do total de municípios da federação, 60,19% haviam solicitado, até 01 de julho de 1996, seu enquadramento em alguma condição de gestão.

Tabela 2

Situação da habilitação de municípios de acordo com a NOB-SUS/93 por região do Brasil, atualizado até julho de 1996

Região	Total de munic. no Brasil	Total de munic. Habilitados	Gestão Incipiente	Gestão Parcial	Gestão Semiplena
Norte	398	46	30	14	2
Nordeste	1.559	897	829	40	28
Centro	428	232	159	65	8
Sudeste	1.533	1.131	803	264	64
Sul	1.058	689	437	241	11
Total	4.976	2.995	2.258	624	113

Fonte: Banco de Dados de Habilitações/CGAS/DAPS/MS

Como identificado pela tabela 2, a maior parte dos municípios preferiu o enquadramento nas situações de gestão incipiente (75,4%) ou parcial (20,8%), onde a responsabilidade pelo pagamento do serviço contratado se mantém com a União. Apenas 113 municípios foram enquadrados na gestão semiplena; este número, embora representando apenas 2,2% dos municípios, conta com 10,3% da população total.

O cadastramento de apenas 60% dos municípios em alguma das condições de gestão, depois de três anos de aprovadas as normas de enquadramento, não reflete a real quantidade de municípios que apresentam os requisitos para assumir responsabilidades junto ao SUS. O grande problema é a conjuntura de incerteza no que tange às condições de financiamento do sistema, que têm um elevado grau de imprevisibilidade quanto à liberação de recursos pela União. Esta incerteza dos municípios é revelada no receio de assumir as responsabilidades sem a garantia dos recursos. Não sendo desconsiderado, também, a existência de um certo grau de acomodação de alguns municípios à condição atual, que os exime de responsabilidades com a gestão do sistema.

3 - QUESTÕES GERAIS SOBRE O FINANCIAMENTO E GASTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

De forma recorrente na literatura, fala-se da necessidade de contenção dos custos governamentais, incluindo-se os destinados à área da saúde. Esta retórica ampara-se na dificuldade econômica vivida pela maioria das nações e, mais especificamente, pelos países com economias classificadas como em desenvolvimento. Estas muito pouco usufruíram da chamada “era de ouro” do capitalismo e, quando apresentavam níveis econômicos razoáveis para promoverem a incorporação das demandas sociais, depararam-se com o impacto da crise mundial do final dos anos 70 e início dos anos 80, as quais foram identificadas por Médice⁶¹ como sendo: crescimento da dívida externa pela elevação da taxa internacional de juros; instabilidade do sistema de preços e elevação desmesurada da dívida pública, chegando em muitas conjunturas nacionais, às raias da hiperinflação. Além da predominância, nestas economias em desenvolvimento, da utilização de políticas econômicas desastrosas, marcadas pela ineficiência e ineficácia na alocação dos gastos públicos.

Associada a este quadro de recrudescimento dos recursos públicos, houve a elevação dos custos dos serviços de saúde. Elevação esta que pode ser subdividida em:

- a) Aumento dos custos, dada a incorporação tecnológica⁶² aos procedimentos e práticas do setor;
- b) Transformação na estrutura etária da população, que graças às novas tecnologias passa a dispor de uma vida mais longa, além do fato de que a

⁶¹ MEDICE André César. Financiamento e Contenção de Custos nas Políticas de Saúde: Tendências Atuais e Perspectivas Futuras, Revista de Planejamento e Políticas Públicas, Brasília: IPEA, n.4, p. 83-98, dez., 1990

⁶² Diferentemente do que ocorre nas atividades marcadas por processos de trabalho de fluxo contínuo, como a maior parte das indústrias, onde o emprego de tecnologias tem, a médio e longo prazo, o efeito de reduzir os custos, dado o aumento de produtividade, especialmente pela redução relativa da força de trabalho empregada na produção ou do aumento da quantidade produzida por unidade de tempo de trabalho. Contudo, a incorporação de novas tecnologias área de saúde requer novos profissionais para operarem tais equipamentos, além de, ao atingirem a efetividade, prolongam a vida do paciente, aumentando a demanda pelo serviço; um exemplo clássico é a hemodiálise.

curva de custos com serviços de saúde varie positivamente com o aumento da idade⁶³;

- c) Criação de serviços novos e mais complexos, os quais passam a ser incluídos no rol de disponibilidade dos beneficiários dos sistemas universais de saúde;
- d) Além de todos esses fatores, que atuam como pressões de custo estruturais, temos o crescimento das demandas por serviços de saúde associada à intensificação da conjuntura recessiva⁶⁴.

Configura-se assim um desafio para todas as economias, especialmente as em vias de desenvolvimento ou subdesenvolvidas, de como coordenar redução de custos e simultaneamente promover maior equidade na cobertura dos serviços, com um nível de acesso adequado a todos os cidadãos.

Alguns autores defendem que o Estado deve assumir a produção dos serviços prestados em saúde, ao passo que outros, entendem ser o mercado a forma mais eficiente de conter esta elevação contínua dos gastos em saúde.

Olhando para os países desenvolvidos⁶⁵, percebemos uma tendência de negociação ou flexibilização⁶⁶ global das políticas sociais (incluindo a cobertura dos serviços em saúde), conjuntamente com os salários e as condições gerais de trabalho.

Muitos países, incluindo-se aí os países da América Latina, passaram a usar medidas de redução de custos (*cost containment*), em função das necessidades de se reduzirem os efeitos da expansão do gasto público na crise econômica, tendo como pretexto o combate à inflação, em alguns casos pressionados por organismos internacionais.

⁶³ Para maior detalhamento, ver MÉDICE, André César, Financiamento e Contenção de Custos nas Políticas de Saúde, op. cit. 1990 p. 87.

⁶⁴ Para uma maior compreensão, ver SERRA, José. Entrevista "A questão da Saúde no Brasil", In: Revista de Estudos Avançados, São Paulo: USP, n. 35, v. 13, p. 39-40, jan./abr., 1999.

⁶⁵ Excetuando-se Estados Unidos e Inglaterra.

⁶⁶ Segundo Boyer et ali, (1985) citado por MÉDICE, A. C. Financiamento e Contenção de Custos nas Políticas de Saúde, op. cit. 1990, p. 91, "a flexibilidade consiste em negociar estratégias salariais e programas sociais nas condições permitidas pela situação econômica da empresa, da região ou do país, de forma a não obstaculizar o crescimento da economia ou da estabilidade do emprego e da própria economia".

No caso específico do Brasil, podemos observar as seguintes medidas: controle da quantidade de produtos do setor através do estabelecimento de cotas de pacientes por hospital contratado; controle no preço dos produtos através da adoção de tabelas de pagamento por tratamento e ainda pagamento por captação; além de outras regras, tais como, controle de procedimentos de alta tecnologia, coordenação e unificação dos serviços.

Esta postura de controle pode ser percebida por meio da estratégia de descentralização posta em marcha através do Sistema Único de Saúde – SUS, balizada por um aumento dos recursos e pela sua melhor distribuição regional, acoplada por reformas que visam uma efetiva modernização dos sistemas gerenciais, além da busca por transparência na aplicação dos recursos.

Contudo, um dos grandes gargalos, no caso brasileiro, seria dado pela inexistência de um Estado de Bem-Estar nos níveis dos países desenvolvidos e, principalmente, pela alta concentração de renda que impede a liberdade de escolha dos indivíduos, conduzindo-os a pressionarem a demanda por serviços públicos – especialmente no que se refere à saúde e, mais especificamente, no caso de tratamento de alto custo, como a hemodiálise, os carcinoma, e doenças degenerativas em geral, cuja cobertura é bastante restrita através das formas privadas de atenção à saúde.

Não nos esquecendo aqui, evidentemente, de que por mais que se pressionasse o legislativo por aumentos no percentual de recursos destinados à saúde, ainda teríamos o problema do baixo valor total e *per-capta* do PIB, conseqüências de não termos participado dos lucros da “era de ouro” do capitalismo e mesmo assim “pagarmos a conta” das transformações geradas por este padrão de desenvolvimento/crescimento.

3.1 - MODELOS DE FINANCIAMENTO EM SAÚDE

São ancorados na relação: política fiscal x política econômica, tendo como limitantes de última instância: o tamanho e a evolução do PIB, nível de renda da população, credibilidade pública e fatores culturais, entre outros.

Além da observância dos limites de arrecadação, é necessário que se tenha claro quais bases darão suporte ao financiamento das políticas de saúde. Esta escolha se relaciona aos modelos e formas pelas quais irá se estruturar a atenção do Estado à saúde. O quadro 1 apresenta uma visão resumida de tais modelos:

Quadro 1
Modelos de Financiamento da Saúde

Camadas da População	Modelo Assistencialista	Modelo Previdencialista	Modelo Universalista Unificado	Modelo Universalista Diversificado
Classe de Baixa Renda	Fontes Fiscais	Sem Recursos Definidos	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais
Trabalhadores formais e Classe Média	Pagamento Direto Pelos Serviços	Contribuições Sociais sobre Folha de Salários	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais	Contribuições Sociais sobre a Folha de Salários (compulsória)
Grupos de Alta Renda	Pagamento Direto Pelos Serviços	Pagamento Direto Pelos Serviços	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais	Pagamento direto Pelos Serviços, Planos Privados Especiais (voluntários)

Fonte: MÉDICE (1994)

O Modelo Assistencialista

Voltado somente para a atenção à saúde das camadas de baixa renda, deveria ser financiado somente com recursos fiscais, isto é, um *mix* de fontes derivadas de diversos impostos. Tanto classes médias, como os trabalhadores formais e os segmentos de mais alta renda, deveriam buscar no mercado soluções para o financiamento de seus programas de saúde.

Este modelo costuma ser de maior proporção em países onde a pobreza absoluta atinge grande contingente da população. E costuma contar com grande ajuda de organismos internacionais e ter suas ações voltadas para medidas preventivas e atenção primária.

Segundo Braga & Góes de Paula⁶⁷, este tipo de sistema representa também o nascedouro da política de saúde nos primórdios do capitalismo, como ocorreu com a medicina social de natureza preventiva na França e Alemanha nos séculos XVII e XVIII, ou ainda com a medicina inglesa do século XIX. Neste último caso visava tornar os pobres mais aptos para o trabalho e menos perigosos para os ricos.

O Modelo Previdencialista

Este é um modelo de atenção médica não-universal, voltado somente para grupos especiais, como os trabalhadores formais e tende a ser financiado a partir de contribuições sociais das empresas e dos trabalhadores. O uso de recursos fiscais públicos para esses grupos poderia comprometer metas de equidade. Mesmo assim, é comum nesses modelos haver uma participação do Estado, destinada a cobrir os custos de administração desses sistemas. Da mesma forma, o uso de recursos dessas contribuições sociais para os serviços de saúde da população aberta tenderia a trazer a desconfiança e até mesmo o repúdio das categorias profissionais que contribuem, acirrando seu individualismo. No entanto, no Brasil, o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, desde 1974, com o advento do Programa de Pronto Atendimento – PPA, destinava recursos para a assistência médica à população aberta (pessoas que não contribuem). Para tanto, utilizava-se o argumento de que, como era alto o grau de monopólio da maioria das empresas no Brasil, o custo das contribuições sociais sobre a folha de salários era repassado para os preços dos produtos, fazendo com que a sociedade inteira - e não somente os trabalhadores formais – financiassem as ações do INAMPS.

Na maioria dos casos, o financiamento deste modelo é do tipo misto, ou seja, a cobrança incide simultaneamente sobre salários e sobre a folha de salários (empregador) da empresa.

⁶⁷ Citado por MÉDICE, André César. Economia e financiamento do Setor de Saúde no Brasil, op. cit. 1994 p. 13.

Modelos Universalistas: Unificado e o Diversificado

Sistemas nacionais de saúde voltados para cobrir a totalidade da população (universais) deveriam ser, em tese, financiados com recursos oriundos de impostos gerais, dado que dizem respeito ao cumprimento de funções do Estado e não de funções destinadas a grupos específicos.

São definidos como unificados porque se baseiam numa estratégia única de financiamento, calcada num modelo definido centralmente, mesmo que sua execução seja descentralizada, ou regionalizada. As fontes de financiamento são postas em fundos de saúde que funcionam como uma caixa única para financiar todos os programas definidos para o setor. Esses sistemas podem ter seu financiamento descentralizado, isto é, os recursos do nível federal podem ser repassados para instâncias regionais (Estados) ou locais (municípios), tendo em vista compor nestas esferas novos fundos unificados.

Entretanto, a maioria dos sistemas universais existentes no contexto mundial foi sendo composta por recursos fiscais globais e contribuições sociais sobre a folha de salários ou diretamente sobre os salários. Incluem-se, neste caso, boa parte dos sistemas europeus e alguns sistemas latino-americanos, como o brasileiro.

Esses sistemas acabam por ser muito rígidos, permitindo poucos controles administrativos que possibilitem reduzir custos ou aumentar a qualidade e a cobertura, sem necessariamente elevar suas despesas. Tornando-se um grande desafio a ser vencido o fato de, garantindo a cobertura de todos, manter a equidade dos serviços com regras competitivas, que permitam ajustar custos e qualidade às demandas específicas de cada clientela e região.

3.2 - O FINANCIAMENTO DENTRO DO PARADIGMA DE DESCENTRALIZAÇÃO

Cabe, antes de tudo, destacarmos alguns aspectos relativos à descentralização, que pode ser entendida, inicialmente, como afastamento do centro. Contudo, quando nos referimos à descentralização das políticas de saúde, estamos falando da transmissão do comando, execução ou financiamento destas políticas do nível central para o intermediário ou local.

Pensar neste tipo de descentralização seria, em primeiro momento, algo bastante simples mas, uma vez que este conceito envolve não somente a descentralização das ações do Estado, como também a descentralização de poder e de recursos, para operacionalizar tais políticas, começa então a existir um complicador.

Há também que se ter claro o caráter instrumental do processo de descentralização, observando que é desta forma que a Constituição brasileira de 1988 a concebe.

Outro aspecto importante na idéia de descentralização é o da participação social, a qual permite maior efetividade no processo à medida que gera um canal de vazão para as demandas sociais da população. Entretanto, esta participação depende da maturação de condições históricas e sociais inerentes a cada localidade. É, portanto, necessário que esta participação seja estimulada, porém, nunca outorgada.

Quando o assunto é descentralização e democracia, existe um consenso de que a descentralização é uma condição necessária, mas não suficiente para o processo democrático. Pois, em geral, a descentralização pode estar associada a várias formas e processos, tais como a desconcentração o deslocamento dos centros de poder/decisão do nível central para os locais; o deslocamento dos centros de execução da administração direta para a indireta; a privatização. Todas essas formas e processos podem ter impactos maiores ou menores na democratização do acesso às políticas sociais.

Entretanto, a descentralização só terá um papel democratizante à medida que o Estado avance na regulação do setor privado, garantindo acessibilidade, melhor qualidade e eficiência.

A análise do financiamento da política de saúde, sob o prisma da descentralização, exige o uso de alguns conceitos especiais⁶⁸, um vez que, no caso da descentralização, a responsabilidade sobre o gasto é transferida da esfera de maior para a de menor hierarquia. É o caso da passagem da responsabilidade do governo federal para o estadual ou municipal, ou ainda do governo estadual para o

⁶⁸ Para uma discussão mais complexa, ver AFONSO, José Roberto, Aspectos conceituais das relações financeiras intergovernamentais. Revista de Estudos Econômicos, São Paulo: USP/IPE, v. 22, n. 1, p. 5-34, jan./abr., 1992.

municipal. No entanto, tal passagem de responsabilidade pode ser financiada de duas formas: através de transferências de recursos da esfera mais central para a mais local, ou mediante recursos próprios da esfera mais local. No primeiro caso, temos o que se convencionou chamar de “descentralização dependente”, ao passo que no segundo caso temos a “descentralização autônoma”.

Difícilmente os modelos de descentralização dependente de recursos permitem flexibilidade, no sentido de cada esfera local escolher o modelo de gestão adequado às suas especificidades. O não cumprimento de parâmetros ou regras de gestão fixadas pelo nível central poderá implicar o cancelamento ou postergação da transferência. Já no caso da autônoma, como os recursos provêm da arrecadação da própria esfera local, não dependendo de recursos transferidos de outras esferas de governo, tem-se aí uma maior flexibilidade no uso dos recursos.

Retornando à descentralização dependente, caso adotado pelo SUS, perceberemos que ela pode ocorrer de duas formas: a primeira, é feita através de transferências negociadas de recursos. Neste caso, mantém-se uma frágil relação de dependência entre a esfera local e a esfera central, a qual está baseada em laços políticos, técnicos ou institucionais que podem ser efêmeros, assim convencionou-se chamá-la de “descentralização tutelada”.

A segunda é baseada em transferências automáticas, as quais podem ser definidas pela Constituição, pela legislação complementar ou ordinária. Esta descentralização, ainda que mantenha o nível de dependência, não é tão efêmera e tem amparo na legislação corrente, não estando atrelada aos humores da esfera que realiza o repasse dos recursos. Chamamos essa forma de “descentralização vinculada”, na medida em que ela se baseia em recursos vinculados a critérios legalmente estabelecidos.

Musgrave & Musgrave⁶⁹ ao estudarem o assunto, classificam as transferências vinculadas como sendo aquelas em que a esfera de Governo beneficiária é obrigada a utilizar contrapartida de recursos e, aquela onde isto não é obrigatório. Porém, ao analisarem algumas transferências para a saúde previstas na Lei 8.080, verificaram

⁶⁹ Musgrave & Musgrave citado por MÉDICE, André César. Economia e Financiamento do Setor de Saúde no Brasil, op. cit. 1994 p. 66

que, apesar da recomendação de contrapartida, dificilmente o Governo Federal acompanha se ocorreu a efetiva contrapartida.

As formas de descentralização financeira aqui abordadas podem muitas vezes ocorrer simultaneamente em uma mesma região. Analogamente, um determinado município pode receber recursos de forma vinculada e tutelada de uma mesma esfera de Governo ou de esferas distintas. Portanto, as formas acima conceituadas são, em geral, complementares.

3.3 - GASTOS EM SAÚDE

Até 1990, os gastos federais no âmbito da saúde no Brasil tinham como fonte de financiamento os recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social – FPAS. Na década de 80, este fundo apresentou de 80% a 92% de suas receitas compostas pelas chamadas contribuições compulsórias⁷⁰. Os demais recursos eram compostos por contribuições do tesouro da União (de 0,6% a 11,0% dos recursos do FPAS), receitas de capital, receitas patrimoniais e outras receitas, que, juntas, não ultrapassavam os 12% dos recursos do fundo.

O FPAS destinou para a saúde, ao longo dos anos oitenta, recursos que não ultrapassaram os 38% de suas receitas. A partir da Constituição de 1988, quando a saúde passou a ser um direito universal, iniciou-se uma substituição gradativa do FPAS por fundos do Tesouro, principalmente o Fundo de Investimento Social – FINSOCIAL. Esta mudança segue até 1993, quando o FPAS deixa de financiar a saúde e passa quase que exclusivamente a financiar os benefícios da previdência social, como pode ser observado na tabela 3, onde é possível evidenciar que, ao longo dos anos oitenta, ocorreu um ligeiro *trade off* entre os recursos do Tesouro e

⁷⁰ Principais receitas das contribuições compulsórias: dos empregadores (10% sobre a folha de salários da empresa, sem teto para arrecadação); dos empregados (varia de 8 a 10% dos salários, de forma progressiva com a renda salarial, até um teto máximo de 10 salários mínimos); dos contribuintes em dobro, que varia de 13,5% a 20% dos salários de contribuição declarado pelo indivíduo – podem estar inseridos nestas categorias os trabalhadores autônomos, os empregadores (enquanto contribuintes individuais) os empregados domésticos e qualquer pessoa que queira auferir um benefício nas regras instituídas pelo Governo; e, por fim, outras contribuições especiais incidentes sobre espetáculos desportivos, venda de combustíveis e lubrificantes no varejo, além de outros.

os do FPAS, aumentando dessa forma a parcela dos recursos fiscais no financiamento dos gastos federais com saúde.

Tabela 3

Evolução dos gastos federais com saúde por fonte de financiamento, 1980/1993 (em US\$ bilhões de 1992)

Anos	Total (100%)	Tesouro (%)	FINSOCIAL (%)	FPAS (%)	FAS (%)	Outras (%)
1980	7,36	12,9	-	85,3	1,5	0,3
1981	6,85	14,5	-	83,9	1,3	0,3
1982	7,15	15,8	-	82,4	1,5	0,3
1983	5,72	16,6	1,9	79,5	1,2	0,8
1984	5,96	14,8	2,2	82,2	0,7	0,1
1985	6,86	18,4	2,5	78,4	0,7	-
1986	7,34*	22,2	-	76,8	1,0	-
1987	10,62	19,3	-	80,2	0,5	-
1988	10,03	19,9	-	79,5	0,6	-
1989	11,32	27,6	-	72,2	0,2	-
1990	9,45**	21,1	-	78,9	-	-
1991	7,85***	-	-	-	-	-
1992	6,57***	-	-	-	-	-
1993	8,31***	-	-	-	-	-

Fonte: IPEA/CSP IN: Médico, 1994 p.72

* Os recursos do tesouro passam a incorporar os do FINSOCIAL.

** O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS é extinto.

*** Os dados sobre a origem dos recursos não são conhecidos, dado que o Orçamento da Seguridade Social – OSS, foi criado em 1988 como fonte de financiamento das ações no campo da previdência social, assistência social, saúde e amparo ao trabalhador, passa a funcionar como caixa único.

Às fontes federais de recursos, devem ser adicionados os aportes fiscais dos Estados e Municípios para compor a totalidade do gasto público com saúde no Brasil⁷¹. A tabela 4 apresenta a composição dos gastos públicos com saúde ao longo dos anos oitenta e noventa, segundo as três esferas de governo. Sendo possível evidenciar-se que, entre 1989 e 1992, os gastos federais *per-capta* tiveram uma queda de 45,12%, passando de US\$ 80,37 para US\$ 44,11, existindo em 1993 uma recuperação de 24% . Mesmo assim, ele ainda se encontra abaixo do realizado no

⁷¹ Deve-se levar em conta que os gastos dos Estados e Municípios são ainda adicionados das transferências da União que aparecem, nesta análise, como gastos federais com saúde.

ano de 1986 e muito inferior ao ponto mais alto da série, ocorrido em 1989. Quanto ao gasto público total, considerando-se que ele tenha chegado a US\$ 65,11 em 1992, ocorreu uma tênue recuperação em 1993, quando passou para US\$ 74,02.

Tabela 4

Gastos com saúde nas três esferas de governo, 1980/93

(Em US\$ milhões médios de 1992)

Anos	Federais	Estaduais	Municipais	Totais	Fed. per-capta	Tot. per-capta
1980	7.356,3	1.666,3	687,5	9.710,1	61,82	81,59
1981	6.846,3	1.560,1	641,7	9.048,1	56,46	74,62
1982	7.148,3	1.379,0	755,1	9.282,4	57,86	75,13
1983	5.715,6	1.291,0	632,1	7.638,7	45,41	60,68
1984	5.956,6	1.470,0	728,5	8.155,1	46,44	63,58
1985	6.857,3	1.553,6	827,5	9.238,4	52,47	70,69
1986	7.340,9	1.962,9	1.061,7	10.365,6	55,13	80,03
1987	10.624,4	906,4	982,2	12.513,0	78,31	92,23
1988	10.030,2	-59,0	1.535,0	11.506,2	72,56	83,24
1989	11.320,3	1.159,2	1.260,4	13.979,8	80,37	99,26
1990	9.451,6	1.621,1	1.424,0	12.496,7	65,86	87,13
1991*	7.847,0	1.383,5	1.089,9	10.320,4	53,67	75,38
1992*	6.571,2	1.342,7	1.165,9	9.079,8	44,11	65,11
1993**	8.307,6	1.255,6	1.090,2	10.653,4	54,73	67,90

Fonte: IPEA/CSP e Área Social da FINDAP/IESP (ótica origem dos recursos) IN: Médice, 1994, p. 74

* Estimativas para 1991 e 1992 (Estados e Municípios) baseadas nos dados da DIVEM/STN/MF, relativa às taxas de crescimento associados aos gastos estaduais e municipais com a função saúde e saneamento;

** Estimativas para Estados e Municípios baseadas na taxa de crescimento da arrecadação dos principais impostos destas esferas de governo.

3.4 - QUESTÕES RECORRENTES NO FINANCIAMENTO

Ao procedemos a estudos sobre as questões relacionadas ao padrão de financiamento proposto pelo movimento de reforma sanitária, um fato nos chamou grande atenção, a despeito deste não estar diretamente relacionado ao financiamento, mas sim à forma com que a sociedade se agrupa e conseqüentemente se fragmenta.

Nos referimos à tensão gerada pela ampliação de beneficiários *versus* a manutenção do universo de contribuintes. Esta tensão gera uma espécie de corporativismo por parte dos trabalhadores do setor formal que até aqui se encontravam amparados pelos benefícios de previdência e assistência social, representados por seus sindicatos os quais se organizam no início dos anos noventa de forma a buscar garantir a manutenção de certos “privilégios” para os trabalhadores e os desempregados das categorias que representam, ao invés de lutarem por melhores condições para a coletividade da sociedade. Um exemplo claro desta postura corporativista e sectária pode ser encontrado nas palavras de Costa⁷², quando ele analisa o comportamento dos sindicatos.

As convenções coletivas de quatro sindicatos de São Paulo, em fins da década de 80, fazem referência explícita aos convênios médicos, [...] A mesma característica apresenta a agenda de eletricitários, bancários, aviários, sindicatos metalúrgicos da Grande Belo Horizonte [...] Em fins da década de 80, a demanda por serviços supletivos de saúde tornou-se componente implícito das negociações entre capital e trabalho. [...] Essa preocupação com o trabalhador desempregado e, portanto dependente do atendimento público apareceu em vários outros acordos, atestando não só o reconhecimento pelos sindicatos das grandes dificuldades de realização, fora do circuito do trabalho, de alguns direitos essenciais de assistência à saúde, mas também o distanciamento ativo da agenda publicista.

Assim torna-se evidente a postura corporativista dos sindicatos representantes dos trabalhadores do setor formal frente às necessidades dos demais beneficiários das políticas sociais. Este comportamento já tinha sido observado e descrito por Wilson⁷³, que adverte que a extensão e a natureza dos conflitos em uma área de política dependem da incidência de custos e benefícios sob o ponto de vista daqueles que arcam com os custos ou usufruem os ganhos.

A questão que nos chama atenção no entanto é, por um lado, a forma com que alguns setores sociais se organizam, e por outro, a existência do que Costa⁷⁴ qualificou de paradoxo: onde num contexto de razoável institucionalização da representação sindical nos fóruns de gestão e formulação das políticas públicas de saúde, estes defendiam teses publicistas, quando não estatizantes, apesar de

⁷² COSTA, Nilson do Rosário. Políticas Públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil, Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro:FGV, out./dez. 1994, p. 8-10

⁷³ Wilson, James, Political Organizations, Nova Iorque, Basic Books, 1979 p. 333, citado por COSTA, Nilson do Rosário. Inovação Política, Distributivismo e Crise; a política de saúde nos anos 80 e 90, DADOS- Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 39, n 3, 1996, p 499.

⁷⁴ COSTA, Nilson do Rosário. Políticas públicas, direitos e interesses: op. cit. 1994 p. 10

sustentarem uma agenda auto-referida e segmentadora na mesa de negociação, ou seja, ao invés de aproveitarem o momento favorável e pleitear melhorias para a sociedade, eles mantinham-se na defesa de seus interesses individuais. Nesta mesma linha, Serra⁷⁵ argumenta que o sistema só poderá melhorar se, ao invés de abandonarem o sistema, seus usuários “clamarem” por melhorias.

Com isto reforça-se a tese de que o Estado brasileiro, a despeito do movimento contra-hegemônico representado pelo movimento sanitário, manteve uma estrutura pouco comprometida com a sociedade civil, legitimando interesses corporativos e que, apesar da destruição de alguns arranjos institucionais herdados dos períodos imediatamente anteriores, constituíram substitutos à altura.

Outra questão é o modo como se desenhou a fórmula de financiamento de seguridade social, assim como a maneira que esta é alterada. Pois, inicialmente, o conjunto de inovações propostas pela Reforma Sanitária possibilita a ampliação da equidade e justiça social, sem contudo identificar a forma de financiamento para tais ações.

O discurso contra a centralização encontra eco nas demandas federativas de municípios e estados para o acesso a uma parcela maior do orçamento público e maior autonomia na implementação de políticas. Então, a articulação público/privado apoiada por grupos de interesses subnacionais, especialmente secretários de saúde estaduais e municipais, deflagra uma vertiginosa expansão de equipamentos de prestação de serviços na área da saúde. Estes grupos vêem aí uma possibilidade de ampliarem a oferta de serviços na área de saúde, sem uma necessária contrapartida imediata, já que o ônus de tais ações permaneceu, até o início dos anos 90, por conta do fundo previdenciário.

Esta expansão, cujas evidências são incontestáveis⁷⁶, geram questionamentos quanto à existência de corrupção na área da saúde e da falta de controle sobre os provedores privados. Como esta situação apresenta-se sem solução adequada até início dos anos noventa, ela é reestruturada e passa a ser uma das bandeiras que

⁷⁵ SERRA, José. Entrevista “A questão da Saúde no Brasil”, op. cit. 1999, p.49-50.

⁷⁶ Sobre isto, ver dados do Ministério da Saúde os quais apresentam a evolução do número de leitos hospitalares e que passam de 3,01 por 100 hab. em 1970 para 10,27 por 100 hab. em 1992.

defendiam a idéia de “uma previdência social independente, livre das mazelas políticas”, tornando-se senso comum a idéia de crise na Previdência Social.

Um relatório organizado por Antônio Brito produz um conjunto articulado de opiniões sobre a falência gerencial e burocrática do sistema previdenciário. Este relatório transforma-se, assim, no ponto de partida para o veto, ao que se chamou de “excessivo” comprometimento de recursos previdenciários, viabilizando desta maneira a criação do Orçamento da Seguridade Social – OSS. Este relatório deixa claro que:

[...] a Constituição de 1988 trouxe para o país o conceito moderno, justo, viável, de seguridade social - integração indispensável entre esforços públicos, privados e comunitários no campo social. Para preservar suas possibilidades de implantação, a Assembléia Nacional Constituinte estabeleceu orçamento próprio para a seguridade social e fontes específicas de receitas. A experiência dos três primeiros anos é triste. A crise fiscal e a recessão empurraram o Tesouro para uma atitude simplista: já que a seguridade social tem receitas próprias, a União, através do Orçamento Fiscal, praticamente exonerou-se de qualquer obrigação com investimentos em saúde e assistência social [...] A imprecisão na conceituação de seguridade social, os erros cometidos pelo Congresso Nacional na discussão do Orçamento da União e as prioridades adotadas pela política econômica acabaram levando a um sistema em que, dos recursos destinados pela sociedade brasileira à seguridade social, pouco mais de 60% são utilizados em atividades fins. E 40%, em média, no pagamento de benefícios. A seguridade social acaba presa a um perigoso círculo vicioso, onde as pressões da saúde em torno de recursos têm como vítima a Previdência, esta, a saúde e ambas a assistência social, quando o correto seria a discussão de prioridades no País, a busca de maior participação de recursos fiscais⁷⁷

Assim cria-se um ambiente propício para a ruptura institucional entre o sistema previdenciário e o setor de saúde, desfazendo-se o desenho da política solidária esboçado desde os anos 70, e descaracterizando o arranjo institucional básico na definição da política de atenção médica como política pública.

Este desarranjo institucional conduz a opinião pública a aceitar a idéia de problemas de escassez no financiamento da área da saúde e, ao mesmo tempo, impor ao Ministério da Saúde uma “luta” por recurso frente ao Tesouro Nacional. A sociedade civil tem como resultante deste confronto interburocrático no plano federal, a implantação de mais um tributo, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF, imposto justificado pela necessidade da manutenção de acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde.

⁷⁷ Comissão especial para Estudos do Sistema Previdenciário, “Relatório Final”, Previdência em Dados, v. 7, n.2, jan./abr., 1992, p. 10

4 - AS AÇÕES DE SAÚDE SOB AS ÓTICAS ESTADUAL E MUNICIPAL

4.1 - O PARANÁ: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

No início do século, o Estado teve seu desenvolvimento produtivo baseado na indústria de extração, mais especificamente, de madeira e erva-mate, chegando, no entanto, a representar 4,5% do valor da produção da indústria nacional em 1907.

Com a aceleração do processo de concentração industrial em São Paulo, a performance da indústria paranaense perde fôlego e apresenta, relativamente a outros Estados, uma baixa taxa de crescimento, chegando a representar 2,2% da produção industrial em 1939 e apresentando da mesma forma uma infra-estrutura econômica bastante deficiente.

Com a migração da cafeicultura para o norte paranaense, entre 1939/49 a economia do Estado recupera fôlego, crescendo a uma taxa aproximada de 10% a.a., taxa esta, superior a do país, recuperando assim sua participação nacional.

Contudo, nos anos sessenta, o Paraná mantém sua posição de economia periférica à economia paulista. Conforme Castro e Leão⁷⁸, esta relação de dependência somente apresentará sinais de ruptura na década de setenta, com o surgimento e consolidação de uma agricultura moderna e tecnificada, e de um complexo agroindustrial que atende aos mercados nacional e internacional.

Até esse período, a população é eminentemente agrícola, apresentando, em sua maioria, pequenas propriedades, o que propiciava um caráter disperso da propriedade rural. Estes pequenos produtores mantinham um vínculo estreito com o comércio, além de não apresentarem significativas alterações em sua base técnica.

É a partir deste contexto que os anos setenta assistem o que foi denominado por Leão⁷⁹ como “modernização conservadora”, a qual propicia novas formas de organização da produção, afetando a estrutura fundiária, a pauta dos principais produtos e sua forma de comercialização.

⁷⁸ CASTRO, Demian; LEÃO, Igor Z. C. C. Paraná: Desenvolvimento Exitoso de um Estado Brasileiro, Texto para discussão UFPR, Curitiba, 1995, p. 7-8

⁷⁹ Para aprofundar a discussão, ver LEÃO, Igor C. C. o Paraná nos anos setenta, Curitiba:IPARDES/CONITEC, Coleção Teses 1, 1989.

Estas intensas transformações apresentam várias conseqüências sobre a população, com destaque para: a) brusca queda da população estadual, em grande parte estimulada pelo intenso processo migratório, que tinha por principais destinos o Estado de São Paulo e a região Amazônica, entre outros⁸⁰; e, b) mudança no perfil populacional com a população urbana saltando de 36,1% para 58,6%, como proporção da população total ente 1970 e 1989, conforme é reconhecido por Castro e Leão⁸¹.

Neste mesmo período, a cidade de Curitiba apresenta um aumento populacional absoluto de 440 mil habitantes, momento a partir do qual se constitui a sua região metropolitana, acompanhando, como mostram Ultramar e Moura⁸², um processo nacional de metropolização que se estende do nordeste ao extremo sul do Brasil.

A expressiva crise econômica que assola o Brasil nos anos oitenta, juntamente com os sinais de esgotamento do padrão e modelo de desenvolvimento, não permite que o Paraná escape imune.

Entretanto, a economia paranaense, apesar de tímida, cresce a taxas melhores do que a do país como um todo, apresentando modificação na sua estrutura produtiva em aspectos significativos, de forma a resistir ao desolador quadro de crise – nacional e internacional.

Apesar dessa resistência na dinâmica econômica do Estado, o conjunto da população resente-se com as dificuldades econômicas, com o estreitamento das oportunidades de emprego em geral, e emprego formal em especial, acompanhado por conseqüente queda dos salários, observando-se uma nítida deterioração das condições de vida das populações mais pobres, no que se refere à renda, pelo menos, além da adoção de uma insuficiente política social frente à forte evolução na demanda por tais serviços, fenômeno que é conhecido em economia como elasticidade-renda.

O início dos anos noventa reproduz ainda de forma contundente o quadro de dificuldades econômicas sofridas pelo país na década de oitenta. Mas, a despeito,

⁸⁰ Para um maior detalhamento, ver a dissertação de mestrado de MAGALHÃES Marisa. V. O Paraná e as Migrações 1940 a 1991, Belo Horizonte:1996, Dissertação de Mestrado apresentada à universidade Federal de Minas Gerais. Mímeo.

⁸¹ CASTRO E LEÃO, op. cit. 1995, p. 11

da baixa retomada na dinâmica econômica brasileira, o Estado do Paraná passa a apresentar significativos resultados econômicos. Castro e Leão⁸³ explicam esta evolução positiva como sendo puxada pela elevação do preço das *commodities*, entre outros fatores, conforme destacado a seguir: a) avanço da estrutura agroindustrial; b) incorporação de tecnologias; c) aumento substancial das exportações; d) ações do governo estadual no sentido de restauração e/ou aprimoramento da infra-estrutura. Esta “ilha de crescimento”, entretanto, sofre um arrefecimento em 1995 com a queda dos preços agrícolas e a desaceleração da economia brasileira.

4.2 - A DESCENTRALIZAÇÃO SOB A ÓTICA DO ESTADUAL

De acordo com vários autores, entre eles Silva⁸⁴, a descentralização das políticas públicas no Brasil, a partir da década de 70, passou a ser sinônimo de “fim do Estado autoritário e de seus arranjos de poder”, ou ainda sinônimo de democracia e participação. Assim, vem procurando se ajustar a um modelo de operacionalização

No que diz respeito às questões de saúde, esta alteração de comportamento apresenta caráter internacional, representado pela mudança do enfoque/conceito sobre saúde explicitado na Declaração de Alma Ata. Esta postura muito influenciou os nossos sanitaristas, gerando o movimento sanitário, o qual, associado ao desgaste político sofrido pelo governo, juntamente com a crise econômico-financeira, abre caminho para um novo modelo assistencial.

A efervescência do final dos anos setenta e início dos oitenta fez com que a operacionalização do sistema de saúde migrasse dos sistemas fechados e centralizados para as Ações Integradas de Saúde (AIS) e daí para o Sistema

⁸² ULTRAMARI Clovis; MOURA Rosa, (org.) *Metrópole: Grande Curitiba: Teoria e Prática*, Curitiba: IPARDES, 1994

⁸³ CASTRO E LEÃO, op. cit. 1995 p.18-19

⁸⁴ SILVA, Pedro Luiz Barros. *Descentralização de Políticas Sociais: marco teórico e experiências internacional e brasileira*, In: VELLOSO, et alli, 1995 p. 13-30

Unificado e Descentralizado (SUDS), até atingir a universalidade do direito à saúde representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição de 1988 e, mais tarde, as Leis 8.080 de 19/09/90 e 8.142 de 28/12/92, juntamente com a Norma Operacional Básica – SUS de 93 e 96, é que propiciaram a sustentação legal para o SUS, bem como indicaram a necessidade da busca por maior participação social⁸⁵, legitimando a descentralização e redemocratizando as ações e decisões da gestão pública.

Do ponto de vista legal, não existem entraves para a descentralização. Contudo, do ponto de vista real/operacional, ela se processa de forma pouco linear nos diferentes Estados e municípios, dado nossa dimensão territorial e os diferentes estágios de desenvolvimento de cada município, além do próprio tamanho de população e suas distintas demandas. A isto, se somam fatores históricos de organização social, entre outros entraves.

No caso específico do Paraná, estudos realizados pelo IPARDES⁸⁶, para o período compreendido entre 1987/94, sugerem que “existem dois cenários bastante diferenciados, onde de um lado, o Estado procurou manter um padrão de políticas sociais (em alguns casos chegando a ampliá-lo) em meio a um esforço de ajuste fiscal e elevação dos repasses constitucionais para os municípios. Por outro lado, o conjunto dos municípios paranaenses apresentou ganho de receitas a partir de 1989, o que permitiu a elevação de seu patamar de gastos de forma a assumir maiores responsabilidades ou atribuições pela prestação de serviços públicos”⁸⁷. Destaca-se cidade de Curitiba, que apresenta um padrão superior à média, uma vez que, do ponto de vista fisco-arrecadador, sua capacidade é considerada muito boa, viabilizando desta forma um incremento no âmbito das políticas sociais.

Até 1990, aproximadamente dois terços dos municípios do Estado já haviam aderido à proposta do SUDS. No entanto, nesta proposta não lhes era dado o poder decisório, restringindo-se, tão somente, à transferência da organização dos serviços.

⁸⁵ NOGUEIRA, M. A. A Dimensão Política da Descentralização Participativa, São Paulo em Perspectiva, v. 11, n. 3, São Paulo:Fundação SEADE, p 8-19, jul/set.,1997.

⁸⁶ RAGGIO, Nadia Z.(cord.) Balanços e Perspectivas da Descentralização: O caso do Paraná: Finanças Públicas do Estado e dos Municípios entre 1987 e 1994, Relatório Final, Curitiba:IPARDES set.,1996.

⁸⁷ RAGGIO, Nadia Z.(cord.) Balanço e Perspectivas da Descentralização: O Caso do Paraná: Setores de Política Social, Relatório preliminar, Curitiba:IPARDES, out.,1996, p 46

A partir de 1992, quando o governo do Estado incorpora a proposta do SUS, passa-se a enfatizar a descentralização também sob o ponto de vista do poder decisório sobre a coordenação das políticas municipais de saúde. Esta postura influencia a alta adesão e o enquadramento dos municípios a algum tipo de gestão.

Em 1994, 84% dos municípios estavam enquadrados na condição de gestão incipiente, 16% na gestão parcial, outros 16% ainda não haviam aderido a nenhuma modalidade e somente Curitiba apresentava-se na gestão semiplena.

Há que se destacar que, para o município se enquadrar nessa ou naquela modalidade, primeiro é necessário querê-lo; segundo, apresentar condições técnicas; e terceiro, ser reconhecido pelo Ministério da Saúde através das decisões das comissões bi e tripartite.

De forma geral, grande parte da responsabilidade da implementação e consolidação do SUS no Paraná pode ser atribuída ao governo do Estado que, através de decisões técnicas e políticas, vem criando as condições necessárias para esta consolidação da universalização e descentralização dos serviços em saúde. Como exemplo dessa postura de governo, podemos citar o caso da criação do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, o qual deve sua constituição primária a um decreto municipal. Esta ação, embora tenha recebido inúmeras críticas, é que propiciou condições básicas para o embrião organizativo se desenvolver.

4.3 - CRONOLOGIA DAS AÇÕES DE SAÚDE EM CURITIBA

A criação da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba é datada de janeiro de 1986. Porém, as ações de atenção à saúde nesta cidade têm uma longa história, existindo registros de ações curativas na região desde 1654, embora politicamente a Vila Curitiba só tenha se organizado em 1693, e a primeira Botica só tenha aparecido em 1819. Mas para não retroagirmos demais, ou nos perdermos em detalhes, iremos limitar nossa cronologia ao início do século e, principalmente, concentrarmo-nos no período compreendido entre final dos anos oitenta e início dos noventa.

Por volta do início do século XX, as oligarquias predominavam no poder, as classes média e pobre não tinham nenhuma forma de organização política reivindicatória, e o acesso à política e aos partidos era praticamente exclusivo aos senhores de terra e, em menor escala, da indústria, então nascente. Assim, o governo não era pressionado por reivindicações de cunho social. As ações, quando realizadas, eram baseadas no conforto da saúde da classe dominante, ou nas palavras de GIACOMINI⁸⁸:

A começar pela evidência de que os princípios que nortearam o estabelecimento das políticas de saúde derivam sempre das conjunturas políticas e econômicas vigentes e transformaram-se de acordo com elas. Assim, desde o final do século passado até a metade deste a hegemonia esteve por conta do modelo Campanhista. O qual cumpria a exigência de sanear os espaços de circulação das mercadorias e controlar as doenças que pudessem prejudicar a exportação. [...] Algumas raras experiências de assistência médica baseavam-se na fundação de entidades filantrópicas como as Santas Casas do século passado, que nasceram na esteira dos contratos de migração que exigiam do governo assistência médico-hospitalar aos imigrantes.

O modelo citado acima só apresenta sinais de enfraquecimento e conseqüente substituição pelo modelo de Assistência Médica Privatista à medida que avançaram os processos de industrialização e urbanização, sendo adotada como marco destas transformações a Revolução de 1930.

Da mesma forma no início do século XX, Curitiba apresentava uma população de aproximadamente 30.000 habitantes. Já nesta época com “status” de capital do Estado, suas finanças estavam baseadas na comercialização da erva-mate e seus dispêndios voltados para a urbanização da cidade.

Durante toda a década de 20, havia um movimento em todo país de rebeldia contra velhos padrões, mas não atingiam proporções suficientes, especialmente por aqui, para conquistarem espaço de realização de seus anseios.

Na década de 30, viveu-se a intensa expansão das cidades e declínio do campo⁸⁹. No caso do Paraná, experimenta-se um novo impulso econômico e populacional, com a colonização do norte do Estado e a chegada de migrantes,

⁸⁸ GIACOMINI, Carlos H. Descentralização e Distritos Sanitários: aproximação e deslocamento de poder o processo de distritalização da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Londrina, 1994. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Estadual de Londrina, Mimeo, p. 103-104

⁸⁹ Processo exaustivamente explorado pela historiografia, a qual atribuem à industrialização e à segunda guerra mundial, as responsabilidades por tal mudança no quadro populacional.

principalmente alemães, russos e poloneses os quais fixam-se nas proximidades de Curitiba.

Nos anos 40, mais precisamente em 43, Curitiba assiste à implantação do seu primeiro Plano Diretor, e com ele os primeiros 5 distritos sanitários do Estado, sendo sede de um deles. Iniciando-se, assim, uma aproximação entre os serviços de saúde do Estado com o município.

Em 1942, tem início o processo de centralização dos serviços de saúde, que antes se encontravam sob controle das prefeituras e agora passam para os Estados, os quais passariam a receber 5% dos orçamentos das prefeituras para custeio das novas funções. Nesta época, o enfoque dado à saúde era prioritariamente o da prevenção. E em 1945, acontece a 1ª Conferência Nacional de Saúde.

Com o fim da ditadura e da II Guerra Mundial, e no mesmo compasso do país que atravessava uma excelente fase econômica, Curitiba atinge o maior índice de crescimento populacional do Brasil, tendo como conseqüência a expansão da cidade e o início da sua industrialização, embora o Estado ainda mantenha uma relação econômica periférica a São Paulo.

Em 1952, no âmbito nacional, era realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde, cuja preocupação básica era de definir o espaço institucional à saúde, destacando a importância dos profissionais do setor. No âmbito estadual era criado o Departamento da Criança e Associações de Proteção à Maternidade e à Infância, com a função principal de promover a educação sanitária, essencial para elevar o padrão de higiene da população.

Apesar disso, continuavam altas as taxas de mortalidade infantil, sendo que as autoridades sanitárias responsabilizavam a desnutrição, a ignorância das mães e dos serviços de puericultura. Este período foi caracterizado pela prática autoritária e pelo discurso institucional, que conferiam à educação sanitária a resolução para todos os problemas de saúde, especialmente pelos pacientes de menor renda, os quais eram vistos como “doentes porque ignorantes”. No entanto, pode-se atribuir estes altos índices de mortalidade a má distribuição de renda e à falta de saneamento básico.

A partir de 1964, o papel do Estado é redefinido e sua intervenção na economia se expandiu por todas as esferas da vida social, sendo que as políticas sociais se

caracterizavam pela implementação de um novo conceito de eficiência, no qual os interesses econômicos prevaleceram sobre os interesses sociais. O modelo médico passou por uma profunda alteração com a entrada do capital privado no setor. Houve sofisticação dos serviços, favorecendo a instalação da indústria de equipamentos e farmacêutica.

No que se refere ao Paraná, o governo local se responsabiliza pelas ações preventivas – imunização e saneamento -, passando a ser incentivador de ações curativas pela iniciativa privada.

E, nesse mesmo período, a rede hospitalar em Curitiba observa um largo crescimento, pois era grande o número de médicos oriundos do interior, onde conseguiram acumular capital, incentivados pela política de saúde então vigente. A despeito desta expansão observam-se precárias condições de vida relacionadas ao meio-ambiente – saneamento básico, nível sócio-econômico e zoonose, motivos que levaram a prefeitura a investir em ações de promoção à saúde, as quais incluem: a criação do Plano Municipal de Saúde Pública; implementação de uma reforma administrativa com a criação do Departamento de Bem-Estar Social com a Diretoria de Medicina e Engenharia Sanitária; contratação dos primeiros profissionais – um engenheiro sanitário, quatro auxiliares de saneamento, seis visitantes sanitários, um assistente administrativo, em médio e um odontólogo – o que refletia a estratégia sócio-médica, com ações coletivas predominando sobre as ações individuais e curativas.

Também se estabeleceu um acordo de cooperação com a Fundação SESP, de forma que alunos dos cursos de auxiliar de saneamento, promovidos por esta fundação, passariam a estagiar na unidade sanitária do Cajuru, realizando trabalho de reconhecimento do território adjacente à unidade, antes desta iniciar suas atividades clínicas propriamente ditas, o que só ocorreu no final de 1964, ano que também marca o início das atividades de outra unidade sanitária no Centro Experimental da Vila Leão, atendida por pessoal da Secretaria de Saúde do Estado. Em 1966, foram instalados consultórios odontológicos em três escolas e inaugurada a Unidade Sanitária Municipal do Pilarzinho.

A administração seguinte é marcada por uma mudança na orientação até aqui implementada pelo município. Estabelecendo-se agora ação programática para

grupos de risco – gestantes, lactentes, infantes, crianças e adultos-, introduzindo-se o atendimento de enfermagem e ampliando-se o atendimento odontológico em outras escolas.

A difícil conjuntura econômica que marca os anos setenta, especialmente a do fim do chamado “milagre econômico brasileiro” propicia o acirramento da crise de legitimidade do regime ditatorial, pressionando-o para o debate acerca do Estado de Direito, dos direitos humanos e da efetividade das políticas públicas na resolução da questão social. Simultaneamente, assiste-se a uma proliferação das organizações políticas de oposição, consolidando-se nas cidades diferentes formas de organização para a luta pelos direitos de cidadania. Este contexto aparece claramente nas palavras de Cordoní⁹⁰ “A saúde surge como área estratégica para absorção de tensões sociais- inerentes ao tipo macro-estrutural da sociedade brasileira, mas que tendem a se agravar nos últimos quinze anos – porque as conseqüências do modelo sócio-econômico se manifestaram de maneira demasiado evidente sobre a saúde das pessoas”.

O Estado, por seu turno, através de suas instituições, surgiu como regulador das questões sociais e lhes deu um caráter geral ao formular as políticas sociais que buscavam simultaneamente controlar a participação das classes dominadas, garantir a lucratividade e a acumulação da classe capitalista, assegurando assim a dominação. Seu discurso era o de defesa do bem-estar social, de acordo com a ideologia da classe hegemônica, entretanto, apesar da tentativa de velar seus objetivos, eram claras as preocupações sobretudo com interesses capitalistas e, apenas secundariamente, com o homem.

Neste período, o Paraná registra uma violenta queda no ritmo de expansão. Apesar disso, Curitiba consegue manter um bom nível de expansão, destacando-se nacional e internacionalmente, dado o conjunto de mudanças radicais na infraestrutura⁹¹ urbana da cidade, recebendo destaque a implantação das canaletas expressa, as vias rápidas e a interrupção de ruas centrais para o tráfego de automóveis – inéditos no Brasil. Inicia-se também a implantação da Cidade industrial

⁹⁰ Cordoní, citado por GIACOMINI op. cit. p. 107.

⁹¹ Este conjunto de mudanças na infra-estrutura urbana é considerado por alguns autores como característico das administrações de Jaime Lerner, sendo esta sua primeira administração.

de Curitiba – CIC e toda a infra-estrutura urbana, com incentivos fiscais para a instalação de indústrias.

Mas, nem só bons acontecimentos caracterizam a cidade, que assiste no período de 71/73 um crescimento superior a 8% da população favelada. Destaca-se também a construção, mas assinala-se insuficiente, de vários conjuntos habitacionais com deficiência nas condições de urbanização. No âmbito das ações de saúde, são ampliados para cinco o número de unidades sanitárias que fornecem consultas, vacinas e medicamento e passa para 12 o número de consultórios odontológicos.

O ano de 1975 assinala a criação do Sistema Nacional de Saúde, em que o Ministério da Saúde ficou responsável pelas medidas de ordem coletiva e o Ministério da Previdência e Assistência Social pelas medidas de caráter médico-assistencial individual no que se refere ao país. E, o início de um novo governo estadual – 1975/79 - pautado pela execução de grandes obras, além da busca pelo equilíbrio orçamentário, mas que, apesar disto, eleva para 10 o número de unidades sanitárias e para 13 o número de consultórios odontológicos.

Nos anos seguintes, 1979/82, intensificou-se o processo de abertura política no país, e o governo municipal não escapava imune a esta agitação política, sofrendo pressões para dar soluções aos problemas na área social, mais especificamente no que se referia à urbanização das favelas e aos problemas na área de saúde. O setor saúde incorpora o discurso da Conferência de Alma-Ata e da Atenção Primária de Saúde.

Por outro lado, o contexto internacional, é marcado pela discussão a respeito dos custos da assistência médica, uma vez que, desde o momento em que os hospitais assumiram posição central na prestação de serviços de saúde no final da década de 50, definindo-se como o local de encontro das diversas especialidades médicas, como detentor da infra-estrutura e dos equipamentos necessários para a prestação dos serviços de saúde, elevam-se os custos do ato médico, impossibilitando o acesso à maioria das pessoas, principalmente nos países subdesenvolvidos⁹².

⁹² Braga e Paula citado por GIACOMINI, op. cit. p. 109. Sobre este assunto ver também JATENE, Adib. Novo Modelo de Saúde, Revista de Estudos Avançados, São Paulo: IEA/USP. V. 13, n. 35, 1999, p.53-59.

A conferência de Alma-Ata e sua proposta de Atenção Primária à Saúde são exemplos da busca de alternativas para esta realidade. O movimento contra-hegemônico brasileiro no setor de saúde, e que passa a defender a reforma sanitária, incorpora este discurso.

Curitiba, na vanguarda dos acontecimentos e abrigando inúmeros participantes do movimento sanitarista, promove a assimilação deste ideário, delineando de forma contundente novos rumos para as políticas de saúde a serem adotadas na década seguinte.

Em 1979, é criado e incorporado ao Departamento de Bem-Estar Social o Departamento de Desenvolvimento Social com a proposta de que ao município competia implantar uma rede de unidades de saúde que assegurasse à população pleno acesso à atenção primária. As unidades de saúde seriam distribuídas pela cidade, utilizando um critério que privilegiava as regiões de menor renda. Estas unidades teriam uma área de abrangência⁹³ delimitada, a fim de garantir a qualidade e a eficiência do atendimento.

Esta proposta era balizada por quatro diretrizes básicas, as quais primavam pela democratização da atenção médica; pela extensão de cobertura e hierarquização dos níveis de atenção; pela medicina integral; e participação da comunidade.

No contexto nacional, o início dos anos oitenta é marcado pelo processo de redemocratização, e a 7ª Conferência Nacional de Saúde, que foi realizada em 1980, incorpora este espírito, uma vez que esteve sujeita a influências internacionais de democratização dos serviços de saúde.

Neste mesmo ano de 1980, em Curitiba, foi elaborada a proposta “Modelo de Saúde Regionalizado e Hierarquizado”. Esta proposta era de co-participação SESB-INAMPS-PMC-SAZA LATES, visando a maior integração entre as instituições. Além disso, ocorre uma modificação na forma de atuação das unidades de saúde, as quais passam a adotar o modelo de atenção Primária, priorizando o atendimento programado (gestantes, crianças, adultos, hipertensos, etc), a imunização e a educação em saúde, com delegação de função para a enfermagem. Também foram

⁹³ Este critério de limitar a área de abrangência tem defensores e críticos. Já houve experiências tanto neste sentido, quanto no de liberar tais áreas, chegando-se a conclusão de que do ponto de vista operacional a limitação propicia uma melhor atuação e controle, contudo, o atendimento emergencial não deverá ser restrito.

firmados convênios com o INAMPS para encaminhamento de exames complementares e teve início a normatização de procedimentos médicos e de enfermagem. A centralização, o que passará a constituir uma das mais fortes características dos serviços de saúde em Curitiba, segundo as palavras de GIACOMINI⁹⁴.

Em 1982, quando Maurício Fruet assume a gestão municipal, a despeito do quadro de crise e recessão e uma vez que este período é marcado pelo aumento das pressões sociais, sendo evidente a necessidade de responder à crescente demanda por serviços num quadro de recursos escasso, suas ações no âmbito da saúde seguem a mesma linha do Plano Setorial de Saúde do governo anterior, continuando, dessa forma, a expansão da rede de centros de saúde, e a consolidação da atenção básica e das formas de integração dos níveis federal, estadual e municipal de governo. Buscou-se, assim, aprofundar ainda mais as propostas que vinham sendo construídas a partir das idéias da Medicina Comunitária e Alma Ata, as quais já haviam encontrado formulação nacional no Prev-Saúde em 1980, embora no âmbito nacional esta tenha sido implantada com a alegação de “escassez de recursos financeiros”.

As tentativas de integração com o INAMPS, que até aqui se apresentaram, e que foram pouco frutíferas, passam a dar sinal de vigor. A assinatura do convênio das Ações Integradas de Saúde – AIS com a Secretaria do Estado garantem um aporte de recursos financeiros suficiente para melhorar a infra-estrutura do setor, com a implantação de laboratórios e na disponibilidade de medicamentos.

No período seguinte, entre 1985 e 1988, prossegue-se dando continuidade ao trabalho até aqui realizado, ou seja, a rede continua se expandindo. Sendo o ano de 1986 caracterizado pela criação da Secretária Municipal de Saúde – SMS, em substituição a até então vigente Diretoria de Saúde do Departamento de Desenvolvimento Social.

Podemos ter uma idéia da forma como a SMS é concebida e recebida através da observação das palavras de Esmanhoto e Pereira⁹⁵ “a SMS veio consolidar a idéia de que uma instituição municipal, ligada à área de saúde, deve olhar toda a cidade sob a

⁹⁴ GIACOMINI, op. cit. p. 110.

⁹⁵ ESMANHOTO, Rita; ALMEIDA, Nizan P. A saúde das Cidades, São Paulo:HUCITEC, 1989 p.

ótica da prestação de serviços e da saúde coletiva.(...) trouxe consigo uma visão epidemiológica das causas de morte e das doenças que afetam a todos os curitibanos”.

No âmbito nacional, este mesmo ano é palco de realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual ocupa um papel ímpar na história da democratização das ações de saúde. Sua tese guia é a da universalização da saúde, que passa a ser concebida como um direito de todo o cidadão e um dever do Estado. O foco então é voltado para a descentralização e fortalecimento do município, com a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, objetivando a construção do Sistema Único de Saúde⁹⁶.

A SMS de Curitiba, com vistas a melhorar a qualidade de atendimento das unidades de saúde, inicia um trabalho de moralização do serviço público, através da garantia da existência tanto de recursos materiais quanto humanos⁹⁷. Esta ação é caracterizada por Esmanhoto e Pereira⁹⁸ como sendo: “desmistificação do ‘postinho’ de saúde”, transformando-o em um centro de atenção à saúde. Busca-se, também, desenvolver um trabalho de educação e esclarecimento, visando o controle e combate de doenças transmissíveis e crônico-degenerativas. Outra ação da SMS, é no sentido de estimular a participação comunitária. Para tanto, além do canal tradicional das reuniões, passou-se a utilizar o telefone (156) e ainda institui-se a Ouvidoria Geral. Todo este trabalho foi acompanhado por uma equipe que, além de monitorar as atividades, colaborava na construção ou redirecionamento das diretrizes de trabalho.

A municipalização já ocorria na prática em Curitiba, quando da criação do SUDS em 1987. No entanto, a partir do advento do SUDS intensifica-se o trabalho de união da rede pública e filantrópica, são firmados convênios e acordos com a SESA, o Hospital de Clínicas, o INMPS, a Liga de Combate ao Câncer, além dos Hospitais Pronto Socorro – Evangélico e Cajuru.

A descentralização abrange o serviço de Vigilância Epidemiológica das doenças imunopreveníveis, o que permite uma maior agilização do sistema de notificação,

⁹⁶ A seqüência destes acontecimentos encontra-se no capítulo 2 deste trabalho, o qual trata especificamente da organização do SUS.

⁹⁷ Inicia-se um forte combate a dupla militância.

⁹⁸ Op. cit. supra, p.16

investigação e instituição de medidas de controle, assim como a análise dos dados e avaliação da eficácia das medidas de controle.

No período seguinte, de 1989 a 1992, Jaime Lerner retorna à administração municipal, deixando claro que suas prioridades seriam: os transportes coletivos, o urbanismo e o meio-ambiente. Na SMS as dificuldades são de toda a ordem, mas estão principalmente ligadas às dificuldades comuns a um início de administração, representadas por uma retração orçamentária e, conseqüente, desabastecimento e precariedade na manutenção da rede pública de saúde. Somado a isto temos a mudança no padrão de financiamento, o qual deverá ocorrer a partir de então através dos mecanismos de gestão previstos no SUS.

No final dos anos 80, o processo de ampliação da rede de unidades básicas de saúde apresenta sinais de exaustão, apesar de existir ainda uma demanda não atendida.

O avanço mais significativo que marca o início dos anos noventa em Curitiba é a instalação do Conselho Municipal de Saúde. Como esta instalação se deu por decreto municipal, por pressão da sociedade civil, sua composição foi revista no mesmo ano, conforme aparece na discussão do documento Divulgação em Saúde para Debate⁹⁹.

A pressão social ocorreu também no sentido de que a área da saúde fosse incorporada ao "marketing" ligado à imagem de cidade bem resolvida, ou seja, ao lado das soluções urbanísticas, na área dos transportes coletivo, na área de meio-ambiente e cultura. Enfim, que as soluções contemplassem também o setor saúde.

O maior dos empecilhos à continuidade da expansão da oferta de serviços em Curitiba era, paradoxalmente, representado pela expansão acelerada dos equipamentos de saúde, ocorrida no período entre 1984 e 1992, e que implicou perda da visão global do conjunto dos serviços, impossibilitando a resposta do que e para quem se produzia.

O último impulso de crescimento, conforme GIACOMINI¹⁰⁰, elevou o número de profissionais, no final de 1992, para 697 médicos, 205 enfermeiros, 1.106 auxiliares

⁹⁹ CEBES: Divulgação em Saúde Para Debate, Londrina, n. 8, maio, 1992 p. 39

¹⁰⁰ GIACOMINI, Carlos H. op. cit., p.117, assinala três grandes momentos de crescimentos da rede pública de saúde, assim distribuídos: 1985, 1987 e 1991.

de saúde, 484 odontólogo e 787 auxiliares odontológicos, totalizando 3.279 servidores. Da mesma forma, ocorreu um aumento na produção de serviços, cujo número de consultas passa de 336.988 em 1986 para 615.906 em 1989, chegando a 1.200.794 em 1992. Este incremento na produção de consultas é acompanhado também em termos de diagnóstico, o qual passou de 50.000 exames em 1986 para aproximadamente 700.000 exames em 1992, números estes coletados junto à SMS, e que passam a comprometer a garantia de qualidade.

BARACHO E DE LAAT¹⁰¹ traçaram um perfil da produtividade dos serviços no período, concluindo que até 1985 manteve-se uma relação favorável entre consultas realizadas e capacidade instalada. A partir do segundo semestre daquele ano, com a grande expansão de recursos humanos e da área física, produziu-se uma dissociação, gerando uma acentuada queda na produtividade.

Esta baixa produtividade era sentida por vários setores da sociedade, basta ver um texto da época, elaborado pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social, para se ter uma idéia das dificuldades sofridas naquele momento.

O serviço municipal de Curitiba [...] volta a ser importante exemplo... da irracionalidade nos gastos da prefeitura, para manter a estrutura de serviços existentes, tendo em vista que cumpriu apenas 65% das consultas previstas e 48% dos atendimentos básicos.

Situa-se, assim, entre os serviços da amostra que, paralelamente à elevada ociosidade de seus profissionais, registram os mais baixos coeficientes – 0,29 cons./hab./ano e 1,04 AB/hab./ano.

São de causar estranheza esses resultados, considerando-se o desafio político permanente que o município enfrenta para atender às pressões da demanda por serviços essenciais, derivadas do crescente grau de pobreza da população; mais ainda, considerando-se o fato do município contar, desde meados da década de 70, com uma experiência de serviços baseada no modelo de atenção primária à saúde, tempo suficiente para se ter consolidado esses serviços, com a necessária resolutividade, a ponto de se poder contar com uma efetiva aceitação.

Acredita-se que a falta de credibilidade refletida na demanda por esses serviços se encontra estritamente ligada à tônica de valorização dos serviços de caráter mais preventivos, desacompanhados de soluções estabelecidas para enfrentar a situação de doença.¹⁰²

¹⁰¹ BARACHO J. C. G.; DE LAAT, L. Avaliação de desempenho da rede de centros de saúde pertencentes a SMS de Curitiba em dados quantitativos, 1984-1990, Curitiba, Série histórica, Mimeo 1990, p 25.

¹⁰² IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social, Serviços e Política de Saúde, Doc. n. 1 Saúde na Perspectiva do Município – Planejamento e Execução, Curitiba:IPARDES, 1991 p.20-21.

Esta insatisfação, acirrava a pressão popular por mudanças. Como resposta à pressão da sociedade civil, a Coordenadoria Regional de Integração dos Serviços de Saúde do antigo INAMPS/PR elaborou um trabalho de análise de proposta para a municipalização de serviços em Curitiba. Este relatório tomou como base os dados de capacidade instalada e produção do INAMPS, Secretaria Estadual e Secretaria Municipal da Saúde, bem como uma pesquisa junto a usuários de um Posto de Atendimento Médico do INAMPS. Daí se conclui que é necessário enfrentar três questões ao se pensar em municipalizar a assistência básica em Curitiba: a da baixa produtividade com baixa resolutividade da rede municipal, decorrente de políticas de recursos humanos, equipamentos e medicamentos inadequados; o modelo assistencial da Prefeitura, diverso do INAMPS ao qual a população já está habituada; e a ausência participação efetiva por parte dos usuários¹⁰³.

Outros estudos como os de Baracho e De Laat, do IPARDES ou ainda da própria SMS apontavam para o consenso de que os serviços municipais de saúde, no final dos anos oitenta, sustentavam um modelo teórico que, na realidade, não se verificavam na plenitude esperada, isto os levava mais ou menos às mesmas conclusões de que: à expansão da cobertura não corresponde a igual produtividade, as ações gravitam em torno do trabalho médico; a pressão de demanda e a ausência das preconizadas ações integradas coexistem com a ociosidade de toda a equipe; o ambiente institucional sugere desconhecer as necessidades sentidas pela comunidade.

Assim, a implantação do SUS em Curitiba enfrenta barreiras de todas as ordens. E, apesar da gestão do sistema apresentar-se dispersa pelas três esferas de governo, a participação relativa do município na área ambulatorial passa a demonstrar sinais expressivos de efetividade. Um outro grande entrave à aceleração desta descentralização estava relacionado ao custeio dos serviços prestados pela prefeitura, podendo ser citado como exemplo o ocorrido em 1992, quando a previsão de gastos da SMS tinha a seguinte alocação: 46% do custeio sob a responsabilidade do SUS, 40% para o Tesouro Municipal, e 16% ligado a investimentos diretos do MS. No entanto, os recursos de custeio do SUS gravitaram em torno de 30%,

¹⁰³ INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social: Municipalização das Ações de Saúde no Município de Curitiba, Curitiba, 1987, mimeo.

onerando desta maneira o Tesouro Municipal. Problema este exaustivamente discutido por Nunes¹⁰⁴ e que, em inúmeros casos, retardou a adesão de muitos municípios aos diferentes tipos de gestão, conforme discussão apresentada no capítulo anterior

Há, ainda, que se levar em conta na questão financeira. Outro fator que agrava o custeio do SUS e que até o ano de 2.000 não havia sido adequadamente resolvido¹⁰⁵. Trata-se do dispêndio realizado pelo SUS para financiar a reintrodução de clientela dos chamados serviços suplementares, especialmente por estar direcionado ao pagamento de procedimentos de alto custo, os quais deveriam, em tese, ser ressarcidos ou cobertos pela iniciativa privada.

O que foi exposto até aqui demonstra como Curitiba não fugiu ao padrão de dificuldades enfrentado por grande parte dos demais municípios brasileiros, o que é bastante bem sintetizado nas palavras de Taveira¹⁰⁶.

Na prática, a orientação para um novo Sistema de Saúde implica desafios de diversas ordens: universalização da atenção quando se tem na realidade escassez de recursos públicos e que, pior, vêm sendo drasticamente sucateados; equidade dos serviços de saúde num país onde a prática prevalente tem sido o aprofundamento da injustiça social explicitada, por exemplo, na absoluta inacessibilidade de boa parte da população a estes serviços; integralização das ações de modo a garantir eficiência e eficácia da atenção oferecida pela rede de serviços, quando sequer se dispõe de rede com qualquer relacionamento articulado, mas sim de serviços que apresentam uma superposição desordenada de atividades.

A superposição mencionada por Taveira é decorrente da falta de entendimento das diferentes esferas de governo. Prova disto é o fato de se ter elaborado uma Proposta de Modelo Assistencial para o Município de Curitiba¹⁰⁷, resultado do trabalho conjunto das secretarias estadual e municipal, mas que tem como

¹⁰⁴ NUNES, André. Imperfeições no Mercado de Saúde: A saúde no Brasil, Brasília, 1996. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade de Brasília, mimeo p. 85-111. Sobre este assunto ver também MÉDICE, André César. Descentralização e Gastos em Saúde no Brasil, op. cit. 1996 p 315-342.

¹⁰⁵ Novamente, apesar de existirem diplomas legais versando sobre o assunto, até agora não se instituiu a tabela que irá permitir a cobrança por parte do SUS dos serviços prestados à clientela de tais serviços suplementares.

¹⁰⁶ TAVEIRA, Maura. O Financiamento do SUS: armadilhas da eficiência ou eficácia das armadilhas? Saúde em Debate, Londrina, n 35, jul., 1992 p. 60

¹⁰⁷ CURITIBA, PMC, Proposta de Modelo Assistencial para o Município de Curitiba, Curitiba:SMS, 1989, mimeo

empecilho para sua implementação a indefinição dos papéis a serem assumidos pelo Município e pelo Estado.

Este último encontrava-se em um processo de reforma de seu “Modelo Assistencial” e desejava passar ao município a execução das ações, mantendo a gerência em seu nível de governo. Esta postura era rejeitada pelo município, o qual entendia que a gerência dos serviços era prerrogativa indispensável para se manter a integralidade da assistência.

Dado tal impasse, o processo de municipalização só é retomado após a definição legal, sendo assumido pela SMS de Curitiba o gerenciamento da totalidade dos serviços de saúde em sua área, quer fossem básicos, especializados ou hospitalares, conforme previsto na legislação. Num primeiro momento, optou-se pela manutenção sob gerência dos Estados de algumas unidades de especialidades de influência regional. Na esteira destes acontecimentos, aconteceu em fevereiro de 1992 a assinatura do Protocolo de intenções do Município de Curitiba com o Estado do Paraná, o qual definia os limites da municipalização. Em maio deste mesmo ano, é assinado o Termo de Adesão do Município ao SUS, o qual define o repasse pelo INAMPS/MS e SESA/Fundação Caetano Munhos da Rocha os Centros de Saúde Barreirinha, Boa Vista, Campina do Siqueira, Ouvidor Pardinho, Santa Felicidade e Vila Guairá; Centros Regionais de Especialidades Comendador, Pediatria e Vila Hauer; Serviço de Odontopediatria e Vigilância Sanitária.

Além destes serviços, o município assumiu a gerência dos contratos de prestadores de serviços da rede básica e, mais tarde, dos setores de apoio diagnóstico, urgência e emergência e controle das Autorização de Internações Hospitalares – AIH, conforme dados coletados juntos a SMS¹⁰⁸.

Giacomini¹⁰⁹ define este período – que tem início em 1991, como a última grande arrancada de expansão da rede, como o momento em que as ações da prefeitura no âmbito da saúde bem como a SMS abandonam o caráter “prefeitural”, abrindo-se para a cidade como um todo e vislumbrando a oportunidade e a responsabilidade inadiável de construir uma política de saúde para o conjunto de

¹⁰⁸ CURITIBA, PMC, Plano Municipal de Saúde de Curitiba: versão preliminar, Curitiba:SMS, 1992 p. 94-95

¹⁰⁹ GIACOMINI, op. cit. p. 137-138.

seus cidadãos. Não mais uma rede alternativa ou complementar ao INAMPS, ao Estado e aos consultórios conveniados e ambulatórios de hospitais, mas sim, o sistema de saúde da cidade, composto pelos serviços do Estado e pelo universo dos demais serviços de saúde, submetidos à regulação do nível municipal de governo.

4.4 - A PERCEPÇÃO DOS EFEITOS DA DESCENTRALIZAÇÃO PARA O MUNICÍPIO

Realizamos um trabalho de entrevistas junto a alguns dos envolvidos no processo de descentralização em Curitiba, de forma a identificarmos o impacto real desta medida sobre as ações de saúde nesta cidade. Pode-se, assim, compreender se aquilo que se apresenta do ponto de vista teórico é aplicável na prática.

O critério na escolha dos entrevistados pautou-se pela necessidade de ouvir pessoas que de alguma forma estiveram envolvidas com ações de saúde no período em questão. De forma a minimizar as avaliações de cunho político-ideológicos, buscou-se privilegiar uma visão multipartidária. Assim, reunimo-nos pela ordem com as seguintes pessoas:

- Florisvaldo Fier – Dr. Rosinha, Médico, Deputado Estadual pelo PT;
- Marcio R. P. Sales - Sociólogo, Militante de Movimentos Sociais e ex-integrante do Conselho Municipal de Saúde;
- Carmem R. Ribeiro - Socióloga, Técnica do Departamento Sócio Econômico do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba - IPPUC ;
- Mariângela B. Galvão Simão - Médica Pediatra, Sanitarista, Assessora da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e ex-assessora da Secretária Estadual de Saúde;
- Carlos Homero Giacomini - Médico Pediatra, Secretário Municipal de Recursos Humanos, ex-técnico das Secretárias Municipal e Estadual de Saúde;
- Darcy Marluzo Ribeiro - Sociólogo, Pesquisador do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES;

Durante as entrevistas¹¹⁰, que tiveram uma duração média de 1 h e 20 min., buscou-se manter uma linha central de questões, conforme roteiro abaixo, e de forma a podermos construir uma linha de raciocínio capaz de comparar as respostas entre si. As questões eram basicamente as seguintes¹¹¹:

1. Como eram tratadas as questões de saúde em Curitiba à época da descentralização? É possível traçar um paralelo com a situação atual?
2. As responsabilidades atribuídas pelos dispositivos legais estão sendo cumpridas?
3. Por que muitas coisas previstas no SUS ainda não foram regulamentadas, como, por exemplo, à cobrança de reembolso dos planos privados até agora?
4. As Ações de Saúde apresentam um caráter resolutivo ou residual frente ao problema social?
5. A intersetorialidade é importante no processo resolutivo? Ela existe de fato?
6. Qual a avaliação sobre alguns dos programas do MS, mais especificamente o Programa de Agentes Comunitários - PAC e o Programa de Saúde da Família - PSF? Eles são eficientes?
7. Falta verba para a saúde ou a verba gasta apresenta uma baixa eficiência?
8. Como pode ser entendida a relação dos hospitais-escola com o sistema de saúde descentralizado?
9. Como resolver a questão de recursos limitados relacionados a um determinado contingente populacional x atendimento universalizado?
10. Qual sua avaliação sobre os Conselhos de Saúde? Eles são eficazes? A participação social é suficientemente estimulada?

De maneira geral, observou-se uma avaliação positiva no que se refere à melhoria do acesso, no aumento do grau de liberdade em se tratando de planejamento e administração do sistema de saúde e na democratização do atendimento, entre outras observações.

¹¹⁰ As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, constando como anexo deste trabalho.

¹¹¹ Note-se que a entrevista não ocorreu necessariamente nesta ordem de assuntos. Nem tão pouco as questões foram formuladas com as mesmas palavras apresentadas nesta compilação.

Contudo, em determinados momentos, pairou uma postura técnica-burocrática, a qual apresentou-se muito voltada para o teórico, ignorando ou desconhecendo as práticas do dia-a-dia na área de saúde.

No que se refere à reforma sanitária, as avaliações apresentam conotações diferentes mas, de forma geral, ela é entendida como um importante processo no caminho da redemocratização e universalização da saúde através da concepção do SUS, o qual, até agora, não foi implantado em sua totalidade.

Quando pedimos um paralelo entre a situação anterior e a atual, é quase unânime a idéia de que o acesso à saúde tem apresentado melhoras significativas. Entretanto, ressaltam-se o limite que os municípios têm no que se refere à contrapartida com recursos próprios, além, é claro, de suas limitações para resolverem algumas patologias relacionadas ao baixo nível de emprego, de informação e formação, bem com infra-estrutura, destacando-se aí os limites da intersetorialidade.

Com relação à entrevista com o Sr. Darcy, o objetivo foi o de buscar uma reflexão mais apurada sobre o tema da descentralização: o que é, e como deve ser administrada. Fica evidente que o objeto central de sua preocupação está na necessidade de se organizar um marco regulatório, de forma que o Estado agisse em defesa dos interesses da sociedade, sempre que isto se mostrasse necessário. Garantindo a inexistência da assimetria de informação, e no caso de ela ocorrer, garantir que o usuário não seja prejudicado. Enfim, tanto seu artigo quanto a entrevista deixam claro sua preocupação com o processo de descentralização em si, e a garantia que os possíveis ganhos advindos desta descentralização sejam indubitavelmente transferidos para o cidadão.

4.4.1 Síntese das respostas às questões listadas anteriormente:

1. Como eram tratadas as questões de saúde em Curitiba à época da descentralização? É possível traçar um paralelo com a situação atual?

Há consenso de que houve uma significativa melhora na prestação de serviços na área da saúde, especialmente no que se refere à atenção básica, uma vez que

além de apresentar melhora do ponto de vista qualitativo também agora existe a questão quantitativa, já que a Constituição de 1988 garante o direito universal, independente de qualquer outra condição. Contudo chamou-se a atenção para questões consideradas não resolvidas, tais como: a forma de financiamento do sistema, a baixa participação social, já que este depende do amadurecimento da sociedade; e a manutenção da antiga lógica de pagamento centrada na produtividade, entre outras.

2. As responsabilidades atribuídas pelos dispositivos legais estão sendo cumpridas?

Aqui alguns concordam que as três esferas de governo estariam empenhadas no cumprimento dos dispositivos legais que regem o SUS. Contudo, ficou bastante forte a idéia de que a principal dificuldade está ligada à parcela de financiamento a cargo do governo do Paraná, que nem sempre tem assumido uma postura de priorização do setor saúde. E ainda, na maioria das falas percebe-se a preocupação com a dimensão atingida pela crise econômica-financeira e que, em muitos casos, tem limitado a atuação do governo, especialmente dos governos municipais.

3. Por que muitas coisas previstas no SUS ainda não foram regulamentadas, como, por exemplo, à cobrança de reembolso dos planos privados até agora?

As respostas gravitaram em torno do entendimento que um tempo de maturação é necessário para que o sistema seja implementado como um todo. Outros destacaram a falta de vontade política para que as regulamentações avancem, enquanto alguns vêm nisto uma postura do Estado em manter-se na defesa do Capital, tornando-se desta forma refém do “lobby” de alguns interessados na manutenção dos lucros do setor privado ligado à saúde. Foi inclusive destacada a importância deste setor em se tratando do aporte de recursos financeiros que ele administra.

4. As Ações de Saúde apresentam um caráter resolutivo ou residual frente ao problema social?

Novamente existiu consenso de que as ações de saúde não podem resolver problemas de outras ordens, mas podem e devem atuar intersetorialmente de forma

a localizar o problema e apoiar as possíveis soluções. E aí está compreendido, inclusive, o resgate da cidadania através da organização social. Neste sentido, as palavras do Dr. Rosinha (1999, p. 3) são bastante representativas, conforme veremos a seguir:

A saúde como sistema único não tem condição de atuar nessa área, de uma maneira concreta e efetiva, a não ser uma atuação política, visando, na militância política, alterar o modelo econômico. Não tem como discutir um sistema de saúde isolado do modelo econômico de um país. O modelo brasileiro é um modelo excludente – e é lógico, que, se é excludente por um lado, cria privilégios para outro. E os excluídos desse modelo terão toda a sorte de patologias com maior facilidade, porque no desemprego e na exclusão ele está mais predisposto não só a patologias do psique, mas também a outras patologias, pelo fato dele deixar de ter uma alimentação adequada e aí a fome é casada com inúmeras doenças. Então eu não vejo saída, a não ser a mudança do modelo econômico. É a única coisa que a saúde pode propor, e isto tem que ser proposto como indivíduos, como cidadão, sendo necessário que atuemos politicamente para que isto se concretize.

5. A intersetorialidade é importante no processo resolutivo? Ela existe de fato?

Todos os entrevistados acreditam na importância da intersetorialidade como uma forma de se atenuar às dificuldades e otimizar as soluções. Contudo, entendem que ela ocorre de forma muito discreta, e destacam como principais barreiras, para esta atuação frágil, questões como a organização burocrática estatal e a divisão do poder. Neste sentido, o Dr. Giacomini (2.000, p 13) afirma:

[...] dentro do município a questão da intersetorialidade enfrenta as dificuldades da burocracia – eu digo em termos Weberianos¹¹². A questão dos órgãos que são organizados por departamentos, que desenvolvem todo um saber especializado, e que não tem uma conformação, um olhar pra realidade onde a síntese do olhar de todo mundo é o problema. Então cada um olha o problema de um ângulo, de um jeito, e se tem muita dificuldade de produzir a integração do trabalho.

É necessário fundamentalmente o seguinte: um processo, fortemente, liderado por um prefeito, às vezes - e isso já ocorreu aqui, não é o prefeito que em essa preocupação mas o secretário da saúde tinha, e é claro que ele nunca conseguiu programas intersetoriais dentro da escala da prefeitura, mas lá dentro da regional de saúde – e eu fui diretor de regional de saúde – quantas vezes nós fizemos às chamadas operações integradas. Então lá no âmbito da regional, ainda não era uma coisa puxada pelo prefeito, mas lá a gente conseguia. Por Que? Porque a equipe da unidade de saúde olhava pra realidade e a enxergava com outros olhos, e daí ia lá no administrador regional e dizia: “vamos reunir o pessoal da educação, da criança, do saneamento, e tal, pra ver o que a gente pode articular juntos”. E daí isso foi um germe.

¹¹² Burocracia: literalmente, o termo significa o governo dos funcionários da administração. Inicialmente aplicado ao conjunto dos funcionários públicos, atualmente se refere, genericamente, a qualquer organização complexa, pública ou privada baseada numa rígida hierarquização e especialização das funções. [...] O processo de consolidação do capitalismo foi acompanhado de intenso desenvolvimento dos mecanismos burocráticos, não só ao nível estatal mas também empresarial. Isso fez com que os cientistas sociais passassem a analisar o funcionamento da burocracia como um fenômeno típico do sistema capitalista, expressão concreta de sua racionalidade. Embora um deles, Max Weber, não haja contradição necessária entre burocracia e democracia, para

6. Qual a avaliação sobre alguns dos programas do MS, mais especificamente o Programa de Agentes Comunitários - PAC e o Programa de Saúde da Família - PSF? Eles são eficientes?

Apesar da maioria dos entrevistados mostrarem-se favoráveis a estes programas, ficou evidente que existem questões a serem resolvidas, tais como a falta de um profissional médico com uma visão interdisciplinar/generalista; o fato de estes programas apresentarem um caráter pasteurizado e verticalizado, desconsiderando as diferenças regionais; a possibilidade de transformarem-se em instrumentos clientelistas, tanto na relação governo federal versus município, quanto na relação município versus cidadão; e ainda, a baixa transparência na avaliação quanto à efetividade e caráter resolutivo dos mesmos.

7. Falta verba para a saúde ou a verba gasta apresenta uma baixa eficiência?

De forma quase que unânime, os entrevistados entendem que a questão do financiamento representa um gargalo para o sistema, especialmente no que se refere à insuficiência dos recursos. Concordam ainda que, com a descentralização, avançou-se muito na redução de custos e aumento da eficiência da utilização dos recursos. Contudo, novamente, aparece a preocupação com o problema não resolvido acerca da lógica do pagamento, que ao basear-se na produtividade histórica deixa de gerar equidade.

8. Como pode ser entendida a relação dos hospitais-escola com o sistema de saúde descentralizado?

De forma geral a compreensão é de que a academia precisa melhorar sua sintonia com o mercado, adequando o perfil dos profissionais às necessidades sentidas no país. Esta posição é acompanhada de uma crítica geral sobre o excesso de especializações, o que acaba por tirar a visão generalista e holística, limitando a atuação do profissional. Mas, especificamente sobre os hospitais-escola, entende-se que estes não devem atuar como grandes centros de atendimento de emergência,

pois esta prática acaba afetando a qualidade do aprendizado, sem contudo resolver os problemas da baixa oferta de serviços de saúde.

9. Como resolver a questão de recursos limitados relacionados a um determinado contingente populacional x atendimento universalizado?

A relação existente entre recursos limitados e relacionados a um determinado contingente populacional *versus* atendimento universalizado, foi pouco trabalhada; ou seja, de uma forma geral entende-se que a saúde é um direito universal, e que a fórmula de compensação por atendimentos a usuários de outras cidades está razoavelmente organizada, faltando um pouco de iniciativa municipal para a celebração de acordo em localidades onde ocorre esse tipo de atenção à saúde.

10. Qual sua avaliação sobre os Conselhos de Saúde? Eles são eficazes? A participação social é suficientemente estimulada?

Aqui as opiniões se dividem, aparecendo, de um lado, os críticos, que não acreditam na eficiência da fórmula, por entender que existe cooptação entre alguns movimentos populares, os quais legislam em causa própria. E, de outro, os que os apóiam, dizendo que embora estes sistemas de controle não apresentem um desempenho ótimo, eles são uma alternativa democrática de acesso para a sociedade. No entanto, mesmo entre os que os apóiam percebe-se uma certa postura de que determinados assuntos não são do âmbito do conselho, ou seja, em determinados momentos alguns assuntos não precisariam passar pelos conselhos, ou ainda se chegarem a ser discutidos deve vencer a proposta do gestor, visto que se entende que o conselho não é e não deve ser “a instância de decisão do setor de saúde”.

4.4.2 SÍNTESE COMENTADA DAS ENTREVISTAS

Nesta sessão busca-se estabelecer uma ponte entre o ponto de vista dos entrevistados e o nosso, de forma a construir um ambiente de reflexão que nos permita entender o que representou a descentralização sob a ótica dos atores

municipais. Assim, as entrevistas foram sintetizadas, e algumas receberam comentários de forma a construir tal aproximação.

Entrevistas com Dr. Rosinha

Com relação à Reforma Sanitária, o entrevistado entende que a reforma brasileira, embora tendo sido inspirada no movimento ocorrido na Itália, não atingiu totalmente seus objetivos. A segmentação na implantação denota uma estreita aliança, na área de saúde, entre setores da administração pública e setores privados.

Quanto à atenção a saúde, a percepção do entrevistado é de que houve sim uma melhora. Contudo, à medida que se universalizou e municipalizou a atenção à saúde, ocorreu uma ruptura no que se refere ao financiamento dessa política. Porque o universo dos usuários é ampliado, sendo passado ao município a responsabilidade pelas ações nas áreas de saúde, mas as fontes de financiamento não se alteraram, não sendo previstas novas fontes capazes de dar conta do aumento na demanda.

Um outro problema levantado está ligado à defasagem da tabela de procedimentos do MPAS. E aí, fazendo um parêntese, lembramos de uma das palavras do Dr. Jatene¹¹³, onde ele afirma que após uma ação enérgica por parte do governo no combate às fraudes, o número de internações hospitalares sofre uma violenta redução. Relacionando esta observação com o baixo valor pago pelos procedimentos, concluímos que este baixo valor associado, a um alto grau de impunidade, servem de estímulo às fraudes. Assim, o nosso entrevistado sugere que antes de discutirmos o modelo de assistência à saúde, seja feita a discussão sobre o modelo econômico brasileiro, cuja principal característica é a de gerar exclusão.

Este modelo excludente da margem para que as pessoas que são excluídas fiquem expostas aos mais diversos problemas, especialmente no que se refere à saúde. E aí fazemos novo parêntese para lembrarmos que o conceito de saúde

¹¹³ JATENE, Adib, Novo Modelo de Saúde, Revista de Estudos Avançados, São Paulo: IEA/USP, v. 13, n. 35, p. 51-64, jan/abr., 1999.

adotado atualmente o qual entende que saúde engloba o bem estar físico, psíquico e mental, ou seja, não é simplesmente a ausência de doenças, mas a existência de condições adequadas de vida, incluindo nisso, transporte, habitação, nutrição, etc.

E quando é que podemos falar de qualidade de vida em um país com índices crescentes de desemprego, com o crescimento vertiginoso da informalidade, do sub emprego, das favelas, e assim por diante. Então essa qualidade de vida fica comprometida. A exposição do desempregado a toda sorte de problemas acarreta um aumento das patologias físicas e psíquicas, não só deste indivíduo, mas de todos os seus dependentes, o que acaba por sobrecarregar o sistema de saúde.

Esta situação conduz a uma dinâmica viciosa, em que 1/3 da PEA contribui para o financiamento do sistema, que cada dia mais precisa ampliar suas despesas sem contudo ver perspectiva de ampliação das receitas, as quais pelo contrário, apresentam uma tendência de redução, com o acirramento da estagnação econômica. Assim, assiste-se à perpetuação de tabelas com preços muito aquém do que deveriam ter, pois o sistema não tem recursos para remunerar melhor. Uma perpetuação das fraudes através da cobrança dupla, ou seja, cobra-se do governo através da AHI e exige-se um complemento do paciente. Assim, cria-se uma fila para o atendimento, onde os primeiros serão sempre aqueles que estejam dispostos ou tenham condições financeiras para a fazer esta complementação. Evidenciando-se as fragilidades que o sistema está exposto, muito embora, teoricamente, ele tenha sido bem projetado.

A sociedade apresenta fragilidades as quais são facilmente transferidas/ identificadas no SUS, pois uma vez que ele propõe-se a universalizar o atendimento, sem contudo ampliar as fontes de financiamento, gera o que alguns autores chamam de “exclusão por afastamento”; segundo Pereira¹¹⁴:

[...] a universalização trouxe novas responsabilidades financeiras para um Estado já com sérias dificuldades de reversão do quadro social gerado no período autoritário e ainda agravado pela crise. [...] desse modo a universalização, em vez de significar uma expansão da cidadania, por não ter definido outras fontes e formas de financiamento acabou por forçar ainda mais a deficiência do setor público de saúde, principalmente no que diz respeito à falta de qualidade dos serviços, vindo assim a fortalecer de forma não intencional a medicina privada supletiva e a própria alternativa neoliberal para o setor. [...] o que se verifica na prática é uma reinterpretação do princípio universalista [...] Em vez de funcionar como um mecanismo de

¹¹⁴ PEREIRA, Carlos. A Política Pública como a Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária – 1985-1989, DADOS – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro: IUPERJ, v. 39, n. 3, 1996, p 455-456.

inclusão social, na realidade é excludente por incorporar os segmentos mais carentes da população de uma forma discriminatória, ou seja, oferecendo um serviço de péssima qualidade e de baixa tecnologia [...] Já os segmentos que têm condições de não se submeter a esse tipo de serviço são absorvidos pela medicina supletiva [...] é importante perceber que os segmentos em melhores condições sociais não são excluídos totalmente do sistema público, pois a medicina supletiva não se responsabiliza pela provisão de serviços considerados de alto custo, direcionando esta árdua tarefa para o setor público, onde 40% dos recursos do SUS são canalizados para estes serviços.

Quando abordamos o assunto da intersetorialidade o entrevistado afirma que ela é defendida como necessária, sendo possível inclusive encontrarmos dirigentes políticos afirmando praticá-la. Contudo, para ele, esta prática não é tão explícita, principalmente no que se refere à questão da saúde, da educação e da infraestrutura, sugerindo a existência de uma certa impermeabilidade nestas áreas. Existem alguns programas tímidos que não dão conta de promover a saúde através da educação, do saneamento básico, e especialmente da utilização dos equipamentos de comunicação – e aí destaca algumas campanhas que são realizadas em determinadas épocas, com relação ao uso de determinados dispositivos de saúde, não apresentando uma efetividade na proporção esperada.

Ao ser perguntado sobre o PSF, ele se coloca como um crítico desse programa, especialmente nos grandes centros urbanos, onde existe toda uma facilidade de acesso a especialidades médicas, a exames, e um razoável contingente de reserva destes profissionais. Por outro lado, ele faz uma ressalva, quanto à necessidade da existência destes profissionais nas áreas rurais e mais afastadas dos grandes centros urbanos, onde paradoxalmente existe uma escassez de tais profissionais, seja por motivos financeiros ou pela falta de organização dos sistemas de saúde de tais regiões.

Sobre a efetividade dos hospitais-escola o entrevistado fala de sua preocupação com relação a este assunto, ou seja, é necessário que estes ofereçam tratamento a todo tipo de patologia, passando desde um simples resfriado a patologias de alta complexidade. No entanto, em função da sobrecarga que o SUS apresenta em seu atendimento de base, os hospitais-escola acabam, virando um grande ambulatório, atuando de forma complementar sobre a atenção primária, comprometendo desta forma a qualidade do aprendizado e do atendimento.

Ao iniciamos um questionamento sobre os conselhos municipais de saúde, inicialmente o entrevistado nos lembra da origem destes conselhos. Estes foram uma conquista principalmente dos trabalhadores em saúde que, cientes da

corrupção, da mal-versação de verbas, das irregularidades, iniciam uma luta para que houvesse um controle social sobre as finanças. Esta mobilização encontra respaldo da legislação, através da Lei 8.142. A partir disso, espera-se que a população se organize, passando a participar mais ativamente na disputa de cargos no conselho, e na oposição às práticas de irregularidades. Contudo, embora tenha havido um avanço do ponto de vista legal, existe ainda uma grande margem de manipulação, pois grande parte dos componentes do conselho fazem cooptação com outros segmentos representados nos conselhos, de forma a defenderem seus próprios interesses, ou os do administrador público, ou seja, ao invés de praticarem o verdadeiro controle social, que fora pensado quando da estruturação dos conselhos, muitas vezes estes agem de forma contrária.

E aí é interessante fazer um parêntese, pois quando entrevistamos o Sr. Darci, ele nos chamou atenção para o fato de que toda a atividade pública, inclusive a participação nos conselhos, deveria ser adequadamente remunerada e os membros dos conselhos deveriam ser responsabilizados civil e criminalmente por quaisquer atos ilegais ocorridos dentro da sua esfera de ação e decisão. E esta proposta parece-nos um tanto razoável, ainda que pudéssemos esbarrar na morosidade do judiciário.

Complementando a resposta do Dr. Rosinha, ele lembra que parte do problema ocorre em virtude da existência de uma descrença por parte da população na classe política. E esta percepção popular desestimularia a participação de setores importantes da sociedade.

Entrevista com Márcio R. C. Sales

Segundo o Márcio, que é um ex-integrante do CMS e um militante nos movimentos sociais, a história dos conselhos é longa e tem seu início datado na década de trinta. Existindo uma maior difusão da idéia de controle e participação social no planejamento e controle das ações de saúde, nos anos de 60 e 70 com o movimento de Reforma Sanitária. Esta postura crítica e atuante é acolhida pela Constituição Federal e posteriormente pelas leis federais 8.080 e 8.142, garantindo, do ponto de vista legal, a existência dos conselhos de saúde em todas as instâncias de poder. A partir daí começam a ocorrer as conferências municipais e estaduais.

Com relação a efetividade dos conselhos de saúde, sua avaliação é positiva, muito embora entenda que muito há que se avançar. Lembrando que o Brasil não tem tradição democrática, e que isto representa um grande problema quando se trata de controle social.

Ele destaca que uma das exigências do MS para repasse de verbas para o fundo de saúde é a existência de um conselho local de saúde. E que estamos vivendo um aprendizado, do qual os conselhos fazem parte. A possibilidade do controle social é algo novo para a população, e talvez por isto a participação seja ainda tímida.

Foram destacados dois problemas comuns aos conselhos municipais de saúde, onde o primeiro seria dos “conselhos fantasmas”, daqueles que existem apenas no papel de forma a garantir o recebimento dos recursos financeiros para a saúde. O outro problema estaria relacionado com a cooptação de alguns segmentos dos movimentos populares, em que, ao invés das pessoas se tornarem conselheiras com o objetivo de denunciar e apurar denúncias sobre ações irregulares e assim defenderem os cidadãos, elas visam a defesa do secretário municipal de saúde ou do prefeito, e isto obviamente tendo como contrapartida vantagens particulares.

Sua conclusão sobre a questão dos CMS é que eles têm condições de exercer uma pressão real e participar ativamente da formulação de políticas na área da saúde, mas que para isto ele necessita do respaldo da população, carecendo da existência de movimentos organizados que exerçam juntamente com este conselho um poder de pressão, porque um conselho por si só não resolve todos os problemas, mas que por outro lado, quando existe uma sociedade organizada que dá suporte as resoluções deste conselho, aí sim é possível avançarmos de forma democrática.

Com relação a melhora ou não do atendimento em saúde após a advento do SUS, nosso entrevistado afirma não poder avaliar o período anterior a 86, contudo segundo sua percepção, ocorreram melhoras notáveis. Afirma isso relatando acontecimentos - dos quais ele participou - que envolveram comissões de bairro, comissões estas que serviram de base para os conselhos locais de saúde.

Um detalhe interessante é que ele aponta a proposta do SUS como boa, mas ressalta o fato dela não ter sido completamente implementada, carecendo ainda de

várias regulamentações. Mas quando questionado do por quê desta demora, ele diz não encontrar uma justificativa adequada para esta questão.

Com relação às responsabilidades das três esferas de governo a implementação do SUS, ele cita que o início da implementação do SUS existira alguma dificuldade de definir quem era responsável pelo quê. Mas com a implantação das NOB, especialmente a de 96, isto ficou bastante bem organizado. Especificamente no que se refere ao tipo de gestão, existindo a gestão incipiente, semi-plena e plena. Como Curitiba enquadra-se na gestão plena o que lhe impõe assumir todas as responsabilidades sobre as ações de saúde bem como a apresentação de uma contrapartida financeira para completar o financiamento do SUS, cabendo no entanto aos governos estadual e federal a responsabilidade sobre a maior parte financiamento requerido no SUS. Para tanto o governo federal repassa em média 200 milhões de reais por ano, sendo oferecido pelo município uma contrapartida na ordem de 50 milhões – isso em média é a previsão orçamentária das despesas em saúde – e a partir deste orçamento a cidade de Curitiba se responsabiliza por todas as ações de saúde dentro do seu âmbito de atendimento. É feito uma ressalva, no entanto, com relação a participação do Estado do Paraná, o qual devirei repassar também recursos ao município de Curitiba, mas que efetivamente não tem ocorrido.

Fazendo um outro parêntese, retornamos para a questão recorrente do financiamento, onde devido a insuficiência das fontes de financiamento frente a crescente demanda, muitos municípios evitam o comprometimento com a municipalização de forma a evitarem problemas desta ordem. Pois se de um lado quando se fala em descentralização esta se pressupondo uma melhora no serviço uma vez que o usuário estaria mais perto tendo condições de cobrar em tempo real um bom serviço, também o prestador fica mais perto do administrador, exercendo uma pressão também em tempo real por recursos.

Perguntamos ao Márcio qual a explicação possível para que mesmo já tendo sido sancionada a lei que regulamenta a cobrança por parte dos SUS ao planos privados quando do atendimento de clientela filiada e estes planos, ele não soube nos responder. Afirmando inclusive que esta é uma questão que todos – secretários municipais e estaduais de saúde, trabalhadores e prestadores de serviço – concordam. E, ainda, que existe maioria tanto na câmara de deputados quanto nas

assembléias legislativas, mas ainda assim, permanece em aberto a efetiva cobrança destes recursos.

Mesmo que sua resposta não contenha nada neste sentido, é sugestiva a idéia do que já for citada anteriormente sobre uma aliança entre determinados setores do governo com o seguimento privado, a fim de garantir-lhes a manutenção de certos privilégios. Uma vez que assim que implantada a cobrança, esta reverteria em benefícios para o setor público de saúde garantindo uma melhora significativa na capacidade de atendimento. Esta afirmação tem por base um trabalho realizado por Draibe¹¹⁵, onde ela aponta que 40% dos recursos utilizados pelo SUS são destinados aos procedimentos de alto custo beneficiando aproximadamente 3% dos usuários do SUS.

Quando nos referimos a intersetorialidade, especialmente sobre a capacidade da área de saúde dar conta de todos os problemas que lhe chegam, ele remete esta questão a questão econômica, onde a medida que o governo dê condições através da adoção de políticas que permitam a ampliação dos postos de trabalho, teríamos uma grande melhoria no SUS, pois a medida que aumentasse o número de contribuintes teríamos um incremento nos recursos disponíveis para investimento, melhorando sua capacidade de resposta.

E esta resposta nos remete a proposta dos defensores da medicina holística, onde segundo eles, de muito pouco adianta fornecermos atendimento médico, exames e remédios a um portador de ulcera, quando este encontra-se desempregado, prestes a perder seu imóvel que fora financiado pelo BNH e que devido ao desemprego ou ao aumento excessivo das prestações, estas deixaram de ser pagas, em fim, se suas condições de vida estão se deteriorando.

O entrevistado conclui sua resposta afirmando que não vê possibilidade do município dar conta da solução de inúmeros problemas na área de saúde, já que esta dependem de encaminhamentos de soluções também do ponto de vista econômico entre outros.

Quando perguntado sobre a existência de intersetorialidade em Curitiba, ele não responde que muito pouco, exemplificando inclusive que nas diversas conferências

¹¹⁵ DRAIBE, Sônia. Brasil: A Reforma do Sistema de Saúde, Relatório de Pesquisa. NEPP/Unicamp, Campinas, citado por PEREIRA, op. cit. 1996.

de que ele teve oportunidade de participar, esta era uma das reivindicações, ou seja, que se aumentassem a intersetorialidade. E que esta postura segue as recomendações da OMS no que se refere ao conceito de saúde e na forma de promovê-la. Contemplando ações nas áreas de transporte, habitação, trabalho, etc. E sob seu ponto de vista não existe, ainda, um ambiente propício para que esta intersetorialidade ocorra.

Com relação aos programas especiais do MS, mas especificamente ao PSF e ao PAC, o entrevistado se coloca favorável a eles, apesar de entender que existe uma ausência de resposta com relação ao impacto causado por estes programas junto a população.

Quando tratamos dos hospitais escola, questionando quanto a possibilidade deste atenderem de forma complementar ao SUS, sua resposta é favorável. Contudo ele faz a seguinte proposta: para que fossem destinados a estes locais somente os casos de alta complexidade, e que os alunos destas instituições mediante convênios com as prefeituras locais, atuassem junto as unidades básicas de saúde de forma a entrarem em contato com o dia a dia de uma unidade básica e com todos os tipos de patologias ali tratadas. Desta maneira seria possível dar conta de uma boa formação acadêmica, sem transformarmos os hospitais escolas em um grande ambulatório complementar a rede municipal, e que esta sim, deveria dar conta de todo atendimento primário.

Ainda dentro deste assunto, o entrevistado faz uma referência ao alto grau de especialização dos profissionais da área médica. E segundo sua avaliação um grande percentual dos problemas em saúde poderia ser resolvido através do planejamento em saúde e a partir das unidades básicas, sem precisar recorrer ao nível secundário ou terciário de atendimento. Desta forma existiria uma redução nos gastos com especialistas, via estímulo no trabalho dos generalistas que atuariam na atenção básica.

Entrevista com a Carminha

Perguntamos sobre a efetividade da descentralização e ela nos respondeu reconhecendo a existência de uma melhoria significativa no que diz respeito à autonomia das ações municipais de planejamento e portanto uma melhora

significativa nas ações de saúde no nível municipal. Mas destacou que existem questões em aberto, sendo necessário promover a mudança na lógica do sistema, utilizando como exemplo a questão da forma de pagamento a qual determina a relação entre prestadores e usuários, e que parece não ter se alterado.

Outra questão que, segundo seu entender, apresenta-se pouco resolvida é o controle social. Para tanto, destaca as fragilidades da sociedade que estão refletidas nestes conselhos. E fala destas fragilidades, tanto pelo fato de termos uma reduzida tradição democrática quanto pela pouca prática no exercício da cidadania. Assim notamos que somente parte da sociedade encontra-se organizada, e que mesmo esta parte apresenta vícios os quais limitam sua representatividade. Acrescenta a isso a existência de um refluxo dos movimentos sociais, além da atuação da gestão municipal no sentido de garantir sua fatia de poder dentro destes conselhos. Onde a aglutinação destes problemas acaba por transformar aquilo que seria um espaço de participação popular, de controle social, em um espaço de luta pelo poder. Portanto, estes problemas acabam por suplantam a discussão sobre o modelo e os problemas enfrentados pela saúde. Contudo, considera boa a proposta filosófica do sistema.

Com relação ao financiamento ela cita as palavras de Armando Raggio, o qual afirma que “não é só injetando dinheiro no sistema de saúde que iremos salva-lo”, e a despeito de concordar com isto ela ressalta existe um nível ótimo de recursos a serem empregados no sistema e que lhe parece ainda estamos aquém destes. Destacando portanto a necessidade de ampliação dos investimentos acompanhada simultaneamente com um maior controle e racionalidade do sistema. Ilustrando sua afirmação com o que esta ocorrendo com uma pessoa que ela conhece, e que esta com suspeita de câncer de garganta, mas que par confirmar ou não a suspeita precisa passar por um exame de biopsia para o qual só haverá vaga daqui a quatro meses. E aí esta o grande problema, pois se confirmada a doença perdeu-se quatro meses para o tratamento, o que pode agravar muito o problema, e se não confirmado, foram quatro meses de tortura psicológica, o que pode expor a paciente a outros tipos de patologia. Assim, se os recursos fossem gastos de forma organizada, não só seria possível evitar o constrangimento como também reduzir os gastos com o tratamento de uma doença em estagio menos avançado.

Um outro exemplo lembrado foi o ocorrido no período de 1996/97 quando por uma decisão política, o concurso médico estava temporariamente suspenso, além dos salários encontrarem-se defasados. Esta situação repercutiu num período de escassez de profissionais médicos nas unidades básicas, gerando uma deteriorização do sistema municipal, isto por que com a redução do número de médicos os casos de que veriam ser tratados nas unidades básicas passaram a ser atendidos nas unidades 24 h, as quais tinham como prioridade o atendimento emergencial gerando uma sobre carga nos postos 24 h os quais precisavam de mais médicos. Ocorre que os médicos atendiam nestas unidades através de um convênio onde qualquer profissional médico que se habilitasse poderia trabalhar, sem contudo serem respeitadas suas especialidades, ou seja tínhamos neurologistas atendendo resfriados, ginecologistas atendendo geriatria, e assim por diante. Resumo mesmo não sendo através da folha de salários – pois esta sofre sanção da Lei Camata - a prefeitura gastava recursos os quais não revertiam para a melhoria da qualidade de vida dos cidadão, muito pelo contrário eram sinônimo de mau atendimentos, de esperas intermináveis, de profissionais cansados, e assim por diante.

E fazemos um parêntese, para colocar nossa impressão de que as coisas não mudaram muito, uma vez que esta situação caótica é vivenciada hoje em qualquer pronto socorro que nos dirijamos, mas especificamente nos nossos hospitais escola, fazendo referência específica ao HC, Evangélico e Cajuru.

Portanto, perguntamos sua opinião sobre a postura adotada hoje por estes hospitais, seus problemas e possíveis formas de solução. E a resposta é de que existem vários problemas juntos, destacando no entanto a questão do descolamento da formação acadêmica e da realidade do mundo do trabalho – não sendo este problema um privilégio só da área da saúde, mas de outras carreiras. Sua percepção no entanto é de que paulatinamente este problema vem sendo assistido mais de perto e tem sido acompanhado por uma busca de alternativas capazes de oxigenar a academia e torna-la mais condizente com a realidade.

Quando sugerimos a possível existência de uma aliança entre setores do governo com a iniciativa privada na área de saúde de forma a garantir-lhes alguns privilégios, ela mostrou concordar com nossa afirmação, complementado que isto ocorre pois a lógica de relações continua perpetuada. E cita dois problemas, um

ocorrido no passado quando determinada categoria profissional – a dos anestesistas - se recusa a aderir ao SUS. E outra que ocorre ainda hoje, identificada pelo “furo da fila” no atendimento de alto custo – onde o individuo chega ao hospital através da rede particular e quando as coisas se complicam ou o tratamento começa a ficar muito caro, suas despesas são transferidas para o SUS, só que aí ele já está dentro do hospital, e aquele que não conseguiu entrar através da rede privada continua na fila aguardando uma vaga.

Tem ainda um exemplo conhecido por nós no que se refere a cirurgias programadas e realizadas através do SUS, as quais teoricamente deveriam ser cobertas pelas AIH, no entanto existe a necessidade de que as despesas sejam complementadas, se o paciente concordar ou puder bancar esta diferença a programação é antecipada, caso contrário, ele corre o risco de ter uma complicação enquanto aguarda na fila, chegando a casos de mais de um ano de espera.

Um outro problema discutido foi o da dupla militância, ou seja, o profissional se encontrar com um pé no setor privado e outro no setor público, dirigindo assim as decisões ao sabor de seus interesses. Entretanto, e independente da avaliação que se possa fazer de bom ou ruim, sobre a administração do SUS em Curitiba, destaca-se o fato que os gestores municipais tem sido pessoas de carreira eminentemente pública.

Também se discutiu o problema da baixa capacidade instalada no que se refere a hospitais públicos, fator este que limita as ações do gestor público, e que em determinados momentos coloca-o em uma situação de refém do setor privado, a exemplo semelhante ao dilema do prisioneiro¹¹⁶, onde se ele agir sobre os problemas explícitos de determinados hospitais ele acaba por ter que determinar o fechamento destes hospitais aumentando ainda mais o déficit no atendimento, por outro lado se ele não interfere nestes problemas sua administração corre o risco de ser marcada pela proliferação de escândalos. Além do mais tem o problema da

¹¹⁶ o dilema do prisioneiro refere-se a uma situação em que dois criminosos são presos, porém não em flagrante delito, praticando um crime, sendo postos em celas separadas, de forma a ficarem incomunicáveis. São oferecidas a eles, separadamente, três possibilidades onde, na primeira (a) no caso de um cooperando e o outro não, o que cooperou receberia uma pena menor, ao passo que o outro teria sua pena aumentada, na segunda (b) se ambos não colaborassem teriam melhores chances em conjunto de receber a menor pena possível, e a terceira (c) no caso de ambos confessarem, ambos receberiam a maior pena possível.

remuneração, dada pela tabela do MS, e que foge ao controle do gestor municipal. Em fim, ele se torna uma espécie de refém do sistema.

Novamente caímos na questão do financiamento, onde cada prefeitura gasta aquilo que pode, ou aquilo que a câmara acha que tem que ser. E aí chegamos a uma situação complicada e da qual já participamos, ou seja, quando se determina um corte no orçamento, geralmente este corte é linear, o que significa cortar "X" % em todas as rubricas, e em alguns casos tudo bem é só necessário comprimir as despesas, mas em outros casos significa não poder gastar nada do valor constante da rubrica. Onde queremos chegar? Se solicitou-se verba para a compra de um novo equipamento e esta solicitação foi contemplada no orçamento, o valor referente a esta compra é alocado na devida rubrica (conta), agora pressupondo um corte de 20% isto implica na perda de recursos, não sendo possível efetivar a compra, e o que é pior não sendo possível gastar o recurso em outra coisa, uma vez que esta alocado especificamente para a compra daquele equipamento específico. E só no orçamento seguinte isto pode ser corrigido.

Tem também o problema do senso comum de que são as grandes obras que chamam a atenção popular para os feitos da administração, então se sacrificam obras de saneamento por exemplo, que repercutiriam em uma redução de certas doenças, para se construir uma unidade básica onde é possível por uma placa com o nome dos responsáveis por tal feito. E, relacionado com isto está o fato de que muitas vezes as ações de saúde apresentam um caráter sutil e que exigem dos governantes uma grande sensibilidade para a área social e infelizmente para muitos prefeitos saúde é sinônimo de hospital e ambulância, passando longe a idéia de vigilância sanitária.

Tem também o fato dos municípios estarem passando por problemas de redução na arrecadação, o que implica numa redução da sua capacidade de financiamento não só da saúde mas de todas as suas funções.

Quando perguntamos sobre sua avaliação com relação aos programas especiais do MS, entre eles o PFS e o PAC, ela nos mostra-se favorável a eles especialmente se forem acompanhados de dispositivos de controle os quais tornem aparentes sua eficiência e eficácia. Entretanto destaca a existência de problemas em determinados programas, quando estes são pensados para o país como se ele fosse homogêneo,

desconsiderando-se as diferenças regionais, muitas vezes alocam-se recursos em demasia em certos programas numa determinada região, deixando outras medidas que se apresentam como urgentes sem os recursos necessários.

Fazemos um parêntese, novamente, para antecipar uma discussão feita na entrevista da Mariângela, onde ele diz que muita vez, não se consegue fazer o casamento entre o planejamento técnico e a necessidade sentida da população. Ou seja, aplicam-se recursos na vacinação, em detrimento do fornecimento de medicação básica.

Uma outra questão discutida esta relacionada com a indicação de determinadas condutas, colocando a prática em saúde de forma complementar na resolução de outros problemas, como é o caso das internações para evitar que o paciente passe dias perambulando em filas para realizar certos exames, ou a indicação de cesariana para que se aproveita a cirurgia e proceda-se uma laqueadura, ou ainda no caso de crianças subnutridas que são internadas pelo simples fato de que para serem medicadas precisam ser alimentadas primeiro.

A nossa entrevistada concorda que vários ajustes precisam ser feitos, mas volta na questão da diversidade do país de da importância de aprofundarmos a descentralização de forma que os problemas encontrem soluções locais, pois entende que é bastante difícil definir certas políticas com um desenho nacional quando o problema é localizado.

Quando falamos da morosidade na implementação do SUS e da falta de prática no exercício da cidadania, conclui-se que é necessário persistência, pois tanto o exercício da democracia decorre da prática, quando o aperfeiçoamento do sistema depende de tentativas as quais incluem acertos e erros.

Retomamos então a questão da intersetorialidade, onde a entrevistada entende que todos os envolvidos na área social, sabem que a resolução dos problemas desta área demandam ações intersetoriais. As quais são extremamente difíceis de serem organizadas, pois isto implica em divisão de poder, de responsabilidades e de méritos, e novamente nos vemos em uma espécie de dilema do prisioneiro ao contrário, pois aqui se todos colaborarem todos ganham, mas ninguém quer dividir os méritos.

Mas a despeito disto a prefeitura de Curitiba mantém-se na busca desta intersectorialidade por entende-la como uma possibilidade holística de resolver problemas na área social, eliminando o gasto estéril, e enfrentando a parcela que lhe cabe nos problemas derivados da área econômica.

Entrevista com Mariângela Galvão

Antes de dar sua avaliação sobre a descentralização ela nos remete a história do processo que culmina com a descentralização. Destacando o fato dos municípios serem estimulados a ampliarem sua oferta de serviços na área de saúde, devido importância que o discurso oficial passou a atribuir a atenção primária a qual demandava baixos recursos tecnológicos. Iniciando-se assim a montagem, fora do centro da cidade, da rede municipal. Lembrou também da resistência por parte das demais esferas de governo para transferirem a assistência secundária para o município. Embora se frisa que a assistência no Brasil não é função exclusiva do Estado, cabendo lhe sim de forma exclusiva, as funções de vigilância epidemiológica e sanitária, e agora pós-descentralização a função de controle e auditoria. E conclui sua avaliação afirmando que a despeito do município ter recebido mais encargos os quais não foram devidamente acompanhados pela contrapartida financeira, a situação dos serviços na área de saúde melhorou bastante depois da descentralização não só no que diz respeito a atenção básica, mas a questão epidemiológica, onde antes existia uma defasagem de 3 anos, agora consegue-se saber o número de óbitos infantis ocorridos ontem e suas possíveis causas. Desta forma consegue-se agir com maior eficiência no combate das mesmas.

Ao nos referimos a demora da implantação do SUS ela nos responde que de outra forma poderia ocorrer um colapso no sistema, ou seja, que não se pode da noite pra o dia estabelecer novas funções e garantir que seu desempenho tenha uma alta qualidade. Então na verdade os diplomas legais - artigos constitucionais, leis 8.080 e 8.142 e as NOB's 93 e 96 – serviram para se começar a montar o sistema único de saúde, mas que sua eficácia e total abrangência depende de uma maturação, a qual só ocorre com algum tempo.

E com isto entramos na questão de conciliar a indicação técnica com a necessidade sentida pela população. Pois se a população não tiver seus problemas

curativos resolvidos à tempo, isto será usado como medida de desempenho do sistema, ignorando-se os resultados positivos advindos das medidas preventivas.

Quando tratamos do financiamento, ela falou das dificuldades de se estar na Gestão Plena, pois nesta situação todos os recursos que vêm do MS são depositados em uma conta do fundo, recursos estes calculados por bases históricas, e a partir disso a cidade assume todas as responsabilidades sobre os pagamentos dos prestadores, trabalhadores, etc. O que ocorre no entanto é que estes pagamentos são feitos com base na tabela de procedimentos do MS, e após a descentralização novos procedimentos passaram a figurar na tabela, contudo os recursos não aumentaram, o que vale tomar as palavras do dep. federal Roberto Jeferson (PTB-RJ)

[...] saúde, direito de todos, dever do Estado; previdência, direito de todos, dever do Estado. Isto é bonito! Porém, isto é fazer reverência com o chapéu dos outros. [...] Os recursos da seguridade ainda são formados por 85% da folha de pagamento, mais 7,6% de FINSOCIAL, mais 4% de contribuições sobre o lucro e o restante de concurso de prognóstico. Então para que se quadruplicasse o atendimento da Seguridade Social, que antes era Previdência Social, se injetou 15% de recursos. Isto é bonito!¹¹⁷

Cria-se dessa forma um ajuste perverso, pois o MS autoriza os pagamentos, sem contudo aumentar os repasses, cabendo as prefeituras procederem os cortes. E parte do que os secretários estaduais, mais especialmente os municipais, haviam ganho quando da descentralização, tem que devolver, e alguns casos em dobro. Pois necessariamente os municípios tiveram que aumentar sua participação no financiamento, pois em movimento inverso os Estados retiraram-se, permanecendo somente o governo federal. E daí o que acontece com os municípios pequenos? Eles não conseguem.

Assim assistimos a um novo problema, o qual seja, a medida que cidades como Curitiba conseguem melhorar seu padrão de atendimento dentro do SUS, elas passam a atrair demandantes de outros municípios, mesmo que posteriormente os recursos destas localidades sejam repassados posteriormente, já criou-se um dispêndio, o qual não fazia parte de média histórica que fora utilizado como referência para o recebimento do piso básico. E em alguns casos a lei até garante a possibilidade do não atendimento daquele paciente de outro município, mesmo o

¹¹⁷ Jeferson, 1992 citado por PEREIRA, op. cit., 1996, p 451

sistema sendo único, mas como explicar isto a uma parturiente ou a uma pessoa que esta com dor?

Outra questão discutida foi a dos programas especiais PSF e PAC, para os quais o MS reserva algum grau de incentivo, e buscamos saber sua opinião sobre a efetividade de tais programas. Sendo afirmativa sua resposta quanto a efetividade de tais programas, além de informar-nos que o percentual de recursos a que se tem acesso, não sendo suficientes para cobrirem as despesas dos programas, mais especificamente o PAC, e que no entanto a prefeitura faz o complemento por entender sua importância dentro de uma perspectiva preventiva. Citando como exemplo o controle da hipertensão, o qual pode ser feito por um médico generalista, e que se bem feito, evita inúmeras complicações, em outras palavras, não só melhora a qualidade de vida do paciente, quanto reduz os custos com procedimentos mais caros.

Destaca também o caráter mundial do programa PSF, o qual tem similar nos EUA, no Canadá e Inglaterra entre outros. Reconhecendo que este programa não pode ser compreendido como a “taboa de salvação” mas com um grande retorno a valores que a medicina perdeu, incluindo aí a relação médico-paciente, o caráter holístico, e etc.

E então passamos a tratar da capacidade resolutive da área de saúde frente aos problemas de ordem econômico-sociais, que segundo nossa entrevistada, apresenta uma razoável capacidade, especialmente quando o paciente sente que suas queixas encontram eco. É evidente segundo ela que determinados problemas fogem da alçada municipal, mas muitas coisas podem ser feitas, e neste sentido o PSF tem um grande potencial, resgatando a confiança do paciente e de sua família no serviço público de saúde.

Passando para a questão dos hospitais-escola, solicitamos sua avaliação sobre o momento atual. E sua visão é de que hoje as escolas médicas em Curitiba já estão atuando mais próximas a realidade fora do ambiente acadêmico, inclusive com estágios na rede pública e com residência em medicina comunitária, o que facilita e muito o contato do acadêmico com sua realidade profissional.

Com relação ao Conselho Municipal de Saúde podemos sintetizar sua postura da seguinte forma: O papel do CMS esta bem claro na lei, ele deve aprovar

diretrizes, fiscalizar o cumprimento do plano municipal de saúde, desenvolver atividades educativas junto a população, etc., ou seja, a ele são atribuídas inúmeras funções, mas ele não é gestor, nem executivo, não podendo portanto substituí-lo no que se refere à área financeira ele apenas fiscaliza as ações, ficando a administração por conta do gestor.

No que se refere a sua efetividade, este foi considerado bastante efetivo, embora precise amadurecer, reduzindo desta forma a influencia de questões ideológicas partidárias que muitas vezes dificultam resolução de problemas dentro da área da saúde. E cita como exemplo o programa de agentes comunitários, o qual demorou muito para ser aprovado e que agora demonstra uma excelente performance junto à população.

Quanto à representatividade, esta também teve uma avaliação positiva, embora não se possa considerar o processo como acabado, devendo-se considerar que a porta esta aberta as organizações populares, ele oferece uma possibilidade de participação. Veja em Curitiba além do conselho municipal temos 85 conselhos locais, desta forma cada distrito sanitário tem um representante no conselho, então falamos que ele não é efetivo e ao reconhecer os avanços dos últimos 10 anos.

Entrevista com Carlos H. Giacomini

Solicitamos uma avaliação sobre a situação da saúde em Curitiba antes e depois da descentralização e do SUS. E sua avaliação foi a de que em Curitiba sempre houve um esforço meio vanguardista do município assumir as questões da saúde, tomando como exemplo as AIS ainda no período do SUDS. E que os diplomas legais obtidos a partir da Constituição de 1988 propiciaram a transformação da rede municipal de centros de saúde para um sistema municipal de saúde, fazendo então com que o município abarcasse além do sistema primário de atenção a saúde os níveis secundário e terciário – aqueles que apresentam um maior grau de especialização.

Quando tratamos da questão do financiamento, foram feitas duas observações. Por um lado destacou-se a existência de resquícios da velha política centralizadora, fazendo com que a equação de financiamento ocorra "de cima pra baixo" com a desculpa que isto garante equidade ao sistema. No entanto como determinadas

regiões – no caso sul e sudeste – tiveram no passado condições de se desenvolver mais avançando tecnologicamente, produzindo mais atos médicos, mas serviços etc,. E se um dos critérios de distribuição dos recursos é a base histórica então estas regiões continuam recebendo mais, a pesar da relativização que já foi conseguida.

Por outro lado, ele chama a atenção para o senso comum de que os problemas da saúde se resolvem com mais dinheiro. Mas segundo sua visão isto é uma idéia equivocada por dois motivos, primeiro afirma estar comprovado por vários estudos que a eficácia do gasto com medicina é uma coisa limitada e que os primeiros 20% de gastos revertem em 80% de resultados mas que os outros 80 % de gastos não conseguem atingir os 20% resultados. E segundo que muitos problemas da saúde se resolveriam com a resolução de problemas de outras áreas fora da área da saúde.

Ao indagarmos sobre a capacidade de resolução das ações em saúde e sobre a intersetorialidade, ele começa explicando como é o processo de descentralização, onde existe: uma instância estadual que é escala para algumas ações, por exemplo os a questão dos transplantes medulares. Depois tem uma instância macro-regional e aí se encontram os hemocentros. Na seqüência tem a escala regional, e retomando o exemplo do sangue teríamos a abrangência dos bancos de sangue. Ainda tem uma escala intermediaria ou micro-regional e daí enquadrar-se-iam algumas especialidades tais como neurologia. E por fim a escala municipal. Contudo aqui temos novas divisões que compreenderiam, dependendo do tamanho do município, distrito sanitário, área de abrangência da unidade básica de saúde, e ainda as micro-áreas de risco, e por fim o domicílio.

E justifica esta divisão para demonstrar como a harmonização das ações transcende a capacidade de resolução dos municípios. Mas concluí afirmando que existe intersetorialidade em Curitiba, e que ela é decisiva para a solução de inúmeros problemas entre eles na área de saúde. E exemplifica sua visão com a seguinte suposição: Vamos imaginar 40 famílias morando num fundo de vale, numa área alagadiça, onde ninguém tem emprego formal, todos trabalham catando papel, por exemplo. Isto se constituiu numa micro-área de risco e isto não é um problema da saúde é da sociedade, de todos os setores do governo. E portanto a solução deste problema passa por uma articulação entre diversas áreas e fazer a

intervenção necessária. E isto ocorre em Curitiba, inclusive isto pode ser percebido observando-se um programa que se chama Pensando Curitiba, e que vai exatamente por esta direção. Entretanto muito a que se fazer pois a intersectorialidade enfrenta as dificuldades da burocracia Weberiana, relacionada com o grau de especialização dos órgãos internos ao poder público, com uma visão muito distante da visão holística, tão necessária para se pensar soluções alternativas.

Com relação aos programas PSF e PAC, sua postura é de que estes devem ser incentivados, porque eles podem atuar efetivamente em um nível de assistência onde os problemas se resolvem de maneira mais ampla e com custos relativamente menores. Ou seja, programas como este permitem de fato uma ação preventiva. Mas ressalta a importância do monitoramento e de avaliação sobre o impacto que estes programas produzem, inclusive como uma forma de gerar as adequações necessárias.

Em se tratando da efetividade dos conselhos sua postura é de que eles são efetivos, de que são representativos, ou seja, que houve um deslocamento de poder de forma democrática e que os conselhos tem influenciado muito na maneira do Estado atuar. E que a medida que a história vai se desenvolvendo os conselhos também vão evoluindo. E Curitiba apresenta uma das melhores tradições de participação do país em termos de conselho de saúde. Contudo deixa claro que estes não são, e não devem ser, a instância de decisão do setor de saúde, cabendo-lhe no entanto uma tarefa de articulação, fiscalização, denuncia, projeção de novas idéias, de deliberação sobre a questão orçamentária, entre outras.

Em se tratando de manipulação, estes como nenhuma outra instância estão livres da manipulação. Mas não se deve pensar de forma maquiéista que o Estado o manipula. A pressão ocorre por parte de todos os envolvidos neste processo e não é uma exclusividade do governo, e é só desta forma que os conselhos podem dar voz a interesses distintos.

Com relação aos hospitais-escola o entendimento é de que a despeito das resistências, estes hospitais têm prestado um grande serviço ao SUS, e que esta postura deve permanecer, de forma a atender as demandas do mercado profissional. Porque as universidades devem estar integradas em uma rede de formação e comprometidas com a formação de uma visão mais abrangente.

Entrevista com Darcy M. Ribeiro

Sua preocupação concentra-se no conceito de descentralização e suas implicações, destacando a importância da distinção entre as funções de planejamento, de regulação e de execução.

E segue afirmando que a descentralização deve ser entendida como a transferência de todas as atividades para níveis de ações mais próximos do usuário, do beneficiário de uma política pública. Mas admite ser tecnicamente difícil, pois em alguns casos demanda uma ação com uma maior amplitude regional. E por isso é necessário que o Estado se coloque como cliente, para que ele possa de fato perceber estes entraves. Agora quando ele é o prestador daquela ação, esta percepção fica um pouco comprometida. Então é necessário tomar cuidado com o formato desta descentralização, para que não se perca o controle.

Reforça-se assim a função reguladora, pois não é possível pensarmos em descentralização, sem uma ação reguladora, definindo padrões de qualidade, de eficiência.

Uma questão ligada ao formato da descentralização praticada no Brasil é a de que ela baseia-se na ideia de município, e embora juridicamente todos os municípios sejam iguais, mas fora do campo jurídico existem abismos entre um município como São Paulo(SP) e Piên(PR), ou seja, a municipalização desenfreada, não se converte em solução, pois existem assuntos cujo marco regulatório não pode ser o município.

Com relação ao controle e organização social, sua ideia é de que este não é um papel que deve ser delegado à sociedade, pois ela já o outorgou ao Estado. Então você não pode depender do usuário para fiscalizar as ações do serviço público, seja ele exercido pelo Estado ou por concessionários. Não que a sociedade não deva fazer isto, mas esta função não pode ser-lhe atribuída, uma vez que o setor de saúde possui determinadas singularidades, dentre elas a não assimetria das informações, daí não se pode esperar que o cidadão desempenhe melhor esta função de controle. Resumindo, ele afirma que o Estado não deve fazer nada que a sociedade faça melhor, entretanto não pode abrir mão do poder de regular e fiscalizar.

Então dentro desta ideia de controle sugere-se que as unidades prestadoras de serviços sejam também unidade orçamentária, de forma a construir-se um parâmetro

de cobrança. Além disto seus administradores precisam passar a responder civil e criminalmente pelas ações praticadas ali. E não só os administradores desta instância mas de todas as instâncias de poder.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos principais objetivos deste trabalho não foi o de fechar questão sobre os problemas da área de saúde, mais especificamente os que estão ligados à descentralização. Mas, antes de tudo, chamar a atenção para o fato que, a despeito do processo de descentralização ter melhorado o acesso da sociedade no planejamento e acompanhamento das ações de saúde e de ter promovido a inclusão de classes sociais até então excluídas ou assistidas apenas pelas instituições de caridade, ela não é suficiente para dar conta de uma forma compensatória dos problemas de ordem econômico-social.

Daí a necessidade da discussão sobre as questões de saúde serem estimuladas, não se excluindo nenhum ramo das ciências sociais. De forma a extrair-se o melhor proveito possível das vitórias obtidas pelos inúmeros atores sócias e, especialmente, pelos representantes do movimento de reforma sanitária frente à onda liberalizante que assolou o Estado e que sinalizava para colocar as ações públicas na área de saúde à mercê das forças de mercado.

Com relação a isto, e usando as palavras de SERRA¹¹⁸, nunca é demais lembrar que já em 1963, Kenneth Arrow alertava para as especificidades do setor de saúde em relação à grande maioria dos outros setores, demonstrando a impossibilidade de se cumprirem duas suposições da teoria microeconômica que trata da concorrência perfeita, onde por um lado evidencia-se a existência de assimetria de informação, a qual cria desvantagem para o consumidor. E por outro, existe o problema da reduzida mobilidade, e que novamente pune o consumidor o qual não pode decidir sair de um serviço médico para outro, sob o risco de ter seu estado agravado.

Justifica-se, assim, a discussão deste assunto, dada a importância da regulação estatal, frente à fragilidade deste setor. Outro item que apresenta um amplo campo para discussão é o do financiamento das políticas públicas de saúde, uma vez que é inevitável o reconhecimento de que o SUS permitiu uma melhora significativa na oferta de serviços, especialmente no que se refere à atenção primária. Contudo, parte significativa dos serviços de atenção secundária e terciária ainda está sob o

¹¹⁸ SERRA, José. Entrevista “A questão da Saúde no Brasil”, op. cit., 1999 p. 42

comando da iniciativa privada. E a desculpa para tal situação está ancorada na crise, com destaque para a crise econômica, que se por um lado corrobora com o incremento da demanda devido a seus efeitos perversos, por outro debilita cada dia mais a situação financeira e fiscal do Estado.

Assim, torna-se corriqueira a tese de que os gastos sociais foram ampliados sem a devida contrapartida financeira e, agora, caberia reduzi-los - caso da previdência¹¹⁹- ou descentralizá-los - caso da saúde e assistência, atribuindo-se, desta forma, a solução a uma nova e milagrosa reforma tributária¹²⁰.

Ao analisarmos a evolução dos gastos públicos em saúde, é possível a verificação de que esta vem sofrendo reduções contínuas, a despeito do crescimento dos gastos com a seguridade social, da mesma forma que cresceu a arrecadação vinculada a tais ações¹²¹. Especialmente a partir da década de 80, é possível perceber-se a redução dos recursos totais (federal, estaduais e municipais) destinados a esta área, e que, no caso específico da União, cresceram os gastos com a seguridade social, da mesma forma que cresceu a arrecadação vinculada a tais ações¹²².

Se tomarmos como parâmetro para análise o percentual do PIB, a situação não será diferente, e pior, constata-se aqui que, além da redução do percentual do PIB a ser destinado para a área de saúde, também o próprio PIB sofre estagnação e, em alguns, casos decréscimo.

Entretanto, nada nos sugere que nos encontramos em situação pior que a dos períodos passados. Em tempo, queremos dizer que estamos cientes dos descasos e escândalos ligados à oferta de serviços em saúde, os quais afloram diariamente na imprensa e que, infelizmente, não são fatos ocorridos em um país distante, mas que ao contrário fazem parte do nosso cotidiano, inclusive aqui em Curitiba.

¹¹⁹ Lembremo-nos aí, de toda a demagogia em torno do Salário Mínimo e de como seu aumento real impactaria negativamente nas já, comprovadamente, debilitadas contas da previdência.

¹²⁰ Note-se que sempre que alguns interesses privados são afetados, ou que algumas iniciativas públicas deixam de gerar os resultados esperados, busca-se logo a solução através da destruição do existente e advoga-se sua substituição por soluções que garantam a manutenção de determinados privilégios.

¹²¹ AFONSO, José Roberto. Dilemas da Saúde: Financiamento e Descentralização. Revista do BNDES, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, 1995 p.223

¹²² MÉDICE André César; Maciel, Marco Cícero M. P. A Dinâmica do Gasto Social nas Três esferas de Governo: 1980-92, p 58-59

Justifica-se, desta maneira, o destaque à importância e à necessidade do planejador das políticas públicas – *policy maker* - estar conectado com o dia-a-dia daquilo que ele planeja. Pois, observações do cotidiano sugerem-nos que muitas situações que ocorrem no dia-a-dia das unidades básicas estão longe de serem classificadas como boas. Em outras palavras, apesar de Curitiba ter vários de seus programas como referência nacional, ainda existe uma parte da população que não consegue ter sua demanda suprida, padecendo com a não resolução de seus problemas de saúde e tendo que passar por situações desagradáveis nos corredores dos postos 24 h ou nos pronto-socorros. Muito embora existam órgãos para receber reclamações, a sensação é de que o setor público coloca-se um tanto refratário a elas.

Isto suscita-nos o questionamento do por quê de não se investir na melhoria dos procedimentos gerenciais, na apropriação de custos, na otimização de recursos, ao invés de advogarmos por mais recursos e, ainda pior, aceitar a bi-tributação como uma coisa normal.

Outra questão que buscou-se problematizar, foi a forma com que o Estado capitalista moderno, e em particular o brasileiro, tende a privatizar a coisa pública, socializando os prejuízos e acolhendo de forma paternalista o setor privado em detrimento dos demais segmentos sociais.

É fundamental a percepção de que muitas das mudanças propostas pelo SUS esbarraram e ainda esbarram em mecanismos e atores políticos tradicionais, haja vista a gama de matérias do setor de saúde que permanecem no aguardo de regulamentação, além das que aguardam entendimentos técnicos para serem implementadas.

Assim, apesar da participação e do controle dos atores políticos parecerem, a princípio, estratégias mais viáveis no nível local, o deslocamento do processo decisório para as instâncias municipais, contudo, não é suficiente para evitar a intermediação de práticas populistas e clientelísticas. Segundo uma pesquisa realizada por Campos¹²³, no nível local, também predomina a lógica do privado através de mecanismos como clientelismo, fisiologismo e paternalismo, aliada aos

¹²³ CAMPOS, Gastão W. S. Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil, Saúde em Debate, Londrina, n. 28, p. 24, mar., 1990.

interesses de grupos minoritários, empresários e grupos políticos, conformando um determinado modelo de incorporação de demandas sociais de forma seletiva e restritiva ao atender interesses particulares.

Neste sentido, é possível tomarmos inúmeras observações como exemplo. Dentre elas: a forma como ocorreu o financiamento para expansão da rede privada de hospitais; a demora pela regulamentação de questões prementes como a tabela de reembolso do setor privado para o setor público¹²⁴; a conivência no que se refere à manutenção dos baixos valores das tabelas de procedimentos, mesmo sendo notória a informação de que isto estimula fraudes no sistema – com destaque para as ações de combate à corrupção durante a gestão do Ex-ministro Adib Jatene e que implicaram na redução, em 1995, de 15 para 12 milhões no número de internações, a despeito de, neste mesmo período, a tabela do MS pagar R\$ 2,40 por consulta médica, ou seja, um valor que não deixa dor na consciência de nenhum possível "fraudador" ¹²⁵; e a aceitação de profissionais que exercem dupla militância, entre outras.

Ainda tratando da questão da descentralização chegamos a diferentes percepções. Inicialmente, quando nos referimos ao fato de ser a descentralização uma condição básica para alcançarmos a redemocratização, isto sugere certa lógica. Contudo, para gozarmos de uma situação de democracia é necessário que exista, transparência nas ações, participação social, clareza de objetivos, etc.

Mas, no que se refere à transparência, pelo menos no que se trata de recursos, isto fica um pouco nebuloso, especialmente quando o Orçamento da Seguridade Social – OSS apresenta-se com caixa único, ou seja, perde-se a possibilidade de saber quem financia o que. Estamos cientes que a Constituição de 88 limita a vinculação de recursos, mas quando trabalhamos com caixa único a questão da transparência fica comprometida. Como exemplo disto, podemos citar as palavras de Afonso¹²⁶:

¹²⁴ Já houve a aprovação da lei complementar que autoriza a rede pública a proceder a cobrança junto ao setor privado, dos serviços prestados a usuários que disponham de planos privados de saúde. No entanto a efetivação de tal cobrança aguarda entendimento técnico de como isto deverá ocorrer.

¹²⁵ Para maiores detalhes sobre este assunto ver JATENE, op. cit., 1999 p 60-62.

¹²⁶ AFONSO, op. cit.p. 229-230.

[...] não há um conceito preciso e bem delimitado do que seja 'seguridade social' ou 'desenvolvimento do ensino'. Interpretações mais criativas permitem incluir no orçamento e computar na contabilidade gastos os mais variados no âmbito de cada vinculação. O caso mais importante diz respeito à inclusão dos encargos previdenciários da União (ou seja, os proventos dos servidores em inatividade) no orçamento da Seguridade Social, pois não há dúvida de que este é um gasto com previdência e esta uma das três ações que integram a seguridade, nos termos da Constituição. A questão é que tais encargos cresceram muito nos últimos anos (as despesas chegaram a R\$ 10,2 bilhões em 1994, ou 36% dos gastos com pessoal da União), e o seu financiamento. Que até meados da década de 80 dependia basicamente de recursos ordinários do Tesouro Nacional, neste início dos anos 90 concentrou-se em aportes da COFINS e CSLL. Enquanto reclamavam do excesso de vinculações, as autoridades econômicas aumentavam as contribuições da seguridade social, redirecionavam boa parte de sua arrecadação para financiar parte crescente das despesas federais com pessoal e encargos e, deste modo, na prática, atenuavam a rigidez das receitas.

No que se refere à participação social, é sabido que ela pode ser estimulada, mas é preciso que sejam respeitadas as condições históricas da sociedade e o tempo de amadurecimento, sem os quais não se constroem um canal de vazão das demandas sociais.

Ao que tange às ações de descentralização em Curitiba, pode-se dizer que as mudanças ocorridas entre 1987 e 1994 foram significativas, considerando a reorganização institucional e a transferência da administração de saúde para o município e que a cidade avançou bastante na questão da inclusão social, mas que, não diferente do país, mantém um afastamento por exclusão das classes com nível médio de renda, as quais na tentativa de ampararem melhor a si e suas famílias deixam o SUS migrando para a medicina privada e que, contudo, acabam retornando quando acometidas de problemas cuja resolução depende do que se convencionou chamar medicina de alto custo.

Há que se deixar claro que a carência de recursos tem sido impeditiva para a expansão da oferta de serviços, uma vez que apesar do município ter assumido seu papel no financiamento da área de saúde, o mesmo não se verifica na instância estadual.

E, ainda, longe de defender idéias sectaristas, faz-se menção a um problema comum nas grandes cidades, o qual é causado pela ausência de um planejamento regional coordenado, pela crescente dificuldade financeira enfrentada por muitos municípios, e pelo fato de a municipalização dos serviços de saúde permitir que haja sistemas municipais de saúde com uma ampla variação dos níveis de sofisticação,

estimulando-se desta maneira usuários potenciais num dado local a procurarem os melhores serviços e tratamentos, mesmo que isto signifique dirigirem-se a outros municípios, independente da distância que estes se encontrem de seus municípios de origem, implicando numa sobrecarga dos sistemas de saúde mais desenvolvidos e organizados.

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

AFONSO, José Roberto R. Aspectos conceituais das relações financeiras intergovernamentais. **Revista de Estudos Econômicos**, São Paulo:USP/IPE, v. 22, n. 1, p 5-34, Jan./abr.,1992.

_____. Dilemas da Saúde: Financiamento e Descentralização. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 221-238, jun. 1995.

BARACHO, J. C. G., De LAAT L. **Avaliação de desempenho da rede de centros de saúde pertencentes a SMS de Curitiba em dados quantitativos, 1984-1990**, Curitiba, Série Histórica, Mimeo,1990.

BOBBIO, Norberto. **Estado, Governo, Sociedade – Para uma Teoria Geral da Política**, Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987.

BOYER R. A teoria da regulação: uma Análise crítica. In: MEDICI. A. C.; MARQUES, R. M. Regulação e previdência Social no Brasil: evolução e perspectivas, **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba, n. 85, maio/ago. p. 57-114,1995.

BRAGA, J. C. **A Instabilidade Estrutural do Capitalismo Brasileiro: uma visão dos anos 50 aos 80**. São Paulo: IESP/FUNDAP,1989.

CARNOY, Martin. **Estado e Teoria Política**, Campinas: Papyrus, 1988.

CAMPOS, Gastão W. S. Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil, **Saúde em Debate**, Londrina, n. 28, p. 24, mar. 1990.

CASTRO, Demian; LEÃO Igor Z. C. C. Paraná: Desenvolvimento Exitoso de um Estado Brasileiro, Texto para Discussão UFPR, Curitiba, 1995.

CEBES, **Divulgação Em Saúde Para Debate**, n.8, Londrina, maio,1992.

COMISSÃO ESPECIAL PARA ESTUDOS DO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO,
“Relatório Final”, **Previdência em Dados**, v. 7, n 2, jan/abr., 1992.

CORRÊA Roberto Ribeiro. **Welfare State: Trajetória e Crise**, Belém, 1999.
Dissertação de mestrado apresentada a Universidade Federal do Pará (mimeo)

COSTA, Nilson R. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário**, Petrópolis: Vozes, 1985.

_____; MINAYO, Cecília S.; RAMOS, Célia L. et al. (org.) **Demanda Populares, Políticas Públicas e Saúde**, Petrópolis: Vozes/Abrasco, v. 1, Ciências Sociais e Saúde Coletiva, 1989.

_____. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil, **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: FGV, Out/Dez., p. 5-17, 1994.

_____. Inovação Política, Distributivismo e Crise: a política de saúde nos anos 80 e 90, **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 479-511, 1996.

COUTINHO, Carlos N. **A Democracia como Valor Universal: Notas sobre a questão democrática no Brasil**, São Paulo: Ciências Humanas, 1980.

_____. **Gramsci, um estudo sobre o seu pensamento político**, Rio de Janeiro: Campus, 1989.

CURITIBA. Prefeitura Municipal De Curitiba. **Proposta de Modelo Assistencial para o Município de Curitiba**, Curitiba: SMS, 1989. (mimeo)

_____. **Plano Municipal de Saúde de Curitiba – versão preliminar**, Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 1992.

_____. **Histórico da Secretaria Municipal de Saúde**, Curitiba: SMS, 1996. (mimeo)

DRAÍBE, Sônia M. As políticas Sociais Brasileiras: Diagnósticos e Perspectivas, IN: **Para a Década de 90: Prioridades e Perspectivas de Políticas Públicas**, IV – Políticas Sociais e organização, Brasília: IPEA/IPLAN, p. 1-66, 1989.

_____. Brasil: A reforma do Sistema de Saúde, In: PEREIRA, Carlos, A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária – 1985 -1989, **DADOS – Revista e Ciências Sociais**, Rio de Janeiro: IUPERJ, v. 39, n. 3, p 423-477, 1996.

ESMANHOTO, Rita; ALMEIDA, Nizan, P. **A Saúde das Cidades**, São Paulo: Hucitec, 1989.

FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde, In: **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília: IPEA/INPES, n. 3, p. 139-161, jun., 1990

FIORI, J. L. **Transição terminada: crise superada?**, São Paulo: Novos Estudos CEBRAP, 1990.

FLEURY Sônia – Avaliação Comparativa das Ações Integradas de Saúde, IN: **Revista Saúde em Debate**, Londrina: Cebes, n. 3, fev., 1991.

_____. **Estado Sem Cidadão: Seguridade Social na América Latina**, Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994.

GIACOMINI, Carlos H. **Descentralização e Distritos Sanitários: aproximação e deslocamento de poder no processo de distritalização da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba**, Londrina, 1994. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Estadual de Londrina, (mimeo)

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social,
Municipalização das Ações de Saúde no Município de Curitiba, Curitiba,
1987 mimeo

IPARDES - Instituto Paranaense De Desenvolvimento Social, Serviços e Política de
Saúde, Doc n.1: **Saúde na Perspectiva do Município – Planejamento e**
Execução, IPARDES, Curitiba, 1991

JATENE, Adib, Novo Modelo de Saúde, **Revista de Estudos Avançados**, São
Paulo: IEA/USP, v. 13, n. 35, p. 51-64, jan/abr., 1999.

LEÃO, Igor Z. C. C., **O Paraná nos anos setenta**, Curitiba: IPARDES/CONCITEC,
Coleção Teses, 1, 1989.

LIMA, Armênio M. C. **Gestão de Atenção Primária à Saúde: a Formação dos**
Secretários Municipais de Saúde em um Contexto de Globalização
Econômica. Florianópolis, 1.999. Projeto de Doutorado em Educação
apresentado ao programa de pós-graduação em Educação da Universidade
Federal de Santa Catarina, (mimeo)

LUZ, Mandel T. **As Instituições Médicas no Brasil**, Rio de Janeiro: Ed. Graal,1979.

MAGALHÃES, Marisa Valle, **O Paraná e as Migrações 1940 a 1991**, Belo
Horizonte,1996. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal
de Minas Gerais. (mimeo)

MEDICI, André C. Financiamento e Contenção de Custos nas Políticas de Saúde:
Tendências Atuais e Perspectivas Futuras, IN: **Revista de Planejamento e**
Políticas Públicas, Brasília: IPEA, n. 4, p. 83-98, dez.,1990.

_____; OLIVEIRA, F. E. B. **Considerações sobre o Sucateamento da Rede Pública e Privada de Saúde**, Brasília: IPEA, Textos para Discussão n. 252, abr.,1992.

_____. Incentivos Governamentais ao setor Privado em Saúde no Brasil, **Revista da Administração Pública**, vol. 26, n. 2, p. 79-115, abr/jun., 1992.

_____. **Economia e financiamento do Setor de Saúde No Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública / USP,1994.

_____; CZAPSKI, C. A. **Evolução e Perspectivas dos Gastos Públicos com Saúde no Brasil**. Trabalho Encomendado pelo Banco Mundial, Brasília, 1995. (mimeo)

_____; MARQUES Rosa Márcia. Regulação e previdência social no Brasil: evolução e perspectivas. In: **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba:IPARDES, n. 85, p. 57-114, maio/ago. 1995.

_____. Descentralização e Gastos em Saúde no Brasil, in: AFFONSO, Rui B. A.; SILVA, Pedro Luiz B. (org.) **Descentralização e Políticas Sociais**, São Paulo: FUNDAP, Federalismo no Brasil, p. 297-376, 1996 (a)

_____; MACIEL, Marco Cícero M. P. A Dinâmica do Gasto Social nas Três Esferas de Governo:1980-92 in: AFFONSO, Rui B. A.; SILVA, Pedro Luiz B. (org.) **Descentralização e Políticas Sociais**, São Paulo: FUNDAP, Federalismo no Brasil, p. 41-105, 1996 (b)

MENDES, Eugenio V. **O Estado autoritário e o planejamento da saúde: os desafios da Nova República**, Brasília, Mimeo,1987.

- _____. (org.) **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, Série Saúde em Debate n. 55, 1994.**
- NOGUEIRA, M. A. **A Dimensão Política da Descentralização Participativa, São Paulo em Perspectiva, São Paulo: Fundação SEADE, v. 11, n. 3, p 8-19 Jul/Set., 1997.**
- NUNES, André. **Imperfeições no Mercado de Saúde: A Saúde No Brasil, Brasília, 1996. Dissertação de Mestrado apresentada Universidade de Brasília. (mimeo)**
- OLIVEIRA, Jaime A.; Teixeira, S. M. F. **In:Previdência Social, Rio de Janeiro: ed. Vozes,1986.**
- _____. **Reformas e reformismo: Para uma teoria política da Reforma Sanitária (ou, reflexões sobre a Reforma Sanitária de uma perspectiva popular), IN: COSTA, Nilson do Rosário; et al (org.) Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde. Petrópolis: Vozes/Abrasco, Ciências Sociais e Saúde Coletiva, v. 1,1989.**
- PEREIRA, Carlos, **A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária – 1985 - 1989, DADOS – Revista e Ciências Sociais, Rio de Janeiro: IUPERJ, v. 39, n. 3, p 423-477,1996.**
- RAGGIO, Nadia Z. (coord.) **Balances e Perspectivas da Descentralização: O Caso do Paraná: Setores de Política Social, Relatório Preliminar, Curitiba: IPARDES, Out.,1996.**
- _____. **Balances e Perspectivas da Descentralização: O Caso do Paraná: Finanças Públicas do Estado e dos Municípios entre 1987 e 1994, Relatório Final, Curitiba: IPARDES, Set., 1996.**

SANDRONI, Paulo(org.). Novo Dicionário de Economia, São Paulo:Best Seller, 1994

SANTAGADA, Salvatore, Indicadores Sociais: Contexto Social e Breve Histórico, **Indicadores Econômicos**, Porto Alegre: F.E.E., jan. v. 20, n. 4, p. 245-255, 1993.

SERRA, José. Entrevista "A Questão da Saúde no Brasil", **Revista de Estudos Avançados**, São Paulo: USP, n. 35, v. 13, p. 39-50, Jan/abril,1999.

SILVA, Pedro Luiz Barros, Descentralização de Políticas Sociais: marco teórico e experiências internacional e brasileira, In: Velloso, João Paulo dos Reis; ALBUQUERQUE Roberto Cavalcanti de; KNOOP Joachim (coord.) **Políticas Sociais no Brasil: descentralização, eficiência e equidade**, Rio de Janeiro: INAE/ILDES : Fórum Nacional, p. 15-30, 1995.

_____. Reforma do Estado e Política Social no Brasil : Êxitos, problemas e desafios da coordenação intergovernamental, In: **Revista Paranaense de Desenvolvimento Economia, Estado e Sociedade**, Curitiba, n. 93 Jan/Abr., 1998.

TAVEIRA, Maura, O Financiamento do SUS: armadilhas da eficiência ou eficácia das armadilhas?, **Saúde em Debate**, Londrina, n. 35, jul.,1992.

ULTRAMARI, Clovis; MOURA, Rosa (org.), **Metrópole: Grande Curitiba: Teoria e Prática**, Curitiba: IPARDES,1994.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila, SUS: Entraves à Descentralização e Propostas de Mudanças, in: AFFONSO, Rui de Britto Alves; SILVA, Pedro Luiz (org.) **Descentralização e Políticas Sociais**, São Paulo: FUNDAP, Federalismo no Brasil, p.269-274,1996.

WINCKLER Carlos Roberto e MOURA NETO, Bolívar Tarragó, *Welfare State À Brasileira, Indicadores Econômicos*, Porto Alegre: F.E.E., Jan. v. 19, n. 4, p. 109-112, 1.992

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

CARLEY, Michel. **Indicadores Sociais: Teoria e Prática**, Rio de Janeiro:Zahar,1981.

COHN, A. et al, **A Saúde Como Direito e como Serviço**, Coleção Pensamentos Social e Saúde, v. 7, São Paulo: CEDEC, Cortez,1991.

DRAÍBE, Sônia M. **Rumos e Metamorfoses: um estudo sobre a constituição do Estado e as alternativas da industrialização no Brasil, 1930-1960**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, Coleção Estudos Brasileiros, V. 84, 1985.