



Volume 2

CADERNOS da Nona

DESCENTRALIZANDO E
DEMOCRATIZANDO O CONHECIMENTO

APRESENTAÇÃO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A SAÚDE DO POVO BRASILEIRO

SUMÁRIO

- TERMOS DE REFERÊNCIA.....	07
- PROGRAMAS.....	11
1 - SOCIEDADE, GOVERNO E SAÚDE.....	33
1.1 - INFORMAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO DEMOCRÁTICA.....	35
Ilara Hammeril Sozzi de Moraes - CIS/FIOCRUZ	
Marla Bernadete de Paula Eduardo - SMS/SP	
Marla Lúcia de Moura Silva Soboll - FSP/USP	
1.2 - DEMOCRACIA E REFORMAS: EQUÍVOCOS, OBSTÁCULOS E DISJUNTIVAS.....	43
Luís Flori	
1.3 - CONSIDERAÇÕES SOBRE A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA FACE AO NOVO PARADIGMA TECNOLÓGICO.....	53
Marília Bernardes Marques	
1.4 - SEGURIDADE SOCIAL DIREITO DO CIDADÃO - UM DEVER DO ESTADO.....	69
Comissão nacional de Seguridade da CUT	
1.5 - NOVO CÓDIGO DE PROPRIEDADE INDUSTRIAL - LEI DAS PATENTES, UMA AGRESSÃO A A VIDA, AO CONHECIMENTO E À SOBERANIA NACIONAL.....	75
Jussara Cony	
1.6 - PROBLEMAS ATUAIS E PROPOSTA PARA A REVISÃO DA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	77
Mozart de Oliveira Júnior	
2 - IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.....	99
2.1 - MUNICIPALIZAÇÃO.....	101
2.1.1 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PAPEL DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE.....	101
Eugênio Vilaça Mendes	
2.1.2 - A GESTÃO ENQUANTO COMPONENTE ESTRATÉGICO PARA IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE.....	109
Gastão Wagner S. Campos	
2.2 - FINANCIAMENTO.....	119
2.2.1 - A SAÚDE DOS ANOS NOVENTA : OS RECURSOS FEDERAIS E A DESCENTRALIZAÇÃO.....	119
Francisco Barreto de Oliveira	
André Cezar Medici	

2.3 GERENCIAMENTO.....	125
- A GERÊNCIA NA EFICÁCIA DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	125
Luciano A. Prates Junqueira	
Rose Marie Inojosa	
- SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA E HOSPITAIS FILANTRÓPICOS.....	133
Confederação das Misericórdias do Brasil	
- DESENHANDO UM CAMINHO ALTERNATIVO PARA A GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	141
Ana Maria Malik	
Gonzalo Vecina Neto	
- RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE E A MUNICIPALIZAÇÃO: UM NOVO CICLO DA DESCENTRALIZAÇÃO.....	149
Tânia Celeste Matos Nunes	
- HOSPITAL COMO CENTRO DE PROMOÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE.....	155
Juljan D. Czapski	
- ORIENTAÇÕES PARA PCCS PARA OS ESTADOS E MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL.....	159
Comissão Especial do Conselho Nacional de Saúde	
- SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA NOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE.....	163
Dr. Humberto de Moraes Novaes	
- MELHORIA DO DESEMPENHO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: PONTOS DE ESTRANGULAMENTO E CAMINHOS PARA A SUPERAÇÃO.....	175
Lulz Cordonl Jr.	
Arnaldo Agenor Bertone	
- EXPEDIENTE.....	181

TERMOS DE REFERÊNCIA

1 — SOCIEDADE, GOVERNO E SAÚDE

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

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

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

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

2.1 O Quadro Sanitário:

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

2.1.2 O quadro decorrente:

* **Perfis de morbi-mortalidade;**

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

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

* **Violência e Saúde;**

— a mortalidade e a invalidez por causas externas.

— como morrem nossas crianças e jovens?

— a esterilização em massa.

— de que adoecem e morrem os trabalhadores?

2.2 As respostas do estado:

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

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

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

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

O SUS responde às necessidades de saúde da população?

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

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

Qual o resultado concreto?

— uma única trajetória?

— várias políticas paralelas? quantas e quais.

A lei X a prática.

2 — IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.1 FINANCIAMENTO

1) Fontes de Financiamento da Saúde

1.1. Federais

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

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

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

1.2. Estaduais e Municipais

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

e Municípios num novo patamar.

2) Fundos de Saúde

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

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

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

3) Financiamento da Descentralização

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

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

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

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

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

— como tratar o financiamento dos investimentos.

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

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

2.2 MUNICIPALIZAÇÃO

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

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

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

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

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

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

mantidas as condições atuais?

2.3 GERENCIAMENTO

I — O MODELO ASSISTENCIAL

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

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

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

II — A DESCENTRALIZAÇÃO

A descentralização efetiva e suas conseqüências

Entraves: Atuação das forças políticas contrárias

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

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

A questão do comando único por esfera de governo.

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

III — MODALIDADES ASSISTENCIAIS

Setor privado, privado complementar e setor público.

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

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

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

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

IV — A GERÊNCIA DO SUS

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

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

— Gerência, administração, gestão: significados na literatura.

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

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

O controle dos serviços prestados contratados.

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

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

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

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

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

— Gerência dos serviços públicos e qualidade da prestação.

É possível serviços públicos eficazes?

Qual a lógica que deve prevalecer na gerência pública?

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

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

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

Papel racionalizador do município no gerenciamento dos serviços públicos.

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

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

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

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

V — DISTRITO SANITÁRIO

Avaliar, propor e discutir:

— Gerenciamento da Rede:

a) diretrizes já definidas na legislação;

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

rência;

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

2.4 RECURSOS HUMANOS

A — A FORÇA DE TRABALHO: TENDÊNCIAS E POLÍTICAS RECENTES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INTRODUÇÃO

A "produção" de ações e serviços de saúde, bem como de outros serviços públicos, têm especificidades em relação à produção de outros bens de consumo. A produção se realiza essencialmente num processo de interação entre prestadores e usuários. Conseqüentemente a "produtividade" e a "qualidade" dependem de características de ambos os parceiros e do processo de interação que se estabelece. Neste sentido, os cidadãos tornam-se, até certo ponto, também executores e o padrão da "produção" exprime relações sociais entre prestadores e usuários, mediados por formas de organização.

O fato de que o Estado atende ao preceito "saúde — direito de todos e dever do Estado", propiciando serviços gratuitos, introduz outros fatores importantes, especialmente a tecnoburocracia que define necessidades e normas de satisfação. Ao mesmo tempo, isto implica numa coletivização dos usuários, cuja capacidade de organização poderá gerar um contrapeso ao monopólio de definição de necessidades por parte da tecnoburocracia. Os usuários poderão receber os serviços meramente como favor, sujeitando-se passivamente às normas e definições ou poderão se autonomizar e reivindicar direitos, interferindo ativamente no processo de definições e satisfação de necessidades.

Em nosso país avanços democráticos e acesso a serviços públicos freqüentemente não resultam diretamente da organização, luta e pressão do setor popular. Isto marca profundamente a história das políticas de saúde, e faz com que não haja uma consciência do direito à saúde ou uma percepção social de direitos apenas contratual (Prev. Social/Seguros) se intensificando a luta pela conquista de direitos sociais, porém muitas vezes num padrão corporativista de interesses, que poderá imprimir no perfil das políticas sociais a marca do poder desigual dos interesses organizados, reproduzindo desigualdades.

Ao nível legal-formal, o direito à saúde foi inscrito nas Constituições Federal e Estaduais. Sem dúvida isto representa um avanço. Entretanto, há de se assinalar que o impacto real poderá ficar reduzido. Além das despesas tradicionais por normas e leis ("para os inimigos a lei, para os amigos tudo"), a superação efetiva das grandes desigualdades quanto ao acesso a serviços de saúde, dependerá do crescimento da capacidade de dispêndio do Estado e da diminuição do grande hiato social entre classes médias altas e as classes populares.

Uma das estratégias propostas para assegurar a efetivação do direito à saúde, é a gestão democrática dos serviços de saúde mediante o controle social.

A expressão "controle social" procura superar as ambigüidades da noção "participação comunitária", veiculado por projetos de desenvolvimento comunitário a partir da década de quarenta, e no setor saúde principalmente a partir da década de setenta. Ela introduz, porém outras ambigüidades, à medida que sugere uma separação entre sociedade e estado, um controlando o outro, não esclarecendo a cristalização de interesses societários no próprio Estado e em seus serviços.

É visto como mecanismo privilegiado de controle social, o Conselho de Saúde tomado de forma paritária por re-

presentantes de usuários e representantes do Governo, prestadores e trabalhadores de saúde. Atribui-se a conselhos organizados a nível municipal, estadual e federal, a formulação e fiscalização das políticas de saúde. O valor atribuído a estes conselhos, instituídos pelo poder executivo, evidencia a centralização do poder legislativo e poder judiciário. Certamente, os conselhos de saúde atuem num maior espaço para discussão a respeito da organização de serviços de saúde e para articulação e negociação entre vários grupos de interesse. Ao mesmo tempo, porém há uma série de riscos. Os conselhos poderão se tornar instrumentos para legitimar políticas de saúde nem sempre pautadas pelos interesses da população e se por decisão da administração pública.

Os Conselhos poderão também intensificar a corporativização do setor de saúde. Apesar da composição paritária, os trabalhadores e prestadores de serviço predominam, pois, os usuários freqüentemente também estão sendo representados, por um profissional de saúde, que faz parte de algum sindicato ou associação, além de se considerar que não existem organizações que especificamente defendem os interesses de usuários, enquanto os profissionais de saúde estão sendo representados por entidades que tratam especificamente de seus interesses. Num outro sentido, os Conselhos também têm caráter corporativista, pois as entidades que possuem representação, ao interagir diretamente com o Estado, assumem status e funções públicas ou semipúblicas, o que os diferenciam do padrão pluralista e competitivo de atuação características dos grupos de pressão.

Entretanto, há de se considerar que numa sociedade com uma vida associativa pobre, estruturas corporativas podem fortalecer a participação com associações e criar maior controle sobre o Estado.

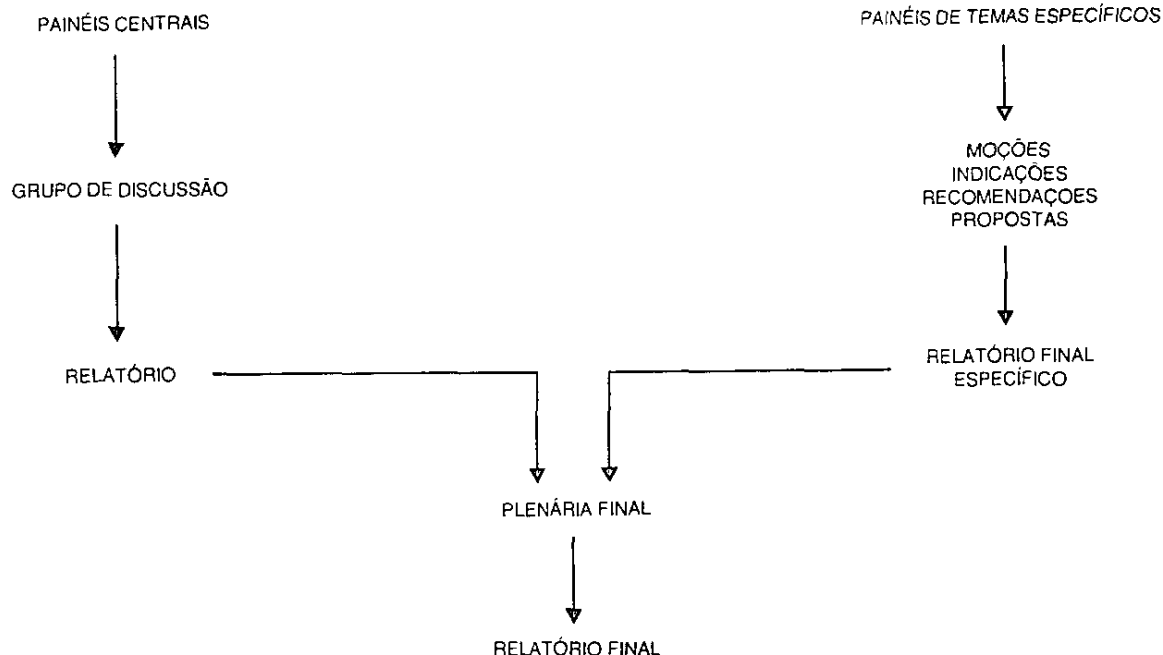
A organização de Conselhos implica ainda numa série de problemas práticos, tais como: de que forma assegurar representatividade legítima quando a sociedade é pouco organizada? (acesso de pequenos municípios; como selecionar representantes dos usuários; como evitar que a chamada sociedade organizada imponha seus interesses, excluindo a grande massa desorganizada).

A grande ênfase dada atualmente aos Conselhos leva freqüentemente à desvalorização de outras formas de participação institucionalizadas ou não (articulação, usuários de serviços, conselhos de gestão de serviços, ouvidoria de saúde, etc).

Cabe por fim assinalar que a efetivação das várias formas de controle social pressupõe maior informação sobre o funcionamento dos serviços de saúde, especialmente sobre o financiamento. Quanto a isto poderíamos ter dúvidas sobre a expansão do controle social num país onde o ensino de 1º grau é universalizado, e onde o patrimonialismo da administração pública reforça a existência de segredos burocráticos.

PROGRAMA

PROGRAMAÇÃO DOS PAINÉIS



FUNDAMENTAÇÃO DA INTRODUÇÃO DA QUESTÃO DA SEGURIDADE SOCIAL NO TEMÁRIO DA ETAPA NACIONAL DA IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.

A recente assunção pelo Conselho Nacional da Saúde da questão da Seguridade Social como integrante do Temário Central da Etapa Nacional da Conferência Nacional de Saúde, deveu-se ao recrudescimento desta questão no debate nacional a partir de Dez/91 e com a instalação da Comissão Parlamentar Especial para Estudo do Sistema Previdenciário em Jan/92.

O Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora da IXª Conferência Nacional da Saúde já havia contemplado esta magna questão nos termos de referência dos Temas "Sociedade, Governo e Saúde" e "Implementação do SUS", tanto do ponto de vista doutrinário de Políticas Públicas, como do ponto de vista das bases financeiras do sistema.

O recrudescimento do debate nacional da Seguridade Social, incluso no debate maior das Políticas de Ajuste Econômico estrutural, justifica a explicitação desta questão no temário, conforme a proposta anexa, elaborada pelo Grupo de Trabalho Técnico, de acordo com a deliberação do Conselho Nacional de Saúde.

APRESENTAÇÃO

A Comissão Organizadora da IX Conferência Nacional de Saúde (IX CNS) sente-se feliz e honrada em poder apresentar o programa à realização da Etapa Nacional da IX CNS, de 09 a 14 de agosto de 1992.

Evento maior para a área de Saúde, a IX Conferência permitirá à sociedade brasileira avaliar a situação de saúde e da oferta de serviços, a implementação dos dispositivos constitucionais e legais e propor as diretrizes que deverão orientar a formulação e execução das políticas governamentais para o setor.



Conferências de Saúde são instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde, reguladas pela Lei 8.142/90 e convocadas a cada 4 anos pelo Poder Executivo ou pelo Conselho Nacional de Saúde. Têm sido realizadas no Brasil desde 1947. Em 1986, a VIII CNS transformou o caráter das conferências, democratizando-as e definiu as bases do Sistema Único de Saúde.

O que torna a IX CNS um marco - não apenas no setor Saúde, mas no processo de modernização e democratização do Estado brasileiro é o fato de que dela estarão participando, pela primeira vez em situação paritária com os demais segmentos, os usuários, através das organizações civis que os representam. Esse caráter participativo foi reforçado pelo fato de que a IX CNS foi concebida como um processo que se desenvolveria em etapas, respeitando a lógica organizativa do Sistema Único de Saúde. Por essa razão, 80% dos delegados presentes à Etapa Nacional foram indicados pelas plenárias da Etapa Estadual, que por sua vez, congregava delegados originários da Etapa Municipal. Isso permitiu um extraordinário processo participativo à sociedade brasileira, conferindo aos delegados à IX CNS representatividade e legitimidade nunca antes constatados em eventos similares.

Desse fato decorre, ademais, a enorme responsabilidade de reproduzir, agora para o âmbito nacional, a seriedade com que foram até aqui conduzidos os debates sobre o temário da IX CNS - "Saúde: Municipalização é o Caminho", ao qual foi incorporado o Tema "Seguridade Social", cuja oportunidade e relevância prescindem de justificativa. Incluindo questões da maior importância para a continuidade do processo de Reforma Sanitária e para a consolidação do Sistema Único de Saúde, o Temário da IX CNS tem a amplitude necessária para conduzir a um diagnóstico acurado, do qual certamente emergirá um leque de propostas capaz de orientar as urgentes transformações exigidas pela sociedade brasileira no sistema de saúde no sentido de tornar conquista real os dispositivos constitucionais.

É para esta relevante e difícil tarefa que estamos convocando todos aqueles aos quais, durante o longo processo de realização da IX CNS, em todas as suas etapas, foi conferida a honrosa tarefa de representar o conjunto de setores sociais interessados na questão da Saúde.

"Saúde é um direito de todos e dever do Estado". E é nosso dever, neste momento, apontar os rumos para que este preceito constitucional se concretize.

PROGRAMA

Dia 09.08.92 - DOMINGO

18 horas - ABERTURA

19 h 30 min - MESA DE ABERTURA:

Local: AABB

" A SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PROCESSO DAS ETAPAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DA IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE".

Avanços e Impasses evidenciados nas Conferências Municipais e Estaduais

Coordenação:

Raimundo Bezerra - Presidente do Comitê Consultivo da Comissão Organizadora da IX Conferência Nacional de Saúde.

Expositores:

Arlindo Fábio Gomez de Sousa - Representante da Comissão Organizadora da IX Conferência Nacional de Saúde

Edmur Flávio Pastorelo - Representante do Ministério da Saúde

Carlos Eduardo Ferreira - Representante dos Prestadores Privados de Assistência à Saúde

Wladimir Ricardo Alves Dantas - Representante da Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)

Zuca Moreira - Representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS)

José Roberto Velho da Cruz - Representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)

Jacinta de Fátima Sena da Silva - Representante da Plenária Nacional da Saúde .RM 7.00"

Dia 10.08.92 - SEGUNDA FEIRA

08 h e 30 min

Local AABB

- CONFERÊNCIA: A SAÚDE NOS TEMPOS DO CÓLERA
Conferencista - ADIB JATENE - Ministro de Estado da Saúde.

09 h e 15 min

Local AABB

- PAINEL I: SOCIEDADE, GOVERNO E SAÚDE: POLÍTICAS DE AJUSTE ECONÔMICO ESTRUTURAL
- CONSEQUÊNCIAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS, CUSTO SOCIAL E DEMOCRACIA

Coordenação:

- Adib Jatene - Ministro de Estado da Saúde

Painellistas:

- Marcílio Marques Moreira - Ministro de Estado da Economia, Fazenda e Planejamento
- Fernando Henrique Cardoso - Senador PSDB
- Luís Inácio Lula da Silva - Presidente do Partido dos Trabalhadores.
- José Oswaldo de Meira e Penna - Representante das Entidades não Governamentais do Setor Saúde
- Dom Luciano Mendes de Almeida - Presidente da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

12 h

- Intervalo para almoço

14 h

- Grupos de Trabalho (GT)
Local: UnB - Instituto Central de Ciências (ICC Minhocão)

16 h 30 min

- Reunião de Relatores - UnB ICC sala 42

17 horas

PAINÉIS ESPECÍFICOS

Local: UnB - ICC

- 01 - Desenvolvimento, Meio Ambiente e Saúde.....sala 27-norte
- 02 - Ciência e Tecnologia em Saúde.....sala 32-norte
- 03 - O Sistema de Atenção Médica Supletiva no Brasil.....sala 10-sul
- 04 - Violência e Saúde.....sala 101-Arq
- 05 - Controle Epidemiológico no Brasil.....sala 18-sul
- 06 - Medicamentos: descoberta, produção e consumo.....sala 77-norte
- 07 - Participação Social e Comunitária.....sala 39-norte

20 Horas

- CONFERÊNCIA

Local: UnB - Sala 101 - Arquitetura

"SEGURIDADE SOCIAL: O LUGAR DA SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS"

Conferencista - Rodolfo Rodriguez

Dia 11.08.92 - TERÇA-FEIRA

08 h e 30 min

Local AABB

- PAINEL II: SOCIEDADE, GOVERNO E SAÚDE: POLÍTICAS PÚBLICAS E OS CAMINHOS DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

Coordenação:

- Almir Gabriel - Senador da República

Painelistas:

Reinhold Stephanes - Ministro de Estado da Previdência Social

Euler Ribeiro - Presidente da Comissão da Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados

Jones Santos Neves Filho - Representante da Confederação Nacional da Indústria

Jair Meneghelli - Representante da Central Única dos Trabalhadores

Francisco Ubiratan Dellape - Representante da Confederação Nacional do Comércio

Oswaldo Garcia Veloso - Representante da Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas (COBAP)

12 h - Intervalo para almoço

14 h - Grupos de Trabalho

Local UnB - Instituto Central de Ciências (ICC Minhocão)

16 h 30 min - Reunião de Relatores - sala 42 ICC - UnB

17 horas **PAINÉIS ESPECÍFICOS**

Local: UnB - ICC

08 - Alternativas de gestão públicasala 39-norte

09 - Políticas Públicas e Saneamento Ambiental.....sala 29-norte

10 - Mulher - o corpo lesado.....sala 10-sul

11 - Equipamentos Biomédicos.....sala 17-sul

12 - Sistema de Controle e Avaliação no SUS: garantias de qualidade.....sala 77-norte

13 - A saúde da Criança: prioridade nacional ?.....sala 21-sul

14 - Sistemas comparados de Saúde.....sala 18-sul

15 - Deficiência, Reabilitação e SUSsala 07-sul

16 - Seguridade Social e SUS.....sala 27-norte

20 horas - **CONFERÊNCIA**

Local: UnB - sala 101 - Arquitetura

"O AJUSTE ESTRUTURAL E O SUS"

José Luis Fiori

Dia 12.08.92 - QUARTA-FEIRA:

08 h e 30 min

Local: AAB

PAINEL III: IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:

DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO, GESTÃO PÚBLICA E PRIVADA, RECURSOS HUMANOS E MODELO ASSISTENCIAL.

Coordenação:

Antonio Sérgio Arouca - Deputado Federal

Painellistas:

José da Silva Guedes - Representante do Ministério da Saúde

José Felipe Saraiva - Representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS)

José Eri Osório de Medeiros - Representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)

Cláudio Algayer - Representante dos Prestadores Privados Contratados de Assistência à Saúde

Gastão Wagner Campos - Representante dos Usuários do Sistema Único de Saúde

12 h - Intervalo para almoço

14 h - Grupos de Trabalho

Local: UnB - ICC

16 h 30 min - Reunião de Relatores - sala 42 - UnB - ICC

17 horas **PAINÉIS ESPECÍFICOS**

Local: UnB - ICC

17 - Financiamento do SUS.....	sala	101-Arq
18 - Abordagens alternativas da saúde.....	sala	17-sul
19 - O SUS e os hospitais contratados e conveniados.....	sala	32-sul
20 - Recursos humanos em saúde.....	sala	18-sul
21 - Imunobiológicos, sangue e hemoderivados.....	sala	77-norte
22 - Comunicação Social em Saúde.....	sala	10-sul
23 - Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	sala	27-norte
24 - Modelo Assistencial de Saúde.....	sala	39-norte

20 horas - **CONFERÊNCIA**

Local: UnB - sala 101 - Arquitetura

"O CONTROLE SOCIAL, A DESCENTRALIZAÇÃO E O SUS"

Conferencista - Dr. Pedro Jacobi

Dia 13.08.92 - QUINTA-FEIRA:

08 h e 30 min

Local: AABB

- PAINEL IV: CONTROLE SOCIAL: NA SEGURIDADE SOCIAL E NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Coordenação:

Herbert de Souza - Representante dos Usuários
do Sistema Único de Saúde

Panelistas:

Dom Francisco Austregésilo de Mesquita Filho - Representante da Conferência Nacional
dos Bispos do Brasil
Francisco Canidê Pegado do Nascimento - Representante da Confederação Geral dos
Trabalhadores
Francisco Urbano Araújo Filho - Representante da Confederação Nacional dos
Trabalhadores na Agricultura
Oswaldo Mello - Representante da União de Vereadores do Brasil
Paulo Emilio J. Barbosa - Representante do Ministério Público
Leilton Pereira Guedes - Representante das Entidades de Associações de Portadores
de Patologias

12 h - Intervalo para Almoço

14 h - Grupos de Trabalho

Local: UnB - ICC

16 h 30 min - Reunião de Relatores - sala 42 - UnB - ICC

17 horas

25 - Os Povos Indígenas e o SUS.....	sala	42-sul
26 - Saúde Bucal e Cidadania.....	sala	07-sul
27 - Saúde do trabalhador.....	sala	10-sul
28 - Informação em Saúde.....	sala	77-norte
29 - A Reforma Sanitária: Expressões de Pensamento	sala	27-norte
30 - Política de Vigilância Sanitária.....	sala	17-sul
31 - Demografia em Saúde: O Envelhecimento Populacional e o Impacto na Saúde da População.....	sala	21-sul
32 - Política Nacional de Alimentação e Nutrição.....	sala	22-norte

Dia 14.08.92 - Sexta-feira

8 h 30 min PLENÁRIA FINAL

Observação:

- Os painéis deverão ter duração máxima de 2:30 hs
- Os coordenadores deverão fazer um fechamento - Síntese
- Os painelistas receberão convite explicativo junto aos termos de referência, e terão esclarecimentos pessoais do Grupo Técnico.
- Cada painel específico terá dois relatores.

GRUPOS DE TRABALHO:

De acordo com o Regulamento da Etapa Nacional da Conferência Nacional de Saúde resultarão cem (100) Grupos de Trabalho (G.T.) com aproximadamente trinta (30) integrantes cada um. Os grupos terão um coordenador escolhido entre os participantes e um relator e um sub-relator designados pela Comissão Organizadora.

Dias: 10,11,12 e 13 de agosto de 1992.

Horário: das 14 horas às 16 h e 30 min.

Os referidos grupos deverão produzir um relatório síntese das discussões que resultaram dos painéis gerais.

CONSOLIDAÇÃO DOS RELATÓRIOS DOS G. Ds.

Dia: 10, 11,12 e 13

Hora: 17:00 hs às 19:00 hs

PAINÉIS ESPECÍFICOS

10/08/92

SEGUNDA-FEIRA

17 horas

Local: UnB - ICC (MINHOCÃO)

1 - DESENVOLVIMENTO MEIO AMBIENTE E SAÚDE - Sala 27-norte

Coordenador: Paulo Marchiori Buss
Juljan Dieter Czapski (FENAESS)
Representante da SEMAM
Roberto Guimarães
Donald Sawyer
Tânia Maria Tonelli Munhoz
Socorro Gomes
Domingos Lino
Anthony Gross

Relatores: Maria Angélica Gomes
José Otávio da Rosa Ferlauto
Bruno Pagnoccheschi

- políticas de ajuste, papel do Estado
- ética do desenvolvimento
- proteção, preservação ambiental, depredação da natureza.
- ambiente e saúde
- responsabilidades do setor saúde-perspectivas

2 - CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SAÚDE - sala 32 norte

Coordenador: Hermann Gonçalves Schatzmayr - Fiocruz
Celina Roltman - CNPq
Marília Bernardes Marques - NECT - Fiocruz
Enio Candotti - SBPC
Moisés Goldbaum - OPS
Representante do Instituto Universidade - Empresa

Relatores: Máira Baumgarten Corrêa
Maria José Machado

- modelo de desenvolvimento sócio econômico
- política industrial e ciência e tecnologia.
- integração intra e intersetorial
- os interlocutores: instituições públicas e privadas, o CNPq, a CAPES, a FINEP, a Universidade e outros órgãos de pesquisa e seu fomento, os serviços
- o desafio da incorporação de tecnologias

3 - SISTEMA DE ATENÇÃO MÉDICA SUPLETIVA NO BRASIL - sala 10 sul

Coordenador: Eleutério Rodriguez Neto
Eugênio Villaça Mendes
Arlindo de Almeida - Representante da ABRAMGE
Wanderley Ribeiro - Representante do SEGURO SAÚDE
Edmundo Castilho - UNIMED
Representante da AUTO GESTÃO
Ivan Araújo Moura Fé - Representante da Conselho Federal de Medicina
Representante de Sindicato do ABC Paulista

Relatores: Márcio Almeida
Julio Strubling Muller Neto

- definições e concepções
- suas relações com o poder público e com o SUS
- as questões da dupla cobertura
- universalidade, equidade, financiamento e o controle social.

4 - VIOLÊNCIA E SAÚDE - sala 101 - Arquitetura

Coordenador: Agop Kayayan - UNICEF
Maria Helena de Melo Jorge
Liborni Siqueira - Juiz da Vara de Menores - RJ

Luiza Erundina de Sousa
Gilberto Dimenstein
Dom Mauro Morelli
Mariana Alvim
Marla Cecília de Souza Minayo
Joãozinho Trinta

Relatores: Angela Pinheiro Machado
 Maria Elizabeth Diniz Barros

- a fome
- a violência às crianças pobres
- as mortes violentas aos jovens (drogas, AIDS, acidentes)
- a mortalidade infantil nas regiões e áreas miseráveis
- violência por causas externas
- a emergência e o trauma
- a violência institucional
- as responsabilidades do sistema de saúde, a integração com outros setores e os determinantes sócio-econômicos.

5 - CONTROLE EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL - sala 18 sul

Coordenador: Pedro José de Novaes Chequer (CENEPI/FNS)
 Paulo Chagastelles Sabroza (ENSP)
 José da Rocha Carneiro (USP)
 Gerson Oliveira Penna (MS)
 Antonio Sebastião Loureiro de Souza e Silva
 Jairnilson Paim
 Luiz Augusto Fachini

Relatores: Ozélia Pereira Evangelista
 Alberri Nascimento Grando

- quadro de morbi-mortalidade e os paradigmas do processo saúde-doença
- a epidemiologia na organização dos serviços de saúde
- as concepções do coletivo em epidemiologia
- qualidade de vida e indicadores de saúde
- participação da sociedade e a vigilância epidemiológica
- estilos de vida e suas repercussões nas condições de saúde
- as grandes endemias

6 - MEDICAMENTOS - sala 77 norte

Coordenador: Thiers Ferreira
 Marta Nóbrega Martinez
 Jorge Bermudez (ENSP)
 José Carlos Campana Gerez
 Elisaldo Luiz de Araújo Carlini (AMB-SOBRAVIME)
 Representante da ALANAC
 Marilena I. Lazzarini (IDEC)
 Aldo Rebelo



Relatores: José Aleixo Prattes
Francisco de Assis Machado Reis

- os diferentes segmentos de produção e a dependência nacional: o papel dos laboratórios oficiais, privados nacionais e multinacionais
- o acesso à tecnologia, a questão das patentes e a soberania nacional
- a coordenação nacional, a descentralização e a municipalização
- a política industrial e sua inserção na política de saúde - diretrizes e entraves

7 - PARTICIPAÇÃO SOCIAL E COMUNITÁRIA - sala 39 norte

Coordenador: Eduardo Jorge
Paulo Antonio Gomes Dantas
Pedro Roberto Jacobi
Gilson Cantarino O'Dwyer
Mônica Valente - CUT
Representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores no Comércio
Glauco Scherer
Miguel Schimitt Prymm
Arlindo Fábio Gomez de Sousa

Relatores: Osmar Terra
Jacinta de Fátima Sena da Silva

- formas concretas de participação e controle social no Sistema de Saúde
- consciência de cidadania
- mobilização
- experiências locais

11/08/92

TERÇA-FEIRA

17 horas

Local: UnB - ICC

8 - ALTERNATIVAS DE GESTÃO PÚBLICA - sala 39 norte

Coordenador: José Carlos Seixas
Sinoel Batista
Guido Ivan Marques de Carvalho
Gonzalo Vecina Neto
Emerson Elias Mehry
Francisco Braga
Mozart de Abreu e Lima
José Maria Borges

Relatores: Dalton Mario Hamilton
Samara R. Vieira Nitão

- autonomia de gestão e as várias modalidades gerenciais e financeiras.
- autonomia de gestão dos estabelecimentos públicos e sua inserção no SUS
- o caso específico dos hospitais de alta complexidade.
- o controle social

9 - POLÍTICAS PÚBLICAS E SANEAMENTO AMBIENTAL - sala 29 norte

Coordenador: Elisa Vianna Sá
Marcos Helano F. Montenegro
Szachna Ellasz Cynamon
Mara Lúcia Barbosa Cordeiro de Oliveira - MS
Representante da Associação das Empresas Estaduais de Saneamento Básico (AESB)
Paulo Bezerril Junior - MAS

Relatores: Rodolfo Costa e Silva
Cairo Alberto de Freitas

- saneamento ambiental no Brasil: histórico, situação atual e perspectivas
- política nacional de saneamento e o SUS
- papéis dos municípios, estados, União e das organizações não governamentais.

10 - MULHER - O CORPO LESADO - sala 10 sul

Coordenador: Maria Aparecida Shumsher
Jandira Feghali
Albertina Duarte Takiuti
Representante da Associação das Prostitutas
Ana Maria Costa
Eleonora Menicucci
Benedita da Silva

Maria José Araújo
Marla do Espírito Santo Tavares dos Santos

Relatores: Sara Romero Sorrentino
Rejane Brasil Filipi

- a esterilização em massa
- cesáreas: agressão consentida
- anticoncepcionais: usos e abusos
- aborto: omissão, legislação e realidade
- responsabilidades do sistema de saúde
- o resgate da cidadania e da dignidade

11 - EQUIPAMENTOS BIOMÉDICOS - sala 17 sul

Coordenador: Edmur Flávio Pastorelo
Roberto de Almeida Magalhães
José Ludovici
Leilton Pereira Guedes
João Klinger - (ABIMO) Associação Brasileira de
Indústria Médico-Odontológico
Newton de Araújo Leite
Carlos Cesar Silva de Albuquerque
Ricardo Semler

Relatores: Lizete Castanho Ribeiro
Cesar Luciano C. de Oliveira

- desenvolvimento e incorporação de tecnologia para a produção nacional e utilização de equipamentos no SUS: Integração entre a universidade, institutos de pesquisa, laboratórios e o setor produtivo
- papel do CNPq, FINEP, CAPES, Universidade e outros órgãos de pesquisa e fomento
- o papel da indústria nacional e das multinacionais
- a integração Intra e Intersetorial
- as questões da aquisição, manutenção e normatização de acordo com os níveis de complexidade dos serviços
- política industrial para esta área de relevância pública: diretrizes e entraves
- definição de uma política para procedimentos de alto custo
- acesso da população a esta tecnologia
- presente e futuro dos procedimentos de alto custo no SUS.

12 - SISTEMA DE CONTROLE E AVALIAÇÃO NO SUS - sala 77 norte

Coordenador: Henry Eugêne Jouval Junior
Lynn Silver
Humberto de Moraes Novaes - Representante do Setor Privado Contratado
Nelson Rodrigues dos Santos
Maria Luiza Jaeger
Haino Burmelter - A. P. M
José João Ferraroni

Relatores: José Alberto Hermógenes de Souza
Nilson do Rosário Costa

- controle dos desperdícios e desvios
- avaliação dos resultados ao nível loco-regional.
- responsabilidades e competências das direções municipal, estadual e nacional do SUS

13 - A SAÚDE DA CRIANÇA: PRIORIDADE NACIONAL ? - sala 21 sul

Coordenador: Zilda Arns Neumann
Roberto Macedo
Cesar Victora
Reinaldo Menezes Martins
Fernando Figueira
Josenilda de A. Caldeira Brandt

Relatores: Hebe Tourinho
Paulo Henrique D'Angelo Seixas

- impacto das políticas de ajuste econômico sobre a saúde e a nutrição das crianças
- a situação da saúde da criança em áreas miseráveis
- responsabilidade da comunidade, da família e da pessoa
- responsabilidade do sistema de saúde

14 - SISTEMAS COMPARADOS DE SAÚDE - sala 18 sul

Coordenador: David Tejada D. Rivero - OPAS
Gilles Dussault - Canadá
Emilio Dulan - México
José Joaquim O'Shanahan - Espanha
Julian Garate - Cuba
Suzana Belmartino - Argentina
Ernesto Miranda - Chile
Francesco Ripa di Meana - Italia
Sônia Fleury - Brasil

Relatores: Sônia Terra
Julio Barrios
Roberto Luiz Brant Campos

- sistemas nacionais de saúde: princípios e diretrizes, papel do setor público e privado
- processo de reforma dos serviços nacionais de saúde
- políticas de descentralização e participação do cidadão.

15 - DEFICIÊNCIA, REABILITAÇÃO E SUS - sala 07 sul

Coordenador: Isabel Loureiro Maior
Cândido Pinto Mello
Jandira Feghali
Ana Maria Lima Barbosa
Ana Rita de Paula
Francisco Augusto Vieira Nunes

Relatores: Cândida Carvalheiro (Representante da
Associação Brasileira dos Ostomizados)
Maria José do Canto

- visão global dos movimentos de pessoas portadoras de deficiência
- aspectos da legislação e aspectos psicossociais para pessoas portadoras de deficiência
- proposta das entidades de pessoas portadoras de deficiência para a área da saúde
- o SUS e a atenção às pessoas portadoras de deficiência

16 - SEGURIDADE SOCIAL E SUS - sala 27 norte

Coordenador: Hesio Cordeiro
Rodolfo Rodriguez
Amelia Cohn
Jairo Coutinho
Maria Emília Azevedo
Sônia Draibe
Sônia Fleury
Antonio Britto
Dagoberto José S. de Lima - Representação do Setor Privado

Relatores: Raimundo Bezerra
Wagner Balera

- conceito de Seguridade Social.
- a saúde no contexto da seguridade e a dimensão econômica do setor.
- fontes de financiamento e composição dos fundos de saúde.
- a questão da universalidade, equidade, gratuidade e a participação direta no custeio como fator redistributivo ou moderador.

12/08/92

QUARTA-FEIRA

17 horas

Local: UnB - ICC

17 - FINANCIAMENTO DO SUS sala - 101 - Arquitetura

Coordenador: Euler Ribeiro - Presidente da Comissão de
Seguridade Social e Família
André Medici
Solon Magalhães Viana
Fernando Rezende
Gilson de Cassia Marques de Carvalho

Relatores: Sergio Francisco Piola
Maria Alicia Dominguez Ugá

- fontes dos recursos públicos: orçamentos fiscais das três esferas e o Orçamento da Seguridade Social: seu tamanho e composição - tendências.
- regulamentação e implementação das leis
- reforma tributária e financiamento do SUS
- o redistributivismo e o real significado dos repasses e transferências
- repasse e transferência: as unidades federadas e municípios são gestores do SUS ou prestadores do INAMPS?
- fontes dos repasses: papéis do INAMPS, FNS, CEME, SNVS, SNAS, Secretarias Estaduais e outros
- instrumentos jurídicos para os repasses e para a avaliação e controle
- reforma fiscal e o SUS

18 - ABORDAGENS ALTERNATIVAS DA SAÚDE - sala 17 sul

Coordenador: Carlos Avelino Fonseca Brasil
Carmen Monari
Matheus Marin
Pedro Benevenuto Junior
Roberto Crema
Angela Pinheiro Machado
Rogério Fagundes Filho
Silvio Siqueira Harres
Regina de Aquino

Relatores: Clara Terko Takiaki Brandão
Beatriz Alves de Oliveira

- abordagem holística da Saúde e a implementação do SUS
- a integração terapêutica na perspectiva da descentralização e municipalização
- práticas alternativas em saúde

- organização dos serviços de saúde na abordagem holística
- o financiamento
- participação social, afirmação da cidadania

19 - O SUS E OS HOSPITAIS CONTRATADOS E CONVENIADOS sala 32 sul

Coordenador: José da Silva Guedes
 Lúcio Gonçalo de Alcântara
 Gastão W. de S. Campos
 José Luiz Spigolon - Representante da Federação das
 Misericórdias
 Manoel Gonçalves Ferreira Filho - Representante da
 FENAESS/FBH/ABH
 Lenir dos Santos

Relator: Nelson Rodrigues dos Santos
 Márclo Vieira Angelo

- definições e concepções; as relações convencionais de complementariedade e de equilíbrio econômico
- projeto nacional de políticas públicas e o setor saúde
- descentralização e a vinculação dos hospitais aos sistemas locais e regionais de saúde
- a regulamentação da preferência convencional e da parceria dos hospitais sem fins lucrativos com o poder público

20 - RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE - sala 18 sul

Coordenador: Joana Azevedo da Silva
 José Paranaguá de Santana
 Roberto Passos Nogueira
 Isamara Graça Cyrino de Gouveia
 Eunice Ribeiro Durham
 Tânia Celeste Nunes
 José Lião de Almeida - Representante da FENAESS
 Representante de Entidades de Profissionais de Saúde

Relatores: Francisco Cruz Barbosa Lopes
 Lúcia Silva e Silva

- análise da estrutura ocupacional do país: a distribuição do emprego e do mercado de trabalho de saúde pelas regiões e instituições; as formas de definição do valor (preço) do trabalho em saúde
- os determinantes econômicos, sociais e técnicos da organização do trabalho, o controle do exercício profissional e o papel do Estado e das corporações
- a desqualificação e obsolescência técnica do pessoal e o âmbito de atuação possível do município, o papel da União, dos estados e setor privado na formação e aperfeiçoamento de técnicos
- a gestão do pessoal e a descentralização: questões e impasses, a remuneração adicional por produtividade e desempenho e a negociação coletiva de contrato de trabalho
- delineamento dos possíveis cenários futuros e de desenhos estratégicos sob o ponto de vista da municipalização

21 - IMUNOBIOLOGICOS, SANGUE E HEMODERIVADOS - sala 77 norte

Coordenador: João Baptista Risi Júnior
Candida Mendes Calrutas
Meirione Costa e Silva
Francisco de Assis Machado Reis
Otavio Francisco Pinheiro de Oliva
Crescêncio Antunes da Silveira Neto
Ivanildo Franzosi
Herbert de Souza

Relatores: Luis Felipe Moreira Lima
Breno Riegel Santos

- desenvolvimento e incorporação de tecnologias para produção nacional de imunobiológicos e hemoderivados: integração entre a Universidade, institutos de pesquisa, laboratórios e o setor produtivo.
- o papel do CNPq, FINEP, CAPES, Universidade e outros órgãos de fomento
- produção: a questão da autosuficiência. A integração intra e Intersetorial.
- o cumprimento da Constituição e da Lei 8.080/90 na questão do sangue e hemoderivados: produção e comercialização
- política industrial para esta área de relevância pública: diretrizes e entraves

22 - COMUNICAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE - sala 10 sul

Coordenador: Luiz Lobo
Carlos Chagas - Representante da ABI
Thereza Christina Tavares
Carlos Alberto Almeida (FENAJ)
Umberto Trigueiro Lima
Lauro Cezar Muniz
Representante da Federação Nacional dos Radialistas
Antonio Manoel de Oliveira

Relatores: Ana Maria Meirelles Palma
José Otávio da Rosa Ferlauto

- a participação dos meios de Comunicação Social no esforço da sociedade para implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil.
- a ação dos meios de Comunicação Social para a mobilização política e social no sentido do cumprimento da Constituição Federal, da Lei Orgânica de Saúde e Leis Complementares que orientam a descentralização do setor Saúde.
- o comportamento dos meios de Comunicação Social na defesa da liberdade de informação para a afirmação da cidadania

23 - REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL - sala 27 norte

Coordenador: Yone Caldas
Fábio Leite Gastal
Domingos Sávio
Paulo Delgado
Pedro Gabriel Delgado
Ana Pitta Hoisel
Roberto Tikanori

Relatores: Carmen Oliveira
Marla Aparecida Gussi

- política de saúde mental
- legislação, Ética e controle social
- cidadania em saúde mental
- novas tecnologias em saúde mental
- serviços municipais ou locais de saúde mental
- a des-hospitalização
- loucura e cidadania

24 - MODELO ASSISTÊNCIAL DE SAÚDE - sala 39 norte

Coordenador: Eugênio Villaça Mendes
Humberto de Moraes Novaes
Luciano Prates Junqueira
David Capistrano Filho
José Roberto Velho da Cruz
Oswaldo Yoshimi Tanaka
Flávio Goulart

Relatores: Arita Bergmann
Aparecida Linhares Pimenta

- processo de implantação dos distritos sanitários
- O SUS que estamos implantando

13/08/92

QUINTA-FEIRA

17 horas

Local: UnB - ICC

25 - OS POVOS INDÍGENAS E O SUS - sala 42 sul

Coordenador: João Carlos Pinto Dias
Sidney Possuelo - Representante da FUNAI
Ailton Krenak - Representante da União das Nações Indígenas
Mirthes Versiani - Representante do Conselho Indigenista Missionário dos Anjos
David K. Yanomani - Representante da Comissão de Criação do Parque Yanomami
Ismael Moreira Toriano - Representante da Coordenação Indígena da Amazonia Brasileira
Marcos Antonio Guimarães - Representante da Coordenação de Saúde do Índio - FNS-MS

Relatores: Ana Costa
Marla Goretti Selau

- etnicidade e o direito à saúde.
- a descentralização, a municipalização da Saúde e a diversidade indígena
- o distrito especial indígena como proposta de organização das ações de saúde

- especificidade da questão Indígena no SUS

26 - SAÚDE BUCAL E CIDADANIA - sala 07 sul

Coordenador: Swedenberger do Nascimento Barbosa,
Representante MS - Coordenação Nacional Saúde Bucal
Representante de entidades de profissionais de Saúde Bucal
Solon Magalhães Viana
José Sebastião Arruda de Souza - MOPS
Douglas Augusto Schuerdes Filho

Relator: Jorge Cordon
Alaor de Oliveira Junior

- modelo de atenção e política de saúde bucal
- força de trabalho em saúde bucal
- políticas econômicas e seguridade social em saúde bucal
- *poder local e controle social em saúde bucal*
- democracia, saúde bucal e cidadania

27 - SAÚDE DO TRABALHADOR - sala 10 sul

Coordenador: Mauro Goulart
Renê Mendes
Carlos Minayo
Jocelio Henrique Drumond
Darci Pinheiro de Oliveira
Mario Celso de Araújo Aguiar - Representante da FUNDACENTRO
Sheila Miranda da Silva
Maria Helena Mendonça Pitta

Relatores: Francisco Antonio de Castro Lacaz
Antonio Alves

- a saúde do trabalhador à luz dos avanços e dificuldades do SUS. Propostas políticas e demandas sociais.
- efeitos da crise econômica e das políticas de ajuste na saúde dos trabalhadores.
- epidemiologia das doenças ocupacionais e dos acidentes de trabalho; área urbana e área rural.
- a legislação em saúde do trabalhador: situação atual e necessidades.
- *seguridade social e saúde do trabalhador.*
- programas em saúde do trabalhador: experiências de participação dos trabalhadores.
- a Universidade e a saúde dos trabalhadores: pesquisa, docência e prestação de serviços.
- papel do setor privado.

28 - INFORMAÇÃO EM SAÚDE - sala 77 norte

Coordenador: Sylvain Nahum Levy
Ilara R. de Moraes
Maria Bernadete
Representante do CONASEMS
Luis Pedro Pizzato (FENAESS)
Representante do CONASS
Maira Corrêa
Fernando Lefevre

Relatores: Maria Lúcia Soball
Maria Angélica Gomes

- informação e divulgação como condição fundamental para a participação e controle social
- distrito sanitário e o controle social
- informação como instrumento para o planejamento e gestão
- geração, processamento e análise da informação nas três esferas do SUS

29 - REFORMA SANITÁRIA: CORRENTES DE PENSAMENTOS (Partidos, CEBES, ABRASCO e outros) - sala - 27 norte

Coordenador: Paulo Dantas
PMDB
PSDB
Eleutério Rodrigues Neto - Presidente do CEBES
PFL
Arlindo Fábio Gomez de Souza - Presidente da ABRASCO
PDS
PT
PDT
PRN
Antonio Luiz Caldas Junior - PC do B
PSB
PPS

Relatores: Sarah Escorel
Carmen Lúcia Degani Tschiedel

30 - POLÍTICA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - sala 17 sul

Coordenador: Alaor de Oliveira Junior
Luiz Felipe Moreira Lima
Sezifredo Paulo Alves da Paz
João Baptista Risl Junior
José Isac Pilati
Araré Gonçalves Cordeiro Junior
Henry Jouval
Amal Kozac Nobrega

Relatores: Paulo Cezar Augusto de Souza
João Werner Falk

- vigilância sanitária e democracia
- vigilância sanitária e qualidade em saúde
- qualidade de vida, cidadania e controle social
- vigilância sanitária e a dogmática de direito administrativo
- a reflexão crítica do modelo de vigilância sanitária
- a vigilância sanitária e a interfaces institucionais
- a vigilância sanitária como ação em saúde

31 - DEMOGRAFIA EM SAÚDE: O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O IMPACTO NA
SAÚDE DA POPULAÇÃO - sala 21 sul

Coordenador: Luiz Roberto Ramos
Antonio Galdino
Maria Leda Rezende Dantas
Elza Berquó
João Germano Neto

Relatores: Renato Peixoto Veras
Pedro Luiz Tauil

32 - POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - sala 22 norte

Coordenação: Luiz Cordoni Junior
Guilherme Delgado - FAO
Maria do Socorro Lima
Albanelde Pelxinho
Anna Maria Tibúrcio Medeiros Peliano - IPEA

Relatores: Lúcia Ypiranga
Frederico Nitão

- a fome
- vigilância alimentar e nutricional
- o papel dos programas governamentais e o SUS
- política de abastecimento alimentar e o SUS

33 - DROGAS: ETIO-EPIDEMIOLOGIA - sala 29 norte

OUTROS PRODUTOS DO G. T. TÉCNICO

1. Pesquisa e identificação de aproximadamente 30 (trinta) textos diretamente relacionados com o Tema oficial, sob o critério de competência e atualidade, com a finalidade de subsidiar os delegados da etapa nacional, os painelistas e as lideranças civis e institucionais do setor saúde.
2. Encomenda de 7 (sete) textos cujos conteúdos complementam o acervo de texto referido no item anterior, cinco dos quais a serem pagos na base de US \$ 500,00 cada um.
3. Edição de 2 (dois) "Cadernos da IXª Conferência", a serem distribuídos aos delegados, a todos os municípios do País e principais lideranças do setor, cada número com aproximadamente 10 (dez) textos acima referidos. O material destes cadernos deverá ser o mais simples e barato.
4. Confecção de programas completos e/ou folders da etapa nacional da IXª Conferência.
5. Seleção de aproximadamente 250 (duzentos e cinquenta) relatores dos Grupos de Discussão, de outros estados, e que necessitarão de passagens e duas diárias, em média.
6. Confecção de minuta de ofício - convite a ser assinado pelo Presidente da IXª Conferência, e enviado aos painelistas, coordenadores e relatores.
7. Confecção dos Roteiros de Discussão para os GDs.

**RELAÇÃO DOS COMPONENTES DO GRUPO DE TRABALHO TÉCNICO DA
COMISSÃO ORGANIZADORA DA IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

Coord. Nelson Rodrigues dos Santos
Coord-Adjunta Angela Pinheiro Machado
Allina A. Souza
Ana Costa
Cornells Von Stralen
Eugênio Villaça Mendes
Joana de Azevedo da Silva
Jorge Bermudez
José Francisco Paranoaguá de Santana
Julio Muller Neto
Luciano Prates Junqueira
Maira Baumgartem Corrêa
Maria Emília Rocha Mello de Azevedo
Marla Thereza de Freltas Grandi
Oswaldo Y. Tanaka
Rosalie Knoll
Sarah Escorel
Sergio Francisco Piola

PROGRAMA

Dia 09.08.92 - DOMINGO
18 horas - ABERTURA
19 h 30 min - MESA DE ABERTURA:
Local: AABB

" A SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PROCESSO DAS ETAPAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DA IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE".
Avanços e impasses evidenciados nas Conferências Municipais e Estaduais

Coordenação: Raimundo Bezerra - Presidente do Comitê Consultivo da Comissão Organizadora da IX Conferência Nacional de Saúde.

Expositores: Arlindo Fábio Gomez de Sousa - Representante da Comissão Organizadora da IX Conferência Nacional de Saúde
Edmur Flávio Pastorelo - Representante do Ministério da Saúde
Carlos Eduardo Ferreira - Representante dos Prestadores Privados de Assistência à Saúde
Wladimir Ricardo Alves Dantas - Representante da Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)
Zuca Moreira - Representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS)
José Roberto Velho da Cruz - Representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)
Jacinta de Fátima Sena da Silva - Representante da Plenária Nacional da Saúde

Dia 10.08.92 - SEGUNDA-FEIRA

08 h e 30 min - CONFERÊNCIA: A SAÚDE NOS TEMPOS DO CÔLERA

Local AABB

Conferencista - ADIB JATENE - Ministro de Estado da Saúde.

09 h e 15 min

Local: AABB

- PAINEL I: SOCIEDADE, GOVERNO E SAÚDE: POLÍTICAS DE AJUSTE ECONÔMICO ESTRUTURAL - CONSEQUÊNCIAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS, CUSTO SOCIAL E DEMOCRACIA.

Coordenação: - Adib Jatene - Ministro de Estado da Saúde

Painelistas: - Marcilio Marques Moreira - Ministro de Estado da Economia, Fazenda e Planejamento
- Luís Inácio Lula da Silva - Presidente do Partido dos Trabalhadores.
- Representante das Entidades não Governamentais do Setor Saúde
- Dom Luciano Mendes de Almeida - Pres. da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

PAINEL I - Políticas de ajuste econômico estrutural: necessidades e alternativas.
Reforma do Estado e papel das Políticas Públicas. Efeitos das políticas de ajuste sobre as políticas sociais. Custos sociais: quem paga o preço do ajuste?
Política de ajuste, crise econômico-social e preservação da democracia.

Dia 11.08.92 - TERÇA-FEIRA

08 h e 30 min -

Local: AABB

PAINEL II: SOCIEDADE, GOVERNO E SAÚDE: POLÍTICAS PÚBLICAS E OS CAMINHOS DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

Coordenação: Almir Gabriel - Senador da República

Painelistas: Reinhold Stephanes - Ministro de Estado da Previdência Social
Euler Ribeiro - Presidente da Comissão da Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados
Jones Santos Neves Filho - Representante da Confederação Nacional da Indústria
Jair Meneghelli - Representante da Central Única dos Trabalhadores
Francisco Ubiratan Dellape - Representante da Confederação Nacional do Comércio
Oswaldo Garcia Veloso - Representante da Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas (COBAP)

PAINEL II - A delimitação do perfil setorial da saúde e sua dimensão econômica. As atuais políticas públicas correspondem ao quadro da diversidade e desigualdade?
Quais as mudanças necessárias nas funções públicas do Estado, no sistema tributário quanto à municipalização, na viabilização dos direitos sociais e na relação público-privado?
As diferentes propostas de reforma da Seguridade Social e implicações na saúde.

DIA 12.08.92 - QUARTA-FEIRA:

08 h e 30 min

Local: AABB

PAINEL III: IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO, GESTÃO
PÚBLICA E PRIVADA, RECURSOS HUMANOS E MODELO
ASSISTENCIAL.

Coordenação: Antonio Sérgio Arouca - Deputado Federal

Painellistas: José da Silva Guedes - Representante do Ministério da Saúde
José Felipe Saraiva - Representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais
de Saúde (CONASS)
José Erl Osório de Medeiros - Representante do Conselho Nacional de Secretários
Municipais de Saúde (CONASEMS)
Cláudio Algayer - Representante dos Prestadores Privados Contratados de Assistência à
Saúde
Gastão Wagner Campos - Representante dos Usuários do Sistema Único de Saúde

PAINEL III - Os papéis das três esferas de governo, o caráter federativo do país, a
descentralização e municipalização e os interesses contrários e favoráveis à
descentralização.
Papéis das três esferas e do setor privado.
Financiamento da Seguridade Social e do SUS.
Gestão de Recursos Humanos. A integralidade, o processo de mudança do modelo
assistencial e o papel do distrito sanitário.

Dia 13.08.92 - QUINTA-FEIRA:

08 h e 30 min -

Local: AABB

PAINEL IV: CONTROLE SOCIAL: NA SEGURIDADE SOCIAL E NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Coordenação: Herbert de Souza - Representante dos Usuários do Sistema Único de Saúde

Painellistas: Dom Francisco Austregésilo de Mesquita - Representante da Conferência Nacional
dos Bispos do Brasil
Francisco Canidé Pegado do Nascimento - Representante da Confederação Geral dos
Trabalhadores
Francisco Urbano Araújo Filho - Representante da Confederação Nacional dos
Trabalhadores na Agricultura
Oswaldo Mello - Representante da União de Vereadores do Brasil
Paulo Emílio J. Barbosa - Representante do Ministério Público
Leilton Pereira Guedes - Representante das Entidades de Associações de
Portadores de Patologia

PAINEL IV - As perspectivas de democratização do Estado brasileiro: os diferentes interesses em
jogo e a posição do Estado. A municipalização e a democratização. O planejamento como
instrumento de transparência, participação e controle social das decisões e dos gastos em saúde. O
usuário individual ou coletivo: sua consciência de cidadania, mobilização e formas concretas de
participação e controle do sistema de saúde. O papel das corporações e do corporativismo.
Comunicação Social em Saúde: a informação e divulgação como condição fundamental para a
participação e controle social. A democratização da informação. O resgate das funções públicas dos
serviços do SUS através da participação da população.

1.

SOCIEDADE

GOVERNO

E SAÚDE

**Ilara Hammerli Sozzi de Moraes - CIS/FIOCRUZ
Maria Bernadete de Paula Eduardo - SMS/SP
Maria Lúcia de Moura Silva Soboll - FSP/USP**

1. INTRODUÇÃO

A reflexão sobre o tema informação em saúde deve ter como pressupostos os princípios e diretrizes do SUS estabelecidos na Constituição Federal e vigentes sob a forma de Leis 8.080 e 8.142. Assim sendo, a universalidade do acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência; a regionalização e a hierarquização da rede serviços de saúde; a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na municipalização; a igualdade de assistência à saúde; o direito à informação necessária divulgação das informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; a participação da comunidade; a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos em todas as esferas de Governo e a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência devem ser considerados como marcos para um repensar democrático da informação em saúde.

Direciona-se essa discussão na luta pela regulamentação de uma conquista e nessa perspectiva, a informação deve ser concebida como um instrumento para a gerência democrática do SUS, o que, conseqüentemente, aponta para a necessidade de democratização da Informação em Saúde.

Com base nesses pressupostos, sistemas de informação em saúde(SIS) devem ser analisados e avaliados em cada esfera de governo considerando as necessidades específicas de cada nível, as inter-relações existentes, o acesso, a democratização e a transparência da informação.

Hoje, no entanto, em que pese o esforço dispendido em algumas esferas governamentais, verifica-se que o Brasil consegue possuir ao mesmo tempo: a) um acúmulo de dados com baixo percentual de utilização para apoio gerencial; b) carência de informações, relacionadas com os aspectos econômicos e sociais, que deêm conta da complexa situação de saúde do país; e c) carên-

cia de propostas, na área do SIS, que contribuam para um salto qualitativo na mudança do paradigma hegemônico. O desafio é grande. (MORAES, 1991)

Este documento pretende levantar questões relacionadas com as Informações em Saúde que precisam alcançar um patamar mínimo de consenso entre os dirigentes de saúde, em seus diversos níveis, em sua relação com as entidades organizadas da sociedade, e que irão contribuir para a construção do processos de municipalização no país.

Não há novidade em tal afirmação para todos aqueles profissionais de saúde ou representantes populares, que se ocupam do estudo ou da prática dos atuais sistemas de informações de saúde, em busca de um instrumental que lhes facilite a construção do conhecimento da realidade em que se trabalha e se vive, isto é, de um instrumento mais eficiente para o processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de saúde.

O presente texto procura enfatizar a necessidade de aprofundar a discussão em torno:

1. da organização social da informação em saúde, para a construção coletiva de uma consciência sanitária, como base para ampliar as possibilidades do controle social que se impõe como questão estatégica. Isto significa discutir a importância de SIS enquanto base para o exercício da cidadania.

2. dos atuais limites de organização dos SIS enquanto instrumento de apoio decisório em saúde, incluindo a questão da participação popular, enquanto forma almejada de relação governo/sociedade para aperfeiçoar a administração da coisa pública. Deve ser objeto de discussão a reformulação dos SIS, a necessária capacitação dos recursos humanos, a utilização da informação no âmbito da gerência e da desejável transparência das Instituições por meio da disseminação das informações produzidas. Pretende-se levantar questão relativa à nova relação Governo/Sociedade que se impõe com a criação de nova forma ge-

rencial. Acredita-se que em decorrência desta articulação possam surgir novas formas gerenciais nas quais a informação assume papel vital.

3. da premência por se definir uma nova Política de Informações em Saúde, como parte do processo mais geral de definição de uma nova Política de Saúde que reforce a articulação intersetorial. Portanto, a necessária definição do papel da informação na gestão municipalizada e sua articulação com níveis estadual-federal.

É preciso que a Informação não seja relegada a plano secundário como tem sido ainda mentalidade dominante, mesmo nos meios mais progressistas na questão da gerência em saúde. Ao se falar em participação da sociedade e dos setores envolvidos com a questão saúde, cremos ser fundamental a elaboração de uma política de informação, não só voltada aos princípios da eficiência da organização da máquina administrativa em si, mas para a população que permanece em sua maioria, à margem destas discussões, "e que por isso, estão impossibilitadas de exercerem o seu direito à saúde" (Boletim ABRASCO No. 3-1991).

2. O PAPEL DA INFORMAÇÃO - PARA A DECISÃO GERENCIAL E PARA A PARTICIPAÇÃO POPULAR

A informação deve ser concebida como um instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade sócio-econômica demográfica e epidemiológica, para o planejamento, gestão, organização e avaliação nos vários níveis que constituem o Sistema Único de Saúde. Em outras palavras, entende-se que, o exercício da gerência deve ser um processo, de tomada de decisão e de contínua avaliação sobre as ações que se desenvolvem, que se sustenta na Informação. (Eduardo, 1990).

Em fase da implementação do SUS, onde, com a descentralização do Estado, confere-se, preponderadamente, um novo papel aos governos municipais, e onde a questão da democratização da gestão é uma das tônicas fundamentais do processo, cabe refletir como se rearticula a informação como suporte dessa gerência, nos vários níveis do arcabouço institucional - municipal, estadual e federal.

Antes de pensar a informação nesse novo contexto, é preciso repassar alguns conceitos sobre o significado da descentralização em curso, dentro de um modelo que se diz único de saúde, e a partir daí, tentar sugerir as premissas básicas para a

constituição da informação para a nova gerência.

Convém enfatizar aqui, o próprio conceito de gerência, entendido, e com base nas premissas acima consideradas, não apenas como uma relação voltada para a administração da máquina pública, mas incluindo, essencialmente, como seu objeto, a tomada de decisão sob uma nova relação que deve incorporar a participação popular.

O conceito de descentralização, que não é novo, e apresenta características distintas em vários países em que vem ocorrendo, parece representar, no caso do Brasil, enquanto processo que embasa reformas institucionais, mais particularmente na configuração do SUS uma descentralização do Estado, com reorganização da gestão territorial, fundamental na autonomia da gestão dos recursos financeiros repassados, na lida dos aspectos sócio-políticos e administrativos locais.

Jacobi (1990) opina que, se a descentralização, nesse processo, representa não só uma opção político-administrativa, "mas também um processo de mudança qualitativa no plano territorial, o maior desafio no contexto da transição brasileira é o de estabelecer novas regras de convivência entre as instâncias de poder e população em geral, visando incrementar os mecanismos participativos e ampliando o processo de democratização do Estado (...)" .

Assim, a reflexão sobre a reestruturação da informação no modelo do SUS parece se inserir exatamente no plano dessas novas relações que devem se estabelecer entre as instâncias de poder e a população.

Nessa perspectiva, deve-se repensar a organização da informação enquanto suporte gerencial institucional e mecanismo de promoção da participação da população.

2.1 OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA O SUPORTE GERENCIAL INSTITUCIONAL

Face a municipalização dos serviços de saúde, em curso, e a redefinição dos demais níveis estadual e federal, como se reorganiza a política de informação, como se redesenham os sistemas de informação como suporte de gestão descentralizado? Como se articulam ou se constroem esses instrumentos, que deêm conta do nível municipal, ao mesmo tempo integrando os demais níveis do SUS ?

O caminho da descentralização, que privilegia o modelo municipal de prestação de serviços, ge-

rando a questão da autonomia na gerência, no trato dos recursos financeiros, na produtividade e resolubilidade das ações prestadas, e fundamentalmente na responsabilidade pelos impactos, vem recolocar a questão do papel da informação nessa operacionalização. Papel que não se restringe apenas ao repensar a dimensão da gestão institucional municipal, mas dos níveis que se inter-relacionam e que configuram o próprio SUS.

Assim, a gestão dos serviços únicos de saúde, em que a descentralização é seu princípio político-estratégico-operacional, passa a ter nas Normas e Diretrizes Básicas e nos comandos dos vários níveis de governo a sua unicidade. Essa unicidade deve estar garantida também, pelo próprio desenho do modelo do sistema, que é o da referência e contra-referência, onde inclui-se, completamente, o setor privado.

Nessa mesma linha de pensamento segue Santos (1991), que num esforço de interpretação desse processo, procura entender onde se localiza a unicidade do SUS: é o SUS " conceitualmente uno, porque informado pelos mesmos princípios e diretrizes na União, Estados, no Distrito Federal e Municípios ", e " deve ser operado, em cada uma dessas esferas de governo, segundo os interesses e peculiaridades de cada uma dessas entidades estatais, e nos termos da respectiva autonomia política e administrativa que a cada uma é atribuída pela Lei Orgânica de Saúde (...) e legislação complementar federal, estadual, distrital ou municipal, conforme o caso ".

Parece-nos, então, que a configuração das informações deverá seguir ou vincular-se de forma estreita ao novo modelo de gerência do SUS, enquanto possibilidade de tornar-se efetivo suporte ao sistema de tomada de decisão. Dessa forma, como se estrutura esse modelo descentralizado da informação, e em que plano garante-se a sua unicidade? Em outras palavras, onde se localiza a unicidade dos Sistemas da Informação para o SUS, e como se articulam, garantindo as especificidades locais, municipais, regionais, estaduais, com o todo nacional?

Essas considerações permitem caminhar, em primeiro lugar, para a definição de alguns princípios gerais e básicos, que deverão nortear as formulações de Políticas de Informações, e o desenho dos Sistemas de Informações em Saúde, garantindo sua unicidade, o que será exposto mais adiante.

Em segundo lugar, que tal como o SUS se assenta sobre um determinado arcabouço teórico-metodológico, a informação deve se elaborar também numa perspectiva teórico-metodológica, que per-

mita retratar e retrabalhar a realidade local, porém, não se constitua em mais um instrumento de fragmentação dessa realidade local, mas parte de uma composição dos aspectos globais das demandas sociais. O modelo deverá ser um de seus aspectos de unicidade, com desenho ascendente de necessidades de informações locais, mais detalhadas, que captem as questões epidemiológicas e sociais.

A informação deve ser vista como a possibilidade de propiciar um conhecimento da realidade para a gerência, de modo a trazer os quadros de diversidades e desigualdades locais, regionais, originando-se tanto na realidade institucional quanto na comunidade.

Vale dizer que a lógica da fragmentação das Políticas de Saúde corre o risco de permanecer através da própria descentralização, na prestação dos serviços municipais, se esta persistir na " fragmentação das demandas sociais em oposição ao caráter global, nacional e até mesmo internacional, que produz essas desigualdades". (JACOBI, 1990)

E finalmente, é preciso redirecionar a relação da gerência para o plano da participação popular, onde a disseminação da informação para a população será seu aspecto mais fundamental, na busca da melhoria da qualidade de vida municipal, na consolidação dos direitos dos cidadãos, na concretização de um modelo de gestão democrática.

2.2 A INFORMAÇÃO PARA A PARTICIPAÇÃO POPULAR E A NECESSIDADE DE SUA DEMOCRATIZAÇÃO

A implantação do SUS vem sendo conformada no processo político brasileiro de "democratização do Estado", em seus vários níveis, o que requer não somente a definição de novos instrumentos operacionais, mas também e concretamente, a incorporação da população no controle da gerência pública.

Participar da vida municipal deve significar controlar a máquina pública para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos.

Entende-se aqui que o acesso à informação sobre o funcionamento do governo é uma forma, inclusive de estímulo à participação da população. Para tanto é preciso democratizar a informação, compreendendo essa democratização dentre suas diversas dimensões, como uma divulgação por parte do governo das informações corretas sobre o funcionamento da máquina pre-

cisa e clara, a própria situação de saúde do município, dos seus cidadãos, dos seus direitos à saúde. Popularizar o instrumental "indicadores de saúde" mais sensíveis, para que a comunidade se mobilize na vigilância a sua saúde e na garantia de seus direitos.

Criar canais de comunicação entre a instituição e a população, no sentido de que esta última partilhe em conjunto da promoção e preservação de saúde, subsidiando a própria instituição para uma tomada mais correta de decisão, e até na criação de práticas inovadoras. "A informação representa cada vez mais um componente de qualidade de vida dos cidadãos, na medida em que a oferta de serviços e atividades explicita uma transparência da administração pública e a possibilidade de aproveitamento do potencial dos cidadãos no processo decisório, assim como de democratizar ao máximo o controle de gestão da coisa pública". "O desafio é fazer chegar a informação ao usuário final e não só esperar que os cidadãos se aproximem da administração". (JACOBI, 1990)

Por outro lado, estes canais também deverão ter o papel de aproximar as equipes de saúde à população. Na permanente divulgação e conhecimento dos impactos, estes funcionários poderão resgatar a consciência da importância dos seus trabalhos, ampliar efetivamente, portanto, além do corporativismo (e superá-lo), sua "consciência sanitária", contribuindo dessa forma, para resgatar uma relação mais humana entre a instituição e o cidadão, que hoje se encontra perdida, tanto quanto perdida está a dignidade do próprio funcionário de saúde, tanto quanto, a credibilidade da instituição.

No que se refere, mais especificamente aos sistemas de informações em saúde, é necessário destacar a sua importância como forma de contribuição para "a ampliação de uma "consciência sanitária organizada", que se impõe como prioridade política para que os atores sociais que representam a população (sindicatos operários e dos profissionais de saúde, os partidos políticos, as associações de moradores, o legislativo, etc...) passem a pressionar, de maneira sistemática no sentido de uma nova direcionalidade para a política de Saúde". (MORAES, 1991)

Ainda segundo Moraes (1991), o Estado brasileiro caracteriza sua atuação, por fazê-la não através de uma ação global permanente e transparente, mas sim de uma forma essencialmente relativa e tópica, orientando-se por uma "racionalidade fragmentadora da realidade", que é a essência do

modo como o Estado responde às demandas sociais. É dentro dessa mesma lógica que encontramos como expressão da fragmentação institucional, os Sistemas de Informação em Saúde.

"Para fazer frente a essa racionalidade é preciso partir-se da compreensão de que a Informação em Saúde representa um espaço estratégico de luta, principalmente quando trabalhada como um instrumento interdisciplinar voltado para a ampliação da consciência sanitária"; (MORAES, 1991) na sociedade.

A luta política pelos direitos à saúde e à cidadania, passa pelo direito de todos à informação: "a democratização da informação como direito de cidadania implica não somente no acesso às informações, mas deve incorporar também reivindicações relacionadas ao desenvolvimento de instrumentos que permitam o resgate da globalidade contida no conceito ampliado de Saúde, decodificada para a retórica popular, conceituada, centrada no cotidiano dos cidadãos". (MORAES, 1991).

Castellanos (1990) afirma que as metas de Saúde para Todos no Ano 2000 e os objetivos da estratégia de Atenção Primária em Saúde serão dificilmente alcançáveis para a maioria das populações dos países latino-americanos, a menos que ocorram mudanças substanciais nas políticas sociais em geral: acumula-se assim uma dívida sanitária crescente que pesa sobre a população e os governantes, como custo do serviço da dívida financeira.

Essa constatação contribui ainda mais para debilitar o poder legitimador do modelo assistencial brasileiro forçando, nos estamentos técnicos, a necessidade de proposta de reestruturação e mudança em todos os aspectos das Políticas de Saúde.

A existência de uma diversidade de interesses envolvidos na direcionalidade do que poderia ser chamada de "Política de Informação em Saúde" existente, deixa claro que INFORMAÇÃO significa um espaço estratégico de disputa de poder inter e intra institucional. Tais interesses envolvem desde as empresas de produção de "software" e "hardware", até a própria defesa de espaços institucionais disputados por uma burocracia dividida em setores que, em sua "praxis" definem "seus" sistemas de informação, na medida de seu prestígio e poder.

A existência tem demonstrado a pertinência pela opção de se garantir um espaço em que esses diversos segmentos encontrem um escaudouro comum para expor seus interesses. A consolidação desse "espaço" se impõe como alternativa estratégica básica para a obtenção do apoio ne-

cessário à consecução de uma nova maneira de tratar as informações disponíveis.

É nesse assunto sentido que se coloca a necessidade de proposição, também, de uma nova Política de Informações em Saúde-PIS (e como parte desta, uma Política de Informática em Saúde). A existente, fragmentadora da realidade, centralizadora dos Sistemas, pouco compatibilizada com o processo decisório, com paralelismo de ações, e demais aspectos já bastante discutidos, está falida. Quanto a isso há um certo consenso, uma vez que não atende mais às necessidades impostas pela sociedade brasileira. As divergências se explicitam no momento de definição de estratégias para a implementação de propostas de mudanças.

Seu processo de construção deve se sustentar, na redefinição do enfoque saúde/doença que embasa as práticas e políticas de saúde, incluindo um aporte teórico-metodológico e também tecnológico na direção de propiciar uma maior eficácia e eficiência da coisa pública.

Não se trata, simplesmente, de alcançar, como marco inicial, a assinatura de uma Portaria Ministerial ou uma Resolução, publicada no *Diário Oficial*. Mas sim, significa, antes de mais nada, a definição de uma estratégia delineada para um PROCESSO democrático de construção de uma PIS no Brasil, a partir de "negociações" em busca de entendimentos progressivos e graduais entre os principais interlocutores envolvidos, como por exemplo: a nível interno do Ministério da Saúde (através das instâncias que gerenciam os diversos Sistemas de Informações, onde incluem-se o CENEPI, DATASUS, SNVS, INAMPS) e a nível externo o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o IBGE, instituições de pesquisa e desenvolvimento de tecnologia, a antiga SEI (Secretaria Espacial de Informática), representantes das empresas de computação ("hardware/software" e demais utilitários), órgãos técnicos dos sindicatos dos trabalhadores (DIEESE/DIESAT, por exemplo), Conselho Nacional de Associações de Moradores, Organizações não-governamentais que trabalham com informações em saúde (por exemplo o IBASE), e representantes do Legislativo.

Esse espaço está sendo proposto como um Fórum, de caráter permanente, no qual as questões estratégicas e tático-operacionais estariam regularmente sendo debatidas e definidas em busca de sua viabilidade e facilidade (Mario Testa, 1978). Deste modo, estar-se-ia ampliando as possi-

bilidades de criação de uma Política de Informações em Saúde adequada ao projeto do SUS.

Seria um equívoco de encaminhamento e entendimento distorcido da complexidade da questão da informação em nosso País, alguma estrutura organizacional, como por exemplo o IBGE, o INAMPS ou alguma outra instância do Ministério da Saúde, pretender ter a "hegemonia", ou mesmo que coubesse a esta única instância elaborar "A PROPOSTA" sobre a PIS. Uma proposta assim encaminhada certamente não "sairia do papel", pois faltariam as bases políticas e materiais que lhe darão concretude e estaria muito próxima do histórico centralismo tecnoburocrata do qual é preciso libertar a "praxis" informacional brasileira.

A questão estratégica básica é pactuar-se OS MECANISMOS pelos quais serão definidos tanto as mudanças necessárias nos Sistemas existentes, quanto a estruturação de novos sistemas.

Convém, contudo, lembrar alguns princípios básicos já definidos no Relatório Sobre Informação em Saúde da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1988) por época da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) cuja formulação dos Sistemas de Informação devem se orientar:

1. Respeito ao direito do cidadão à privacidade quanto às informações individuais relacionadas com a sua saúde.
2. Clareza dos mecanismos de produção das informações cuja divulgação deverá favorecer o controle social sobre as condições e ações de saúde.
3. Adequação dos sistemas de informação aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, evitando transformá-los num fim em si mesmos.
4. Retorno do produto do sistema à unidade geradora para o uso local.

Propôs-se também que se estabeleça, em âmbito nacional, "uma metodologia de planejamento de sistemas que contemple as informações qualitativas e quantitativas necessárias à definição de estratégias para a consolidação do Sistema Nacional de Saúde".

Fundamentalmente, a elaboração do Sistema de Informação para o SUS, deverá se assentar em diretrizes como, constituir-se em instrumento de apoio à decisão em todos os níveis gerenciais e operacionais, estabelecidos pelo arcabouço institucional; contribuir para a racionalidade técnico-administrativa do setor; subsidiar o desenvolvimento de Recursos Humanos e o desenvolvimento científico e tecnológico; subsidiar a avaliação das ações de saúde, em seus vários níveis de competência e instrumentalizar a análise epidemiológica

das condições de vida como base para a definição das prioridades de ação governamental.

3. A ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE ADEQUADO AO SUS

Coloca-se a questão da estruturação do SIS-SUS, como uma problemática, em sua essência, de discussão de uma proposta, que ao mesmo tempo que permita contemplar a concepção nacional e global, nos aspectos referentes ao acompanhamento, avaliação e controle das ações de saúde, permita aos demais níveis, de forma compatível, contemplar suas particularidades, necessárias para o desempenho de suas atribuições conferidas pelo novo sistema de saúde.

Assim, o Sistema de Informações em Saúde, enquanto proposta, deve ser estruturado por níveis do arcabouço Institucional - municipal, distrital, regional, estadual e nacional, de forma, portanto, ascendente e hierarquizada, num processo estreitamente ligado ao planejamento e a epidemiologia nesses níveis incorporando, enquanto conteúdo, informações úteis e oportunas para cada esfera de decisão, dentro de uma metodologia técnico-científica que resguarde o significado comum dos dados, os seus critérios de coleta, a sua forma interativa e de composição de um todo maior.

Nessa perspectiva, deverão ser revistados também os sistemas nacionais já existentes, e reelaborá-los, se assim mostrar-se necessário, dentro da nova ótica proposta pelo SUS, e enquanto instrumentos da gestão democrática.

A definição do Sistema de Informação de Saúde para gerência não poderá permanecer na superficialidade, isto é, essa definição deve se aprofundar, no próprio objeto da gerência, que requer o conhecimento de sua realidade epidemiológica, territorial, de sua capacidade físico-operacional, de seus recursos ou formas de financiamento das necessidades, dentre tantos outros aspectos.

Uma das contradições mais gritantes que acomete a formulação dos sistemas de informações de caráter nacional é o assentamento na lógica que privilegia o pagamento das ações, ou a transferência de recursos do nível central para o local. Por outro lado, e como complemento, geram-se sistemas principalmente nos níveis estaduais, de caráter puramente estatístico, que quase nunca permitem avaliar as ações prestadas por referência à realidade epidemiológica e à eficiência obtida.

Nessa lógica de transferência de recursos, a contradição se insere no plano da produtividade e da cobertura dos serviços. Em outras palavras, os mecanismos de repasse têm sido como parâmetros a quantidade realizada, desprezando-se efetivamente a questão da cobertura e da qualidade dos serviços, induzindo-se ainda de forma clara as questões da fraude.

Não é objetivo deste trabalho discutir as formas ou mecanismos de financiamento do SUS, mas a questão do registro dos dados para a gerência. E nessa perspectiva, uma das dimensões a serem retomadas no processo de elaboração do Sistema de Informações para o SUS é o registro de dados para o trato dos recursos financeiros. Também porque, a questão dos recursos se vincula à da avaliação, na medida em que o sistema de avaliação representa o nível mais elaborado do apelo à decisão e requer, a informação seletiva, de significado conceitual preciso, que são os indicadores.

Matus (1988 in ARTMANN, 1990) em sua teoria peculiar sobre o planejamento situacional, quando propõe "planificar e gerenciar por operações" enfatiza a necessidade de "um sistema de acompanhamento e avaliação das operações que distinga sua *eficiência produtiva* (relação insumo-produto), sua *eficácia interna* (cumprimento das metas da operação) e sua *eficácia direcional* (efeito da operação sobre o vetor de definição dos problemas ou efeito sobre a situação objetivo)".

Nessa linha tanto as informações quantitativas quanto as de caráter qualitativo ganham uma dimensão especial. O Sistema de Informação também tem que estar articulado ao de prestação de contas. Aliás, para Matus (1988 in ARTMANN, 1990) "o sistema de informação deixa de ser um âmbito da estatística sem propósito definido para converter-se em ferramenta da gerência por operações, da prestação de contas e dos sistema de suporte às decisões". Defende o autor que o sistema de prestação de contas depende fundamentalmente de uma aplicação rigorosa e sistemática em todos os níveis e que esse processo seja público para que se adquira a credibilidade ante a opinião pública.

Partilhando desses conceitos, tentamos colocar a questão de que não se trata de negar o repasse de recursos por uma prestação de contas, pela informação. Não se trata também de negar que é necessário atingir parâmetros de produtividade, compatíveis com a cobertura almejada e com os recursos aplicados, e com níveis ideais de resolubilidade. É importante frisar esta questão, pois o discurso oficial do governo federal tenta impingir

à crítica feita pelas entidades representativas do setor saúde à questão do pagamento por produtividade e procedimento, um descompromisso com a eficácia e a eficiência ao setor público.

Trata-se, assim, de discutir por qual informação, por quais indicadores, de que forma deve ser feita uma prestação de contas e o repasse de recursos, por quais instrumentos de informação, acompanhamento e avaliação ?

A Norma Operacional Básica Nº 1/91, do INAMPS, vigente, que dispõe sobre essa questão, explicita o pagamento ambulatorial através de um Sistema de Cobertura Ambulatorial, expressa através da UCA (Unidade de Controle Ambulatorial) que propõe em seu bojo os critérios de população, capacidade instalada e qualidade de desempenho técnico da rede de serviços de saúde. A UCA tem um valor nominal.

O sistema de informação aqui referido é o SIA (Sistema de Informação Ambulatorial), que paga por quantidade de procedimentos realizados, tendo como um de seus vieses o privilegiamento das ações de atendimento individual em detrimento das ações coletivas, vigilância à saúde. Outro fenômeno é o pagamento e o processamento centralizado das faturas com o repasse direto para as unidades de prestação.

Quanto ao Sistema de Informação Hospitalar, o quantitativo de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) destinado a cada unidade executora será proporcional à população. No entanto, os parâmetros são idênticos para o Brasil, desrespeitando-se mais uma vez as realidades epidemiológicas distintas.

A pergunta que se faz também é como se estes sistemas de âmbito nacional (SIA-SUS SIH), e outros já implantados, tais como a Mortalidade, a Declaração de Nascimento, as PNADs, e outros, podem vir a servir melhor um modo mais democrático de gestão?

4. A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

A necessidade de Recursos Humanos com formação adequada para o desenvolvimento, implantação e operacionalização dos SIS tem sido unanimemente reconhecida como um dos aspectos mais críticos, que limitado o desenvolvimento satisfatório de sistemas de informações nos serviços de saúde.

Em 81,9% dos SIS existentes no país (Moraes, 1991), não há critério para selecionar os profissionais que vão lidar diretamente com as informações. Agregam-se ao processo os que estão "dis-

poníveis" naquele momento, em um mecanismo casuístico de seleção.

A proposta de capacitação dos profissionais que já estão trabalhando com o SIS (seja a nível federal, estadual ou municipal) se impõem como alternativa importante para enfrentar o quadro existente e envolve:

- a promoção de Cursos de Aperfeiçoamento em Sistema de Informações em Saúde, nos moldes do oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP ou Faculdade de Saúde Pública/USP, que garantam a incorporação de conteúdos básicos da tecnologia da INFORMAÇÃO;

- o atendimento às necessidades para organização de Centros de Excelência/Centros Emergentes (UFRGS, USP, UNICAMP, FIOCRUZ, por exemplo), voltados para a área de pesquisa e desenvolvimento de tecnologia em INFORMAÇÕES para a SAÚDE que, como contrapartida, repassariam os resultados obtidos às instituições prestadoras de serviços de saúde;

- uma especial atenção aos profissionais de nível médio, pois estes constituem os pilares sobre os quais os SIS funcionam. Nesse sentido, deve-se enfatizar o apoio às Escolas Técnicas, sejam federais, estaduais ou municipais, existentes nas regiões.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de terminar gostaríamos de destacar que embora "Informar" constitua um processo dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, é preciso laicizar as discussões em torno de questões tão próximas ao cotidiano das pessoas de uma sociedade, como são as relacionadas à vida, doença e morte.

Portanto, esse enfoque deve levar em conta a estruturação de instrumentos operacionais como o SIS, descentralizados, integrados, voltados para o apoio a um processo de tomada de decisão compatível com uma nova ordem constitucional (Saúde - direito de todos e dever do Estado), Institucional (descentralização e unificação dos serviços de saúde) e societária (pacto democrático).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - Relatório Final - Seminário "A Epidemiologia e o Planejamento na Unificação de Saúde no Brasil". Águas de Lindóia, ABRASCO, INAMPS/MPAS/MS/OPAS, 1987 BOLETIM Nº 3 Ano IX - Abr/Maio/Jun - 1991
- ARTIMANN, E. O Momento Tático Operacional na Metodologia do Planejamento Situacional ENSP/FIOCRUZ, set/1990, mimeo.
- BARRENECHEA, J. CASTELLANOS, P. MATUS, C. MENDES, E. MEDICI, A & SONIS, A. Esquema tentativo de análisis de las implicaciones conceptuales y metodológicas de APS Y SPT 2000. Washington DC. OPS, 1987.
- BERLINGUER, G., TEIXEIRA, S. F., CAMPOS, G. W. Reforma Sanitária, Itália - Brasil, São Paulo, Cebes, Hucitec, 1988.

CASTELLANOS, P. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. Boletim Epidemiológico. WASHINGTON, DC OPS, V 10, No. 4, P.10-7, 1990.

COIMBRA, M. C. Abordagens teóricas do Estudo das Políticas Sociais: e Será o Marxismo responde à Pergunta de Como Surgem as Políticas Sociais. In ABRANCHES, S.H., org. Política Social e Combate à Pobreza. Rio de Janeiro, Zahar, 1987.

EDUARDO, M. B. P. A Informação em Saúde no Processo de Tomada de Decisão. RAP/FGV, VOL. No. 4, ago/out. 1990.

FREIRE, P. Ação Cultural para a Liberdade e Outros Escritos. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

-----, Pedagogia do Oprimido. 4a. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.

HIRSCH, J. Observações Teóricas sobre o Estado Burguês e sua Crise. In POULANTZAS, N., O Estado em Crise. Rio de Janeiro, Graal, 1977.

JACOBI, P. Descentralização Municipal e Participação dos Cidadãos Aparentamento para o Debate. Lua Nova, No 20. CEDEC, maio de 90. São Paulo.

KADI, E. Making Health Policy Management Intersectorial: Issues of Information Analysis and Use in Less Developed Countries. England. Soc. Sc. Med., V.29, No 4, P. 503-14, 1989.

MATUS, C. Planificación. Libertad y Conflicto. Venezuela. Ed. IVEPLAN, 1984.

-----, Adios, Señor Presidente. Caracas, Ed. Pomaire, 1987.

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: Uma Questão que Atravessa o Saber, o Poder e o Mundo Vivido. Rio de Janeiro ENSP/CLAVES, 1990. mineo.

MORAES, I. H. S., PANERAI, R. B. Proposta de Capacitação em Sistemas de Informações em Saúde. Gramado, 1990. Trabalho apresentado no III Congresso Brasileiro de Informática em Saúde.

MORAES, I. H. S. Sistemas de Informações em Saúde: Reflexões Sobre sua Prática Fragmentada. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, ago/1991.

OFFE, C. et al. Problemas Estruturais do Estado Capitalista. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.

OLIVEIRA, J. A. Teoria Política e Políticas Sociais: Notas para uma Investigação. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, V.5, No 2, p. 169-86, abril/junho, 1989.

SANTOS, L. Análise do Modelo Padrão de Contrato de Prestação de Serviço Médico Hospitalar Apresentado pelo INAMPS. Saúde em Debate n. 32. CEBES, junho de 1991.

SECRETARIA ESPECIAL DE INFORMÁTICA/MCT. Relatório sobre Informação de Saúde da Comissão Nacional de Reforma Sanitária. In. Proposta de Plano Setorial de Informática em Saúde-PLANIN- SAÚDE. Brasília, 1988.

TEIXEIRA, S. M. F., Org. Reforma Sanitária: em Busca de Uma Teoria. São Paulo; Cortez; Rio de Janeiro, ABRASCO, 1989.

TESTA, M. Planificación de Salud en América Latina: un replanteo. Boletim Salud Problema, nº 04, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 1978.

VASCONCELLOS, M. M. Epidemiologia e Planejamento: A perspectiva do Planejamento. Rio de Janeiro, Revista Saúde em Debate, nº 23, págs 71/8, dez/88.

1. INTRODUÇÃO

Erraram os teóricos, equivocaram-se os políticos e frustraram-se os reformistas. Os primeiros, erraram ao considerar que a transição democrática no Brasil foi, apenas, uma "transição pactuada". Os segundos, equivocaram-se ao construírem suas estratégias democratizantes sobre o suposto de que a crise econômica que o Brasil enfrentava, desde o início da década de oitenta, era conjuntural e não comprometeria jamais uma estrutura industrial solidamente constituída e preparada para o salto rumo a uma sociedade democrática e do consumo de massas. Frustraram-se os últimos, por fim, ao acreditarem que apenas a força das leis e das reformas administrativas seria suficiente para ampliar a cidadania e comprometer o Estado com suas responsabilidades democráticas, liquidando assim longa dívida social de nossas elites e do poder público com a grande maioria da população brasileira.

Como consequência, todos, em conjunto, assistiram impotentes e perplexos a passagem de uma década em que a economia brasileira manteve-se estagnada, a riqueza nacional reduzida e as condições sociais da população, como não poderia deixar de ser, enormemente deterioradas. De tal forma que, ao iniciarem-se os anos noventa, a gravidade dos problemas sociais acumulados durante a década "economicamente perdida" já ameaçam seriamente o processo de consolidação das conquistas democráticas.

Mais uma vez a realidade acabou desconsiderando as taxinomias dos teóricos. Se a redemocratização brasileira obedeceu a uma forma pactuada, desenvolveu-se entretanto segundo o figurino das transições por "colapso", a partir do momento em que o governo autoritário perdeu, no início dos anos oitenta, a capacidade de controlar a agenda de negociação com as oposições. Atrópelado por um profundo colapso do Estado e por uma decorrente situação de ingovernabilidade, os setores autoritários foram obrigados a transferir o comando das negociações para a fração conservadora da oposição democrática. Esta, por sua vez, com a morte do presidente Tancredo Neves

também perdeu o controle da agenda e do *timing* das transformações redemocratizantes, que passaram a ser conduzidas, até 1987, pelo núcleo reformista da frente opositora. Frente esta responsável desde a queda do ministro da Fazenda, Francisco Dornelles, em 1985, pela formulação das principais diretrizes políticas e econômicas do governo de transição.

Como na Espanha, nossas elites civis e militares autoritárias continuaram a ocupar postos no governo de transição, mas sem condições de encaminhar os termos e as regras de uma pactuação que permitisse "trocar" a liberalização política econômica e social de corte conservador, feita em nome do ajuste à crise econômica. De tal forma que, no Brasil, ao contrário da Espanha, a liquidação do "entulho autoritário" fez-se quase que de um só impulso administrativo, sem maior articulação com as decisões tomadas, frente ao avanço inflacionário na área econômica. Com isto, a devolução das liberdades, a recomposição do quadro político-partidário, sindical e a redação da nova Constituição conviveram todo o tempo com a aceleração dos desequilíbrios macro-econômicos e com o progressivo estrangulamento financeiro do Estado e da economia privada.

Durante os cinco anos da Nova República, não se pode dizer que tenha havido uma estratégia de enfrentamento conjunto aos desafios propostos pela crise econômica e pela transição política. Os agentes econômicos atuaram defensivamente e, junto com os principais atores políticos ao buscarem a maximização de suas vantagens imediatas de tipo econômico ou eleitoral, desatentos à necessidade de algum tipo de acordo que permitisse a governabilidade e uma transição com estabilização econômica.

Durante parte deste tempo os reformistas postos no comando das políticas econômica, social, agrária e trabalhista do governo Sarney atuaram com ampla liberdade de ação e, durante dois

* Trabalho escrito para a IX Conferência Nacional de Saúde, a realizar-se em novembro de 1991, Brasília.

** Cientista político, professor do Instituto de Economia Industrial da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

anos, buscando implementar, ainda que de forma desconexa, vários projetos que haviam sido desenvolvidos, previamente, com vistas a uma rápida universalização dos direitos dos cidadãos e diminuição das desigualdades sociais. Sem voluntarismo, entretanto, os fez acreditar na possibilidade de redirecionamento da ação de um Estado falido, impedindo-os de avaliar corretamente o tamanho das resistências postas, muitas vezes, pelos próprios aliados na luta democrática, situadas dentro e fora da burocracia pública e da frente política que havia apoiado a mudança do regime.

Assim mesmo, desta maratona reformista, talvez a parte mais bem sucedida tenha ficado com aqueles que trabalharam no governo e na constituinte em prol de uma reforma sanitária. Em três anos conseguiram inscrever na nova Carta o reconhecimento do direito à saúde e o compromisso estatal com a proteção universal. Conseguiram, igualmente, iniciar um processo de profunda reformulação político-administrativa do sistema de saúde montado durante os governos militares, apontando na direção da unificação, descentralização e universalização dos serviços e ações de saúde.

2. O REFORMISMO NO GOVERNO E NA CONSTITUINTE

Entre 1985 e 1988 a luta reformista desdobra-se em duas arenas fundamentais: a do governo de transição e a da constituinte. Alguns de seus aspectos fundamentais, entretanto, acabaram frustrando a maior parte dessas iniciativas inovadoras, isto é, a descoordenação e o voluntarismo. Se a morte de Tancredo Neves desarmou a agenda conservadora do processo de transição, a apresada incorporação dos reformistas ao governo Sarney não resultou no surgimento de um novo comando estratégico. Pelo contrário, a partir da segunda metade de 1985, o que se assistiu foi a uma desconjunção do bloco reformista, dividido entre a responsabilidade pela gestão de uma economia em crise, as tentativas de democratizar por via administrativa as políticas sociais e a própria posse da terra. Além disso, a luta constitucional pela afirmação jurídica de uma nova inconstitucionalidade política e de um novo e ampliado conceito de cidadania. Os fatos precipitaram a experimentação de idéias ainda imaturas e predominantemente reivindicativas, e estiveram, em todo o período, na dependência do sucesso ou insucesso da política econômica, condição indispensável do avanço democrático e das reformas sociais.

Por este caminho e obrigados pelas circunstâncias, os reformistas assumiram a responsabilidade pelas mudanças e acreditaram na possibilidade de reverter um quadro de profunda crise através do simples manejo administrativo, ainda que inovador, de um Estado que já dava sinais avançados do problema fiscal e financeiro que o levou à falência no final da década. Foi neste mesmo contexto, como já dissemos, que ocorreu a rápida desmontagem administrativa da legislação autoritária, até por não depender de maior coordenação política e não estava submetida ao *timing* da crise econômica. Mas foi, nesse tempo, certamente a reforma do sistema previdenciário, e sobretudo de sua organização da assistência médica o que mais avançou no plano das chamadas reformas sociais.

Sob este ângulo, a história é relativamente conhecida. Mas lembrá-la ainda que superficialmente, parece útil para entender este sucesso relativo e isolado de uma reforma político-administrativa que conseguiu articular-se com a batalha dos constituintes. De tal maneira que o nascimento de uma nova configuração institucional, o Sistema Único e Descentralizado de Saúde - SUDS - implementado a partir do Ministério da Previdência Social entre 1985 e 1987, encontrou perfeita continuidade e a devida consolidação no reconhecimento constitucional da "saúde como direito de todos e dever do Estado" e conseqüentemente, na reordenação legal do sistema de prestação de serviços de saúde, que passou a obedecer às normas deste sistema de formato unificado.

A explicação para esta bem sucedida experiência tem muito a ver com a origem do movimento reformista e com o extensivo apoio da sua base política e parlamentar. A defesa das reformas gerou um movimento sócio-corporativo, desde os anos sessenta, nas universidades, nos sindicatos médicos e nas organizações comunitárias, que dedicou-se à elaboração de projetos para reorganizar o sistema de saúde brasileiro, o qual, ao encontrar-se nos anos oitenta com o movimento de democratização, já encontrava-se suficientemente amadurecido. Além disto, este projeto reformista conquistou, na assembleia constituinte, uma ampla base de apoio que incluiu alentados apelos reformistas por parte de setores conservadores que insatisfeitos com a situação de saúde da população passaram a defender a mudança do modelo assistencial privatista que vinha sendo promovido pela Previdência Social desde aos anos sessenta.

Mas esta primeira vitória administrativa e jurídica acabou sofrendo uma reversão ainda durante o governo Sarney (após o afastamento dos reformistas, quando encontrou notáveis e inesperadas resistências no decorrer do seu próprio período de "sucesso". Da mesma forma como ocorreu com as demais tentativas de reorganização das políticas públicas, as sociais em particular, os reformistas só com o tempo vieram a compreender o verdadeiro peso das resistências burocráticas e dos interesses políticos clientelísticos incrustados na Aliança Democrática e no corpo do seu principal partido, o PMDB. Como também só com o tempo foram descobrindo a importância da inércia de uma organização estatal, formalmente federativa, que não dispunha de capacidade descentralizada de operar o novo formato organizativo que foi assumido o sistema de saúde. Além disto, no enfrentamento destas dificuldades internas ao sistema de saúde, os reformistas tiveram que atuar como membros de um governo frágil, descoordenado e submetido aos requerimentos de uma política econômica antiinflacionária.

Em síntese, os sanitaristas no governo e na constituinte, ao proporem a universalização do direito à saúde e ao tentarem adequar as estruturas estatais às novas responsabilidades, desconheceram inicialmente e acabaram parcialmente derrotados pelo avanço inexorável da crise mais profunda que acompanhava o processo de redemocratização: uma crise fiscal e política do Estado que sinalizava o esgotamento da estratégia desenvolvimentista e da coalizão sócio-política que a sustentou durante seus longos anos de sucesso industrializante e fracasso social. Na verdade, os reformistas tentaram avançar gerindo instrumentos e impondo novas responsabilidades a um Estado já incapaz de reverter o quadro social gerado anteriormente e exacerbado pela crise.

Neste sentido, a experiência foi útil e o aprendizado necessário. Se hoje o governo liberal do presidente Collor, marcado pela inexistência de uma política social clara e por uma desmontagem sinuosa do que havia sido a reforma sanitária, e o desafio mais visível para os reformistas, os problemas e obstáculos centrais às reformas sociais permanecem, independentemente do próprio governo. Por isto, no exercício da crítica opositora, ou na elaboração de novos projetos, os reformistas, e portanto também os defensores da reforma sanitária, devem começar sua reflexão pelo aprofundamento na análise da crise dos anos oitenta. Em particular da crise do Estado, avançando no debate em torno a seu novo papel no redesenho de

nosso desenvolvimento econômico e social. É nesta direção que se desenvolve este nosso trabalho, sugerindo algumas hipóteses preliminares que consideramos úteis a qualquer reelaboração estratégica reformista.

3. A CRISE "FISCAL" DO ESTADO

Foi necessária quase uma década de estagnação econômica, inflação crônica e ingovernabilidade para que se consolidasse, afinal, um amplo reconhecimento da gravidade desta atual crise do Estado brasileiro. Apesar disto seguem coexistindo diagnósticos muito diferentes sobre as verdadeiras causas de sua falência. Muitos ainda consideram a crise uma conseqüência de meros equívocos da política econômica; outros só percebem sua dimensão fiscal. Nossa hipótese, pelo contrário, é de que esta crise é muito mais radical do que as anteriormente enfrentadas pelo Estado brasileiro, na medida em que transcende a dimensão puramente econômica, envolvendo complicados fatores sociais e políticos. Mas não há dúvida de que as manifestações mais visíveis da crise e da ingovernabilidade têm aparecido associadas à endogenização brasileira da crise econômica internacional, deslançada sobretudo pela ruptura do "padrão dólar", pelas alterações do preço do petróleo e pelo "choque dos juros" ocorrido em 1979.

Na verdade, as crises fiscais não são um fato novo na história de nosso desenvolvimento econômico. Ocorreram de forma regular e periódica, como manifestação - em seus termos mais gerais - de um problema crônico de nossa industrialização. Nos anos oitenta, entretanto, este problema adquiriu dimensões novas que mudaram sua qualidade e as dimensões de suas conseqüências. O projeto desenvolvimentista enfrentou, durante toda a sua trajetória, graves problemas de financiamento devido às limitações tributárias impostas ao Estado, além da ausência de um mercado de capitais ativo e/ou de um sistema bancário privado solidário com o processo de desenvolvimento. Razão pela qual o financiamento de longo prazo de nossa industrialização teve que ser feito, predominantemente, com recursos externos associados aos capitais internos, mobilizáveis pelo setor público, através de sua política cambial ou de transferências e endividamentos inflacionários. De tal maneira que todas as periódicas crises fiscais do Estado acabaram afetando, além dos gastos públicos correntes, à própria capacidade de investimento estatal indispensável ao avanço do projeto industrializante.

Nessas crises recorrentes, as ampliadas pressões do setor privado favoráveis à "socialização das perdas" vieram sempre acompanhadas de um violento e paradoxal ataque empresarial à intervenção econômica do setor público. Apesar disto, e graças à mencionada fragilidade do sistema financeiro interno, as soluções à crise dadas pelos vários governos acabaram sempre reforçando a "indesejada" intervenção pública e sua associação com os capitais estrangeiros. Pressionados pela escassez do crédito e pela instabilização da moeda, aqueles governos buscaram, quase que invariavelmente, a solução do quebra-cabeça numa dupla direção: impondo uma nova "credibilidade" da moeda através de uma centralização do poder político, feita geralmente de forma autoritária; ou "fugindo para frente" através das novas fronteiras de expansão abertas com o apoio de recursos externos.

Por essa razão, as crises fiscais cíclicas ligadas ao nosso padrão de financiamento do crescimento econômico, foram sempre mais graves e profundas quando coincidiram com crises financeiras internacionais capazes de bloquear a ação de uma das peças do "tripé" que sustentou o dinamismo industrial, sobretudo daquela implicada na possibilidade de solução pela via da "fuga para frente". Nestes casos, o "encilhamento financeiro" tende a ser completo, vicioso e crescente, o que acaba obrigando a uma reforma radical do Estado enquanto fiscalidade, organização político-administrativa e enquanto pacto de dominação.

É isto o que ocorreu durante os anos oitenta: os desequilíbrios internos e externos transformaram-se em um único problema, paralisando as duas alavancas responsáveis pelo nosso acelerado crescimento de décadas anteriores. De tal forma que o que poderia parecer, simplesmente, mais uma crise fiscal periódica, no final dos oitenta já se havia transformado em uma crise financeira global, responsável pela inflação crônica e ascendente, pela estagnação econômica e por todos os seus efeitos colaterais. A começar pela notória perda da capacidade estatal de gerir a sua própria moeda, substituída por outros ativos a partir do colapso financeiro externo. Situação que desembocou na atual ingovernabilidade monetária, responsável pela inoperância das políticas econômicas. Com a progressiva degradação da infra-estrutura econômica e a acelerada deterioração dos serviços públicos, o Estado vem sendo condenado ao não cumprimento de sua responsabilidade mais elementares com a saúde, a educação e a segurança da população.

Nos anos oitenta as dimensões da crise foram além disto, ao incorporar aspectos estruturais do nosso padrão de desenvolvimento que parecem haver alcançado o limite de suas potencialidades positivas, gerando, a partir de então, uma tendência entrópica que se retro-alimenta através de suas relações com as dificuldades fiscais e financeiras. Pesam, nesse sentido, e de forma decisiva neste momento, a atrofiação do sistema financeiro privado e o caráter truncado do processo de centralização financeira estatal. Além disto, pesa também a perda da capacidade estatal no sentido de definir horizontes e de criar novos espaços de acumulação. Incapacidade gerada, certamente, pelo encurtamento dos recursos externos e internos de que falamos, mas o que é mais grave e permanente, provocada sobretudo pelo esgotamento do fôlego de um projeto que se propôs a completar a industrialização guiada pela segunda Revolução Industrial e pelo fordismo. Nesta direção, até 1979, os horizontes eram nítidos porque se referiam ao passado da difusão de um padrão tecnológico e organizacional que já não tem fôlego internacional.

A partir dos anos oitenta, inexistem setores básicos a serem constituídos dentro deste padrão de industrialização, uma vez que a estrutura industrial se encontrava praticamente consolidada no Brasil. Por esta razão, o intervencionismo estatal deveria mudar de rumo, o que não é fácil, se mantidas as mesmas regras, práticas e compromissos, além da enorme diversidade e heterogeneidade da estrutura econômica e institucional construída, e de seus agentes escassamente conglomerados, onde cada bloco de capitais e cada setor de atividade obedece a padrões e regras diferenciados. Estes fatores dificultam a ação eficaz de políticas homogeneizadoras e constantes por parte das agências reguladoras estatais, circunstância que impede o desenho coordenado de uma nova estratégia capaz de enfrentar os desafios da terceira Revolução Industrial em curso.

A coordenação de que falamos faz-se ainda mais difícil também pela presença de imensas desigualdades na distribuição pessoal e regional da renda e da riqueza. Problema que além de mobilizar, hoje, as consciências éticas mais "elásticas" de nossas elites, gera um fenômeno estrutural que agrega complicações ao multiplicar, infinitamente, interesses e atores avessos a qualquer tipo de pactuação social que possa representar novas perdas para os que já não têm quase nada a defender, que não seja a sua própria sobrevivência.

A soma de todas estas dificuldades conjunturais e estruturais provoca outro problema no exato momento em que decompõe a estreita coalizão sócio-econômica e política que sustentou, durante suas décadas de sucesso, o projeto e o Estado desenvolvimentista. Em nosso entender, este é o fator chave que transforma definitivamente a crise fiscal e financeira numa crise orgânica do Estado. E este é um processo que tem seus desdobramentos a partir do final dos anos setenta, influenciando na ruptura do regime autoritário e contribuindo decisivamente para a ingovernabilidade que acompanhou a nossa transição burocrática.

4. A CRISE POLÍTICA DO ESTADO

Se a falência fiscal e a aceleração inflacionária transformaram-se nos aspectos mais visíveis de uma crise estrutural e estratégica de nosso padrão de desenvolvimento, envolvendo o papel econômico-financeiro nele cumprido pelo estado e pelo capital estrangeiro; a redemocratização foi a face exposta de uma crise política que evoluiu do esgotamento do regime autoritário para a ingovernabilidade e a decomposição do estado desenvolvimentista. Economia e política, nesse caso, seguiram trajetórias próprias, mas acabaram entrelaçando-se, como aspectos de um mesma crise que se aprofundou durante toda a década de oitenta.

Como no caso da crise econômica, também a trajetória crítica do autoritarismo já foi detalhadamente mapeada. Todos os historiadores consideram como fatos decisivos na origem da redemocratização, a derrota eleitoral do governo em 1974, e a sua impotência frente às greves operárias que se multiplicam a partir de 1978.

Apesar de o governo militar ter conseguido controlar o problema eleitoral - através de sucessivos "casuismos" legislativos - a verdade é que os resultados de 1974 representaram uma decisiva deserção na coalizão aliada em torno ao movimento militar de 1964. Todos reconheceram, de imediato, o enorme peso que teve naquele momento o voto das classes médias urbanas, até então simpáticas ou silenciosas frente ao milagre econômico gerido pelos governos autoritários. A força deste fato se manifesta a partir de então atropelando os casuismos legais e apressando a estratégia de "abertura controlada" idealizada pelo general Golbery e promovida a partir do governo Geisel.

Nesse sentido, a anistia, a reforma partidária de 1979 e as mudanças eleitorais de 1981, não conseguem desviar ou dividir o ímpeto opositor, vitorioso

nas principais eleições para governadores, em 1982. Naquele momento, o Brasil assistiu a substituição de um projeto de liberação, tutelada pelo governo e suas principais forças de sustentação, por um processo de transição democrática empurrado pela competição político-eleitoral e por uma pressão social cada vez mais livre e "descontrolada", ainda que nunca tenha chegado a ser disruptiva.

Uma pressão social se transforma em mobilização em torno às "diretas já", nos anos de 1983 e 1985, e que acompanha a perda, por parte do regime, da capacidade de perpetuar-se através do controle do processo sucessório. Processo que culmina com a desagregação do bloco parlamentar governista, que se divide em um primeiro momento, entre as duas candidaturas presidenciais situacionistas e logo depois assiste à adesão de sua facção "liberal" à candidatura oposicionista. Segue-se então a história conhecida de nossa transição político-institucional para um regime democrático.

As greves operárias de 1978 também tiveram uma significação e desdobramentos bem mais complexos. Pesaram decisivamente no andamento da crise do regime autoritário e na imposição de uma nova política salarial que alterou um dos pilares do modelo econômico que se mantinha desde os anos sessenta. Mas além do desdobramento salarial, o movimento grevista representou uma outra reivindicação, ainda mais importante, a da cidadania de um ator rigorosamente excluído do modelo político capitaneado pela aliança técnico-militar. Os movimentos grevistas daquele ano, entretanto, transcederam-se a si mesmos e projetaram-se no tempo abrindo espaço para o nascimento de um partido político, criado a partir do movimento sindical segundo o velho figurino europeu, e logo em seguida para o surgimento, em 1981, da 1ª CONCLAT que, mais tarde, daria origem a duas centrais nacionais de trabalhadores. Estas plantaram as raízes de uma verdadeira revolução nas relações trabalhistas brasileiras e de um questionamento radical da estratégia econômica e política do regime autoritário.

Mas o golpe mortal, que levou à crise política do Estado, partiu de sua velha base de sustentação sócio-econômica que se desfez com a implosão da aliança que sustentou a nossa estratégia desenvolvimentista. Processo que se inicia com as manifestações empresariais de 1977 e 1978, contrárias à estratégia econômica do governo Geisel. A partir daquele momento cresce progressivamente a dissociação da nossa burguesia com um mo-

delo econômico que ela considerava cada vez mais próximo de um inaceitável "capitalismo de estado". E é como veto à estratégia político-econômica proposta pela aliança técnico-militar à crise internacional dos anos setenta, que o empresariado brasileiro se converterá à causa da democratização, passando a se opor de forma cada vez mais radical ao velho "*desideratum*" desenvolvimentista, sendo importante, neste ponto, sublinhar que esta dissociação político-ideológica ao empresariado brasileiro foi anterior às primeiras manifestações mais agudas da crise econômica e fiscal. De tal forma que se pode afirmar que o velho tripé em que se sustentou a nossa industrialização se decompôs entre 1977 e 1982, quando o Estado e o capital estrangeiro desertaram de suas funções por razões basicamente econômicas, enquanto que o capital nacional rompia sua lealdade por razões ideológicas e estratégicas. E este é um aspecto decisivo para a compreensão da ingovernabilidade dos anos oitenta, que tem sido obscurecida por uma enorme confusão ideológica.

Todos os países capitalistas, desenvolvidos e em desenvolvimento, responderam de alguma forma à crise econômico-financeira internacional que se deslança a partir da ruptura do padrão dólar, em 1972; do choque do petróleo, em 1974, e assume forma dramática para os países periféricos a partir do segundo choque do petróleo e da alta dos juros de 1979. De uma forma ou de outra, as estratégias nacionais de desenvolvimento tiveram que ser alteradas e a nossa hipótese é de que a burguesia empresarial brasileira vetou a solução proposta do II PND do governo Geisel, e com isto antecipou-se à crise da dívida e contribuiu decisivamente à crise final, impedindo o Estado brasileiro de prosseguir, a partir de 1980, no seu papel tradicional de alavancador e estrategista do nosso desenvolvimento econômico.

Desfeita a coalizão desenvolvimentista por razões ideológicas e econômicas, perdeu impulso financeiro o tripé industrializante, e ficou isolada e impotente a aliança técnico-militar responsável pela condução político-econômica da estratégia até então bem sucedida. A decomposição da unidade militar ficou cada vez mais visível, já durante o governo Geisel, e a balcanização da burocracia econômica avançou a passos largos em direção à paralisia decisória assistida em vários momentos da década de oitenta.

Foi a verdadeira profundidade desta crise que não foi devidamente percebida ou diagnosticada pelas oposições que comandaram os primeiros mo-

mentos de nossa transição democrática. Todas as dificuldades foram atribuídas ou associadas ao regime autoritário, não se tomando em sua devida dimensão que a ineficiência manifesta das políticas econômicas era, também, o resultado ao comportamento dos agentes econômicos privados, os quais percebiam tratar-se de um momento de mudança estratégica e vetavam qualquer tipo de solução estatizante, inclusive a dos "reformistas" da oposição com quem haviam estado aliados desde a segunda metade dos anos setenta. Neste sentido, a ingovernabilidade que já se faz visível sobretudo no descontrole da conjuntura macroeconômica, a partir do final do governo Figueiredo, está explicitando, por um lado, a decomposição do bloco de poder que sustentou o regime militar e da coalizão sócio-econômica que comandou nossa industrialização e, por outro, a impotência de nossa burguesia empresarial - excessivamente heterogênea - incapaz de desenhar uma nova estratégia consensual ou mesmo de impor alguma hegemonia parcial.

Resumindo nossa tese, as dificuldades enfrentadas pelos reformistas durante sua passagem pelo governo de transição democrática tem a ver, em boa medida, com estes aspectos mais profundos da crise e que atravessam toda a década de oitenta. Em síntese, decompor-se, durante os anos setenta, o pacto ou compromisso desenvolvimentista, desfez-se sua articulação econômica e sua aliança política, perdendo ademais sua aparente autonomia a coalizão técnico-burocrático-militar, responsável pela gestão do governo e da economia durante os vinte anos de autoritarismo desenvolvimentista.

Este quadro se matém durante os anos oitenta, sem que se afirme nenhuma nova hegemonia, coalizão ou estratégia. E este, para nós, é o núcleo da crise orgânica vivida pelo Estado brasileiro. É neste contexto, e sobretudo por esta razão, que foram ineficazes as mais variadas políticas econômicas experimentadas durante toda a década. Frente a uma crise desta profundidade não há soluções puramente técnicas. Toda e qualquer intervenção pública só poderá readquirir eficácia na medida em que se redefinam algumas regras e compromissos básicos e indispensáveis a qualquer estratégia de retomada do desenvolvimento. A redefinição destes compromissos é que se constitui na condição essencial de qualquer reforma do Estado.

A crise é do Estado, do padrão de desenvolvimento que alcançou e da coalizão em que se sustentou. Este o enigma que está posto no início

dos anos noventa. Decifrá-lo tomará anos e resolvê-lo passará por intensas lutas políticas, até que se afirme ou se imponha a supremacia ou hegemonia claras de uma nova trajetória social e econômica de desenvolvimento. A redemocratização, neste sentido, culminou o processo de decomposição, mas também ampliou os espaços e o número de interesses envolvidos nesta luta em torno aos rumos de nossa futuridade. É nesse espaço de luta que se desenvolve o debate atual sobre as disjuntivas futuras, começando pela definição do novo papel e formato do Estado.

5. A REFORMA DO ESTADO E O DEBATE ESTRATÉGICO

No Brasil de hoje, como em 1930/37, os impasses estruturais e as dificuldades conjunturais convergem e condensam-se em torno ao problema da reorganização do Estado, associados à redefinição de uma nova estratégia de desenvolvimento. Nos anos trinta alinharam-se as coordenadas de nossa modernidade industrial e definiram-se as alianças e compromissos responsáveis pelo Estado desenvolvimentista, cuja reforma, conservadores e progressistas consideram atualmente hoje imprescindível, e cuja impotência está no epicentro da conjuntura da crise vivida pelo país.

As novas formas de regulação da economia das relações sociais: a nova estratégia de desenvolvimento e de integração na ordem econômica internacional; a ampliação de poderes do Legislativo e do Judiciário; os impasses políticos da transição democrática; a impotência das sucessivas políticas econômicas; a crise fiscal dos estados e municípios; os sucessivos e fracassados projetos de reforma administrativa, são todas questões que ao nível estrutural e conjuntural, remetem, permanentemente, à necessária reorganização do Estado construído nos anos trinta e reformado nos anos sessenta.

Mas, como é óbvio, se todos assentem na necessidade de reorganizar o Estado democratizando, privatizando onde possível e desregulando onde necessário, poucos são os que estão de acordo sobre por onde começar, a quem penalizar e para onde dirigir a ação seletiva do Estado reformado. Ao contrário, aqui está o ponto da agenda, conservadora ou progressista, onde a tensão entre idéias, estratégias e interesses adquire sua maior intensidade. Aqui se contradizem, mais do que em qualquer outro aspecto, as várias formulações doutrinárias. Seja no tratamento do déficit e da dívida pública ou dos tributos, seja no da centrali-

zação/descentralização de recursos e responsabilidades e também é onde mais nitidamente se pode perceber as contradições tanto entre idéias e estratégias quanto entre conservadores e progressistas.

Sim, porque se for, como dissemos, em torno à idéia da necessidade da reforma do Estado que convergem, mais do que em qualquer outro ponto, conservadores liberais e progressistas democráticos, é no seu difícil encaminhamento que uns e outros se dividem internamente, sendo obrigados a realinhamentos pragmáticos que, já no passado, converteram de forma recorrente e implacável os libero-conservadores ao intervencionismo econômico e ao autoritarismo político (associados em geral ao jacobinismo militar), e os progressistas democráticos a um jacobinismo desenvolvimentista, associado em geral ao estatismo, no plano ideológico, e ao populismo, no plano tático-eleitoral.

É por isso que na discussão das estratégias alternativas para a superação da crise - se nosso diagnóstico está correto - ninguém pode furtar-se a enfrentar de maneira profunda o problema da reforma do Estado e da redefinição do papel do setor público. Sendo que da nossa perspectiva, o ponto nodal desta reforma não está em seus aspectos administrativos ou mesmo fiscais, quando tomados isoladamente. Está, justamente, em seu aspecto político, como vimos sublinhando nestas últimas páginas.

A superação desta crise aponta para um inevitável e radical realinhamento dos velhos compromissos, de forma a viabilizar uma nova estratégia de desenvolvimento, o que envolve uma recomposição do Estado tão ou mais radical que nos anos 30, e feita sob um regime democrático.

A nova Constituição brasileira, aprovada em 1988, representa um primeiro passo ao consagrar um novo regime político e operar profundas transformações nas relações internas entre as várias instâncias e dimensões do Estado, o que já significa uma proposta de ampla reforma do Setor Público. Entretanto, está ainda incompleta, já que depende de legislação complementar, e não resolveu, e nem poderia, os problemas centrais da nova estratégia de desenvolvimento.

A discussão da carta constitucional implica uma complexidade tão grande de questões, que escapa mesmo às dimensões deste artigo, envolvendo desde a reorganização econômico-financeira e geopolítica mundial, até o difícil plano das escolhas tecnológicas e de mercados preferenciais, para não falar das reformas internas, sociais e políticas. Todas elas, contudo, supõem um novo pac-

to ou compromisso. Em outras palavras, a montagem de novo bloco histórico que seja capaz de redefinir as regras de relacionamento do Estado com os vários blocos de capitais nacionais e internacionais, com os trabalhadores e com as várias instâncias do poder estatal entre si. É claro que estas novas regras não podem ser estabelecidas a "priori". Já que não há poder central capaz de as impor, como não há, neste momento, consenso entre os principais e agentes com consenso entre os principais atores e agentes com poder de representação para decidir o que fazer. Este o impasse que atravessou a década de oitenta e que tem se prolongado através desta.

Frente a este impasse, no plano do debate ideológico da segunda metade dos anos 80, nasceram entre as elites brasileiras notáveis apoios às teses do assim chamado "projeto neoliberal", que propõem deixar ao mercado a definição destas novas regras de que estivemos falando e a resolução de todos os problemas nascidos na contra-mão política e social do sucesso industrializante do desenvolvimentismo. Um discurso liberal esgrimido em geral, e surpreendentemente, pelos próprios beneficiários da "ineficiência" estatal.

Embalados por um "tatcherismo fora do lugar", estes neoliberais propõem submeter a complexidade da crise à sabedoria de um mercado que, fora de sua idealização ideológica, já está completamente oligopolizado internamente e repartido internacionalmente. Eles acreditam, ainda, que este mercado consiga solucionar os desequilíbrios e iniquidades sociais e regionais que foram construídos historicamente pelo poder político de nossas elites dominantes. Para nós, este discurso liberal ataca e defende um Estado igualmente abstrato, propondo alternativas insustentáveis do ponto de vista teórico e impotentes do ponto de vista histórico.

Uma nova estratégia implica objetivos claros. E estes supõem um poder capaz de arbitrar os custos da estabilização e de definir a rota do crescimento econômico. Uma e outra coisa podem, e deverão passar, por reformas administrativas, fiscais e patrimoniais do Estado. Mas nenhuma dessas reformas resolverá o problema da falta de poder de comando. Pelo contrário, estas reformas só terão sentido e curso normal se aparecerem no encaminhamento e a serviço de algumas opções fundamentais. Opções que passam por uma complexa reforma social e profunda reforma financeira. E, logo depois, ou simultaneamente, pela formulação de uma política industrial e tecnológica que, se alijar completamente a concorrência externa, manterá

os fatores inflacionários e acumulará ineficiência. Enquanto que, se optar por uma estrutura completa de mercados, colocará em risco as conquistas positivas de nossa industrialização, além de atingir o emprego, a estabilidade interna e a própria possibilidade de crescimento enquanto se mantiver o nosso endividamento externo.

Frente a este desafio, as propostas extremas se tocam: também aqui o "aberturismo" se aproxima do protecionismo radical no reconhecimento da impotência arbitral do estado. A universalização da proteção, num caso, e a submissão completa ao mercado, no outro, são formas análogas de reconhecimento da falta de poder e de um projeto de modernização que preserve os interesses da nação em uma economia internacionalizada.

Por isso, sem desconhecer a importância das reformas institucionais, a reforma essencial do Estado começa, necessariamente, por uma redefinição de compromissos entre atores sociais e econômicos de alcance regional, nacional e internacional.

Também a reorganização do setor público só poderá adquirir sentido e viabilidade com a contraparte indissociável da afirmação política e econômica de um novo pacto e de uma nova estratégia de desenvolvimento. E já vimos porque esta supremacia tornar-se difícil em uma sociedade com tamanho grau de heterogeneidade, tão baixo grau de monopolização alto nível de internacionalização decisória na estrutura produtiva e com tamanha desigualdade social.

Em algumas sociedades européias do pós-guerra, assim como em alguns casos asiáticos mais recentes, a burocracia de Estado e o empresariado definiram conjuntamente os objetivos estratégicos do crescimento, incluindo entre eles a proteção social de suas populações.

A industrialização brasileira se fez, pelo contrário, sem maiores articulações orgânicas e orientada, durante a maior parte do tempo, pela bússola das menores resistências e definidas, predominantemente, pelas restrições e associações externas. Em momento algum submeteu-se a uma proposta de "projeto nacional", nem respondeu a qualquer tipo de projeto imperial. Assim, a Indústria foi simplesmente, alavancada pelo Estado como em todas as industrializações tardias, com a diferença de que não contou com uma articulação empresarial estável nem preocupou-se com a lealdade popular. E, além disso, teve que subordinar-se em questões decisivas autonomia decisória dos capitais internacionais, favorecidos pela proteção dos nossos mercados internos.

Por tudo isso, as transformações que se impõem no momento são radicais e apontam para uma mudança qualitativa do papel do Estado. Uma mudança que deverá colocá-lo na posição de sustentáculo fundamental das estratégias empresariais de conquista dos mercados externos e de luta pelos mercados internos, além de promotor ativo de uma melhor distribuição da renda e das condições de vida da população. Já uma mudança desse tipo, assentada num pacto nacional que incorpore a população até hoje excluída permitirá reformar o aparelho do Estado e dotá-lo da flexibilidade instrumental capaz de viabilizar um Estado ágil - interna e externamente - em suas intervenções. Estas deverão ser definidas por uma estratégia que solidarize os setores empresariais hegemônicos com as burocracias estatais, e estes, em conjunto com os ideais de dignidade e cidadania popular, completamente ausentes, até agora, da história política brasileira.

A falta de uma compreensão adequada do que foi e do que está ocorrendo com o Estado brasileiro só aumenta a confusão ideológica e facilita a aceitação de algumas teses neoliberais, obviamente equivocadas, como aquela que situa na privatização das empresas estatais uma forma de resolver o déficit público, ou a que confunde reforma do Estado com meras reorganizações administrativas. Ou, ainda, aquela opção que vê na abertura indiscriminada da economia o estímulo para uma imediata recomposição de eficiências e competitividades, sem ter em conta a própria natureza oligopolizada dos mercados internacionais.

Em grandes linhas, a proposta estratégica dos neoliberais propõe que nossas elites empresarias aceitem a idéia de trocar a fuga para frente por uma espécie de "fuga para fora". Sendo que para as populações que não puderem ser incorporadas à lógica desta nova estratégia, resta entre as elites mais compreensivas uma proposta assistencialista ampliada e "moralista", ou simplesmente a expectativa de que a trajetória demográfica acabe resolvendo, em meados do século XXI, a velha questão "malthusiana" cujo espectro assusta cada vez mais a nossa "boa" sociedade metropolitana. Só esta estruturação delimitará as fronteiras e as alianças capazes de sustentar uma estratégia coerente e de largo fôlego.

Por tudo isto é que não consideramos a proposta neoliberal a melhor estratégia. Seu diagnóstico associa de forma equivocada, em nosso entender, os desequilíbrios macroeconômicos e as determi-

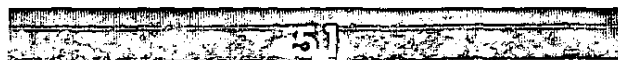
nações estruturais, atribuindo ao Estado, de forma abstrata, uma responsabilidade que, na verdade, tem mais a ver com seus limites políticos do que com sua incompetência econômica.

Além disso, depois de uma década de aprofundamento dos desequilíbrios, tornar-se difícil pensar em qualquer solução que implique o afastamento do Estado. Ao contrário, seja pelo lado da rigidez política do próprio mercado, seja pela profundidade dos desequilíbrios, da incerteza e do desalento empresarial, a solução da crise exigirá um poder de comando que aponte para um Estado forte e nacional ainda que suas dimensões operacionais sejam menores do que as atuais.

A novidade e a complexidade da questão está em que este fortalecimento já não deverá ser sinônimo de centralização autoritária, devendo passar por uma conjugação sólida e permanente com o Poder Legislativo e o crivo permanente do Judiciário. O fortalecimento estatal tampouco será obtido apenas com uma centralização administrativa. O oposto, portanto, do que ocorreu nas décadas do "desenvolvimentistas", quando confundiu-se a extensão do aparelho econômico estatal, e a presença autoritária dos militares, com a existência de um Estado economicamente forte, capaz de impor regras estáveis e de construir uma visão consistente de futuro, que assegurasse os horizontes dos tomadores de decisões econômicas. E acabou se construindo um estranho "big government" que tomou as decisões de forma estranhamente centralizada, porém cada vez mais circunscrito pelo varejo.

Só um estado "forte", neste sentido que observamos acima, poderá cumprir estes objetivos, revertendo o processo de desequilíbrio e entropia crescente, com capacidade para exercer um comando que lhe permita estabilizar as expectativas sociais, bem como selecionar e apoiar setores e empresas com vantagens indiscutíveis nos mercados internacionais, potenciando a competitividade sem admitir a privatização de seus centros decisórios.

Por outro lado, se as experiências internacionais podem ser úteis para a reflexão sobre alternativas, não podemos desconhecer que no final da década de oitenta, as economias verdadeiramente vitoriosas, que apresentaram um desempenho auto-sustentado e com baixos níveis de desequilíbrios macroeconômicos, não foram, aquelas que apostaram apenas no receituário liberal. Podem até mesmo ter absorvido várias de suas idéias, só que



foram adequadamente traduzidas as condições locais de cada sociedade, de cada economia e de cada Estado.

Nunca é demais lembrar que na aurora dos anos 90, os ideólogos da "ressurreição" norte-americana buscam seu modelo de inspiração na experiência japonesa. O que nos faz pensar que, ou haverá um modelo para os países centrais e outro para os periféricos ou, na verdade, os ganhadores da década passada - os bons exemplos para todos portanto - seriam as experiências asiáticas e européias de "capitalismo organizado". Experiências que, se não fossem autárquicas nem privilegiaram a construção de um setor produtivo estatal, souberam potencializar sua competitividade nacional através de um manejo inteligente, estratégico e articulado de suas políticas comerciais e tecnológicas, alinhavadas através de um funcionamento integrado de seus sistemas financeiros.

Em todos esses casos "vitoriosos" destacou-se a presença de um Estado "forte", ainda dotado de um setor público "leve", ágil e extremamente versátil, capaz de se auto-transformar e adaptar-se às exigências postas pelo crescimento acelerado de suas economias. Todos apresentam condições excepcionais de controle financeiro, regulação flexível, capacidade de antecipação estratégica e, sobretudo, articulação permanente do setor público com os agentes privados, sendo notável, nestes "casos nacionais", a preocupação constante com a qualificação permanente de sua força de trabalho.

Isto não quer dizer entretanto, que acreditamos na possibilidade de uma solução idêntica à dos asiáticos. Pelo contrário, tudo nos faz pensar que no Brasil assistiremos a uma reorganização da economia e do Estado que acabará absorvendo algumas das teses liberais, no desenho de uma estratégia específica, com algum grau de organicidade, mas que de qualquer forma implicará em uma profunda transformação do Estado brasileiro.

Embora já ressaltado em outro ponto deste trabalho, voltamos a insistir que uma transformação tão ampla e radical é inviável pelos caminhos do autoritarismo tecnocrático. Ela supõe, e exige, um grau de mobilização social e político muito amplo e um esforço nacional que deriverá sobrepor-se aos interesses menores, de algum princípio ético que transcenda ao mero apelo individualista das virtudes do mercado. Sem isso nos perderemos em uma selva repleta de "gadgets" e de miseráveis seres errantes.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA FACE AO NOVO PARADIGMA TECNOLÓGICO

Marília Bernardes Marques *

1. DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO E REFORMAS SOCIAIS NO BRASIL(1)

A Reforma Sanitária integra o conjunto de Reformas Sociais clamadas pela sociedade brasileira, no árduo caminho das conquistas políticas voltadas à consolidação da Democracia e de um capitalismo socialmente menos injusto no país.

A totalidade das Reformas Sociais necessárias, entre as quais a Reforma Sanitária, exigirá amplas correções na difícil trajetória seguida pelo processo de desenvolvimento científico e tecnológico do país. Principalmente, será necessária uma profunda revisão crítica das formas de utilização social dos resultados do avanço científico e tecnológico no Brasil.

O panorama demográfico e epidemiológico promove, por si só, a contínua ampliação do quadro de necessidades sociais a serem satisfeitas e a perspectiva de um processo acelerado de desenvolvimento social conseqüente às medidas reformistas que venham a ser efetivamente implantadas, fará com que tais necessidades se multipliquem rapidamente.

Se o quadro brasileiro, revelado pelos principais indicadores sociais, sempre foi dramático, a oferta de produtos e serviços que o país proporciona para satisfação do consumo referente às necessidades básicas de sua população está hoje muito aquém do mínimo desejado.

O resultado dessa profunda Iniquidade social explode no cotidiano da nação, sob forma de toda espécie de violência e a grande nação latino-americana, assiste, perplexa e assustada, a paralização do seu desenvolvimento econômico. A década de 80 é apontada como a "década perdida" não só para o Brasil, mas para toda a América Latina, com os países apresentando valores de PIB estagnados, enquanto países da Europa e outros como o Japão e os Estados Unidos, seguem tendo anos de fantástica opulência econômica.

Como resultado dessa tendência à estagnação econômica, a capacidade, já baixa, dos países atenderem com auto-suficiência às próprias necessidades sociais, com certeza, será agravada.

O final da década de 80 observa o surgimento de uma nova divisão Internacional, na forma de blocos econômicos "fechados": é a Implantação definitiva do Mercado Comum Europeu, prevista para 1992; é o Acordo de Livre Comércio entre Estados Unidos e Canadá, com planos de abranger o México, visando a constituição de um "bloco da América do Norte"; são diversos entendimentos entre Japão e os NICs (países neo-Industrializados da Ásia). O promissor Brasil, por enquanto, apenas integra o "bloco dos devedores".

São, especialmente, o controle e a capacitação em tecnologias avançadas identificadas, frequentemente, com a "terceira onda", que representam, na atualidade, os principais instrumentos de hegemonia entre blocos e países. É, portanto, o avanço tecnológico que impõe a nova divisão do poder entre as nações.

Nos "blocos econômicos" que estão se consolidando, os países ditos Industrialmente avançados procuram ocupar posições estratégicas na corrida rumo ao Século XXI, quando o domínio da tecnologia será fundamental.

A tecnologia é o elemento decisivo na nova divisão Internacional do trabalho e dela dependerá a retomada do processo de desenvolvimento econômico e social dos países da América Latina.

Afirmar o esgotamento do modelo de desenvolvimento Industrial e tecnológico baseado no processo de substituição de Importações que elevou o Brasil à condição de país Industrializado já não basta; fortes evidências indicam que está regredindo para a posição de país do "Terceiro Mundo", embora muitos considerem que nunca chegou a perder tal condição, bastando observar o quadro social para comprovar a validade da tese.

O atraso tecnológico brasileiro é evidente e, segundo especialistas, é reveladora a ausência total nas exportações do país de produtos de alta densidade tecnológica como, por exemplo, os semicondutores, ao contrário do que se passa em países como a Coreia do Sul que, nos últimos cinco

* Professora Adjunta da Escola Nacional de Saúde Pública e Coordenadora do Núcleo de Estudos em Ciência e Tecnologia da Fundação Oswaldo Cruz. Doutora em Medicina pela Universidade Estadual de Campinas. Agosto de 1991.

anos, tornou-se grande exportadora desses elementos. Em síntese, a tecnologia é o fator decisivo que poderá aprofundar o 'gap' entre a economia brasileira, praticamente estagnada nos dias atuais e a dos países avançados em tecnologia. A economia brasileira, portanto, não é moderna e não é competitiva.

Essa situação é crucial e ela condicionará a participação do Brasil no comércio internacional, a nova "arena" mundial onde o país terá que enfrentar os modernos "gladiadores", representados pelos poderosos blocos econômicos dos países tecnologicamente avançados. E, possivelmente, os enfrentará sozinho pois a atmosfera internacional é altamente competitiva e os interesses nacionais pelos grandes mercados sempre são colocados à frente da solidariedade entre as nações.

A informação tecnológica disponível no plano internacional será cada vez mais escassa e, na atualidade, idéias clássicas como a da Ciência Universal, do livre fluxo dos conhecimentos científicos, estão sendo revistas.

Uma única via e, de longo prazo, conduz à saída desta situação: priorizar a produção de conhecimentos, a educação, a pesquisa básica, o desenvolvimento tecnológico.

O país deverá conferir alta prioridade ao seu processo de desenvolvimento científico e tecnológico, superando a atual falta total de vínculos entre a Política de C&T e as necessidades sociais. O controle decisório em torno das prioridades para o seu processo de desenvolvimento científico e tecnológico deverá ser atribuição exclusiva e soberana da Nação. Em especial, o Brasil necessitará assegurar ampla participação das comunidades nas discussões que cercam a implantação no país de projetos industriais, tecnológicos, energéticos, etc. de grande impacto social e ambiental.

Novas estratégias de desenvolvimento, "com criatividade", serão necessárias para ultrapassar os desequilíbrios internos e enfrentar, com realismo, o novo contexto internacional, tomando em conta a democratização e a modernização como elementos básicos.

No mundo industrialmente avançado, a inovação tecnológica está possibilitando a superação dos velhos paradigmas Taylorista e Fordista, gerando uma nova estrutura industrial em um processo que não apenas é auxiliado pelo Estado como é o próprio resultado da ação estatal, não sendo simples consequência da ação das forças de mercado.

A adoção de um novo paradigma tecnológico pelos países avançados, na perspectiva sugerida

por F. Erber, constituiu o seu projeto político. O Estado nesses países não apenas tem um claro desempenho como regulamentador das políticas econômicas, como é um "Estado de Bem-Estar", a nível das políticas econômicas sociais. Cerca de 40% da renda domiciliar é representada por salário indireto, proporção bastante elevada, em justa correspondência com a relevância que os direitos sociais alcançaram nesses países. Carlos Estevan Martins (2) lembra que o surgimento do "Welfare State", longe de ter representado um fenômeno conjuntural, resultou de transformações da própria estrutura produtiva dos países avançados, fazendo com que não apenas a força de trabalho se tornasse dependente do Estado, mas o próprio capital incorporasse o Estado no processo de sua reprodução. O capital necessita do Estado que o socorre através dos gastos públicos que subsidiam a indústria e o comércio, que financiam a agricultura e a pesquisa científica e tecnológica e assim por diante. O "Welfare State", que está sofrendo na atualidade intensos ataques doutrinários deflagrados pelo neoliberalismo, integra-se tão enraizadamente à complexidade do sistema capitalista que não poderá ser desmantelado sem que, simultaneamente, aconteça a destruição da ordem econômica, nas sociedades industriais avançadas.

O Estado de Bem-Estar não estando superado, requer, entretanto, importantes "reformas", para que possa acompanhar as transformações contemporâneas observadas nas relações sociais e que só indicam a necessidade de aumentar a importância do Estado para a plenitude democrática. O crescimento da importância do Estado, exige a sua modernização, superando antigos vícios como o clientelismo, a demagogia, a corrupção, etc. e que conduziram, em muitos países, à situação de gigantismo da máquina estatal. Este crescimento também evidencia a necessidade e a importância de mecanismos eficazes de controle público sobre o Estado. Assim, o movimento de "enxugamento" do Estado que se verifica em alguns países avançados, longe de indicar a inviabilidade do "Welfare State", revela o processo em curso de sua modernização, para superar o burocratismo intervencionista ineficiente.

Este movimento tem grande importância para o Brasil, para a urgente transformação das suas normas de intervenção estatal, conferindo-lhe uma nova ética, maior eficácia e diretrizes claramente voltadas para o interesse público e para os interesses nacionais. Para a política científica, como lembrou Fábio Erber acertadamente, a transformação

necessária deverá introduzir o país no novo "paradigma tecnológico" (3).

A idéia de "paradigma tecnológico" considera que a inovação se processa seletivamente, segundo uma direção bem definida, não sendo um processo indiscriminado, expressão de uma busca aleatória de inovação em qualquer direção, em qualquer sentido. Existem condicionantes econômicos, sociais e políticos que determinam a orientação seguida pelo processo de desenvolvimento científico e tecnológico. O moderno paradigma tecnológico é baseado na ciência, isto é, não resulta da ação isolada, empreendedora do empresário industrial, como na primeira Revolução Industrial. Além de ser um processo baseado na ciência e socialmente condicionado, o processo de inovação tecnológica é coletivo e soma os resultados de uma marcada divisão de trabalho entre indústria, universidade e governo nas sociedades avançadas, cujos tecidos industrial, institucional e social são altamente complexos. Finalmente, no novo paradigma o processo de pesquisa é um processo de larga escala, isto é, a inovação tecnológica é extensiva a vários setores, introduzindo profundas transformações intra-setoriais e subvertendo a ordem de importância hierárquica dos setores (e do trabalho qualificado).

Também para o Brasil a ação estatal apropriada à complexidade atual de sua sociedade, deve resultar em uma política que não seja isoladamente de desenvolvimento científico e tecnológico, mas que venha incorporada a outras políticas. O fortalecimento isolado da capacidade científica não será suficiente e basta lembrar, como fez Fábio Erber, a história de países da América Latina e da Índia, onde a criação de centros de excelência, como única política, resultou nas denominadas "ilhas de competência científica e tecnológica" perdidas num "mar de subdesenvolvimento". São diversos os centros de pesquisa cuja grandiosidade, copiada de instituições congêneres dos países avançados, não foi suficiente para superar o isolamento das mesmas em relação à sociedade, permanecendo pirâmides anacrônicas e indiferentes às condições econômicas e sociais que as circundam.

Resumidamente, se o Brasil não quiser frear o seu desenvolvimento econômico e social, deverá, rapidamente, encontrar os meios de recuperar as perdas tidas na década e direcioná-los para o alcance de uma nova base tecnológica, capaz de assegurar sua competitividade no plano do comércio internacional e de garantir o crescimento do mercado interno, por meio de uma melhor dis-

tribuição de renda, onde, em última instância se realiza a satisfação das crescentes necessidades sociais de sua população. Importância estratégica nessa direção terá o recurso ao componente governamental do mercado interno.

Estar à frente na luta pelo desenvolvimento científico e tecnológico é, portanto, fator decisivo para a transição rumo à Democracia e é a premissa fundamental para que seja alcançada a Reforma Sanitária que a sociedade brasileira deseja.

2. A REFORMA SANITÁRIA E A MODERNIDADE NA CARTA MAGNA DE 88

No plano das conquistas políticas mais gerais, a tarefa constituinte fertilizou o terreno de batalhas essenciais, com inequívocas vitórias alcançadas e incorporadas à Carta Magna de 1988, como a Seção referente à Saúde, no Título VIII, Da Ordem Social, cuja redação expressa as principais reivindicações reformistas, especialmente quanto à reorganização setorial, política e administrativa, com a definição do Sistema Único de Saúde (4).

A noção de Reforma Sanitária contém um projeto que é, simultaneamente, técnico e político, de intervenção positiva na configuração assumida pela problemática da saúde na sociedade brasileira contemporânea e são seus fundamentos principais: um conceito abrangente para Saúde, que a toma como uma resultante das condições de vida e trabalho prevalentes na nossa sociedade e do padrão de organização da base estruturada de serviços de saúde, voltados ao indivíduo, às coletividades e ao meio ambiente; também adota um posicionamento político claro quanto ao caráter público que o conjunto de ações e serviços de saúde deve assumir no país, de tal modo que a Saúde seja preservada como uma função típica do Estado, como Dever do Estado.

Com base em tais fundamentos, o projeto da Reforma Sanitária tem como objetivos a satisfação de necessidades sociais mais gerais, ligadas à qualidade de vida e de necessidades específicas, sem o que não poderá ser assegurado do direito universal à Saúde.

A proposta específica, de reorganização político-administrativa do "setor saúde", isto é, do conjunto dos serviços e atividades de saúde a serem ofertados, contém as seguintes diretrizes gerais (5):

- universalização da atenção à saúde, ou seja estará assegurado a todo e qualquer habitante do território nacional o acesso às ações e serviços de saúde;

- equidade no atendimento, não tendo os serviços e ações de saúde caráter discricionário com relação a nenhum grupo populacional;

- integralidade das ações de saúde, ou seja, promoção, proteção e recuperação da saúde comportam um conjunto de atividades integradas e de importância equivalente;

- descentralização da execução e da tomada de decisões referentes às ações de saúde;

- participação da sociedade, através dos diversos segmentos envolvidos, na formulação, execução e no controle e avaliação das políticas de saúde;

- Integração Institucional, com comando único em cada esfera de governo, significando, portanto, a Implantação do Sistema Único de Saúde no país;

- regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

- organização distrital, tendo o Distrito Sanitário como unidade operacional básica;

- gestão colegiada, com representação legítima, da população, dos profissionais envolvidos, das empresas, dos governos e outros segmentos sociais interessados.

Conforme estabelece a Carta Magna de 88 (6), nove princípios gerais regem a ordem econômica brasileira, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa:

I. Soberania Nacional

II. Propriedade Privada

III. Função Social da Propriedade

IV. Livre Concorrência

V. Defesa do Consumidor

VI. Defesa do Meio Ambiente

VII. Redução das Desigualdades Regionais e Sociais

VIII. Busca do Pleno Emprego

IX. Tratamento Favorecido para as Empresas Brasileiras de Capital Nacional de Pequeno Porte.

O apelo à empresa nacional é, reconhecidamente, um elemento decisivo nas políticas bem sucedidas, de vários países, para desenvolvimento de uma base tecnológica sólida; do mesmo modo, parece claro que os países que alcançam êxito não se apolam, preponderantemente, nos investimentos estrangeiros.

São consideradas "empresas brasileiras" aquelas que são constituídas sob as leis brasileiras e que tenham sua sede e administração no país e "empresas brasileiras de capital nacional", aquelas cujo controle efetivo e permanente pertença a pessoas domiciliadas e residentes no país ou à entidade de direito público interno. O "controle

efetivo" significa titularidade da maioria do capital votante e exercício, de fato e de direito, do poder decisório na gestão da empresa. Esta diferenciação possibilita determinar, através de legislação apropriada, para que empresas serão concedidos proteção e benefícios temporários especiais, para desenvolver atividades estratégicas para a defesa nacional ou imprescindíveis ao desenvolvimento do país.

Com relação às "empresas brasileiras de capital nacional", envolvidas em um setor fundamental ao desenvolvimento tecnológico nacional, a lei poderá exigir que o "controle efetivo" se estenda às atividades tecnológicas da empresa, compreendendo o exercício, de fato e de direito, do poder decisório para desenvolver ou absorver tecnologia. O Poder Público dará tratamento preferencial a estas empresas de capital nacional, nas compras que efetuar de bens e de serviços.

A lei apoiará e estimulará as empresas que invistam em pesquisa e criação da tecnologia adequada ao país, em formação e aperfeiçoamento de seus recursos humanos e que assegurem a seus empregados participação nos ganhos de produtividade, desvinculadamente dos salários. A lei estabelece que o "mercado interno" integra o patrimônio nacional e será dinamizado tendo em vista o desenvolvimento social, econômico e cultural e a autonomia tecnológica do país.

A lei também disciplinará, com base no interesse nacional, os investimentos de capital estrangeiro, incentivando reinvestimentos e regulando a remessa de lucros.

Ponto relevante é o referente à instalação de obra ou atividade potencialmente causadora de degradação do meio ambiente, para as quais a lei exigirá estudos, com divulgação ampla, sobre os impactos ambientais. O Poder Público controlará a produção, a comercialização e o emprego de técnicas e substâncias que comportem risco para a vida, a qualidade de vida e para o meio ambiente. A pesquisa e a lavra de recursos minerais e o aproveitamento dos potenciais de energia hidráulica somente poderão ser efetuados, mediante autorização ou concessão da União (de uma vez que os recursos minerais e os citados potenciais constituem sua propriedade), por brasileiros ou "empresas brasileiras de capital nacional".

A respeito da Ciência e Tecnologia e do Meio Ambiente (7), a Constituição de 88 adotou, nos artigos respectivos, posicionamentos extremamente importantes para a defesa dos interesses nacionais. Estabelece que é dever do Estado a promoção e o incentivo ao desenvolvimento científico,

a pesquisa e a capacitação tecnológicas, com a pesquisa básica recebendo tratamento prioritário e a pesquisa tecnológica priorizando a solução dos problemas brasileiros e voltando-se para o desenvolvimento do sistema produtivo nacional e regional.

A Nova Carta Magna conferiu às universidades autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial e estabeleceu a obediência obrigatória ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (8).

3. A PESQUISA EM SAÚDE NO NOVO PARADIGMA TECNOLÓGICO

Na atualidade, a atividade científica é um trabalho coletivo e realizado em organizações complexas, bem representadas pelos modernos centros de pesquisa e desenvolvimento das grandes empresas privadas de capital estrangeiro, como os laboratórios de P&D em fármacos e nova biotecnologia das multinacionais do setor farmacêutico.

Esses elementos nos indicam que a atividade de pesquisa em saúde não pode ser entendida, em primeiro lugar, como restrita aos domínios do campo biomédico, da clínica ou do "setor saúde", devendo congrega outros campos e disciplinas, face à natureza complexa e multidimensional de sua inserção na sociedade. Em segundo lugar, não pode ser analisada nos limites restritos da atividade acadêmica, necessitando a análise abarcar outros processos sociais.

Além disso, a promoção, assim como a avaliação e o controle da produção científica e tecnológica são internacionalmente, em maior ou menor extensão, um assunto para os Estados nacionais, incorporados à agenda pública, isto é, são alvos do planejamento, da administração, do gerenciamento e obedecem às determinações das políticas de governo. Por meio da Política Científica e Tecnológica o Estado interfere diretamente em setores estratégicos da economia e da sociedade, como planejador, legislador, empresário, investidor ou fiscal e a ciência e a tecnologia no campo da saúde, não escapam desta intervenção.

Compete ao Estado, além da manutenção do sistema educacional, responsável pela formação dos cientistas e técnicos necessários, apoiar a pesquisa de base em todas as áreas estratégicas para a manutenção do ritmo de crescimento econômico global, quer através de subvenções diretas aos centros de pesquisa, quer financiando a

infra-estrutura, criando grandes centros de pesquisa públicos e cativos das empresas estatais, quer assumindo riscos próprios a projetos de pesquisa em campos de pouco interesse para o setor privado. Como exemplo deste último, podemos citar o monopólio da produção, da pesquisa e do desenvolvimento experimental em vacinas para seres humanos no Brasil.

Esta perspectiva nos leva a compreender a atividade científica em saúde não como uma entidade autônoma e independente da sociedade, sendo antes um produto dessa sociedade e ao mesmo tempo, de uma forma ou de outra, sobre ela influenciando.

O processo produtivo global determina a lógica da produção científica, definindo em primeira instância as prioridades, os campos prioritários e as disciplinas estratégicas que passarão a beneficiar-se da condição de prioritários no momento da distribuição do fomento estatal e do financiamento internacional.

No presente século, na forma moderna de organização social da produção científica e tecnológica, as linhas de demarcação entre ciência "pura" e pesquisa "aplicada" tornaram-se muito tênues, especialmente, quando são procuradas no plano interno de certas disciplinas científicas, como a biologia, a física e a matemática.

Os limites entre ciência e tecnologia estão desaparecendo e não obstante, ao nível da divisão internacional do trabalho de pesquisa, com a centralização crescente da ciência "pura" e da tecnologia avançada no "Primeiro Mundo", existem nítidas linhas demarcatórias entre elas.

Na pesquisa em saúde, como na maior parte das disciplinas científicas, esta desigual e desequilibrada distribuição da capacitação científica e tecnológica, mostra que as fronteiras existentes são coincidentes com a divisão geopolítica do poder no plano internacional: assim como áreas centrais concentram, além do poderio econômico e militar mundial, a ciência pura e as tecnologias avançadas, áreas satélites realizam principalmente pesquisas aplicadas, enquanto em certas áreas subdesenvolvidas embora a pesquisa seja total ou praticamente inexistente, as populações oferecem ótimas condições para, por exemplo, ensaios terapêuticos e de novas vacinas em doenças tropicais (9).

A mudança tecnológica nas décadas pós-Segunda Guerra Mundial teve um relevante papel na integração econômica mundial hoje verificada. A internacionalização, a "globalização do mundo" colocou, realmente, a humanidade diante de pro-

blemas comuns cuja solução somente pode ser visualizada em escala global. Nessa situação pensamos que atingir o consenso em torno de problemas "globais", como insistentemente tem sido sugerido em diversas conferências internacionais, pode ser realmente um passo importante em direção à concretização de esforços comuns através da parceria e da cooperação internacional.

O consenso é decisivo para a definição da contribuição efetiva da ciência e da tecnologia na solução de reais problemas comuns. Entretanto, o consenso pode ser manipulado e para evitar que isto aconteça, é necessário compreender que a clivagem artificial entre pesquisa básica e pesquisa aplicada (ou orientada) não pode mais seguir sendo critério para estabelecer a natureza essencial ou prioritária de uma em relação à outra.

O científico e o tecnológico se integram no moderno processo de pesquisa e quanto mais básico ou fundamental for o resultado de trabalho científico, maior será a amplitude dos seus impactos e conseqüências nos planos econômico e social. As barreiras tradicionais entre disciplinas científicas e tecnológicas estão sendo ultrapassadas velozmente, à medida que cresce o intercâmbio entre pesquisa básica e aplicada e o desenvolvimento tecnológico. Por exemplo, no campo dos supercondutores, a pesquisa básica é realizada mirando-se as futuras aplicações. Igualmente, observa-se em algumas áreas da biotecnologia que os substanciais progressos esperados com as potenciais aplicações não serão alcançados sem certos avanços no conhecimento básico da biologia e da bioquímica.

No campo da saúde humana as novas biotecnologias, em combinação com equipamentos médicos eletrônicos e computadorizados, além do aproveitamento de biomateriais, poderão conduzir a uma maior precisão do controle sobre os processos fisiopatológicos. Os diagnósticos serão mais rápidos, mais precisos e mais baratos e os tratamentos serão menos cruéis e mais eficazes, acarretando diminuições na incidência de doenças, nos custos e no sofrimento humano.

A doença é responsável por gastos da ordem de centenas de bilhões de dólares nos países industrializados e no Brasil estas cifras são dramaticamente elevadas pelos desperdícios causados pela insuficiente qualidade administrativa e pela corrupção.

Não se trata, portanto, de propor ingenuamente a rejeição da ciência e da tecnologia desenvolvidas nos países ricos do "Primeiro Mundo", mas de introduzir uma perspectiva de recriação das mes-

mas em busca da capacitação científica e tecnológica endógena, e que, no plano da saúde, seja apropriada à solução de problemas prioritários e ao alcance da equidade e da qualidade nos serviços de saúde oferecidos à população.

4. O NOVO ENFOQUE DA TECNOLOGIA APROPRIADA

Em 1980, o documento "Saúde para Todos no Ano 2000. Estratégias", da OPAS/OMS (Doc. Oficial nº 173), apontava uma série de fatores condicionantes da baixa produtividade da atividade científica e tecnológica realizada nos países da América Latina e da pouca utilização dos seus resultados no planejamento dos serviços de saúde.

No que diz respeito às tecnologias, a análise da experiência vivida nos anos sessenta e setenta na América Latina, sugeria que não se obtinham benefícios iguais aos observados nos países desenvolvidos, em função das limitações decorrentes das características dos sistemas de saúde da Região. Como exemplo, verificou-se que não bastava uma vacina ser eficaz, pois sua utilização poderia ser inadequada em razão das condições predominantes na rede de serviços de saúde.

Constatava-se que a transferência de tecnologia era o mecanismo generalizado de incorporação de desenvolvimento tecnológico na Região, consistindo na aceitação passiva e na compra em grande escala e de forma indiscriminada de tecnologias, especialmente corporificadas em equipamentos e em medicamentos.

Diante da estratégia da universalização do acesso aos serviços de saúde, as tecnologias transferidas não eram extensivas a toda a população, pelo enorme custo que implicavam e pela resposta muitas vezes inadequada que davam aos problemas de saúde. A busca de tecnologia apropriada surgiria como uma preocupação característica dos anos 70.

A decisão de alcançar saúde para todos no ano 2000, seguindo a estratégia da atenção primária de saúde, obrigava os países da Região a buscar por uma nova tecnologia que possibilitasse cumprir essa meta. Alguns dos fatores que se opuseram ao desenvolvimento de tecnologia apropriada foram a "carência de informação" oportuna e fidedigna, capaz de oferecer os elementos necessários à tomada de decisão sobre tecnologias e a falta de sistema nacional de informação e de maior intercâmbio de informações desse gênero entre os países da Região.

Portanto, para a realização da meta de fortalecer a capacidade de decisão em matéria de seleção de tecnologias, visando à boa escolha, era prioritária a solução do problema "informação". Outro fator referia-se à "avaliação de tecnologias": apesar do grande número de tecnologias em uso, um número reduzido delas foi alvo de avaliações apropriadas quanto à efetividade, custos, segurança e impactos sobre a saúde e os serviços de saúde, além dos aspectos éticos.

O enfoque da tecnologia apropriada, na realidade representou uma tentativa de introduzir uma forma substantivamente diferente, uma maneira alternativa em relação ao modo como os países vinham adquirindo e utilizando tecnologias. Não significando o fechamento das fronteiras para as tecnologias desenvolvidas no estrangeiro, tratava de criar mecanismos que possibilitassem selecionar bem e comprar as tecnologias mais apropriadas, desenvolvendo capacidade para modificar, adaptar e, ao mesmo tempo, para criar e desenvolver, além de alcançar uma distribuição mais adequada das tecnologias.

Desse modo, a busca da tecnologia apropriada requereria um enfoque globalizante da problemática dos serviços de saúde diante das prioridades médico-sanitárias; pressupunha a introdução de uma nova dinâmica, compreendendo a avaliação tecnológica seletiva e sistemática, apoiada na ampla realização de pesquisas em saúde, na busca permanente de soluções para prioridades claramente definidas. Assim, a avaliação tecnológica em serviços de saúde (ATS) deveria converter-se em elemento-chave na difusão, incorporação e uso de tecnologias apropriadas.

Esses conceitos e idéias continuam atuais e, diante do agravamento da crise da saúde observada no Brasil na década dos noventa, pensamos que a sua retomada é estratégica para orientar a introdução de critérios, medidas e instrumentos de racionalização e de melhoria da qualidade da atenção médica no País.

5. A CRISE DA MEDICINA MODERNA

O Office of Technology Assessment (OTA), órgão do Congresso Norte-Americano, define tecnologia médica nos seguintes termos:

"O conjunto de técnicas, medicamentos, equipamentos e procedimentos utilizados por profissionais de saúde no oferecimento de cuidados médicos aos indivíduos e pelos sistemas nos quais tais cuidados são ofertados" (10).

Outra definição considera que...

"Tecnologia é essencialmente informação incorporada em elementos tão tangíveis como são os instrumentos, equipamentos, medicamentos e outros insumos materiais; em procedimentos e práticas que configuram a atividade em saúde; em instrumentos normativos que prescrevem condutas e comportamentos, em habilidades e desempenho do pessoal e em bases de dados e outras formas de conservação e difusão de informação" (11).

Estas definições contemplam, portanto, tanto as tecnologias de produto e de processo, quanto as tecnologias de organização e gestão dos serviços de saúde; tanto a informação corporificada em elementos tangíveis, quanto em elementos intangíveis.

A incorporação e a difusão em saúde da moderna tecnologia médica, após a Segunda Guerra Mundial, sofreria um crescimento espantoso:

"A indústria de medicamentos, materiais, dispositivos e equipamentos médicos tornou-se um setor produtivo de importância fundamental da economia mundial. Atualmente a indústria farmacêutica mobiliza ao redor de US\$ 100 bilhões anualmente e a indústria de equipamentos médicos cerca de US\$ 60 bilhões ao ano.

A preocupação pela tecnologia em saúde, incluindo medicamentos biológicos, dispositivos, instrumental, equipamentos, procedimentos de prevenção, diagnóstico, terapêutica e reabilitação e as técnicas de planejamento, organização, gerência e informação dos serviços de saúde foi incrementando-se. Da preocupação pela segurança da tecnologia, a ênfase se derivou para a avaliação da eficácia, efetividade e custos. Esta preocupação estendeu-se para os macroefeitos de ordem social, econômica, política e ética" (12).

Projeções estimam que os Estados Unidos estarão devotando 15% do PNB aos cuidados em saúde, próximo ao ano 2000, indicando as proporções críticas que o problema dos custos médicos atingiram naquele país; frequentemente fala-se em "racionalizar" os cuidados em saúde, termo em geral aplicado as 'commodities' (açúcar, gasolina, etc.) e em conjunturas de Guerra.

Os Estados Unidos gastaram US\$ 550 bilhões em atenção à saúde em 1988, mais do que qualquer outro país do mundo. A crise do setor saúde norte-americano centra-se em três elementos: custos elevadíssimos da medicina, falta de equidade - entre 35 a 40 milhões de Americanos não são adequadamente cobertos - e ineficiência e valor incerto dos cuidados prestados (13).

Não existem dados, para aquele país, sobre a exata porção equivalente à tecnologia nos gastos totais em saúde, mas algumas estimativas indicam que cerca de 6% dos custos hospitalares podem ser atribuídos a sistemas tecnológicos (14).

Esta exponencial escalada de custos nos Estados Unidos, é explicada pela interseção das modalidades de pagamentos a três outras características ou vetores: a primeira, a tecnologia; nas últimas décadas a maior parte dos avanços da medicina ocorreram no campo do diagnóstico e numerosos procedimentos - diagnósticos e terapêuticos - foram introduzidos na prática médica - tomografia computadorizada, imagem por ressonância magnética, medicina nuclear, transplante de órgãos, muitas das drogas para controle de úlceras e dos sintomas da doença arterial coronariana, nutrição parenteral total, etc. Todas estas inovações incrementaram o número e o custo das intervenções médicas. A segunda característica ou vetor apontado na explicação da espiral dos custos é o comportamento dos preços no mercado dos serviços privados e a terceira, o envelhecimento populacional.

Vários métodos administrativos foram propostos naquele país na tentativa de cortar os custos e melhorar a eficiência, mas a tendência reflexiva atual indica que os custos médicos somente serão contidos substantivamente se o racionamento atingir o consumo dos indivíduos segurados, isto é, 85% dos americanos, que são capazes de pagar pelos serviços.

Na Tabela 1, verifica-se a evolução dos gastos em saúde, como um percentual do PNB, no período 1965-1986, nas principais nações desenvolvidas e que bem expressam a dimensão da crise atual da medicina:

Reconhece-se, internacionalmente, que o consumo da saúde vem acarretando a elevação dos custos médicos superior às taxas de inflação.

Nos países industrialmente avançados a elevação do nível de vida no período posterior à Segunda Guerra Mundial, refletiu a nova estrutura do consumo de massa da classe trabalhadora e o crescimento do salário social (seguridade e benefícios sociais). Se o nível de vida pode ser expressado pelo padrão de consumo, o nível de saúde, embora cresça com o consumo médico, não o faz numa proporção direta, sendo que o consumo de alimentos e de educação, as boas condições da habitação, a renda familiar, entre outras, são variáveis de maior peso.

Consideramos que, na atualidade, a crise da medicina integra-se ao campo dos grandes problemas econômicos mundiais do final do Século XX e constitui uma das expressões da contemporânea crise do Estado de Bem-Estar verificada nos países centrais do capitalismo.

Sendo a saúde diretamente capaz de produzir lucro e riqueza para o segmento privado da economia - as indústrias de medicamentos hospitalares privados, etc. - por ser um "bem-estar" que pode ser alcançado, enquanto objeto de consumo, no mercado, é esta a lógica que induz os profundos paradoxos que caracterizam a crise atual da medicina.

Por outro lado, a simples extensão do consumo de serviços médicos propiciada pela seguridade social, pelo Estado, não é condição suficiente para a equidade, não realizando as esperadas transferências redistributivas de justiça social, pois os segurados mais pobres, com suas contribuições, continuam pagando pelo consumo, em geral em excesso, dos mais ricos, que têm maior acesso às

TABELA 1 - GASTOS EM SAÚDE COM UM PERCENTUAL DE PRODUTO NACIONAL BRUTO, 1965-1986 (*)

PAÍS	ANO		
	1965	1980	1986
Austrália	4,9	6,6	7,2
Canadá	6,1	7,4	8,5
Dinamarca	4,8	6,8	6,1
França	5,2	7,4	8,5
Alemanha Ocidental	5,1	7,9	8,1
Itália	4,0	6,8	6,7
Japão	4,5	6,6	6,7
Holanda	4,4	8,2	8,3
Nova Zelândia	4,3	7,2	6,9
Noruega	3,9	6,6	6,8
Suécia	5,6	9,5	9,1
Suíça	3,8	7,2	8,0
Inglaterra	4,1	5,8	6,2
Estados Unidos	6,0	9,2	11,1

(*) Retirado de Aaron, H.; Schwartz, W.B. - Rationing Health Care: The Choice Before Us. Science, v. 247, janeiro, 1990.

tecnologias médicas mais sofisticadas e custosas. Ou seja, a saúde como um direito social, continua inalcançada, também em, pelo menos, alguns dos países do capitalismo central, como os Estados Unidos e a França, onde a desigualdade é mantida nas atuais organizações prestadoras de serviços médicos.

Os lucros propiciados pela saúde são vultuosos, especialmente os dos complexos industriais médicos oligopolizados, como a indústria químico-farmacêutica e de medicamentos e a de equipamentos médicos. É a seguridade social que financia este consumo. É sob a égide desta paradoxal situação, que se impõe, a necessidade de rever o modelo de desenvolvimento da medicina moderna.

É nesse marco que deve ser, portanto, introduzida, no contexto latino-americano, a questão das *tecnologias apropriadas ao desenvolvimento da saúde* tentando superar o produtivismo e o consumismo desenfreado. Este é um desafio que exigirá, além da busca de soluções gerenciais e administrativas (planejamento de saúde, coordenação interinstitucional, regionalização, hierarquização, etc.), a rejeição às próprias características do paradigma atual da medicina "científica": a elevada densidade tecnológica do cuidado, a ênfase na medicina curativa e hospitalar, a exclusão das práticas médicas alternativas, etc.

No novo paradigma tecnológico, com a difusão e a aplicação das suas tecnologias, em particular, as da informação e da comunicação, a engenharia genética e os biomateriais, somada a uma nova opção política pelo desenvolvimento sustentável, estarão dadas as condições que poderão hipoteticamente, conduzir a humanidade para a solução dos principais problemas da crise da medicina e da crise da saúde. Esta perspectiva oferece, portanto, as bases para o novo enfoque da tecnologia apropriada em saúde no Brasil.

6. AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Na América Latina, e, particularmente no Brasil, a prática médica é caracterizada pela elevada proporção de cirurgias e exames laboratoriais que são realizados desnecessariamente; especialmente os Institutos Nacionais de Seguro Social e Previdência ostentam uma utilização irracional de tecnologias médicas e praticamente inexistem conhecimentos dos aspectos fundamentais e das metodologias de avaliação.

A situação brasileira em matéria de incorporação de equipamentos e dispositivos médicos pelos serviços de saúde é, evidentemente, mais crítica do que a norte-americana, simplesmente inexistindo no País estruturas ou processo de avaliação tecnológica em serviços de saúde. Outra diferença gritante remete à questão dos recursos financeiros destinados aos gastos em saúde: no Brasil eles são escassos e apresentaram tendência declinante na década dos 80; o desperdício e a corrupção são intensa e difusamente distribuídos nos sistemas de saúde existentes, públicos e privados. Apenas cerca de 61 dólares 'per capita' são destinados às ações de saúde, correspondendo a um gasto público equivalente a 2.7% do PIB (aproximadamente US\$ 10 bilhões). O problema da espiral crescente dos custos da atenção médica no Brasil assume, desse modo, uma paradoxal dramaticidade, especialmente quando confrontada com as precárias condições sanitárias básicas. Basta exemplificar com a absurda situação detectada, em 1985, na rede própria de hospitais do INAMPS, que apresentava 43% dos equipamentos quebrados e fora de função (15).

Bonta (16) divide em quatro grupos as políticas diretamente relacionadas com a tecnologia médica: 1. políticas de ciência e tecnologia ou de pesquisa e desenvolvimento (P&D); 2. políticas de avaliação; 3. políticas de regulamentação da segurança e da eficácia; 4. políticas de investimento e incorporação de tecnologia médica.

Tecnologias médicas necessitam ser avaliadas antes de serem comercializadas com relação aos aspectos *efetividade, segurança e custos*, sendo que os elementos "preço" e "performance" (desempenho) é que irão determinar a competitividade no mercado. A diferença entre a avaliação de uma tecnologia e a avaliação tecnológica em saúde é que a primeira considera os três elementos *efetividade, segurança e custo*, ao passo que a segunda, além deles, considera os demais impactos da tecnologia médica: sociais, legais, éticos, ambientais, culturais.

A noção de *efetividade* é estratégica e sua operacionalização não diz respeito apenas às preocupações com técnicas e metodologias, requerendo uma análise aprofundada do sistema nacional de saúde, em todas as suas dimensões, verificando os fatores que contribuem para reduzir os impactos positivos de uma dada tecnologia, sob certas condições de utilização. É a diferença entre *eficácia e efetividade*, ou seja, a perda na eficácia sob determinadas circunstâncias, que permite avaliar

se uma tecnologia é ou não apropriada àquelas condições.

Banta e Andreasen (17), destacam a importância da dimensão política nos programas de avaliação tecnológica em serviços de saúde; em sua visão, somente podem ser consideradas experiências de avaliação tecnológica em serviços de saúde aquelas efetivamente inseridas no contexto da política, sejam realizadas no plano governamental (federal, regional, municipal) ou no plano organizacional (em um hospital ou até mesmo em uma clínica). Segundo esses autores a avaliação tecnológica em serviços de saúde deve corresponder a uma forma compreensiva, abrangente de pesquisa política, que examina as conseqüências de curto e de longo prazos da aplicação de tecnologias. Avaliação tecnológica em serviços de saúde, por definição, não é meramente uma atividade de pesquisa, que coleta e divulgue dados em revistas científicas, necessariamente desenvolvendo informações e sugestões políticas visando à promoção ou desaconselhamento do emprego de certas tecnologias.

A utilidade e a credibilidade da avaliação tecnológica em serviços de saúde são, portanto, condicionadas ao 'locus' desde o qual se processa ser, ou não, estratégico com referência às controvérsias e conflitos de interesses que perpassam uma dada realidade e a possibilidade real de interação ou comunicação dos seus propositores para conduzir ou estimular consensos e compromissos políticos. Isto implica que a avaliação tecnológica em serviços de saúde alcance diferentes interlocutores: especialmente, políticos, o público em geral, etc.

Em conseqüência, um aspecto central é a definição das formas de institucionalização da avaliação tecnológica em serviços de saúde, tendo em conta que seus resultados deverão ganhar relevância política, em questões, em geral, conflitivas.

7. SITUAÇÃO SANITÁRIA ATUAL E PROSPECTIVA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

A situação sanitária da população brasileira forma um quadro geral extremamente diversificado: padrões de morbimortalidade próprios de países desenvolvidos sobrepõem-se a padrões característicos de condições de pobreza extrema; doenças crônico-degenerativas e acidentes ocupam um lugar destacado no obituário geral, ao lado de um significativo número de óbitos provocados por doenças infecto-contagiosas. Para um total de 788.231 óbitos registrados em todo o país em 1985

e que representavam em torno de 75% do total estimado por métodos indiretos, verificou-se a seguinte ordenação:

- Doenças do Aparelho Circulatório 27.17%
- Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas 21.13%
- Causas Externas (Acidentes, Envenenamento e Violência) 10.89%
- Neoplasias (todos os tipos) 9.01%
- Doenças do Aparelho Respiratório 7.89%
- Doenças Infecciosas e Parasitárias 6.33%
- Causas Perinatais 5.88%
- Doenças do Aparelho Digestivo 3.64%
- Doenças das Glândulas Endócrinas, Nutrição, Metabolismo e Transtornos Imunitários 3.40%
- Doenças do Aparelho Gênio-Urinário 1.24%
- Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos 1.15%
- Anomalias Congênitas 1.08%
- Doenças do Sangue e Órgãos Hematopoiéticos 0.36%
- Transtornos Mentais 0.30%
- Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério 0.24%
- Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo 0.13%
- Doenças da Pele e Tecido Celular Subcutâneo 0.08%

Observa-se que entre os seis primeiros grandes grupos de causas estavam as Doenças do Aparelho Circulatório, os Acidentes, Envenenamentos e Violências (Causas Externas) e as Neoplasias, ao lado das Doenças do Aparelho Respiratório, das Doenças Infecciosas e Parasitárias e das Causas Mal Definidas. Grande parte destas últimas corresponde a óbitos acontecidos sem assistência desde menos de 5% até 40 a 50% (18).

Diferenças regionais muito grandes são encontradas para diferentes indicadores de saúde. As taxas de Mortalidade Infantil nas Capitais das Regiões Metropolitanas do Nordeste, por exemplo, são mais de 2 vezes superiores às verificadas nas Capitais das Regiões Metropolitanas do Sudoeste (Tabela 2).

A distribuição dos óbitos pelos diferentes grupos etários é a seguinte: 16.58% são de menores de 1 ano; 3.24% são de menores de 1 a 4 anos; 5.84% ocorrem no grupo de 5 a 19 anos; 18.85% ocorrem no grupo de 20 a 49 anos e 55.95% acontecem no grupo de 50 anos e mais.

O quadro sanitário caracteriza-se, portanto, pela sobreposição das condições epidemiológicas próprias dos países subdesenvolvidos (desnutrição, doenças tropicais, etc.), às condições



TABELA 2 – Taxas de Mortalidade Infantil* (Por 1000 Nascidos Vivos). Capitais das Regiões Metropolitanas. 1980.

CAPITAL	MORTALIDADE INFANTIL (/1000NV)
Belém	75,0
Fortaleza	138,1
Recife	82,7
Salvador	71,1
Belo Horizonte	70,6
Rio de Janeiro	63,7
São Paulo	53,6
Curitiba	65,5
Porto Alegre	46,4

* Taxas estimadas pelo procedimento de Courbage e Fargues recorrendo-se a tábua de vida "modelo Oeste".

peculiaré identificadas com a "modernidade" (doenças cardiovasculares, mortes por causas externas, câncer de pulmão, etc.). Este quadro resalta a necessidade da avaliação tecnológica em serviços de saúde no País, ao contrário de buscar apenas por incrementos na eficiência dos serviços, como nos países ricos, passar a ser um instrumento-chave, ganhando perspectiva ampla, no processo de escolha de tecnologias simples e complexas, que ocorre sempre dentro de uma gama muito extensa de alternativas tecnológicas.

Verifica-se assim que a demanda para os cuidados em saúde mais instrumentalizados crescerá no Brasil como resultado das mudanças demográficas e epidemiológicas, na universalização do acesso estabelecida pela Constituição de 1988 e à medida que as técnicas de tratamento de alta tecnologia tornam-se disponíveis.

A racionalização será necessária, tornando obrigatória a busca de capacitação em avaliação e gestão de tecnologias de alto custo, de desenvolvimento de sistemas de informação para o gerenciamento eficaz e de recursos humanos com formação ajustada aos novos desafios.

Os estudos prospectivos do quadro de saúde brasileiro conduzem à avaliação tecnológica para um plano estratégico central no processo da escolha apropriada, em um espectro muito abrangente de alternativas tecnológicas. A escolha apropriada em saúde é aquela que possibilita o máximo de impacto social e que, mais do que simplesmente lidar com uma tecnologia particular, selecionada com base em critérios racionais, tratará de assegurar para o sistema de saúde, globalmente, a racionalização na incorporação de tecnologias, desde as mais simples até as mais complexas e caras.

A avaliação tecnológica em serviços de saúde constitui, portanto, ferramenta essencial para auxiliar a identificação de prioridades na formulação de uma política tecnológica em saúde voltada

para a auto-suficiência do País nas áreas mais estratégicas como é o caso do sangue, hemoderivados, soros e vacinas, fármacos essenciais, equipamentos e dispositivos.

8. OS NOVOS DESAFIOS INDUSTRIAIS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Qualquer reflexão sobre as opções estratégicas para o desenvolvimento científico e tecnológico no Brasil, deve voltar sua atenção ao novo desafio representado pelo projeto da Reforma Sanitária, destinado à transformação do atual quadro da saúde no país (19).

No plano organizacional a proposta reformista prevê a implantação e a consolidação no país de um "Sistema Único de Saúde", ou "SUS", como é usualmente denominado. O conceito de SUS, fortemente enraizado na visão sistêmica e na idéia de planejamento, compreende um modelo para os serviços de saúde com a formatação de uma rede hierarquizada e regionalizada (tendo o Distrito Sanitário como sua unidade operacional básica), para assegurar o amplo acesso da população às ações e serviços. A oferta universalizada e planejada das atividades específicas destinadas à problemática da saúde, deverá também assegurar as características da "equidade" e da "integralidade".

O Artigo 198 da Constituição de 88 recebeu a seguinte redação:

"As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. participação da comunidade".

O artigo citado inclui parágrafo único que estabelece que o financiamento do sistema único será feito com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O parágrafo 4º do Artigo 199, estabelece que a lei regulamentará a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como as coletas, o processamento e as transfusões do sangue e de seus derivados, vetando a comercialização, de qualquer tipo.

As seguintes atribuições foram definidas para o SUS na Carta de 88 (Art. 200):

I. controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II. executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III. ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV. participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V. incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI. fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle do seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII. participar do controle e fiscalização da produção, do transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII. colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho."

Diversas indústrias respondem, mundialmente, pela fabricação de produtos que constituem "insumos" para as ações e serviços de saúde, destinados quer à assistência ao indivíduo (assistência médica propriamente dita), quer à coletividade (saúde pública ou coletiva).

Medicamentos, vacinas, reativos químicos e biológicos diversos, soros, plasmas e inúmeros dispositivos médico-hospitalares como implantes, material descartável e aparelhos, constituem produtos industriais consumidos nas atividades destinadas à prestação de serviços de saúde.

Outras indústrias, por sua vez, atuam como fornecedoras de matérias-primas, de materiais, de componentes, de serviços, de maquinárias, de equipamentos, de aparelhos e instrumentos necessários à produção e ao desenvolvimento tecnoló-

gico daqueles produtos industriais que constituem insumos para a atividade setorial específica.

Um primeiro ponto se destaca: a lei deverá regulamentar o consumo, dispondo de todos os produtos industriais e substâncias de interesse para a saúde sejam controlados e fiscalizados, devendo, para tanto, no âmbito do SUS, ser registrados, testados e avaliados antes de poderem ser produzidos, importados, comercializados e utilizados. Tarefa de primeira prioridade é, portanto, a revisão da legislação sanitária atual para adequá-la aos novos princípios constitucionais, uniformizando padrões e introduzindo novas técnicas adequadas aos interesses nacionais no setor.

Qualquer abordagem da produção e da disponibilidade de insumos para a atividade setorial específica da saúde, deve partir do diagnóstico da existência ou não de confluências entre a política de saúde, a política industrial e a política científica e tecnológica.

Documento de grupo de trabalho sobre Ciência e Tecnologia em Saúde (20), elaborado em 1987 - antes, portanto, da promulgação da Carta Magna - já apontava para a área de produção de fármacos e medicamentos no país os seguintes "gargalos": presença fraca da empresa nacional, com as empresas estrangeiras predominando largamente e, conseqüentemente, com dependência exagerada de matérias-primas importadas, falta da ligação da produção com as necessidades prioritárias em saúde, reduzida atividade de pesquisa e desenvolvimento no país e baixa disponibilidade de recursos humanos especializados.

Nos setores e atividades industriais químico-farmacêutico e farmacêutico estão inseridas as indústrias que respondem pela fabricação e pela disponibilidade de medicamentos que, por sua vez, constituem os insumos finais do consumo setorial específico. A indústria farmacêutica produz medicamentos finais para consumo na forma de apresentação comercial (ampola, comprimido, drágea, supositório, etc.) de um fármaco (ou mistura de fármacos) que constitui o princípio ativo. A indústria químico-farmacêutica responde pela produção dos insumos farmacêuticos, os fármacos e/ou intermediários de processos específicos de síntese química. No Brasil, as indústrias brasileiras de capital nacional do setor, privadas e públicas, são principalmente indústrias farmacêuticas, produtoras de medicamentos e que apenas formulam, embalam e comercializam o produto final. O SUS deverá conferir prioridade ao desenvolvimento tecnológico dos fármacos essenciais e seus intermediários, destinados ao atendimento da de-

manda de medicamentos, devidamente reorientada pela Política de Assistência Farmacêutica (21).

A disponibilidade de medicamentos, em particular a distribuição de medicamentos essenciais, atende de modo insuficiente à demanda oficial (componente do mercado no qual o Estado é o comprador direto). Entretanto, todo o mercado brasileiro de medicamentos está acentuadamente contido, com um consumo 'per capita', em 1987, de apenas US\$ 11,96, colocando o país em 18 lugar entre os países capitalistas, com 52% da sua população não tendo acesso ao medicamento (22). Trata-se, portanto, de uma situação indicativa da escassa intervenção governamental (23). O documento anteriormente citado, corretamente, indicou a delimitação do tamanho do mercado governamental, a identificação dos pontos de estrangulamento e das fragilidades do setor químico-farmacêutico e a clara definição de prioridades, como os elementos fundamentais para o estabelecimento de uma política de produção industrial, estreitamente articulada a uma Política de Assistência Farmacêutica.

A perspectiva de universalização do acesso às ações e serviços de saúde, incorporará parcela importante da população hoje excluída, impondo a demarcação de estratégias de curto, médio e de longo prazos para atender à expansão do mercado oficial, cuja limitação principal situa-se na estrutura produtiva, com acentuada dependência tecnológica em fármacos essenciais e seus componentes intermediários.

A questão do sangue e hemoderivados ganha no Brasil forte destaque na atualidade, graças à repercussão junto à imprensa e à opinião pública em geral de determinadas doenças transfusionais, especialmente após a eclosão do mais novo flagelo social do país, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, AIDS.

Atualmente, a oferta de sangue e hemoderivados está muito abaixo do limite necessário ao atendimento da demanda que cresce notavelmente, acompanhando a elevação dos atendimentos cirúrgicos a morbidade provocada pelas Causas Externas ou Violências em geral, especialmente tentativas de homicídio e outras agressões, e os acidentes de trânsito, hoje gravíssimos problemas de saúde, ocupantes dos primeiros postos nas estatísticas vitais do país.

A indústria nacional é incipiente e apresenta sérios problemas de controle de qualidade. Tais problemas nem sempre são decorrentes de irregularidades sendo evidências, muitas vezes, do forte

atraso tecnológico existente no setor produtor de insumos médicos na área do sangue.

A Carta Magna de 88 operou a mudança fundamental para permitir a eficaz atuação da vigilância sanitária na área da hemoterapia, ao proibir a comercialização no país do sangue e de seus derivados. A etapa atual de aperfeiçoamento da legislação hemoterápica, estabelecerá a padronização de procedimentos e introduzirá as normas técnicas necessárias para a regulamentação dos processos de coleta, processamentos e transfusão de sangue e hemoderivados.

Aos imunobiológicos (soros, vacinas e reativos biológicos para diagnóstico) corresponde o segmento produtivo no qual o país alcançou longa tradição histórica, tanto em pesquisa, quanto em desenvolvimento tecnológico e produção industrial. Trata-se de uma vantagem significativa para enfrentar os desafios da "corrida internacional" em direção às novas biotecnologias e a recomendação fundamental diz respeito a prioridade à pesquisa naquelas áreas e disciplinas centrais ao seu desenvolvimento (genética, imunologia, biologia celular, microbiologia, etc.).

A produção nacional de equipamentos para a atenção à saúde (instrumental odonto-médico-hospitalar), conforme revelou o já referido documento, tem uma base industrial "quase artesanal", dominando as pequenas empresas com até 10 trabalhadores, existindo 300 empresas desse porte em um total de cerca de 400 empresas que constituem o parque industrial brasileiro. Poucas são as empresas transnacionais instaladas no país e voltadas, na maior parte dos casos, à produção de material de consumo imediato nos procedimentos médicos. Segundo o documento, alguma coisa em termos de Raio X é produzida no país, iniciando-se o domínio técnico-industrial em ultra-sonografia bidimensional, como o ultra-som monodimensional já produzido regularmente, produção em escala de instrumentos eletrográficos (eletrocardiógrafos, eletroencefalógrafos, ecocardiógrafos, bisturis elétricos, etc.), além de insumos médicos descartáveis e alguns materiais para implante.

Trata-se de um parque industrial com potencialidade, mas condicionado, cada vez mais, ao desenvolvimento da produção nacional de componentes micro eletrônicos. A produção nacional de equipamentos médico-odonto-hospitalares jamais mereceu qualquer atenção especial do Estado e só muito recentemente, em nível da Previdência Social, foram tomadas algumas medidas e criados alguns mecanismos de coordenação para regularizar as compras e o consumo desses insumos.

O SUS deverá dimensionar o mercado interno específico, delimitando projeção de crescimento do componente governamental, passo fundamental para utilizar o poder de compra do Estado como alavanca do desenvolvimento tecnológico do parque industrial brasileiro de equipamentos odonto-médico-hospitalares.

De modo geral, as empresas privadas nacionais e os laboratórios oficiais produtores de insumos industriais diversos para o setor saúde padecem de um grande atraso tecnológico e a sua modernização assume importância estratégica para a consolidação das diretrizes gerais do SUS. Para tanto, a articulação do SUS à Política Industrial, surge como ponto para reflexão envolvendo, especialmente, a definição de prioridades aos setores industriais que, direta ou indiretamente, integram a cadeia produtiva dos insumos específicos do setor saúde.

No âmbito do SUS poderão ser estabelecidas normas para concessão de proteção e benefícios temporários para estimular o desenvolvimento da pesquisa tecnológica nas empresas nacionais e que comprovem o exercício, de fato e de direito, do poder decisório para absorver ou desenvolver tecnologias. Poderão ser estimulados mecanismos associativos entre universidade e institutos de pesquisa com a indústria nacional, para assegurar a disponibilidade de insumos essenciais para a expansão do consumo, prevista com a universalização da oferta de ações de serviços de saúde.

O SUS deverá investir, diretamente, na expansão e na modernização do aparelho institucional oficial, responsável pela quase totalidade da pesquisa tecnológica em saúde, com a finalidade de elevar a sua competência tecnológica e gerencial, fomentando e financiando a criação e a manutenção de estruturas cativas de gestão tecnológica, preparando-o para as associações com o segmento privado e para relações comerciais inteligentes, necessárias ao processo de transferência de tecnologia. Visando à geração de novos produtos e processos, o aperfeiçoamento de produtos de consumo tradicional e a redução de custos, deverão ser criados programas associativos contemplando a possibilidade de contratos para a transferência de tecnologia, envolvendo universidade e institutos de pesquisa/empresa privada/governo. Os contratos com empresas multinacionais deverão priorizar aquelas que se dispõem a fazer investimentos diretos no país em planta produtiva, em pesquisas e desenvolvimento, em treinamento de recursos humanos e, principalmente, dispostas a efetivar transferências de

tecnologia. No caso de contratos com empresas privadas nacionais, deverão ser priorizadas as empresas que se ajustem a critérios mínimos como: existência de recursos humanos qualificados, de plano estratégico que compreenda o desenvolvimento tecnológico, história prévia de vínculos com a universidade, controle de qualidade, entre outros.

Com o mesmo objetivo, o SUS deverá estabelecer normas para colir o abuso do poder econômico que visar o monopólio do mercado institucional de insumos, através de medidas de estímulo à concorrência e de controle do aumento arbitrário dos preços, dando preferência nas suas compras às empresas nacionais que, comprovadamente, invistam em pesquisa, geração/absorção de tecnologia e em controle de qualidade.

No Brasil, praticamente a totalidade do investimento em pesquisa e em desenvolvimento tecnológico é feita pelo Estado. No âmbito do SUS medidas orientadoras e de estímulo à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia poderão alcançar resultados estratégicos.

O SUS deverá possibilitar e estimular a celebração de convênios e contratos destinados ao credenciamento de laboratórios de universidades, de institutos de pesquisa e de indústrias, integrando-os em uma rede, necessária ao incremento da prática do controle de qualidade no setor saúde.

Irregularidades metrológicas ou em qualidade nem sempre decorrem de fraudes, indicando às vezes a necessidade de melhor desempenho industrial e tecnológico das empresas. Basta recordar como a intensificação da política de controle de qualidade para imunobiológicos, a partir de 1981, com a criação do Instituto Nacional de Controle e Qualidade em Saúde (INCCQs), forçou os laboratórios produtores nacionais a investir em desenvolvimento tecnológico. A área da qualidade, normalização e metrologia é central na problemática do atraso tecnológico que perpassa a indústria nacional e representa um sério desafio no processo de gestão tecnológica do SUS (24).

Deverão ser estabelecidos mecanismos e estruturas de coordenação nas esferas federal, estadual e municipal, de responsabilidade plena sob o processo de compras que incluirá, necessariamente, critérios de qualidade.

A Política de Equipamentos a ser definida pelo SUS, deverá contemplar a criação de estruturas nas esferas federal, estadual e municipal, destinadas especificamente aos processos de compra, doação, instalação, utilização, manutenção, reforma/recuperação e desativação eventual de

equipamentos médico-odonto-hospitalares; da mesma forma, tais estruturas deverão operar conforme critérios e exigências que visem favorecer à transferência de tecnologia, o controle de qualidade e o controle de preços.

A idéia do "controle de qualidade", entretanto, deverá corresponder a uma nova atitude, a ser adotada não apenas pela indústria, mas pela totalidade do SUS.

Finalizando, é importante ressaltar que a política de saúde do Brasil para a última década do Século XX encontra a sua diretriz maior, formulada na Carta Magna promulgada em 5 de outubro de 1988:

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". (Art. 196, Seção II, Da Saúde, Capítulo II, da Seguridade Social, Título VIII, Da Ordem Social)

Possas (25) caracterizou com precisão o principal desafio a ser ultrapassado, no plano conceitual, em direção à superação da crise - da saúde e da medicina - brasileira e que consiste em "incorporar de forma criativa os avanços do desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, adequando-os à nossa heterogeneidade", o que implica em estabelecer "interfaces" entre o SUS e o conjunto das políticas públicas de corte social no País; as Universidades e Institutos de Pesquisa e o Setor Produtivo Nacional, "... estimulando o fluxo necessário entre as atividades de pesquisa, desenvolvimento tecnológico, produção industrial e a rede de serviços".

As estratégias para o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde não deverão ser consideradas apenas setorialmente e no âmbito da esfera governamental, isto é, nos limites do componentes governamental do setor saúde. As atividades de ciência e tecnologia realizadas setorialmente não são determinadas apenas pela política de saúde, encontrando como condicionantes externos de importância decisiva, a ação em ciência e tecnologia que é desenvolvida (e a que deixa de ser) pelo setor privado (industrial e de serviços), em função das estratégias das empresas. O outro condicionante de grande relevância é o grau de articulação existente entre as políticas públicas.

Diante desses poderosos condicionantes externos, uma política de ciência e tecnologia, além de considerar a questão do financiamento e do investimento necessário para a recuperação/expansão da atual capacidade instalada existente e para a

formação de recursos humanos qualificados, deverá considerar as medidas e iniciativas destinadas à aproximação eficaz da capacidade instalada em ciência e tecnologia à indústria de insumos em saúde e aos serviços de saúde. Portanto, deverá considerar as relações entre interesses públicos e privados como determinantes centrais nas estratégias setoriais de desenvolvimento científico e tecnológico.

A crescente privatização da pesquisa e desenvolvimento (P&D) e a progressiva aproximação da ciência ao mundo dos negócios nos países industrializados avançados, torna imensas as já grandes carências e dificuldades existentes para administrar com auto-suficiência a transferência para a sociedade dos resultados da ciência e tecnologia, desenvolvidas no País ou no exterior, na busca de benefícios sociais concretos.

Sendo a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) um mandato constitucional, sua missão prevê a ação governamental (pública) nos seguintes pontos: o processo saúde/doença; a estrutura e o financiamento do modelo político de organização dos cuidados em saúde (em especial na regulação das relações público/privado); o trabalho em saúde (a estrutura, a dinâmica e as relações estabelecidas pela força de trabalho em saúde); os insumos estratégicos e essenciais em saúde.

As atividades de desenvolvimento científico e tecnológico setoriais deverão estar, portanto, compreendidas em todos os níveis da ação governamental com vistas à diminuição dos riscos da doença e outros agravos à saúde da população brasileira; à geração criativa de modelos de assistência integral à saúde, eficazes, eficientes, efetivos e flexíveis, ao comportarem a incorporação dos recursos tecnológicos, em especial, as novas tecnologias da informação e da comunicação; ao desenvolvimento planejado da organização do trabalho em saúde que contemple os aspectos dos impactos da incorporação de tecnologias nos riscos para a saúde e nas transformações quantitativas (geração de postos de trabalho) e qualitativas (especialização, exigências de qualificação, etc.) do mercado de trabalho em saúde.

NOTAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Este item e o seguinte compreendem partes do texto da autora "Ciência, Tecnologia e Saúde". Rev. de Administração da FEA/USP, vol. 25(1):92-107, janeiro/março, 1990; também Série Política de Saúde nº 8, Rio de Janeiro, FIOCRUZ/NEP, 1989.
2. Carlos Estevam Martins - Difícil por um lado, desejável por outro. Ver Folha de São Paulo, 17 de setembro de 1988.
3. Ver exposição no Seminário "Qual Política Tecnológica para que Política de Saúde" A noção de "paradigma tecnológico" é inspirada na noção de "paradigma científico" de T. Kuhn. Série Política de Saúde nº 2, Rio de Janeiro, FIOCRUZ/NEP, 1987.

4. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988. Título VIII, Capítulo II, Da Seguridade Social, Seção II, da Saúde, Artigos 196 a 200.
5. Comissão Nacional da Reforma Sanitária, Documento III, maio de 1987.
6. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Título VII, Das Ordens Econômica e Financeira, Capítulo I, Artigos 170 e 171.
7. _____, Título VIII da Ordem Social, Capítulo IV, Da Ciência e Tecnologia, Artigos 218 e 219 e Capítulo VI, do Meio Ambiente, Artigo 225.
8. _____, Capítulo III "Da Educação, da Cultura e do Desporto, Artigos 205 e 214.
9. Marques, M.B. - Limites ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde no Brasil. Série Política de Saúde nº 9, Rio de Janeiro, FIOCRUZ/NECT, 1989. 27p.
10. Office of Technology Assessment, Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies, Publicação nº OTA-H-75, Washington, D.C. U.S. Government Printing Office, 1978.
11. Organização Panamericana da Saúde - Programa de Tecnologia em Saúde, Doc. Técnico nº PSNP/84/36, junho, 1984.
12. Proposta de Trabalho do Encontro de Cooperação Técnica entre Países Latino-Americanos e do Caribe para o Desenvolvimento Tecnológico em Saúde. OPAS/OMS-PNDU-SELA, Santiago, Chile, março/abril de 1991.
13. Reiman, A. - Confronting the Crisis in Health Care, Technology Review, p. 30-38, July, 1989.
14. Fitzgerald, K. - Technology in Medicine: too much too soon? IEEE Spectrum, p. 24-29, december, 1989.
15. Cordeniro, H. - Remédio para a Saúde. Ver o Jornal do Brasil de 18 de junho de 1990.
16. Banta, H.D. Aplicaciones de la Tecnología Moderna. Problemas y Perspectivas em los Países Industrializados y en Vías de Desarrollo. Bol. Of. Sanit. Panam. 96(6):471-485, 1984.
17. Banta, H.D.; Andreassen, P. B. - The Political Dimension in Health Care Technology Assessment Programs. Intel. J. of Technology Assessment in Health Care, 6:115-123, 1990.
18. Laurenti, R. - Situação Sanitária do Brasil. In: Gonçalves, E. L. (coord.) Administração de Saúde no Brasil, São Paulo, Livraria Pioneira Editora, p. 74-101, 1982.
19. Para uma análise abrangente da Reforma Sanitária brasileira ver a série de documentos (Documentos I, II e III), editados em 1987, pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária; ver também o importante Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em março de 1986.
20. Ver documento III da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.
21. Idem
22. Ver o "Estudo Preliminar sobre a Situação da Química Fina no Brasil", preparado por R. T. Magalhães para o Grupo de Estudos Técnicos do Ministério das Relações Exteriores, abril de 1989.
23. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, o RENAME, constitui o principal instrumento disciplinador do mercado oficial: a Central de Medicamentos (CEME) responde pela sua atualização.
24. FIOCRUZ/NEP - Seminário "A Qualidade dos Produtos em Saúde". Série Política de Saúde NR. 4, 1987.
25. Passas, C. de A. - Saúde e Trabalho. A Crise da Previdência Social. Prefácio da 2ª ed., São Paulo, Editora Huiltec, 1989, p. VIII.

Comissão Nacional de Seguridade da CUT

A Comissão Nacional de Seguridade Social da CUT elaborou, a partir da análise dos dados e da situação, 13 pontos em defesa da previdência social, que irão nortear Central neste processo.

A Seguridade Social faz parte de um conjunto de políticas sociais, que se constituem como direito fundamental do cidadão e dever do Estado, destinadas à projeção do trabalho e do cidadão. Vem sofrendo um sistemático processo de desmoroamento de sua estrutura de atendimento, a serviço de uma estratégia de privatização, que reforça a tese de inviabilidade do modelo público.

A partir das entranhas do próprio Executivo federal desencadeou-se um processo de desumanização gradual que choca a sociedade.

A luta dos aposentados pela garantia de um direito assegurado, explicitou de maneira clara a questão e colocou na ordem do dia a tomada de posições para a reversão do quadro.

A PREVIDÊNCIA É VIÁVEL

No curso de sua história, a Previdência Social não só tem se mostrado viável como, se bem administrada, pode prestar um serviço de boa qualidade.

Historicamente, tem funcionado com cerca de um terço de sua arrecadação. Um levantamento, sumário, permite visualizar a evasão de recursos:

a) 40% em média da arrecadação das empresas é sonegado;

b) O Governo Federal, apenas no período de 1986 à 1991, deve à Previdência Social a escandalosa cifra de 15 trilhões de cruzeiros;

c) Apenas 35% dos trabalhadores do país tem carteira assinada. Com isso, cerca de 40 milhões deixam de contribuir o mesmo com a respectiva contribuição da empresa;

d) Do orçamento da Seguridade Social para o ano de 1992, são desviados 15% dos recursos para atividades estranhas ao conceito de Seguridade Social;

e) Além da dívida histórica da União, há a dos Estados e Municípios, recentemente negociada para 20 anos, e não há segurança de que será exigida a arrecadação daqui para frente;

f) Perda fabulosa de recursos através de fraudes e corrupção.

AS PROPOSTAS DA CUT

A solução dos problemas da Previdência, exige a tomada de decisões sobre algumas questões de ordem imediata e uma reestruturação de fôlego. Para uma reestruturação de maior profundidade é absolutamente necessário um amplo debate com a sociedade, dado inclusive a importância social do sistema de seguridade social, e à profunda implicação na vida de milhões e milhões de pessoas.

Fica claro, entretanto que a Previdência tem graves problemas no que diz respeito à gestão e administração dos recursos que exigem soluções de curto prazo.

A incapacidade do Executivo federal está amplamente demonstrada, a ponto de não ser capaz de dispor e apresentar números minimamente confiáveis para a sociedade.

O conjunto de propostas consolidadas nos 13 pontos, tem por objetivo atacar de imediato o nó em que se constitui a gestão dos recursos, bem como alguns pontos igualmente de ordem imediata.

A CUT continua aprofundando sua elaboração sobre a seguridade social. Está empenhada em desenvolvê-la, debatendo com a sociedade, e aliada àqueles que estão comprometidos com a democracia, com a luta pela cidadania e a melhoria das condições de vida do povo brasileiro.

OS 13 PONTOS EM DEFESA DA PREVIDÊNCIA

1- Gestão pública da Previdência

A má atuação do governo à frente do sistema previdenciário, tem se constituído num dos mais fortes argumentos daqueles que propõem a privatização da Seguridade. A administração da Previdência, apesar de estatal, tem suas decisões privatizadas por grupos de eventuais detentores do aparelho de Estado. Hoje, processa-se, a partir das próprias entranhas do Estado, a desumanização sistemática das políticas sociais do país e, com ela,

toda sorte de desmandos, manipulação de dados, uso indevido de verbas, fraudes e corrupção.

De fato, apesar da Previdência ser financiada por trabalhadores, empregadores e governo, na prática apenas este participa de seu gerenciamento. A sociedade civil, usuária deste sistema, assume hoje apenas papel consultivo, de supervisão dentro dos Conselhos de Seguridade e Previdência, cuja composição desfavorável aos trabalhadores, impossibilita o controle efetivo por parte dos usuários.

A democratização e controle da gestão previdenciária só poderá ser efetuada através de uma reformulação radical em seu gerenciamento, que afaste o espectro privatizador e redefina as bases de atuação governamental.

A Previdência deverá se constituir em Instituição autônoma em relação ao Executivo federal, com sua direção constituída pelos que financiam e usufruem o sistema da seguridade: trabalhadores da ativa e inativos, empregadores e governo, em gestão quadripartite. Esta entidade, autônoma, pública, deve ser subordinada aos princípios e lei da Seguridade Social.

2- Auditoria pela sociedade

O descalabro administrativo da Previdência, o conflito de dados dentro do próprio governo, as discordâncias entre o Executivo e o TCU, as conclusões da CPI da Previdência indicam a necessidade de uma profunda auditoria. O próprio governo admite esta necessidade.

Há entretanto um cuidado a se tomar. O governo está desqualificado para proceder a esta auditoria, e a sociedade clama pela apresentação clara e inquestionável da real situação da Previdência. É óbvio que por ser objeto da investigação, esta auditoria não poder ser realizada a partir do próprio governo. Neste sentido propomos:

a) Acesso à sociedade, de todo e qualquer dado sobre a Previdência, garantido por lei.

b) Constituição de uma Comissão Nacional de Auditoria da Previdência - constituída por entidades representativas dos trabalhadores em atividade, dos aposentados, dos empregadores, da sociedade (ABI, OAB, CNBB), e Comissão de Seguridade Social do Congresso Nacional.

3- Modernização da gestão

A manutenção de métodos arcaicos de gestão, desde registros inexistentes ou conflitantes, até a questão da inexistente informatização, só tem servido à deterioração e perda de confiança nos serviços, favorecendo a tese da privatização da Previdência. Urge tomada de posições nesta questão para a qual propomos:

a) Informatização - Desde a arrecadação, até o atendimento de benefícios.

b) Fundo de modernização - Constituídos pelos recolhimentos, a título de multas e correção monetária das infrações, sobre qualquer fonte de custeio da Seguridade, até mesmo as arrecadadas pela Receita Federal. Como também de recursos destinados especificamente à modernização.

c) Cartão da Seguridade Social - Número único a substituir os registros atuais de carteira profissional; PIS, FGTS, construído em conjunto com o Cadastro Nacional dos Trabalhadores, acompanhando todo o registro da vida laborativa do trabalhador. Simplifica o registro, permite constituir uma conta corrente das contribuições previdenciárias, facilitando o acesso à fiscalização do trabalhador e de seu coletivo representativo, e automatiza o processo de concessão de benefícios a qualquer tempo. É instrumento de combate à fraude e sonegação.

d) Modernização dos métodos gerenciais.

4- Ampliação e melhoria dos serviços

É fonte de sofrimento do trabalhador, o estágio atual em que se encontra a Previdência, com a carência de postos de atendimento e má qualidade dos serviços prestados. Propomos:

a) Profissionalização - Instituição de Plano de Carreira que garanta ao profissional, motivação e procura ativa por seu aperfeiçoamento.

b) Ampliação e criação de novos postos - Isto é possível através de retorno de milhares de funcionários, em disponibilidade remunerada, em uma situação de perversa ociosidade.

c) Programa de treinamento e aperfeiçoamento.

5- Recursos da seguridade para a seguridade

a) Precisar o conceito da Seguridade Social - A partir da constituição do orçamento da Seguridade, é necessário designar com clareza quais ações e órgãos executores incluem-se no conceito da Seguridade, restringindo o uso de verbas a essas ações e setores. Hoje artifícios diversos fazem com que a verba da Seguridade se espalhe para vários órgãos (Ministério do Exército, Justiça, etc.) e várias ações (educação, saneamento, etc.) que não compõem efetivamente a área da Seguridade.

b) Corrigir distorções nos gastos - Atualmente, a verba da seguridade é usada para pagamento de servidores públicos e de encargos previdenciários da União, que deveriam ser pagos com recursos do Tesouro Nacional. A lei previdenciária permite à Receita Federal (que cuida do orçamento fiscal) a apropriação de verbas destinadas ao sistema, sem que se verifique o repasse devido à Seguridade.

Além disso, a lei permite o rolamento e cancelamento de dívidas de empresários e administrações públicas devedoras do sistema.

A revogação dos Artigos 17, 18 e 100 da Lei Orgânica da Seguridade Social permite a correção dessas grosseiras distorções.

c) Centralização da Arrecadação - Recolhimento direto de todas as fontes de custeio da Seguridade aí incluindo a contribuição sobre o faturamento e lucro.

d) Fundo de aplicação da Seguridade - O Fundo deverá estar dirigido a aplicações em programas sociais. A remuneração garantirá aporte de novos recursos e funcionará como reserva patrimonial.

A aplicação em programas sociais tem por objetivo impedir a apropriação privada, concentradora de renda, sendo simultaneamente instrumento de distribuição de renda. Como exemplo: moradia popular, que para aquisição ou aluguel, infra-estrutura social.

6- Execução das dívidas públicas e privadas

A União, os Estados, os Municípios são contumazes sonegadores de contribuições previdenciárias, assim como formidável contingente de empregadores privados, penalizando o trabalhador e o contribuinte que não sonega.

Recentemente o INSS apresentou ao Congresso listagem de milhares de sonegadores identificados (com certeza aquém da realidade) que exige uma tomada de posição urgente.

a) Revisão dos escalonamento permitido aos Estados e Municípios da dívida com a Seguridade Social.

b) Garantia de que os repasses de verbas aos Estados e Municípios por parte da União seja contingenciado à comprovação da regularidade do pagamento das contribuições devidas, daqui para frente.

c) Execução das dívidas do setor privado com a participação ativa dos Conselhos. Há que se observar que o poder atribuído ao dirigente do INSS no que toca à negociação é exorbitante e fonte de clientelismo e corrupção.

7- Fiscalização pela sociedade

O sistema de fiscalização atualmente em vigor é absolutamente ineficiente. Seja pelo número exíguo de fiscais (2550 na ponta) contra cerca de 3 milhões e meio de empresas, como pelo próprio método empregado que tem sido fonte de distorções em alguns casos de clientelismo, fraudes e corrupção.

A essência da nossa proposta pretende garantir o incremento da fiscalização, dotando os sindicatos

de poderes para o exercício da fiscalização, garantido por lei.

a) Acesso pleno aos dados das empresas das contribuições devidas à seguridade social.

b) Direito à notificar administrativamente o órgão previdenciário na ocorrência de irregularidades.

c) Direito à ajuizar judicialmente a irregularidade à medida que o órgão não responder em tempo hábil à notificação administrativa.

Observação: continuará cabendo à fiscalização previdenciária a autuação da irregularidade.

8 - Aplicação imediata dos benefícios

Apesar de garantidas por Lei, especialmente os trabalhadores rurais têm tido seus benefícios usurpados.

Os órgãos do INSS e os Correios não tem encaminhado solicitações de aposentadoria, bem como os direitos adquiridos pela trabalhadora rural. As "autoridades superiores" alegam falta de regulamentação. A situação exige hoje um amplo levantamento do que não está sendo aplicado apesar de previsto em lei.

9 - Aposentadoria por tempo de serviço

Justifica-se a inclusão deste ponto porque, apesar de ser um direito constitucional, está sofrendo ataques desde o chamado "emendão", agora reiteradas pelo atual ministro da Previdência no sentido de manter apenas o direito à aposentadoria por idade. Chamamos a atenção para alguns argumentos que justificam a defesa da aposentadoria por tempo de serviço.

a) É um direito constitucional.

b) O principal argumento pela aposentadoria por idade é o da inviabilidade do sistema atual. Tal fato não está demonstrado.

c) Uma fração pequena dos trabalhadores brasileiros atingem a idade proposta.

d) O argumento de que se apresenta "cedo" é falso. Na verdade por profundas distorções de modelo econômico-social brasileiro é o jovem da classe trabalhadora obrigado a começar a trabalhar precocemente.

e) As condições de vida e trabalho brasileiras deterioraram precocemente o trabalhador.

f) Os ritmos de trabalho hoje impostos impedem que um trabalhador na faixa de idade proposta pela aposentadoria por idade acompanhe, conseqüentemente ocasionando seu emprego.

g) A ausência de estabilidade de emprego associada a um mercado de trabalho extremamente restritivo, excludente a partir dos 35 anos, criou uma enorme legião de desassistidos.

10 - Não à privatização do seguro acidente no trabalho. Poder de fiscalização sindical.

A experiência do passado dos seguros privados do acidente do trabalho não foi capaz de cumprir esta tarefa e acabou por criar uma fantástica legião de vítimas da previdência privada, que abarrotou de processos a justiça, na busca da garantia de execução de direitos mínimos sonegados.

É perfeitamente viável a realização do Seguro de Acidentes no Trabalho, no quadro da Previdência Pública. Para isso são necessárias duas medidas estruturais básicas:

1) A constituição de um fundo, administrativo e contabilmente estanque, separado dos demais benefícios;

2) A tarifação individual por empresa (e não por ramo de atividade), que repasse inteiramente aos empregadores os custos do seguro (indenização, administração), conforme a ocorrência de doenças e acidentes de trabalho.

É necessário também incorporar a cobertura do Seguro de Acidentes de Trabalho as despesas com tratamento médico-hospitalar, cirurgias estéticas, reabilitação, etc:

A fantástica estatística, apesar de subnotificada, que nos coloca como campeões mundiais em acidentes do trabalho exige medidas de outra natureza que interferem realmente no sistema produtivo e no ambiente de trabalho. Exige dotar-se o sindicato de poder real de fiscalização e interferência.

a) Direito de promover vistorias a qualquer momento.

b) Prerrogativas às CIPA's e sindicato de interromper a produção em situações de risco.

c) Notificação judicial como prerrogativa sindical.

d) Responsabilização penal do empregador por omissão ou ação.

e) Vigilância Sanitária do local de trabalho dentro do SUS, e integração aos programas de Saúde do Trabalhador.

f) Cursos regulares de prevenção do acidente de trabalho.

11 - Reajuste mensal de acordo com a inflação

Os altos índices de inflação têm se constituído em fator de aprofundamentos da miséria dos trabalhadores brasileiros, e em particular dos beneficiários do sistema previdenciário. A atual correção dos benefícios pelo INPC, no momento em que é decretado o aumento de salário-mínimo cria um problema acessório. A medida em que não se tem uma política definida de reajuste do mínimo, o hiato aprofunda-se.

A medida proposta de reajuste mensal de acordo com a inflação está condicionada, obviamente, à conquista de tal reajuste para o conjunto da classe trabalhadora, uma das bandeiras de luta fundamentais da CUT.

12 - 147,06%: arrecadou, pagou!

A justeza desta proposta está amplamente demonstrada na sociedade pelo movimento em curso dos aposentados. Criou inclusive divergências profundas entre o poder Judiciário e o Executivo, e a manobra do Executivo de aumento das contribuições foi fragorosamente derrotada no Congresso Nacional.

Há que se levar em conta, adicionalmente, que as contribuições foram acrescidas automaticamente à medida que incidiram sobre os reajustes salariais.

13 - Revogação do Decreto 430

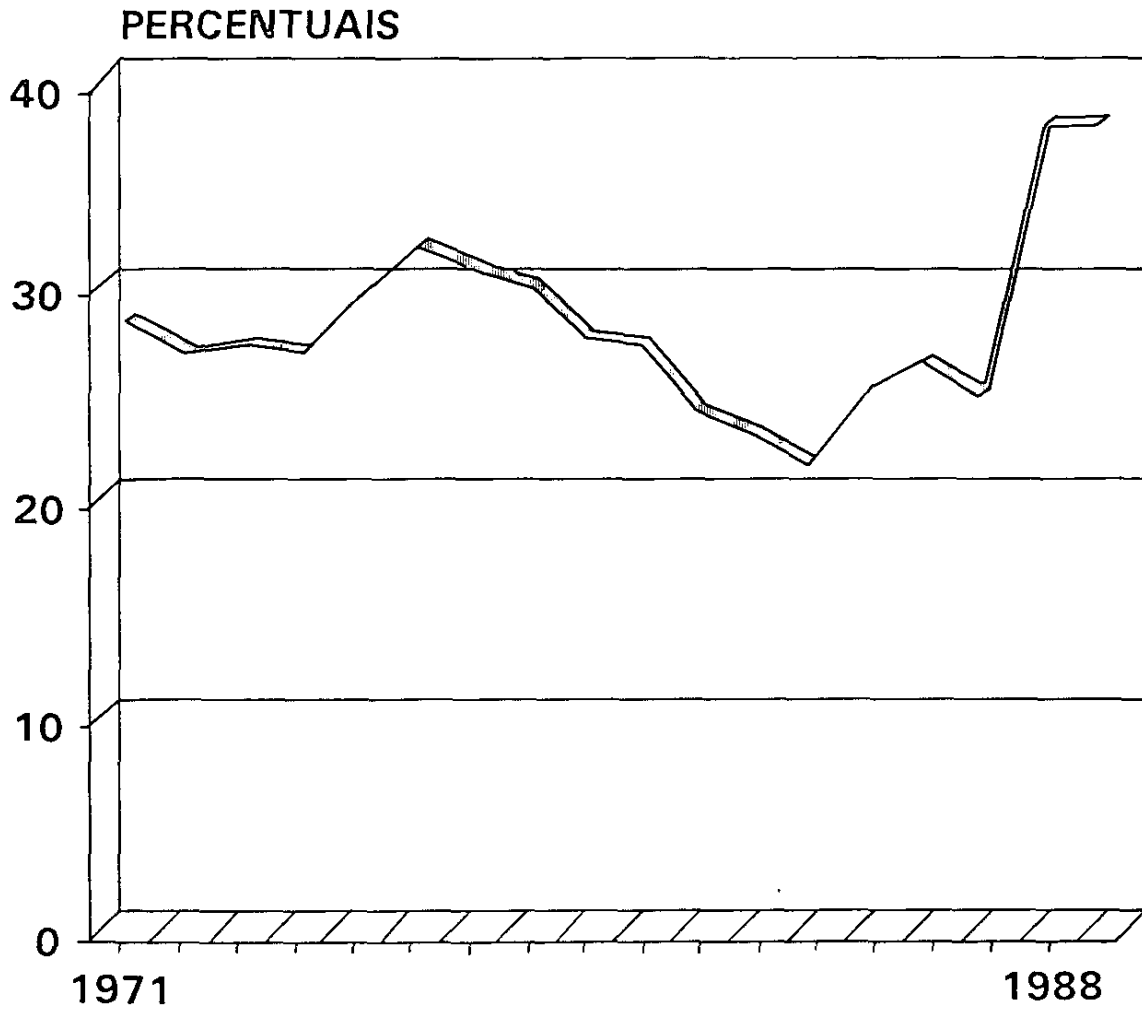
Armado com este decreto o Executivo protela o pagamento dos 147,06% devidos para 1993 e condicionar a existir recurso orçamentário prévio. Parte de uma argumentação absolutamente inaceitável quando exclui do campo das dívidas alimentícias os benefícios, aposentadorias e pensões.

Secretaria Nacional de Políticas Sociais

Comissão Nacional de Seguridade Social

gráfico 1

Despesa do INAMPS/SINPAS



ANOS DE REFERÊNCIA

□ GASTOS INAMPS/SINPAS

1971 - 1988

NOVO CÓDIGO DE PROPRIEDADE INDUSTRIAL - LEI DAS PATENTES, UMA AGRESSÃO À VIDA, AO CONHECIMENTO E À SOBERANIA NACIONAL

Jussara Cony

O envio ao Congresso Nacional do P.L. 824/91, pelo Presidente da República, em regime de urgência, deve ser entendido em sua relação com a pretendida mudança de legislação internacional e das diversas leis nacionais que regem os direitos de monopólios, para atender aos interesses e necessidades de uma nova ordem internacional onde se agravam a crise e as condições interimperialistas.

Essas pretendidas mudanças de legislação, no Brasil e em outros países, se inserem numa nova ordem de reorganização capitalista expressa, em nossa nação, no projeto neoliberal do governo Collor de Mello, através da "reinserção" do Brasil no mercado financeiro internacional.

Trazer essa questão à discussão na 9ª Conferência Nacional de Saúde da oportunidade que parcela significativa da sociedade tome plena consciência do que se passa no país, onde a "crise moral e ética" é apenas um aspecto de uma crise mais profunda da qual o governo Collor é causa e consequência. Causa porque persegue o infeliz objetivo de inserir o Brasil - de forma submissa - nessa nova ordem, o que só faz agravar os problemas estruturais de nosso país, na medida que seu projeto é a expressão de uma "modernidade" conservadora, efetuada pelas elites nacionais associadas ao grande capital estrangeiro; e tem, como principal consequência, o aprofundamento da polarização entre dois Brasis: o Brasil dos carros importados, das mansões, do PC, das famílias Malta e Collor, da corrupção e o Brasil da cólera, da fome, da miséria, da desnutrição, do extermínio de meninos e meninas de rua, da esterilização das mulheres.

O Projeto de Lei 824/91 é uma confissão explícita de submissão ao imperialismo e da falta de compromisso do governo com os reais interesses do país. Portanto, a principal questão que se coloca na análise desse Projeto é identificar a que interesses o governo Collor pretende atender.

Para isso, é importante conhecer alguns aspectos em relação ao assunto PATENTES/CÓDIGO DE PROPRIEDADE INDUSTRIAL e o significado desse Projeto para a nação brasileira.

1. Historicamente, a questão das patentes teve sua origem em 1883, com a assinatura da Convenção de Paris, onde o Brasil foi o signatário, estabelecendo que cada país poderá optar pela extensão ou exclusão do direito de patente a determinados segmentos industriais. Um exemplo importante é o da Indústria Farmacêutica dos países desenvolvidos que avançou consideravelmente ao não reconhecer patentes e levar a efeito programas de capacitação interna. Destaque são os Estados Unidos que, baseados em conhecimentos alemães na época da 1ª Guerra Mundial, desenvolveram sua indústria farmacêutica. O Japão, ao passar a reconhecer patentes de produtos farmacêuticos em 1976, caracterizou-se por ser o 2º produtor mundial. A Itália, até 1978, era caracterizada como o maior mercado livre de patentes do mundo, suprimindo com muitos produtos a América Latina. Por não reconhecer patentes, o parque industrial italiano teve considerável crescimento no período do pós-guerra, recebendo inclusive altos investimentos externos.

Observa-se, portanto, que nenhum país é obrigado a possuir um Código de Propriedade Industrial e, se o tem, é necessário e justo que vise ao seu desenvolvimento independente e soberano.

O que não acontece com o P.L. 824/91 que, na verdade, se constitui numa vergonhosa capitulação do governo brasileiro às pressões e interesses dos monopólios estrangeiros, ao estabelecer uma reserva de mercado para as multinacionais e ao desestimular o processo de industrialização nacional, privando o país da possibilidade de desenvolver sua própria indústria em áreas estratégicas.

2. Se nos determos na análise levando em consideração a Biodiversidade que, recentemente, na ECO-92 foi o caso exemplar para demonstrar os

interesses dos monopólios estrangeiros, principalmente o norte-americano, quando Bush anunciou que não assinaria o Tratado sobre a questão, podemos detectar a que ponto chega o compromisso do governo brasileiro com aqueles interesses.

A Biodiversidade é vital para a humanidade! E os países do 3º mundo são, na realidade, 1º mundo em recursos naturais: matérias-primas baratas, acessíveis e comercialmente descontroladas para as poderosas Indústrias química, biogenética e farmacêutica do 1º mundo. Só a Indústria farmacêutica fatura, com nossos recursos naturais, processados com tecnologia do 1º mundo, 200 bilhões de dólares ao ano. O Brasil paga 2,5 bilhões de dólares/ano à multinacional Squibb por remédios contra a hipertensão arterial sintetizados de veneno de Jacarés de nossa fauna. A questão central é que os países do 3º mundo têm biodiversidade natural e querem protegê-la como recurso econômico sujeito as suas soberanias nacionais; e os países do 1º mundo têm biodiversidade tecnológica mais através de patentes, se atribuem os direitos de produção intelectual e cobram royalties sobre os produtos obtidos a partir de nossas riquezas naturais. Ou seja: LIBERALISMO para a biodiversidade natural dos pobres e PROTECIONISMO para a biodiversidade tecnológica dos ricos!

3. Em absoluto desacordo com o alegado pelas empresas multinacionais, o reconhecimento de patentes não incentiva o investimento em pesquisa nas subsidiárias localizadas nos países em desenvolvimento, não interfere nas decisões empresariais sobre investimentos, representa monopólios e favorece a formação de trustes, beneficia as empresas que controlam o mercado de tecnologia e provoca, em função do monopólio, preços maiores, riscos no abastecimento, criação de mercados cativos e maior remessa de divisas.

A produção de medicamentos não levará em consideração as necessidades nacionais, mas sim o interesse industrial e comercial e, ao estender para a área de engenharia genética o reconhecimento de patentes, é liquidada a possibilidade do país se desenvolver nessa nova área do conhecimento, além de trazer o encarecimento do preço dos alimentos, dado que os agricultores não mais poderão produzir as sementes, sendo obrigados a pagar royalties pelo uso de sementes melhoradas.

São questões que dizem respeito a necessidades básicas: comida, remédio e VIDA!

Sem dúvida, os interesses estão claros! E o preço a pagar é muito alto!

Em resumo, o P.L. 824/91, se aprovado, introduz:

- a concessão de patentes (monopólio) para alimentos, medicamentos, produtos químicos e biológicos;

- o aumento do prazo do monopólio;

- a eliminação da obrigatoriedade de explorar industrialmente no Brasil o objeto da patente;

- a proteção maior aos segredos industriais e comerciais, impedindo a divulgação do conhecimento;

- a retroatividade dos efeitos da lei.

Com conseqüências graves e inevitáveis:

- desindustrialização;

- desemprego;

- aumento no preço dos medicamentos e alimentos;

- desestímulo à implantação de um parque industrial nacional produtor de fármacos, de matérias-primas químico-farmacêuticas e de alimentos;

- desestímulo a investimentos em pesquisa, ciência, tecnologia e desenvolvimento;

- riscos no abastecimento interno;

- interferência na autonomia de importação e exportação de alimentos, medicamentos e matérias-primas;

- reserva de mercado para exploração das multinacionais;

- alienação de nosso patrimônio genético para empresas estrangeiras;

- impedimento ao desenvolvimento econômico, científico e tecnológico de forma soberana e independente.

Em suma, o P.L. 824/91 fere a soberania de uma nação em seus direitos fundamentais, garantidos na própria Constituição, direitos que não podem estar subordinados a uma legislação imposta pelos interesses de países que pretendem deter o monopólio da vida, do conhecimento e do saber de um povo!

Com a convicção de que será na busca de alternativas que, sem nos isolar a nível internacional, nos permitam um desenvolvimento econômico e social independente, e que o caminho para esse desenvolvimento, não passa por uma legislação submissa aos interesses externos, é que os signatários deste, Delegados à 9ª Conferência Nacional de Saúde, Entidades, Personalidades, comunidade universitária, científica e política, firmam sua posição CONTRA A APROVAÇÃO DO P.L. 824/91 - NOVO CÓDIGO DE PROPRIEDADE INDUSTRIAL e conclamam à responsabilidade o Congresso Nacional em relação ao DIREITO À VIDA, AO CONHECIMENTO E À SOBERANIA DO POVO E DA NAÇÃO BRASILEIRA.

PROBLEMAS ATUAIS E PROPOSTAS PARA A REVISÃO DA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL (*)

MOZART DE OLIVEIRA JÚNIOR

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta uma série de obstáculos importantes: as resistências políticas à unificação e universalização do Sistema; a ausência de um tratamento adequado à política de administração e formação de recursos humanos; a lentidão na readequação do modelo assistencial; e, dentre estes, um que está inviabilizando o SUS; a política de financiamento do Sistema.

A Constituição Federal de 1988 consagrou o princípio da descentralização, da democratização, da universalidade e da equidade na atenção à Saúde, ficando esta sob a responsabilidade do setor público. Todavia, não definiu que recursos adicionais seriam alocados na área de Saúde para fazer frente a estes novos e pesados encargos.

O resultado é o que vivemos hoje: um Sistema de Saúde dual, com mais de trinta milhões de usuários, que podem pagar direta ou indiretamente pela atenção à Saúde, fora do que seria um Sistema Único de Saúde; e mais de cem milhões de pessoas recebendo uma atenção à saúde bastante precária, permitindo o retorno de problemas básicos de Saúde pública que já poderiam estar superados: cólera, dengue, leishmaniose, hanseníase, etc.

Os problemas sanitários existentes necessitam ser enfrentados com poucos e mal administrados recursos. Compreender esta política de financiamento, saber a origem e destino destes recursos, as conseqüências da reforma fiscal para a área de Saúde e subsidiar a elaboração de propostas para a IX Conferência Nacional de Saúde, são os objetivos prioritários deste texto.

A persistir a atual política de financiamento do SUS, a universalização do acesso e a equidade na atenção podem ser descartadas. De qualquer modo, pensar em uma revisão desta política passa necessariamente pela definição clara de alguns pontos: qual deve ser o papel do estado; quais suas prioridades e quem as define; e, como conse-

qüência, para onde serão alocados os recursos disponíveis.

A área social (e dentro desta a Saúde), é efetivamente uma prioridade? Em caso afirmativo, os recursos do orçamento fiscal da União, somados aos dos estados e dos municípios, devem financiar parte importante dos gastos da Seguridade Social, o que não vem ocorrendo. E a reforma fiscal proposta pelo executivo federal? Irá reverter ou agravar este quadro?

Para responder a estas questões começaremos pela apresentação da política atual de financiamento do SUS.

2. A POLÍTICA ATUAL DE FINANCIAMENTO DO SUS

A política atual de financiamento do SUS tem como origem a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 19/09/90), a Lei 8.142, de 28/12/90, e uma norma regulamentadora, a Norma Operacional Básica do SUS/92 (NOB/92).

Como veremos mais adiante, há uma profunda incoerência entre estas leis e a NOB/92, que deveria apenas regulamentá-las.

2a. A SEGURIDADE SOCIAL E O FINANCIAMENTO DO SUS

A partir de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, a lei orçamentária anual (art. 165) é composta por três orçamentos: o orçamento Fiscal; o orçamento de Investimentos das Empresas Estatais; e o orçamento da Seguridade Social.

O orçamento da Seguridade Social irá financiar um conjunto de ações relativas à Saúde, Previdência e Assistência Social (art. 194 e 195).

Os recursos destinados à Seguridade Social e Saúde vêm de diferentes fontes, como podemos observar na composição das fontes de receita: para o orçamento de 1992:

* Estudo elaborado para a Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais, como subsídio para os debates da IX Conferência Nacional de Saúde.



TABELA I
COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS FONTES DE RECURSOS DA SEGURIDADE SOCIAL E SAÚDE
ORÇAMENTO 1992

FONTES DE RECEITA	SEGURIDADE SOCIAL	MINISTÉRIO DA SAÚDE
100 – Rec. Tesouro	7,2	11,3
122 – C. Prognósticos	0,6	2,6
140 – PIS/PASEP	9,9	0,0
151 – Cont. s/ lucro	4,9	2,5
153 – Finsocial	20,5	44,7
154 – Cont. s/ folha	47,0	30,8
156 – Seg. Soc. Servidor	1,7	0,0
Outros	8,2	8,1
TOTAL	100,0	100,0

FORTE: Projeto de Lei Orçamentária 1992

Apesar da maior parcela dos recursos para o financiamento das atividades da área social terem como origem aparente o orçamento Federal, estes recursos sempre tiveram como fonte as contribuições de empregados e empregadores. O governo federal sempre destinou uma parcela muito pequena de sua receita fiscal para a Seguridade Social e Saúde.

Ao contrário, na maioria das vezes retirou recursos para financiar investimentos em outras áreas e

atividades fora dos objetivos constitucionais da Seguridade Social, como por exemplo os Encargos Previdenciários da União (EPU).

Mas os problemas não param aí. A principal fonte de recursos para a Seguridade Social, que é justamente a contribuição de empregados e empregadores, sofre uma evasão estimada (1988) de mais de 40% do seu total, segundo mostra a Tabela abaixo:

TABELA II
ESTIMATIVA DE EVASÃO DE RECURSOS
ARRECADAÇÃO DAS CONTRIBUIÇÕES SOBRE A FOLHA DE SALÁRIOS: RELAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS EFETIVOS E POTENCIAL

MESES	1986 EM %	1987 EM %	1988 EM %
JAN	63,92	59,59	61,82
FEV	69,91	62,96	61,12
MAR	66,00	46,94	59,52
ABR	67,21	54,50	60,82
MAI	89,32	55,56	61,34
JUN	80,20	51,56	60,21
JUL	81,18	69,59	64,64
AGO	77,66	84,99	61,91
SET	76,35	66,99	47,45
OUT	75,50	60,91	39,17
NOV	77,54	57,55	41,61
DEZ	70,40	70,57	83,69
RELAÇÃO ANUAL	74,97	63,20	58,97
GRAU DE EVASÃO	25,03	36,80	41,03

FORTE: Sandra Cristina F. Almeida, Documentos da Política nº 8. IPEA, 1992.

O Finsocial, segunda fonte de recursos para a Seg. Social e primeira para a Saúde, teve sua alíquota aumentada de 0,5% do faturamento bruto das empresas para 2%, sendo que sua arrecadação real não apresentou crescimento proporcional, indicando também a existência de sonegação. Além disso, recentemente o Finsocial teve sua legalidade questionada judicialmente, diminuindo em muito sua previsão de arrecadação para o ano de 1992. Não bastasse estes problemas, é uma contribuição social arrecadada pela receita federal, havendo até recentemente uma grande retenção de valores por parte do Tesouro Federal, implicando em perdas consideráveis para o orçamento da Seguridade Social (5).

Quanto à outra fonte importante de receita para a Seg. Social, a Contribuição Social sobre Lucro das Pessoas Jurídicas, também sofre elevado grau de sonegação, particularmente devido à grande dificuldade de taxar lucro em uma situação política onde o não pagamento de imposto é uma regra, anunciada publicamente pelos maiores empresários do país...

Finalmente, é necessário analisar a fonte 100, ou seja, os recursos provenientes de receitas ordinárias do tesouro (tributos arrecadados) para a Seg. Social, que representa 7,2% da receita prevista em 1992 para a Seg. Social e 11,3% para a Saúde.

Contudo, é importante considerar dois aspectos: primeiro, que de acordo com o Relatório Final da Comissão Parlamentar Especial para Estudo da Seguridade Social (6), 11,8% dos recursos da Segu-

ridade Social são gastos em ações que não deveriam ser financiadas por este orçamento (ver Tabela III); segundo, que existe um débito acumulado entre 1986 a 1990 de 12,2 bilhões de dólares da União para com a Previdência Social (7). Portanto, há um desvio nos recursos do orç. da Seg. Social superior ao que é alocado pelo Tesouro Federal.

Este conjunto de problemas faz com que ocorra uma perda muito grande de receita da Seguridade Social, levando como consequência a um aumento crescente de encargos sobre aqueles que têm menor possibilidade de sonegar tributos: os assalariados.

Esta lógica é absolutamente perversa. A Seguridade Social, que deveria ser um dos instrumentos do estados para diminuir as enormes desigualdades sociais existentes no país, funciona como um Sistema que agrava estas desigualdades.

2b. A DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DO ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL

Como já foi mencionado, os recursos da Seguridade Social financiam atividades desenvolvidas pela Previdência Social, Saúde e Ação Social, além de ter parte de seus recursos desviados para pagamento de Encargos Previdenciários da União e atividades meio. A Tabela a seguir mostra esta distribuição:

TABELA III
DESTINO DOS RECURSOS DA SEGURIDADE SOCIAL
DESPESA POR ATIVIDADE E ÓRGÃO
BRASIL - 1992

ÓRGÃO	VALOR (Em Bilhões de Cr\$)	1992 Em %
MIN. DO TRAB. PREV.	61.995	50,3
MIN. DA SAÚDE	27.626	22,3
MIN. DA AÇÃO SOCIAL	9.971	8,1
EPU e ATIVIDADES MEIO	14.526	11,8
TODOS OS DEMAIS	9.556	7,7
TOTAL	123.674	100,0

FONTE: Projeto de Lei Nº 26
ELABORAÇÃO: As. Legislativa da Câmara dos Deputados

Como podemos observar na Tabela acima, a Saúde deverá receber pouco mais de 22% dos recursos da Seg. Social em 1992. Entretanto, a Lei das Diretrizes Orçamentárias de 1991 (Lei 8.211 de 22/07/91) definiu que a área de Saúde deveria receber 30% dos recursos da Seg. Social, excluído o seguro desemprego (FAT).

A forma encontrada pelo Executivo Federal para burlar a lei foi incluir na área de Saúde atividades do Min. da Educação: merenda escolar,

pagamento de docentes de hospitais universitários, CIAC's; do Min. da Ação Social: saneamento básico; do Min. da Previdência Social: Saúde dos servidores, entre outros; que no total consumiram indevidamente mais de 1/4 dos recursos do MS para 1992.

O resultado deste artifício foi destinar à Saúde em 1992 um dos menores percentuais do orçamento da Seg. Social dos anos recentes, como mostra a Tabela a seguir:

TABELA IV
PERCENTUAL DA SEGURIDADE SOCIAL DESTINADO à SAÚDE (*)
BRASIL – 1981 a 1992

ANO	%
1981	24,96
1982	22,33
1983	21,18
1984	22,94
1985	24,82
1986	23,19
1987	34,68
1988	38,75
1989	30,31
1990	23,00
1991	23,64
1992(**)	22,34

FONTE: DAF/MINISTÉRIO DA SAÚDE

(*) É importante destacar que a nova definição de Seg. Social feita pela Constituição Federal de 1988 dificulta parcialmente a comparação precisa desta série histórica.

(**) Proposta orçamentária.

A Tabela V mostra, para o ano de 1989, a composição dos gastos totais em Saúde no Brasil, segundo a esfera de governo e setor privado.

TABELA V
GASTO TOTAL EM Saúde SEGUNDO A ESFERA DE GOVERNO E SETOR PRIVADO
BRASIL – 1989

Origem do gasto	dólar/per capita/ano	% do PIB
FEDERAL	50,04 (55%)	2,27
ESTADUAL E MUNICIPAL	11,39 (12%)	0,51
PRIVADO	30,25 (33%)	1,40
TOTAL	91,68 (100%)	4,18

FONTE: Médici, André, 1991

Esta Tabela mostra que o setor Saúde no Brasil teve naquele ano um dispêndio total de 91 dólares/habitante/ano, equivalente a 4,18% do PIB.

O setor privado contribuiu com 1/3 deste total, ficando mais da metade do restante para o gasto federal e apenas 12% para o conjunto dos estados e municípios brasileiros.

Mais importante do que trabalhar estes dados isoladamente é comparar os gastos com Saúde no Brasil aos de outros países do mundo. A TABELA VI mostra o desconforto de vermos o Brasil gastando com Saúde menos que países com PIB e renda per capita inferiores aos nossos.

TABELA VI
GASTO COM SAÚDE EM ALGUNS PAÍSES – VALORES EM DÓLAR PER CAPITA E % DO PIB
ANO DE 1987

PAÍS	DÓLAR/PER CAPITA	% do PIB
ETIÓPIA	3,9	3
CHILE	65,9	5
ÁFRICA DO SUL	75,6	4
BRASIL	80,8	4
COLÔMBIA	86,8	7
ARGENTINA	95,6	4
GUATEMALA	123,5	13
URUGUAI	131,4	6
ITÁLIA	724,5	7
SUÉCIA	1710,5	11
EUA	2594,2	14
SUIÇA	3199,5	15

FONTE: Relatório do Banco Mundial, 1987.

2c. A DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A execução orçamentária do MS no ano de 1991, por órgão, está detalhada na TABELA VII, mostrando que o INAMPS continua como responsável pelo gasto de mais de 66% dos recursos do MS.

TABELA VII
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
BRASIL – 1991

ÓRGÃO	VALOR EM MILHÕES DE US\$	%
ADMINISTRAÇÃO CENTRAL	2,079	22,7
FUNDO NAC. SAÚDE	7	0,0
FUNCEME	192	2,1
FIOCRUZ	168	1,8
INAM	76	0,8
FPS	63	0,7
INAMPS	6,107	66,5
FNS	475	5,2
CAMPANHAS (TBC, CA, SM)	15	0,2
TOTAL	9,182	100,0

FONTE: SIAF/ME

Dólar Médio 1991: Cr\$ 407,00

Analisando agora os gastos do INAMPS (Tabela VIII), órgão responsável pelo financiamento da assistência em Saúde no âmbito do SUS, podemos verificar que em 1991 mais de um terço de seus recursos foram gastos com assistência hospitalar, pouco mais de 26% com assistência ambulatorial,

1/4 com pagamento de pessoal, 4,4% com custeio da rede ambulatorial e hospitalar, ficando o restante para gastos com as Coordenadorias de Cooperação Técnica e Controle (CCTC), serviços próprios do INAMPS, CIAC's e outras atividades, perfazendo um total de 7%.

TABELA VIII
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO INAMPS
BRASIL - 1991

ITEM DE DESPESA	VALOR PAGO		%
	(EM MILHÕES Crs)	(EM MILHÕES US\$)	
PESSOAL	710.209	1,745	25,4
AIH	1.021.266(*)	2,509	36,4
OUTROS CUSTEIOS (EST. E MUN.)	751.016	1,845	26,8
RECURSO CAPITAL (EST. E MUN.)	123.307	303	4,4
CIAC'S	9.000	22	0,3
PRÓPRIOS E CCTC	90.782	223	3,3
OUTROS	96.914	238	3,4
TOTAL	2.802.494	6.885	100,0

Fonte: INAMPS/MS
Dólar Médio 1991: Cr\$ 407,00

OBS.: Há uma diferença de valor entre os dados fornecidos pelo INAMPS e SIAF referente à execução orçamentária daquele órgão para 1991, da ordem de 100 milhões de dólares.

(*) O valor referente ao pagamento de AIH em 1991 difere daquele mostrado na tabela de gastos com AIH fornecido pela DATAPREV pelo fato que a fatura não necessariamente é paga no mês/ano de competência.

Uma vez conhecida a distribuição global do orçamento do Ministério da Saúde, resta saber COMO estes recursos são gastos.

Já foi dito que há uma contradição entre o que a legislação federal define como sendo a política de financiamento do SUS e o que está ocorrendo na prática.

A Norma Operacional Básica/SUS 01/92, publicada no Diário Oficial da União (D.O.U.) de 10/02/92, normatiza os pagamentos referentes ao custeio dos serviços hospitalares e ambulatoriais do SUS e as transferências de recursos de capital a estados e municípios.

Os valores pagos para o custeio hospitalar e ambulatorial no âmbito do SUS foram iguados entre o setor público e privado, com exceção dos atendimentos realizados por alguns hospitais universitários considerados centros de referência nacional. Esta unificação dos valores pagos não levou em consideração os custos reais referentes às diferentes clientela atendidas pelo setor público e privado, gerando uma primeira grande distorção do Sistema.

Outro problema criado foi a existência de uma tabela única nacional de procedimentos. Novamente aqui não foi levado em consideração as diferentes realidades regionais para a fixação dos custos dos procedimentos ambulatoriais e hospita-

lares.

O FINANCIAMENTO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR

O custeio das internações hospitalares é pago através de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH). As AIH's funcionam como um cheque em branco, emitido pelo MS, sob controle dos estados, que deveriam repassar 80% destas AIH para a gestão dos municípios. Contudo, como nenhum estado cumpriu ainda a NOB, em relação a este aspecto, os estados gerenciam o total das cotas de AIH's, que correspondem a 10% das internações de sua população, por ano, dividido em contas mensais.

Ocorre que este controle é apenas DO NÚMERO DE AIH's, cujos procedimentos são pagos de acordo com uma tabela nacional, mas não há limite para os valores globais gastos em cada estado. Este fato levou a um crescimento assustador do custo médio real de cada internação hospitalar no país, como mostra a Tabela IX e o Gráfico I.

Apesar da super-estimação dos valores, que em termos relativos ocorrerá em todos os anos, verifica-se um crescimento ininterrupto do custo médio real das internações hospitalares no Brasil. A Tabela X mostra a evolução destes custos, por estado da federação.

TABELA IX
EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM INTERNAÇÕES HOSPITALARES
BRASIL – 1984 A ABRIL/1992

ANO	NÚMERO DE AIH	VALOR GASTO (**) (EM MIL US)	CUSTO POR AIH (EM US)
1984	9.616.587	840,504	87.40
1985	8.482.190	741,109	87.37
1986	8.894.626	899,762	100.03
1987	10.275.806	1,507,228	146.68
1988	11.927.361	1,912,185	160.32
1989	12.193.633	2,800,263	229.65
1990	12.562.830	2,905,711	231.29
1991	14.412.454	3,497,281	242.66
1992(*)	4.972.273	1,594,561(***)	320.69

FONTE: DATAPREV

(*) Primeiro Quadrimestre

(**) Valores ligeiramente super-estimados devido ao atraso no pagamento, da ordem de 45 a 60 dias.

(***) Valor super-estimado devido ao pagamento da segunda quinzena de setembro, outubro, novembro e dezembro em 1992.

GRÁFICO I
EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR
BRASIL – 1984 a ABRIL/1992

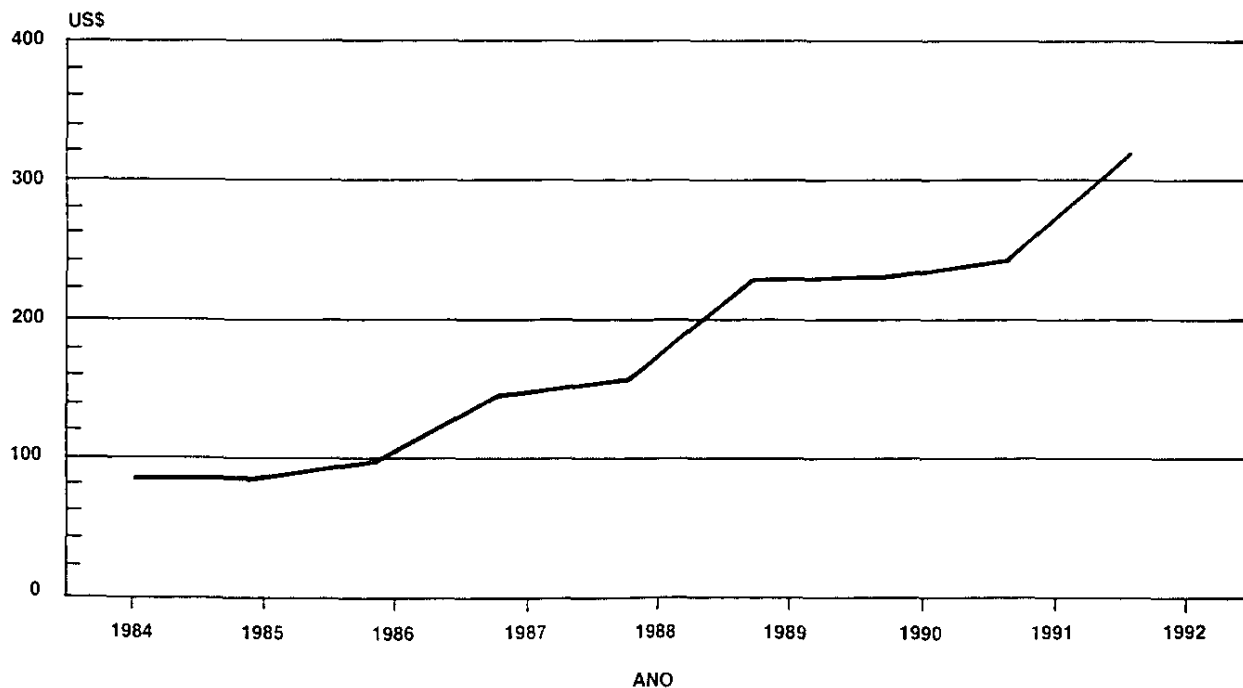


TABELA X
RECURSOS GASTOS COM PAGAMENTO EM AIH (CUSTEIO HOSPITALAR)
BRASIL – 1986 A 1991

estados	VALORES EM MIL US					
	1986	1987	1988	1989	1990 ¹	1991
ACRE	309	433	498	667	1,010	2,823
AMAPÁ	—	—	61	661	947	2,823
RONDÔNIA	—	—	—	—	—	9,234
RORAIMA	—	—	—	—	—	1,972
TOCANTINS	—	—	—	3,378	9,439	17,340
AMAZONAS	1,653	3,110	4,853	7,254	7,563	14,967
MARANHÃO	9,665	26,278	44,178	78,700	88,718	110,196
MATO GROSSO	6,397	13,470	18,046	33,016	36,236	46,635
PARÁ	10,313	15,580	20,395	35,156	39,656	51,916
PAIÚ	8,493	22,159	31,039	52,772	53,213	60,799
ALAGOAS	10,940	17,691	23,634	42,214	48,487	63,556
PARAÍBA	22,482	34,282	43,276	76,384	79,602	108,249
BAHIA	30,868	53,832	63,288	90,526	101,598	147,873
ESP. SANTO	9,334	23,342	36,506	47,698	48,706	52,732
GOIÁS	39,010	64,533	80,804	122,855	122,149	120,039
M. G. SUL	6,992	13,163	23,307	32,628	35,265	41,531
R. G. NORTE	8,643	14,318	20,193	25,867	27,402	45,242
PERNAMBUCO	25,778	48,030	57,964	92,892	104,467	160,075
SERGIPE	8,372	12,404	14,838	22,106	24,071	26,980
D. FEDERAL	910	1,743	2,386	5,043	10,871	32,403
CEARÁ	21,781	44,338	60,818	88,425	93,231	139,568
M. GERAIS	121,291	191,869	234,398	333,326	363,125	396,771
PARANÁ	77,557	122,627	147,832	215,371	210,350	241,786
R. G. DO SUL	83,610	130,352	177,698	261,051	268,019	293,309
S. CATARINA	36,920	56,441	68,061	98,531	101,654	113,290
R. JANEIRO	91,281	144,315	183,439	264,296	270,066	338,068
S. PAULO	267,162	452,916	554,671	769,446	759,867	857,102
BRASIL	899,762	1,507,228	1,912,185	2,800,263	2,905,711	3,497,281

FONTE: MS

Cabe perguntar qual é o motivo que levou a este custo real crescente das internações hospitalares no Brasil. Certamente não há justificativa para este crescimento se levarmos em consideração que os recursos tecnológicos incorporados certamente não cresceram nesta proporção.

Além disso, as disparidades entre os próprios estados da federação leva-nos a outras conclusões. Como explicar, por exemplo, que o custo médio da AIH do setor privado da Paraíba ou de Alagoas seja superior ao custo médio de uma AIH privada

do estado de São Paulo, como mostra a tabela abaixo? Como justificar a enorme diferença de custo da AIH pública para o Brasil?

O que estes dados nos levam a concluir é que há um enorme descontrole neste Sistema de pagamento, permitindo que sejam criadas distorções e fraudes monumentais, enquanto os prestadores de serviços reclamam incessantemente do baixo valor das tabelas de remuneração das internações hospitalares.

TABELA XI

GASTOS COM PAGAMENTO DE AIH (CUSTEIO HOSPITALAR), SEGUNDO O TIPO DE ESTABELECIMENTO

BRASIL - 1991

ESTADOS	NÚMERO AIH PRIVADA	NÚMERO AIH PÚBLICA	CUSTO AIH PRIVADA (EM US)	CUSTO AIH PÚBLICA (EM US)
ACRE	6.923	9.799	158	181
AMAPÁ	6.561	14.919	174	118
RONDÔNIA	-	58.627	-	161
RORAIMA	-	11.581	-	173
TOCANTINS	63.279	42.059	167	167
AMAZONAS	214.270	42.831	190	213
MARANHÃO	519.186	30.923	198	277
MATO GROSSO	199.644	22.524	213	209
PARÁ	267.277	12.355	183	324
PAIÚ	224.260	50.194	217	249
ALAGOAS	214.270	61.783	248	175
PARAÍBA	327.919	59.163	297	201
BAHIA	555.962	112.758	222	230
ESP. SANTO	198.298	38.121	204	339
GOIÁS	460.637	37.683	243	255
M. G. SUL	178.390	15.104	213	265
R. G. NORTE	131.398	80.087	230	193
PERNAMBUCO	433.273	329.257	217	206
SERGIPE	112.6664	8.606	226	198
D. FEDERAL	7.764	119.975	272	255
CEARÁ	497.335	163.659	214	207
M. GERAIS	1.597.110	150.050	222	311
PARANÁ	886.562	99.307	245	276
R. G. DO SUL	796.990	191.213	246	530
S. CATARINA	489.643	13.147	225	306
R. JANEIRO	904.772	369.162	250	311
S. PAULO	2.579.457	576.413	246	400
BRASIL	11.691.154	2.721.300	233	298

FONTE: MS

Outra observação importante a ser feita diz respeito ao custo médio das AIH's públicas e privadas. As primeiras apresentam um custo médio cerca de 20% superior àqueles do setor privado. Contudo, de um total de 14.412.454 AIH's distribuídas no país, no ano de 1991, apenas 18,8% foram para o setor público.

O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL

Para o custeio ambulatorial foi criada a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), que irá ser um fator de ponderação para o volume dos recursos repassados aos estados. Existem quatro grupos com valores diferentes de UCA, sendo o maior valor para o estado de São Paulo e em valores

decrecentes até o quarto grupo, constituído principalmente por estados da região Norte.

O valor definido pela UCA será multiplicado pela população de cada estado, determinando o valor global que cada unidade da federação receberá para atendimento ambulatorial de sua população. Este montante de recursos denomina-se RCA : Recursos para Cobertura Ambulatorial.

Todavia, ao contrário do que vem ocorrendo com o Sistema AIH, onde há um aumento crescente do custo médio real das internações hospitalares, para o Sistema ambulatorial, que é majoritariamente público, o que se verifica é uma grande variação destes valores.

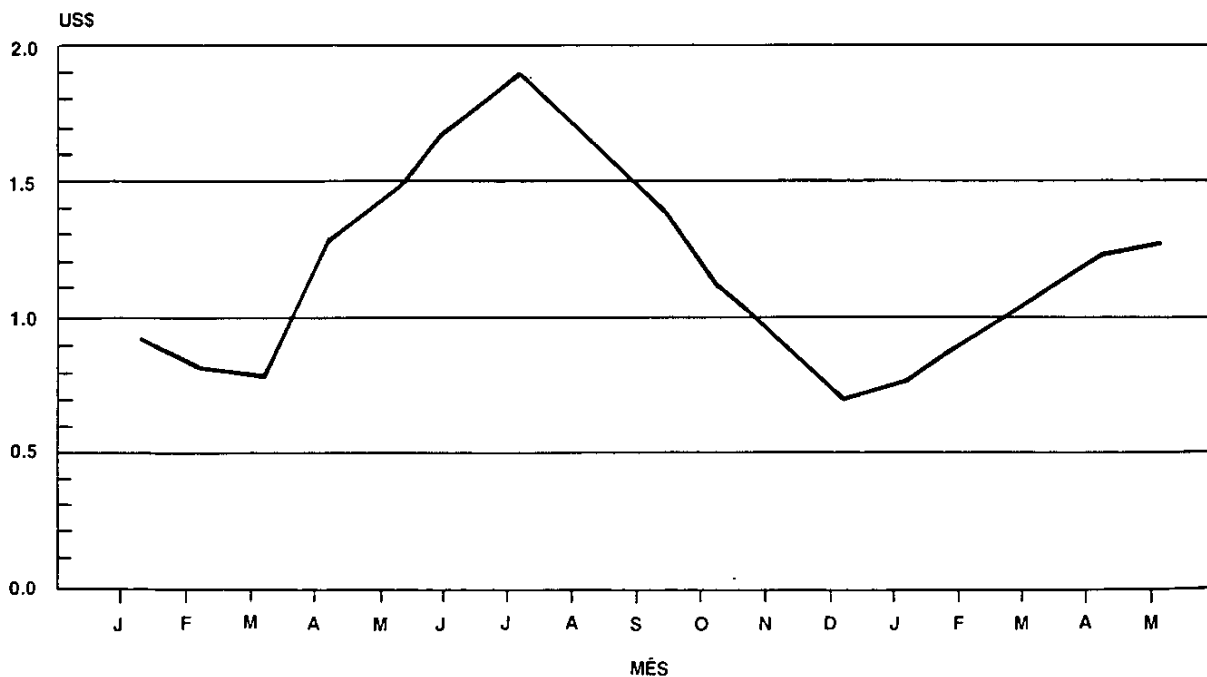
A Tabela XII e o Gráfico II mostram que desde que foi implantado este Sistema de pagamento, ocorreu grande flutuação nos valores tetos fixados pelo governo federal para cada estado.

TABELA XII
 EVOLUÇÃO DOS TETOS ORÇAMENTÁRIOS PARA CUSTEIO AMBULATORIAL
 BRASIL – JANEIRO/91 A MAIO/92

MÊS	TETO ORÇAMENTÁRIO MENSAL EM MILHÕES DE Cr\$	VALOR PER CAPITA EM US\$
JANEIRO	27,9	0,93
FEVEREIRO	27,9	0,81
MARÇO	27,9	0,78
ABRIL	50,1	1,28
MAIO	61,4	1,45
JUNHO	79,0	1,71
JULHO	96,6	1,88
AGOSTO	96,6	1,67
SETEMBRO	96,6	1,44
OUTUBRO	102,5	1,13
NOVEMBRO	102,5	0,89
DEZEMBRO	102,5	0,69
JANEIRO	140,6	0,76
FEVEREIRO	210,9	0,92
MARÇO	295,3	1,06
ABRIL	413,4	1,21
MAIO	514,0	1,25

FONTE: INAMPS/MS
 OBS.: Há uma super-estimação destes valores em US\$, uma vez que os pagamentos não são efetuados no mês de competência.

GRÁFICO II
 CUSTEIO AMBULATORIAL PER CAPITA
 JAN/91 A MAIO/92
 VALORES EM DÓLAR



É importante ressaltar também que enquanto para o atendimento hospitalar é fixado um número de AIH's, sem teto financeiro, para o atendimento ambulatorial é determinado um valor global máximo mensal, proporcional ao valor da UCA e ao número de habitantes de cada estado, sendo pago, até o limite deste teto, o atendimento ambulatorial efetivamente realizado pelos setores públicos e privados. Este pagamento é efetuado mediante a emissão de Guias de Autorização de Pagamento (GAP) públicas ou privadas.

Caso haja uma sobra de recursos em relação ao valor global fixado para cada estado, este RCA residual deverá ser distribuído da seguinte forma: 30% para o estado e 70% para o conjunto dos municípios do estado, por critério populacional.

Além do que os municípios e estados recebem por procedimento (GAP) e da RCA "residual", ele pode habilitar-se a receber outros recursos, caso atenda às exigências contidas na Lei 8.142:

Fator de Estímulo à Municipalização (FEM) = 5% do valor da UCA estadual multiplicado pela população do município, repassado em duodécimos mensais para o desenvolvimento de ações genericamente definidas como de Saúde coletiva.

Fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE) = varia na razão inversa do valor da UCA, de 1 a 5% de seu valor total, destinado aos estados que cumpriram os pré-requisitos definidos na Lei 8.142,

como apoio à aquisição de equipamentos para a melhoria da capacidade tecnológica da rede de serviços.

AS TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS DE INVESTIMENTOS

Como já mostrado anteriormente, pouco mais de 4% dos recursos do INAMPS foram repassados a estados e municípios, no ano de 1991, para investimentos.

Segundo a NOB/92 estes recursos deveriam ser liberados segundo os seguintes critérios: Plano Quinquenal de Investimentos; Planos Estaduais e Municipais de Saúde; Previsão em Lei Orçamentária; e Excepcionalidade.

Entretanto, praticamente todos os recursos liberados em 91 e 92, salvo raras exceções, ocorreram seguindo critérios de solicitação de deputados e senadores, não obedecendo, na maioria das vezes, a qualquer critério técnico de necessidade e prioridade.

A Tabela XIII mostra como tem sido a evolução das transferências de recursos de custeio ambulatorial e investimentos para os estados e municípios, mostrando que, contraditoriamente ao que se esperaria com a implantação do SUS, há uma queda destas transferências nos dois últimos anos.

TABELA XIII

EVOLUÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS DE RECURSOS PARA CUSTEIO AMBULATORIAL E INVESTIMENTOS A ESTADOS E MUNICÍPIOS

BRASIL - 1987 A 1991

ANO	CUSTEIO	VALOR TRANSFERIDO EM MIL US (*)		TOTAL
		CAPITAL		
1987	2,039,818	41,565		2,081,383
1988	2,775,928	254,040		3,029,968
1989	2,934,254	687,952		3,622,206
1990	2,520,142	298,640		2,818,782
1991	1,844,234	316,720		2,160,954

FONTE: MS

(*) Valor empenhado, não necessariamente transferido no ano.

A seguir segue um resumo esquemático da atual política de financiamento do SUS, definida pela NOB/92:

RECURSOS FEDERAIS DO MIN. DA SAÚDE

ADM. DIRETA/AUTARQUIAS

- a) Pessoal
- b) Est. Administrativa
- c) Atividades Nacionais

TRANSFERÊNCIAS A ESTADOS E MUNICÍPIOS

- I) REPASSE PARA CUSTEIO
- II) EQUIPAMENTOS PARA A REDE
- III) OBRAS E CONSTRUÇÕES
- IV) ESTÍMULO À MUNICIPALIZAÇÃO

I - REPASSE PARA CUSTEIO DA REDE DE SAÚDE

CUSTEIO AMBULATORIAL
estados (UCA X POP = RCA)

CUSTEIO HOSPITALAR
AIH

(Sem limite p/ valor individual)
0,1 X POP do estado / 12 meses

PAGAMENTO DE GAPs
(PÚBLICA E PRIV.)

RESÍDUO DO RCA
30% Est 70% Mun.

(0,08 X POP MUN.) + (0,02 X POP ESTA)

II) EQUIPAMENTO DA REDE AMBULATORIAL

FEGE (Fator de Estímulo à Gestão Estadual)
Inversamente proporcional ao valores da UCA
(Variando de 1 a 5% do valor da UCA)

Repasse aos municípios

III) OBRAS E CONSTRUÇÕES

CRITÉRIOS TEÓRICOS DE TRANSF. AOS MUNICÍPIOS

- a) Plano Quinquenal de Investimentos
- b) Planos Estaduais e Municipais de Saúde
- c) Previsto em lei Orçamentária
- d) Excepcionalidade

IV) FATOR DE ESTÍMULO À MUNICIPALIZAÇÃO (FEM) (Financiamento de Ações Coletivas)

Direto aos municípios "Municipalizados"
Valor = 5% da UCA do estado X POP do município

III - PROBLEMAS E ALTERNATIVAS PARA A POLÍTICA DE FINANCIAMENTO

Em conseqüência da Lei 8.080, todos os recursos destinados à Saúde deveriam ser centralizados no Fundo Nacional de Saúde.

Estes recursos seriam então distribuídos entre as três esferas de governo, ficando cada uma delas com os recursos necessários para cumprir as atribuições constitucionais e legais definidas na Lei Orgânica da Saúde.

Neste caso, ficaria com o Governo Federal apenas os recursos necessários para: manutenção da máquina administrativa; pagamento de pessoal; desenvolvimento científico e tecnológico da área de Saúde; apoio técnico a estados e municípios; controle de fronteiras; e, eventualmente, ação direta em problemas de Saúde ao alcance Nacional.

O restante dos recursos deve ser transferido a estados e municípios. O artigo 35 da Lei 8.080 define que esta transferência deverá ser feita de forma direta e automática. Entretanto, como este artigo ainda não foi regulamentado, foram criados critérios "provisórios", que mudam completamente o sentido da lei, como já apresentado anteriormente.

Devido a esta situação, surgiram vários problemas, apresentados resumidamente a seguir. Ao lado de cada um deles estão listada(s) alternativa(s) atualmente em discussão:

RESUMO DOS PROBLEMAS E ALTERNATIVAS PARA O FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL

CARAC. DO PROBLEMA	ALTERNATIVA 01	ALTERNATIVA 02
Volume de recursos insuficiente (4,2% do PIB, aprox. US\$ 92 per capita ano).	Aloc. 10% orc. fiscal das 3 esferas de governo para a Saúde. Fixar percentual/rubrica da seg. social para a Saúde.	Fim das transferências fed. e municipalização da arrecadação e distribuição dos rec.
Principal fonte de arrec. financeira da segur. social sofre evasão de 40%.	Diminuição da carga tributária c/ rigor na fiscalização.	Mudança na base de arrecadação p/ Seg. Social.
Pagamento de EPU e ativ. meio com rec. da Seg. Social.	Transferência destes pagt ^{os} para o tesouro nacional.	
Saúde não tem um orçamento bem definido na Seguridade Social. O MPAS recebe prioritariamente os recursos.	Vinculação de um percentual da seg. social para a área de Saúde.	Vinculação de rubrica própria dentro da seg. social p/ saúde (CTF?)
Transferência federal de rec. arrecadados. Est. e Mun. passam a prestadores de atenção à Saúde.	Transf. direta e automática, seg. critérios do art. 35 da lei 8.080.	Transf. direta e automática, com outros critérios.
Transf. de responsabilidade s/ compromisso de repasse de recursos.	Recusa de estados e mun. em aceitar o repasse global.	Estabelecimento de mecanismos que garantam um aporte mínimo.
Contratos e conv. a partir de uma única tabela nacional de procedimentos.	Estadualização das tabelas, que serviriam como referência para munic.	Manutenção da tabela nacional a ser obedecida ou não pelos de mais gest. SUS.
Quem contrata serviços de terceiros não é quem paga (os gestores est./munic. não controlam o todo).	Transf. global de recursos, fundo a fundo.	Fixação de um teto provisório gerenciado pelo gestor em cada esfera de gov.
Cientelismo nas transf. de recursos de capital.	Prioridades def. através de planos aprovados pelos CES e CMS.	
Emendas parlamentares mantendo o clientelismo na distr. dos rec. de capital.	Submeter as emendas parlamentares aos critérios acima definidos.	
Burocracia p/ hábil. dos municípios, para receberem quase nada.	Fim dos critérios para habilitação.	Manutenção de apenas 3: Prog. Fundo e C. Saúde.
Quem paga a isonomia entre as 3 esferas de governo?	O município, a partir de comprom. entre as 3 esferas.	Não será paga.
Quem pode pagar, desconta a atenção médica no imp. de renda.	Proibição descontos para tratamento de Saúde.	Definição rígida do que pode ser descontado.
Recursos de convênios não podem ser utilizados p/ pagt ^{os} de pessoal.	Transferen. fundo de participação a fundo.	
Enquanto persistir a tabela, como pagar os proc. fora da tabela?	GAP especial, com acordo entre estados e municípios.	Incorp. destes procedimentos à tabela.
O pagt ^o por procedimentos define o modelo assistencial hegemônico.	Dar aos demais gesres do SUS o poder para definir seus planos de aplic.	Repasse global de recursos financeiros.
Orçamento da União elaborado sem a participação do CNS, es/mu.	Comissão conjunta para discussão e elaboração do orc.	

Dentro desta gama de problemas é importante detalharmos dois deles, imprescindíveis para a discussão de uma nova política de financiamento do SUS: do lado da arrecadação financeira, saber que implicações poderá ter a reforma fiscal na Seguridade Social e na Saúde; e, caso continue o Sistema de arrecadação federal centralizado e transferências de recursos para estados e municípios, como cumprir a Lei Orgânica da Saúde e efetivar esta transferência global de forma direta e automática.

4. A SEGURIDADE SOCIAL E A REFORMA FISCAL

A proposta de reforma fiscal do Governo Collor atinge a Seguridade Social e a Saúde em vários pontos, cujos principais são os seguintes:

- 1) Acaba com o orçamento da Seguridade Social;
- 2) Extingue o Finsocial, a Contribuição Social sobre o Lucro de Pessoas Jurídicas e o PIS/PASEP que, somados, correspondem a 35% do orçamento

da Seguridade Social;

3) Reduz à metade a contribuição de empregadores sobre a folha de pagamento;

4) Unifica a alíquota de empregados em 10%, aumentando para os trabalhadores de mais baixa renda e diminuindo para os demais;

5) Acaba com o imposto sobre grandes fortunas, antes mesmo de ter sido regulamentado;

6) Cria a Contribuição sobre Transações Financeiras (CTF), cobrada a partir de uma alíquota inicial de 0,1% a 0,15%, incidindo sobre toda a operação bancária;

7) Permite ao poder executivo alterar a alíquota da CTF, sem a necessidade de nova lei.

A aprovação destas alterações constitucionais pelo Congresso Nacional representaria uma enorme perda para a Seg. Social. Este conjunto de propostas, articulado às demais existentes no texto da reforma fiscal, tem como objetivo básico aumentar a arrecadação para o governo federal e diminuir a carga tributária dos empresários. Com estas premissas é preciso descobrir quem pagará a conta.

Em primeiro lugar extingue fontes que correspondem a mais de 45% dos recursos da Seguridade Social, criando para substituí-las uma contribuição sujeita à enorme evasão de receita, que é a Contribuição sobre Transações Financeiras. Ou seja, para que esta nova contribuição possa cobrir este rombo sua alíquota deverá aumentar progressivamente, fazendo com que os grandes movimentos financeiros deixem o mercado formal, dolarizando informalmente a economia (será este um objetivo não confessado da reforma?).

Segundo informação de Médici, a Argentina instituiu um imposto semelhante a este, chamado Imposto sobre Débito Bancário, em 1983, com alíquota de 0,1% e foi aumentando progressivamente esta alíquota, até atingir 1,2% em julho deste ano, visando evitar a evasão de receitas. Este foi um dos motivos impulsionadores da dolarização da economia do país.

Novamente aqui, quando se trata de financiar as atividades sociais, propõe-se trocar o pouco certo pelo absolutamente duvidoso.

Há uma diminuição na taxação das empresas e um aumento para os assalariados, não somente pela cobrança de alíquotas maiores para os que ganham menos, como também pela bitributação de seus salários, já que além do desconto em folha pagariam também a Contribuição sobre Transações Financeiras, uma vez que parte considerável da massa salarial dificilmente deixará de passar

pelo Sistema financeiro.

Como conclusão, podemos afirmar que a reforma fiscal proposta pelo governo federal não resolve os problemas estruturais da Saúde, listados anteriormente e, ao mesmo tempo, cria incertezas para o futuro: elimina o orçamento da Seguridade Social, mantém a Saúde sem qualquer garantia de receita, elimina 45% das fontes atuais de arrecadação, cria uma contribuição sujeita a elevado grau de evasão de receita, aumenta a carga tributária dos assalariados, entre outras conseqüências danosas, como o fim da igualdade de benefícios entre trabalhadores urbanos e rurais, a aposentadoria integral apenas aos 65 anos, etc.

5. A TRANSFÊRNCIA GLOBAL DE RECURSOS A ESTADOS E MUNICÍPIOS (*)

Uma vez definido o montante de recursos destinados ao Ministério da Saúde, passamos a uma segunda etapa desta discussão: como transferir estes recursos aos estados e, principalmente, aos municípios, responsáveis pela prestação de serviços de Saúde, conforme a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde.

A despeito de todos os aspectos favoráveis desta modalidade de repasse financeiro, amplamente conhecidos pelos que atuam na área, alguns obstáculos necessitam ser superados para sua implementação, dentre os quais destacamos:

1. OBSTÁCULOS DE ORDEM POLÍTICA

1.1. ausência de garantias de que o volume de recursos repassados se mantenha igual ou superior ao que é atualmente pago contra a apresentação de Guias de Autorização de Pagamentos (GAPs) por produção de serviços.

1.2. mudança do eixo de pressão do setor privado contratado e conveniado do governo federal para estados e municípios, enfraquecendo a luta por recursos da Seguridade Social para a saúde; e

1.3. incerteza de que os recursos repassados envolvam não apenas os gerenciados pelo INAMPS/SNAS como também aqueles alocados historicamente no orçamento de outros órgãos ou instituições vinculadas, como a Fundação Nacional de Saúde, INAN, etc.

(*) Este capítulo foi escrito em co-autoria com a Dra. Dea Arruda, responsável pela Coordenação Geral de Análise de Informações e Sistema de Dados do INAMPS/MS.

2. OBSTÁCULOS DE ORDEM TÉCNICO-POLÍTICA

2.1. impossibilidade de operacionalizar o artigo 35 da Lei 8.080 (comentários adiante) e dificuldades na elaboração de parâmetros e critérios para cálculo dos valores a serem transferidos a estados e municípios;

2.2. dificuldades para a ponderação dos gastos com recursos humanos próprios do nível federal cedidos administrativamente para estados e municípios;

2.3. limitações para a mensuração dos recursos de capital necessários, bem como na elaboração de critérios para sua distribuição, considerando que estes repasses quase sempre seguiram uma lógica clientelista do próprio MS, do Congresso Nacional, dos estados e municípios. Além disso, existe o risco da pulverização destes recursos, com a conseqüente insuficiência dos mesmos, caso os critérios de distribuição não sejam bem escolhidos;

2.4. dificuldades para a capacitação organizativa dos estados e municípios de forma a conseguirem, em curto espaço de tempo, assumir o processamento, controle e avaliação dos recursos próprios de sua rede, incluindo as unidades contratadas e conveniadas.

3. OBSTÁCULOS DE ORDEM JURÍDICA

3.1. inexistência de mecanismos legais, neste momento, que possibilitem o repasse de recursos financeiros a estados e municípios.

PERSPECTIVAS DE SUPERAÇÃO DOS PROBLEMAS APRESENTADOS

Embora concordando que tais pontos se constituem como obstáculos às mudanças na forma de financiamento do SUS, é importante desenvolver outra lógica que tenha como ponto de partida a organização do Sistema de saúde, como está proposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

Havendo a disposição política das três esferas de governo em repensar o SUS a partir de novas bases, julgamos ser possível viabilizar, a curto prazo, a transferência global de recursos, como tentaremos demonstrar a seguir.

1) A DIMINUIÇÃO DE RECURSOS COM O REPASSE GLOBAL

Dentro do orçamento da Seguridade Social a definição do montante de recursos destinados à Saúde depende efetivamente de uma negociação periódica entre os Ministérios da área Social. É evidente que em um período recessivo, quando cai a arrecadação financeira e crescem as despesas com seguro desemprego, aposentadorias e pensões, comprometendo parte significativa dos recursos da Seguridade Social, o receio de que ocorra uma diminuição dos valores repassados à saúde é real. Diante desta constatação, os gestores estaduais e municipais do SUS têm motivos para atuarem com cautela diante da proposta de assumirem o pagamento da rede hospitalar e ambulatorial própria e conveniada/contratada.

Contudo, mesmo cientes destes problemas, é preciso admitir que eles são insolúveis dentro da forma atual de organização da Seguridade Social. Tendo seu orçamento composto a partir de um grande número de fontes de financiamento, que irão compor um volume de recursos que não têm vinculação de rubrica, a Seguridade Social funciona como um colegado administrado pelos representantes dos Ministérios da área Social, com forte predomínio da Previdência, Ministério responsável pela arrecadação das Contribuições sobre a folha de pagamento.

Uma reversão neste quadro somente seria possível em três situações: saída da Saúde da Seguridade Social; fixação de um percentual da Seguridade Social destinado ao Min. da Saúde; e vinculação de fonte(s) específica(s) para a saúde.

No primeiro caso certamente geráramos maiores problemas que os hoje existentes. Quem acataria trocar o orçamento da Seguridade Social pelo orçamento fiscal em um momento onde há queda na arrecadação financeira, disputando recursos financeiros com todos os demais ministérios do governo federal?

A segunda alternativa, a fixação de um percentual da Seg. Social para a Saúde, tem sido a mais perseguida. Para o orçamento de 1992 a LDO fixou um percentual de 30% dos recursos da Seg. Social para o setor Saúde. Contudo, com os artifícios já conhecidos de incluir na Saúde tudo o que tem alguma proximidade com esta atividade fim, na realidade apenas 22% dos recursos da Seg. Social estão alocados para o MS.

Finalmente, com a vinculação de fontes, que dependeria de aprovação do Congresso Nacio-

nal, a Saúde continuaria dentro da Seguridade Social tendo, contudo, definidas suas fontes de financiamento. Embora seja do conhecimento geral a resistência do Congresso Nacional em vincular fontes de receitas à finalidades específicas, parece ser esta uma bandeira a ser defendida no sentido de preservar a área de Saúde das demandas cada vez maiores da Previdência Social por novos recursos.

De qualquer modo, enquanto esta questão não for resolvida persistirá o problema: a Saúde terá que disputar com as demais áreas os recursos da Seguridade Social.

Portanto, resta aos dirigentes estaduais e municipais do SUS duas opções: aceitarem o repasse direto e automático, sabendo da necessidade de potencializar os mecanismos de pressão sobre o governo federal, ou continuarem a receber por produção de serviços, tal como ocorre hoje.

Entretanto, não podemos deixar de reafirmar que o repasse global de recursos é a única forma de tornar os estados e municípios efetivamente gestores do SUS: programando suas atividades, definindo prioridades e alocando recursos segundo suas próprias necessidades. Neste caso os estados e municípios passam a ter poder real dentro do SUS, contratando, controlando, avaliando e fixando valores para remuneração dos serviços e ações de saúde.

Em contrapartida assumem a responsabilidade para responder problemas de saúde dentro de seu âmbito de atuação, contando obviamente com o apoio da(s) esfera(s) de governo imediatamente superior(es).

2) O PODER POLÍTICO DO SETOR PRIVADO NA ÁREA DE SAÚDE

O repasse global de recursos pressupõe que o INAMPS deixe de contratar diretamente serviços complementares do setor privado. Essa modificação traz consigo um redirecionamento na pressão que este setor hoje exerce junto ao Governo Federal para estados e municípios.

Responsável por 82% dos leitos que atendem ao SUS no país e quase metade da rede ambulatorial, o setor privado detém poderes reais na assistência à Saúde no Brasil.

Contudo é necessário relativizar este fato. Uma vez que as outras esferas de governo dependem de transferências da Seguridade Social, setor público e privado continuarão a pressionar juntos pela manutenção/ampliação destes recursos. O

setor privado sabe que dentro do SUS os estados e municípios dependem, em grande medida, destas transferências para manter em funcionamento o Sistema de saúde.

3) O MONTANTE DE RECURSOS PARA TRANSFERÊNCIA A ESTADOS E MUNICÍPIOS

Para que estados e municípios possam contar com um montante de recursos necessários à manutenção/ampliação dos serviços e ações em saúde é imprescindível que a totalidade dos recursos alocados no Fundo Nacional de Saúde, excluídas as competências próprias da União, sejam repassados a estados e municípios, descartando-se assim a proposta de transferência apenas das receitas para assistência médica alocadas no INAMPS.

A criação do FNS abriu perspectivas para que isto ocorresse, apesar de que em 1992 ele seja ainda um artifício criado para responder às pressões de estados e municípios.

Outra mudança importante e necessária é a revisão da estrutura organizacional do Min. da Saúde, adaptando-a a esta nova fase de desenvolvimento do SUS, acabando com a superposição de poderes atualmente existente.

4) A TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS DE CAPITAL

Historicamente os recursos de capital vêm sendo transferidos de tal forma que não guardam qualquer relação com as necessidades reais, tendo como resultado um quadro de grandes disparidades regionais.

A reversão desta situação somente será possível a partir da programação integrada entre estados e municípios para aplicação destes recursos, uma vez que as necessidades e prioridades de investimento deverão estar nelas explicitadas. O passo seguinte obrigatório é sua aprovação pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

Por outro lado é imperativo que os recursos de capital, bem como o montante a ser repassado e o cronograma de desembolso sejam respeitados pelo governo federal, dentro das suas limitações orçamentárias e de seu fluxo de caixa.

No caso específico das emendas parlamentares, suas liberações devem estar sujeitas a estes critérios mencionados.

5) A PONDERAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS CEDIDOS A ESTADOS E MUNICÍPIOS

Uma questão complexa e politicamente delicada é a quantificação do valor representado pelos recursos humanos cedidos administrativamente pelo Governo Federal às outras esferas de governo. Se por um lado eles representam efetivamente alocação diferenciada de recursos financeiros, há grandes limitações gerenciais na utilização destes "recursos", uma vez que o vínculo real continua sendo com o governo federal.

Estados e municípios têm reafirmado seguidamente os limites em colocarem suas próprias políticas de administração em prática quando trata-se de servidores cedidos, o mesmo ocorrendo com os servidores estaduais cedidos aos municípios.

Sendo assim, sugerimos que seja fixado um percentual do valor da folha de pagamento para efeito da quantificação do valor representado pela cessão deste recurso às outras esferas de governo, como um fator de ponderação para minorar as desigualdades na sua distribuição em todo o país.

6) A CAPACITAÇÃO DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

Para assumirem o processamento, controle e avaliação dos recursos de saúde, estados e municípios poderão desenvolver sistemas próprios ou/ou utilizar a sistemática em funcionamento no INAMPS. No primeiro caso deverá ocorrer uma transição a médio prazo, devendo ao final existir um Sistema de Informação do SUS integrado nas três esferas de governo.

7) OS OBSTÁCULOS DE ORDEM JURÍDICA

Uma vez consolidado todo este processo de transição que val da descentralização "tutelada" à gestão efetiva do SUS, é fundamental a criação de mecanismos legais que viabilizem a transformação do atual Fundo Nacional de Saúde em um Fundo de Participação, possibilitando assim o repasse direto e automático, sem necessidade de instrumento convencional.

CRITÉRIOS PARA A TRANSFERÊNCIA GLOBAL DE RECURSOS

Ao mencionarmos a impossibilidade de operacionalização do artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde

de não estamos afirmando que seus princípios estejam incorretos. Ao contrário, é dentro desta mesma lógica que esperamos criar alternativas para o repasse direto e automático. Analisando detidamente o artigo 35, listamos a seguir fontes de dados possíveis para sua eventual operacionalização:

I - Perfil Epidemiológico

População - IBGE

Dados de mortalidade - MS

Dados de internação hospitalar - MS/DATASUS

II - Perfil Demográfico

Composição da pirâmide etária - IBGE

Taxa de mortalidade - IBGE

Migração - IBGE

III - Característica Quantitativa e Qualitativa da Rede

AMS - IBGE

SIA-SUS/SIH-SUS - MS

SIPAC - MS

IV - Desempenho Técnico, Econômico e Financeiro no Período anterior

Relatório de gestão - SES e SMS

V - Participação do Setor Saúde nos Orçamentos
Relatório de execução orçamentária do ano anterior - SES e SMS

VI - Previsão no Plano Quinquenal de Investimento

Prioridades definidas no Plano Quinquenal de Investimentos - MS

VII - Ressarcimento ao Atendimento a Serviços Prestados a Outras Esferas de Governo

Complexidade da rede para referência SI
SIPAC/SIH - SUS/MS (?)

Cessão de RH aos outros níveis de governo?

Operacionalizar este conjunto de critérios para os 27 estados e cerca de 5.000 municípios é um trabalho que certamente não poderá ser executado em curto prazo. Algumas tentativas foram feitas (1), (2) e devem ser cuidadosamente estudadas.

Contudo, questões importantes ainda devem ser respondidas, como por exemplo: os repasses de recursos de custeio e capital para uma região onde predominam doenças infecto-contagiosas deve ser maior ou menor que aquele destinado a uma rede assistencial onde predominam problemas crônico-degenerativos? Uma pirâmide etária com perfil populacional jovem deve ser mais ou menos valorizada que outra onde há um maior peso para a terceira idade? Poderíamos continuar a citar vários exemplos. Contudo, o fundamental é o que podemos extrair como princípios do artigo 35 da LOS, que procuramos poder resumir nos seguintes pontos:

1 - É necessário uma redistribuição dos recursos para custeio (investimentos e equipamentos) da rede assistencial entre as diferentes regiões do país;

2 - Os serviços de Saúde hoje existentes já são, regra geral, Insuficientes. Assim, deve-se, no mínimo, não diminuir os recursos de custeio hoje alocados aos estados e municípios cujos serviços de saúde estejam mais organizados;

3 - Deve haver sempre critérios técnicos claros para o repasse de recursos, evitando-se assim as ações clientelistas e fisiológicas, historicamente existentes no setor saúde;

4 - Os repasses devem ser diretos e automáticos a partir da definição destes critérios; e

5 - Deve haver uma programação de caráter ascendente, direcionando a aplicação dos recursos transferidos.

É em obediência a estes princípios básicos que procuramos elaborar uma proposta de repasse global de recursos, que fosse de operacionalização simples e implantação imediata e opcional, segundo interesses dos gestores Estaduais e Municipais do SUS.

OPERACIONALIZAÇÃO DO REPASSE GLOBAL

Um dos grandes problemas que vem ocorrendo na implantação do SUS é o conflito de interesses entre as diferentes esferas de governo. O caso de repasse dos recursos da chamada "UCA Residual" é um exemplo ilustrativo. A maioria dos estados teve problemas com os municípios no repasse destes recursos, seja quanto a critérios, prazos ou outros.

Diante destes fatos e partindo-se da premissa que a proposta de transferência global de recursos seja opcional, julgamos conveniente sugerir que uma programação integrada entre estado e municípios seja um pré-requisito básico para esta forma de repasse, evitando assim o temor de que ocorra uma utilização aleatória destes recursos, de acordo com interesses conjunturais de cada esfera de governo. Ou seja, o estado que conseguir trabalhar juntamente com os municípios poderá habilitar-se a receber o repasse global. Quanto aos demais, continuarão a receber por produção enquanto não ocorrer esta integração.

Além desse "pré-requisito", espera-se dos estados e municípios que desejarem receber o repasse global a capacitação técnica para efetuar o processamento, controle e avaliação de seus próprios serviços e da rede complementar contratada e

conveniada, além da existência de Fundo e Conselho de Saúde.

CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO DO MONTANTE A SER REPASSADO

Excluídos os recursos reservados ao pagamento de pessoal e atividades próprias do governo federal, o restante dos recursos devem ser repassados a estados e municípios. Para fixar o valor a ser repassado sugerimos a composição de três critérios, de fácil operacionalização e que respondem bem aos pontos anteriormente levantados:

a) um critério redistributivo, existente na lei: o critério populacional;

b) um segundo critério que traz embutido vários outros do artigo 35: série histórica, que julgamos ser possível obter para os últimos 15 meses;

c) um critério que leve em conta a arrecadação de cada estado para a Seguridade Social; e

d) uma ponderação referente à cessão de RH a estados e municípios.

A combinação destes quatro critérios possibilita a manutenção dos recursos necessários ao custeio da rede já instalada e, ao mesmo tempo, é redistributivo, permitindo investimentos e equipamento da rede em locais onde há esta carência, na medida em que partimos do princípio que todos os recursos de custeio e capital, comporão o montante a ser transferido.

Obviamente que com a inclusão dos recursos de outros órgãos e Instituições vinculadas, haverá um crescimento das transferências aos estados e municípios. Assim não imaginamos que a totalidade destes recursos sejam gastos com assistência, mas também em ações coletivas, formação de RH, reorganização do modelo assistencial, etc.

OS RECURSOS ATUALMENTE TRANSFERIDOS A ESTADOS E MUNICÍPIOS

A Tabela XIII mostrou o que foi efetivamente executado do orçamento do INAMPS no ano de 1991.

Tomando-se os valores repassados para pagamento de AIH, capital e custeio ambulatorial, verifica-se que mais de 60% dos recursos do INAMPS foram alocados nestas atividades.

Sabendo que atualmente (abril/92) 65% da folha de pagamento do INAMPS corresponde a pessoal cedido a estados e municípios, e que o valor correspondente ao pagamento de pessoal em 1991 foi de US\$ 1.697.000.000,00, podemos então con-

cluír que mais de 80% (pouco mais de US 4 bilhões) do orçamento do INAMPS é aplicado, direta e indiretamente, para o desenvolvimento de ações em saúde nos estados e municípios, embora estes ainda não detenham o controle destes recursos.

Considerando agora a totalidade dos recursos do MS (Tabela VII) e partindo-se da premissa de que várias atividades ainda hoje sob responsabilidade do próprio INAMPS, FNS, INAN e pagos com recursos da administração central do MS possam ser repassadas a estados e municípios, julgamos que mais de 2/3 do orçamento do MS possa fazer parte do montante a ser repassado pelo mecanismo proposto.

PREVISÃO DO MONTANTE A SER TRANSFERIDO

Estima-se este montante em aproximadamente US 6 bilhões, incluindo aí parte do US 192.000.000,00, referente ao pagamento de pessoal dos demais órgãos do MS, excluído o INAMPS. Deste total seriam retirados os recursos para transferência aos estados e municípios, pelos critérios propostos, desde que respeitados os seguintes pré-requisitos: programação conjunta entre estados e municípios, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde; existência de fundo para recebimento dos recursos, a serem transferidos de fundo a fundo; e conselho de Saúde em funcionamento para, além de aprovar a programação estadual, acompanhar o cumprimento das metas programadas e fiscalizar a aplicação dos recursos transferidos.

Os estados e municípios que não cumprirem estes pré-requisitos ou optarem pela continuidade do atual Sistema de financiamento, permaneceriam recebendo por produção de serviços.

Obviamente que esta dualidade será transitória, prejudicial à organização do Sistema de Saúde. Entretanto, as outras alternativas em discussão para o financiamento do setor Saúde também têm este problema: a dificuldade de uma única solução, aceita hoje universalmente por todos os responsáveis pelo gerenciamento do SUS no país.

PERIODICIDADE DAS TRANSFERÊNCIAS

Os recursos seriam repassados em duodécimos mensais, de acordo com os valores fixados para os estados e municípios.

Um ponto que merece destaque diz respeito ao risco de pulverização dos recursos para investimento, havendo, neste caso, duas alternativas:

repasso programado dos recursos de capital, de acordo com o plano estadual de investimentos, aprovados pelos Conselhos Estaduais de Saúde; ou definição de um percentual do recurso total para transferência destinado a investimentos, com liberação trimestral, segundo cronograma previamente acordado.

Em qualquer destes casos, tanto os valores para custeio como capital seriam reajustados com a mesma periodicidade e percentual daqueles aplicados às tabelas de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, que continuariam em vigor.

Quando a totalidade dos estados e municípios passarem a receber através de repasse global, caso isso venha a ocorrer, deverá ser fixado outro indexador para correção dos valores de transferência.

RESUMO DA PROPOSTA ALTERNATIVA PARA A REGULAMENTAÇÃO PROVISÓRIA DO ART. 35 DA LEI 8.080

VALOR TOTAL PARA TRANSFERÊNCIA = folha de pagamento, servidores federais + total de recursos a serem transferidos a estados e municípios.

VALOR A SER TRANSFERIDO A ESTADOS E MUNICÍPIOS = total dos recursos do FNS - despesas federais.

DESPESAS FEDERAIS = manutenção da rede própria + pagamento, pessoal + despesas com a máquina administrativa federal + atividades de referência nacional.

CRITÉRIOS PARA A TRANSFERÊNCIA GLOBAL =

a) um critério redistributivo, existente na lei: o critério populacional;

b) um segundo critério que traz embutido vários outros do artigo 35: série histórica, que julgamos ser possível obter para os últimos 15 meses;

c) um critério que leve em conta a arrecadação de cada estado para a Seguridade Social; e

d) uma ponderação referente à cessão de RH e recursos de capital aos estados e municípios, como contrapartida federal.

PONDERAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA = (X% série histórica + Y% população + Z% arrecadação) - K (contrapartida federal de recursos humanos e de capital)

6. RESUMO DAS PROPOSTAS E CONCLUSÃO

Diante deste quadro CAÓTICO em relação às perspectivas para a área de Saúde, mais do que nunca é necessário retirar da IX Conferência Nacional de Saúde propostas que apontem para

eversão desta tendência histórica de distanciamento discurso/prática das políticas de financiamento da área de Saúde.

Contudo, é fundamental compreendermos que a superação deste descaso que vivenciamos em relação ao tratamento dispensado à área de Saúde somente será possível com uma mobilização política de grandes proporções, visando tirar a Saúde dos discursos de campanhas eleitorais e colocá-la efetivamente como prioridade política de governo.

Como contribuição ao debate segue um conjunto de propostas que, sem percorrer o caminho fácil de aumentar indefinidamente a carga tributária sobre os assalariados e diminuir os já escassos direitos sociais conquistados na Constituição de 1988, apontam no sentido de uma revisão da política de financiamento do SUS, coerente com os princípios defendidos historicamente por aqueles que acreditam em um Sistema de Saúde verdadeiramente único, equânime, universal e democrático.

RESUMO DAS PROPOSTAS PARA A REVISÃO DA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DO SUS

A) EM RELAÇÃO AO APORTE DE RECURSOS AO SETOR SAÚDE

A.1) Alocação de, no mínimo, 10% dos recursos do Orçamento Fiscal da União, dos estados e municípios para o Ministério/Secretarias de Saúde, sem os artifícios de incluir saneamento básico, etc. neste percentual.

A.2) Luta pela rejeição da atual proposta de reforma fiscal apresentada pelo governo Collor (ou uma modificação radical da proposta), visto que é uma proposta frontalmente contrária aos princípios definidos para a Seguridade Social.

A.3) Revisão da estrutura de contribuição para a Seguridade Social, não no sentido apontado pela comissão de reforma fiscal, mas com diminuição da taxaçoão do consumo e criação/regulamentação de impostos que incidam sobre a renda e a propriedade, como instrumentos de justiça social. Exemplos destas alternativas é a elevação das alíquotas máximas do Imposto de Renda de pessoas físicas e jurídicas, criação do imposto sobre grandes fortunas, melhor fiscalização da contribuição sobre o lucro de pessoas jurídicas, etc.

A.4) Após a implantação das propostas acima relacionadas, extinção do Finsocial, imposto sabidamente regressivo que, segundo Resende(13)

"onera em 8% o preço da cesta básica do trabalhador."

A.5) Estudo detalhado e cauteloso de propostas que apontam na direção da saída da Saúde do âmbito da Seguridade Social e a conseqüente municipalização da arrecadação de impostos para a cobertura das despesas da área de Saúde.

A.6) Apesar de todos os problemas já relacionados, a Seguridade Social, enquanto orçamento específico, oferece uma garantia mínima para a área de Saúde, o que não ocorrerá caso este orçamento seja extinto. Assim, defende-se a manutenção deste orçamento e a destinação de 30% de seu total para o Ministério da Saúde e/ou a vinculação de uma ou mais rubrica(s) para a Saúde.

A.7) Pagamento das dívidas do Governo Federal com a Seg. Social, que segundo relatório da Subcomissão de Arrecadação e Fiscalização da CPI da Previdência Social (5), somava US\$ 12,2 bilhões entre 1986 e 1990, sendo que somente neste último ano foi de 4,7 bilhões. Ou seja, apenas a dívida da União com a Seg. Social é equivalente a todo o recurso que o Min. da Saúde receberá em 1992.

A.8) Redução imediata da sangria representada pelo pagamento dos Encargos Previdenciários da União (EPU) com recursos do Orçamento da Seguridade Social. Historicamente apenas 10% dos EPU eram pagos pelo orçamento da Seg. Social. Em 1991 praticamente 100% foram pagos com estes recursos.

De acordo com o novo plano de Custeio da Seg. Social, em 1992 continuarão a ser pagos 55% dos EPU pela Seg. Social, 45% em 93, 35% em 94 e apenas em 1995 voltará à média histórica de 10%; lembrando sempre que em 1991 os EPU representaram 8,63% das despesas da Seg. Social, sendo que a União contribuiu com apenas 6,69% da receita.

A.9) O mal uso, a corrupção e a sonegação são outros fatores de evasão de recursos da Seg. Social que necessitam ser rigorosamente controlados. Somam-se às fraudes do INSS com aposentadorias e pensões, as fraudes em órtese e prótese e nos procedimentos de alta tecnologia, das internações hospitalares, etc.

Segundo dados do IPEA, citados no Relatório Final da Comissão Especial para Estudo da Seguridade Social (6), em 1988 a evasão de receitas sobre a folha de pagamentos chegava a 40%, com tendência crescente. Por outro lado, um Simpósio sobre Economia Informal e seus Aspectos Fiscais (10) calcula que a economia informal representa algo entre 13 e 50% do PIB, tendo seus reflexos mais

graves exatamente sobre as contribuições para a Seg. Social.

Propõe-se aqui que, além da necessária transparência nas investigações sobre as fraudes e sonegação, seja constituída provisoriamente uma COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO destas ações, até que seja implementada, no menor prazo possível, a efetiva PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES NA GESTÃO DA Seguridade Social.

A.10) Outra discrepância do atual modelo é o desconto integral da atenção médica, hospitalar, odontológica, etc. no Imposto de Renda. Isto significa que o conjunto da sociedade brasileira paga o tratamento privado de um grupo de poucos privilegiados que podem desembolsar "temporariamente" recursos para pagar seu tratamento de Saúde. Enquanto isso, a imensa maioria dos que não podem pagar tem que submeter-se às restrições de um modelo de Saúde mantido com 90 dólares per capita/ano.

Para se ter uma idéia do que isso representa, basta dizer que entre os anos de 1987 e 1989, entre 4,1 e 4,5% da renda bruta das pessoas que declararam imposto de renda foi abatida apenas nesta rubrica, segundo dados fornecidos pela Receita Federal.

Sugere-se a proibição total de qualquer desconto de tratamento de Saúde no IR ou, no mínimo, a definição precisa de que tipos de problemas de Saúde poderão receber este benefício. Esta é uma medida que vai de encontro à proposta de universalização verdadeira do Sistema. Não aceitamos a idéia de um SUS para os pobres, dando aos que podem pagar a opção de descontar seus gastos no IR.

B) EM RELAÇÃO A DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

B.1) Fundo Nacional de Saúde orçamentário, contábil e financeiro, sob gestão do Ministério da Saúde, centralizando efetivamente todos os recursos federais (recursos do Tesouro e Seg. Social).

B.2) Transferência direta e automática dos recursos dos estados e municípios, pelo critério anteriormente proposto, até que seja regulamentado o artigo 35 da Lei 8.080.

B.3) Instituição de mecanismos que obriguem os estados a transferirem sua rede de atenção à Saúde para os municípios, visando a consolidar o processo de municipalização.

B.4) Cumprimento imediato da Lei Orgânica da Saúde, passando aos municípios o poder para eia-

borar, controlar e avaliar os contratos e convênios com o setor privado complementar.

B.5) Fim do clientelismo nas transferências de recursos destinados a investimento em obras e instalações, reformas, ampliações, etc. Estes recursos devem ser liberados mediante um plano estadual de investimentos, elaborado conjuntamente entre estado e municípios e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde. As emendas parlamentares também devem ser substituídas a este critério.

B.6) Substituição dos atuais critérios burocráticos para "habilitação" dos municípios, de acordo com a proposta de transferência global devem ter um processo integrado de programação com o estado, Fundo de Saúde para receber as transferências Federais e Conselho Municipal de Saúde para fixar diretrizes e fiscalizar o cumprimento das metas acordadas, além de acompanhar a execução financeira do FMS.

B.7) Definir recursos específicos para que o município possa fazer frente à isonomia salarial no âmbito do SUS. Elaboração de um plano nacional de pisos salariais para o SUS que sirva de referência para a remuneração dos servidores do Sistema.

B.8) Transparência e democratização da elaboração, discussão e execução orçamentária do Ministério da Saúde, com participação do CONASS, CONASEM E CNS em todas as fases deste processo.

B.9) A forma como está (des)organizado o Sistema de Informação da Previdência Social e Saúde, no nível Federal (o que vale também para a quase totalidade dos estados e municípios), não permite que tenhamos dados com o mínimo de confiabilidade. É difícil imaginar como é possível gerenciar tal volume de recursos com tão poucas informações e dispostas de forma tão anárquica.

A própria Lei Orgânica da Saúde (No.8.080) prevê o acesso aos serviços de informática e base de dados do Ministério da Saúde e Min. da Previdência Social. Portanto, cabe a estes ministérios viabilizarem o cumprimento da lei.

C) FIM DA RECESSÃO E DO DESEMPREGO

Tanto ou mais importante que todas estas medidas para o incremento dos recursos para a Seguridade Social e Saúde é a retomada do CRESCIMENTO ECONÔMICO com o FIM DA RECESSÃO. Não podemos deixar de dizer que o desemprego e a queda do poder aquisitivo dos trabalhadores em um Sistema de Seguridade Social mantido basicamente por eles, direta ou indiretamente, é catastrófico nas duas "pontas" do Sistema: na diminuição da receita e no aumento das despesas.

7. BIBLIOGRAFIA REFERIDA

- (1) Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.
- (2) Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.
- (3) Norma Operacional do SUS/92. D.O.U de 10 de fevereiro de 1992
- (4) Constituição Federal do Brasil. 1988.
- (5) Relatório Final da Subcomissão de Arrecadação e Fiscalização da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito Destinada a Apurar Irregularidades na Previdência Social. Presidente - Deputado Eduardo Jorge. Congresso Nacional. 1991.
- (6) Relatório Final da Comissão Parlamentar Especial para Estudo da Seguridade Social. Relator: Dep. Antônio Britto. 1992.
- (7) Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Previdência Social. Presidente - Senador Amazonino Mendes. Congresso Nacional. Maio de 1991.
- (8) Lei das Diretrizes Orçamentárias para 1992. Lei 8.211 de 22 de julho de 1992.
- (9) Médici, André C. - Perspectiva do Financiamento à Saúde no Governo Collor de Mello. Mimeo. 64 p. ENCE/IBGE, Mar. 1991.
- (10) Relatório do Simpósio Sobre Economia Informal e Seus Aspectos Fiscais. ANFIP. São Paulo. Dez. de 1989.
- (11) Castro, Janice Dorneles, et. alii. Análise da Distribuição dos Recursos Financeiros para a Assistência à Saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul e Proposta de Operacionalização dos Critérios para sua Distribuição. Porto Alegre. S. D., 13 p.
- (12) Salom M. V, Piola S. F. et. alii. O Financiamento da Descentralização dos Serviços de Saúde: Critérios para Transferências de Recursos Federais a estados e municípios. Série Economia e Financiamento No. 1. OPS. Brasil. 1990.
- (13) Rezende, F. O Financiamento da Saúde no Marco das Propostas de Reforma do estado e do Sistema Tributário Brasileiro. Mimeo. 1992.

2.

IMPLANTAÇÃO

D O S U S

21

MUNICIPALIZAÇÃO

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PAPEL DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

Eugênio Vilaça Mendes (*)

Conferência proferida na reunião do CONASS, em Manaus, em 8 de novembro de 1991.

Esta Conferência foi escrita ao correr da pena, sem maior preocupação com forma e conteúdo. Representa, pois, uma versão preliminar em fase de revisão.

1. O PROBLEMA

Com as mudanças rápidas que têm dado-se no sistema de saúde brasileiro, estabeleceu-se uma crise de identidade nas Secretarias Estaduais de Saúde que converge para a questão: qual é o novo papel das Secretarias Estaduais neste momento?

2. O QUE SIGNIFICA UMA CRISE?

Uma crise estabelece-se quando dá-se o esgotamento de um paradigma sem a consolidação de um outro que substitua o anterior.

Dessa forma, os paradigmas organizacionais que estruturaram-se, ao longo do tempo, nas Secretarias Estaduais, esgotaram-se e, ainda, não foi possível estabelecer um outro, compatível com o objeto colocado pelo SUS, daí derivando a crise atual.

3. O AMBIENTE ORGANIZACIONAL

Esta crise é agudizada pela constatação de um ambiente organizacional turbulento, expresso numa crise orgânica do Estado brasileiro que manifesta-se:

a) No plano internacional, pelas mudanças geopolíticas com o estabelecimento de uma nova ordem mundial onde não fica claro o espaço de

inserção do Brasil e pelo fenômeno do endividamento externo que coloca o país como exportador líquido de capital;

b) No plano interno, pelo esgotamento dos padrões de regulação cepalinos, o nacional-populista, o racional-autoritário e a emergência, nos anos 90, de um modo de regulação das relações entre Estado e sociedade civil que, como tudo indica, será marcado, no campo econômico, por menos intervencionismo e menos nacionalismo.

Fica uma dúvida: como este novo modelo econômico poderá solucionar a dívida social e, especialmente, no caso, a dívida sanitária?

4. O MODELO DE ANÁLISE

Do ponto de vista teórico, a análise que vou fazer estará fundamentada no postulado da coerência o que quer significar que, a um objeto, devem corresponder métodos e estruturas organizacionais com ele coerentes, sem o que estabelece-se uma crise institucional.

Então, estou em condições de formular uma hipótese: a crise de identidade que estabeleceu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde constitui uma crise institucional derivada da incoerência entre as estruturas existentes e os métodos praticados atualmente e o novo objeto colocado pelo SUS.

(*) Coordenador da área de Infra-Estrutura de Sistema de Saúde do Escritório da OPS/OMS no Brasil

5. AS TENTATIVAS DE SUPERAÇÃO DA CRISE NAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE: AS REFORMAS ADMINISTRATIVAS

O postulado de coerência é, não só um marco de identificação de crise institucional, como também, um indicador dos caminhos para sua superação.

Para tal, há que partir-se da caracterização do objeto para, dele, derivar os novos métodos e a nova estrutura.

Exatamente, o caminho inverso que, de modo geral, percorrem as instituições de saúde que, através de reformas administrativas sucessivas, tendo como substrato uma racionalidade sistêmica que desconsidera o objeto e, portanto, torna-se abstrata, vai modificando os organogramas e os atores burocráticos, sem resolver a crise determinada pela incoerência da estrutura e dos métodos com o objeto.

Dessa forma, as reformas administrativas que sucedem-se vertiginosamente vão constituindo um rosário de frustrações.

Ao inverter o fluxo do processo de mudança, partindo da construção do objeto para, dele, derivar as estruturas e os métodos, pode-se chegar a uma reforma assistencial que transcende, em muito, uma reforma administrativa porque desloca das atividades-meio para as atividades-fim o substantivo da reforma. Ou seja, de uma forma mais clara, uma reforma institucional conseqüente deve partir da definição do modelo assistencial para, dialeticamente, ao construí-lo, ir formatando, concomitantemente, a estrutura e os métodos organizacionais, tendo como referência o postulado da coerência.

6. UM PRESSUPOSTO: A INGOVERNABILIDADE OPERATIVA DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

A análise que vou fazer tem um pressuposto, o de que não restaura-se mais a governabilidade operativa das Secretarias Estaduais de Saúde.

De um lado, porque as determinações jurídico-legais emanadas da Constituição e da Lei 8.080, são claras quanto à descentralização, para os municípios, dos serviços de saúde.

De outro, porque a prática social demonstra que as Secretarias não devem e não podem mais ter governo sobre as unidades básicas do sistema de saúde.

Ao retirar-se da operação de serviços as Secretarias Estaduais de Saúde deverão buscar novos

papéis que exigirão, por sua vez, novos formatos organizacionais e novos métodos administrativos.

7. OS PARADIGMAS ORGANIZACIONAIS DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE - UMA DIGRESSÃO HISTÓRICA

Os paradigmas organizacionais das Secretarias Estaduais de Saúde vêm sucedendo-se ao longo do tempo e, mais uma vez recorrendo ao postulado da coerência, derivam do modelo sanitário prevalente em determinado momento histórico.

Nesse sentido, cabe referir-se, ainda que rapidamente, aos paradigmas organizacionais das Secretarias de Saúde que vigiram neste século.

a) O paradigma central-verticalista

Esse paradigma organizacional deriva da hegemonia, desde o final do século passado até a metade da década de 60, do modelo sanitário denominado de sanitarismo campanhista.

Este sanitarismo campanhista, por sua vez, está determinado por um modelo econômico agro-exportador - fortemente assentado na monocultura cafeeira - que exigia do sistema de saúde uma política de saneamento dos espaços de produção, armazenamento e circulação dos produtos através da erradicação ou controle das doenças que prejudicavam a exportação.

O sanitarismo campanhista consistiu numa ação, de inspiração militarista, de combate a doenças de massa, com decisões centralizadas e com forte concentração de recursos, por meio de estruturas concebidas "ad hoc".

Esse paradigma sanitário marcou as Secretarias Estaduais de Saúde através de um modelo organizacional que denomino de central-verticalista, caracterizado por:

a) Forte centralização administrativa;

b) Estrutura departamental rígida (departamento de lepra, tuberculose, saúde mental etc);

c) Execução de ações verticalizadas com decisão e normatização centrais e atividades-fim realizadas por campanhas ou por unidades de saúde especializadas (sanatórios de lepra e tuberculose, hospitais psiquiátricos etc);

d) Isolamento institucional expresso numa divisão de trabalho onde as Secretarias de Saúde só trabalhavam o objeto "saúde pública".

O esgotamento do modelo sanitário do sanitarismo campanhista, nos anos 60, determina uma crise desse paradigma organizacional e sua substituição, nos anos 70, pelo paradigma horizontal-desconcentrado, determinado pelo modelo médico-assistencial privatista. Essa crise manifestou-se

de forma muito forte nas unidades especializadas como, por exemplo, nos hospitais asilares de hanseníase e saúde mental.

b) O paradigma horizontal-desconcentrado

Este paradigma organizacional das Secretarias Estaduais de Saúde resulta de um novo modelo sanitário que conforma-se a partir da segunda metade da década de 60 e que hegemoniza-se nos anos 70: o modelo médico-assistencial privatista.

Sua origem vai, também, ser buscada na determinação econômica.

O processo de industrialização acelerado que o Brasil viveu a partir do Governo Kubitschek determinou um deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerou uma força de trabalho que deveria ser atendida, com outros objetivos, pelo sistema de saúde. O importante já não era sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo ou restaurando sua capacidade produtiva.

Por conseqüência, o sanitarismo campanhista, por não responder às necessidades de uma economia industrializada, deveria ser substituído por um outro, adrede concebido e que vai construindo-se concomitantemente com o crescimento e a mudança qualitativa da previdência social brasileira.

O modelo médico-assistencial privatista teve as seguintes características principais:

a) A extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural;

b) O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, informada pela medicina flexneriana, em detrimento da saúde pública;

c) A indução, através da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;

d) O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado em termos da lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do setor privado destes serviços.

O modelo médico-assistencial privatista um modelo dual que separa a atenção à saúde das pessoas, obrigação do setor privado, mediado pela Previdência Social, das ações de saúde coletiva, incumbência do complexo Ministério/Secretarias de Saúde.

Paralelamente às determinações econômicas internas, no cenário internacional da saúde, surgem importantes fatos como a doutrina dos cuida-

dos primários em saúde e o movimento racionalizador do planejamento da saúde, especialmente através da técnica CENDES/OPS.

O modelo dual de organização da saúde podia, assim, assentar-se numa doutrina, reinterpretada de forma reducionista, não como uma estratégia de atenção primária mas como um programa de recursos marginais para populações marginalizadas, a atenção primária seletiva.

O modelo médico-assistencial privatista, então, estabeleceu um claro papel para as Secretarias Estaduais de Saúde que era o de exercitar as ações da saúde pública tradicional - herdadas do sanitarismo campanhista - e ofertar assistência, sob a forma da atenção primária seletiva, aos não integrados no processo produtivo, ou seja, às populações urbano-periféricas e rurais.

Eram nítidos, portanto, o objeto e o espaço de atuação das Secretarias Estaduais de Saúde. Nesse momento, deu-se a introdução, nas estruturas das Secretarias Estaduais de um "locus" de modernização representado pelas unidades de planejamento de saúde.

A partir do novo objeto e desde este espaço racionalizador, restabeleceu-se o equilíbrio institucional através da afirmação do paradigma organizacional horizontal-desconcentrado. Mais uma vez obedecia-se ao postulado da coerência.

Este novo paradigma exigia estrutura e métodos que permitissem a implantação dos programas de atenção primária seletiva - ditos de extensão de cobertura - o mais importante dos quais foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, o PIASS.

Através do método CENDES/OPS, que trabalhava com o conceito de áreas programáticas e desde as unidades de planejamento criadas nas Secretarias Estaduais, teve início um processo de desconcentração administrativa com a criação de estruturas regionalizadas (Diretorias, Delegacias, Administrações ou Centros Regionais de Saúde).

A tais estruturas desconcentradas caberia o papel de apoiar logisticamente a expansão da rede de unidades de medicina simplificada, principalmente a rede PIASS.

Por outro lado, a crise das unidades especializadas, anteriormente referida, especialmente em nível de hospitais, exigiu uma nova formatação organizacional que viabilizasse uma maior capacidade administrativa. Daí, o surgimento das fundações de saúde ou fundações hospitalares. A eficácia deste novo paradigma organizacional pode ser atestada pelo efetivo alcance de seus

objetivos. No período 1975/84 o número de unidades ambulatoriais estatais passou de 1.122 para 13.739, num crescimento de 1.225%.

As principais características do paradigma horizontal-desconcentrado são:

- a) Centralização normativa;
- b) Desconcentração para órgãos regionais de atividades pré-definidas;
- c) Eliminação ou diminuição do poder decisório dos departamentos e programas, em nível central;
- d) Execução desconcentrada das ações normatizadas centralmente através de unidades ambulatoriais organizadas por programas;

e) Isolamento institucional, expresso numa divisão de trabalho onde as Secretarias exercitavam, no modelo dual, as ações de atenção primária seletiva e algumas campanhas de saúde pública.

Demais, importa reconhecer que as Secretarias Estaduais constituíam um lugar privilegiado de execução direta dos serviços básicos de saúde num momento em que o processo de municipalização era muito incipiente.

Aqui, também, pode falar-se, até a metade dos anos 70, numa coerência entre estrutura, métodos e objeto.

Contudo, a partir desse período mas, especialmente, nos anos 80, esgota-se o modelo médico-assistencial privatista e, por conseqüência, entra em crise, o paradigma horizontal-desconcentrado.

O esgotamento do paradigma organizacional horizontal-desconcentrado dá-se, fundamentalmente, pela dinâmica do sistema de saúde brasileiro nos anos 80 e que é determinada por um fenômeno que pode ser denominado de "universalização excludente".

O movimento das políticas públicas de saúde é tendencialmente, universalizador. Desde as Caixas de Aposentadorias e Pensões, aos Institutos por categorias profissionais (IAP's), ao INPS, ao SINPAS, vai dando-se um processo gradual de incorporação de beneficiários e de igualação de benefícios.

No entanto, na década de 80, que começa com uma forte recessão econômica e com uma crise da Previdência Social, o movimento universalizador adquire uma dinâmica acelerada.

Para tal, contribui, em termos mais gerais, o processo de transição democrática e, no específico, o projeto da reforma sanitária brasileira.

Nessa década, evolui-se o Plano do CONASP, para as Ações Integradas de Saúde, daí para o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde até

chegar-se, com a Constituição de 1988, à universalidade plena expressa na saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser provida, no campo setorial, pelo Sistema Único de Saúde.

Porém, a expansão da universalização do sistema de saúde vem, sempre, acompanhada de mecanismos de racionamento, especialmente a queda de qualidade dos serviços públicos que, concomitantemente, vai expulsando, para o sistema privado de atenção médica supletiva, as camadas médias e o operariado qualificado. Essa é a essência do processo de "universalização excludente".

Do lado dos produtores privados de serviços, há uma ruptura do segmento conveniado e contratado, onde o seu setor moderno migra para a atenção médica supletiva e o seu setor mais tradicional vai reunir-se aos serviços estatais para constituírem, juntos, o sistema público. Dessa forma, o modelo médico-assistencial privatista recicla-se para dar lugar a um novo modelo sanitário que hegemoniza-se na década de 80: o modelo neo-liberal da saúde.

Na mesma década conformam-se as bases de um projeto alternativo, a reforma sanitária brasileira que, sem hegemonzar-se consegue incluir, na legislação constitucional e infra-constitucional, seus princípios doutrinários, para o sistema público.

Essas rápidas e profundas mudanças no sistema de saúde não puderam ser acompanhadas por estruturas e métodos organizacionais que continuam, até hoje, os mesmos do paradigma horizontal-desconcentrado.

Eis, aí, a meu ver, a razão da profunda crise de identidade que vivem, hoje, as Secretarias Estaduais de Saúde.

8. AS MANIFESTAÇÕES DA CRISE INSTITUCIONAL NAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

A crise atual pode ser detectada através de diversas manifestações, dentre as quais vale mencionar:

a) O processo de municipalização, em muitos estados, retira das Secretarias Estaduais as funções de operação de serviços criando um imenso vazio institucional;

b) A persistência do INAMPS - essa fênix permanentemente ressuscitada - gera, em nível dos estados, uma indevida presença federal duplicadora de atribuições que, muitas vezes, colide com o princípio constitucional do mando único;

c) A continuidade dos mecanismos de financiamento através do instrumento do convênio, ao consagrar o princípio da transferência negociada, determina um grau de incerteza que perturba o exercício do mando único estadual;

d) O SUS justapõe, sem conseguir integrar, dentro das Secretarias Estaduais, duas culturas institucionais completamente distintas: a cultura inamiana da atenção médica, repousada numa administração paramétrica e num sistema de avaliação e controle contábil-financeiro, e a cultura sanitária, de organização de serviços através de programas verticais de saúde pública;

e) O modelo fundacional já não responde mais - pelos controles externos das áreas econômicas dos governos estaduais - às exigências de autonomia decisória, razão de sua existência;

f) Embutidos nos convênios com o INAMPS reforçam-se as ações de "atenção médica" em detrimento daquelas ditas de "saúde pública". Isso é visível quando analisa-se o discurso das Secretarias Estaduais. Hoje, o que fala-se e o que preenche as agendas dos decisores, nas secretarias, são AIH's, UCA's, FEM, saldo de UCA, mecanismos de repasse etc. Marginalmente, discutem-se as temáticas clássicas da saúde pública;

g) Complexificou-se, terrivelmente, o processo decisório pela entrada, na arena político-institucional, de novos atores sociais com interesses muito diversificados. Assim, uma organização montada para operar programas de atenção primária seletiva para segmentos sociais de baixo poder político é invadida por grupos de interesses diversificados e conflitantes, como prestadores privados conveniados e contratados, governos municipais, corporações de saúde, organizações não governamentais, todos portadores de alta vocalização política;

h) O SUS, ao implantar um sistema com mando único, em cada instância federativa e ao determinar a descentralização da operação de serviços, rompe a lógica administrativa de respeito aos territórios burocráticos de cada instância federativa, sem criar, na legislação, mecanismos heterodoxos de gerência que possam resolver os novos problemas, tais como disponibilidade de servidores, heteronomia salarial, cessão de bens etc;

i) O dispositivo constitucional que obriga o concurso público, determina uma modificação nas secretarias estaduais enquanto lugares de intermediação clientelística. Agora, já não trata-se de atender aos apelos políticos de nomeação de funcionários - prática mais comum na década de

70 - mas de incrementar as AIH's ou de construir unidades de saúde;

j) A crise fiscal dos estados corrói os salários reais dos funcionários, diminuindo o moral institucional e dificultando a manutenção de uma burocracia estável e motivada;

k) Certos mecanismos centrais de provisão de insumos entram em crise. Como exemplo, podem mencionar-se as dificuldades na área de medicamentos;

l) Os programas de saúde pública, um resquício do sanitarismo, permanecem como enclaves nas estruturas das Secretarias Estaduais, gerindo atividades ditas verticais em nítido confronto com a proposta de integração das ações contidas nas temáticas do SUS;

m) As estruturas regionais (diretorias, delegacias, escritórios, administrações etc), após desempenharem, com êxito, o papel de apolar a expansão da cobertura, engessaram-se, transformando-se numa mera instância burocrática, rígida, sem funções na melhoria de serviços de saúde e, muitas vezes, em espaços de intermediação político-clientelística;

n) O baixo nível de investimento levou ao sucateamento da rede estadual.

9. OS NOVOS PAPÉIS DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

A superação dessa crise institucional das Secretarias Estaduais de Saúde vai exigir, a partir da definição clara de um novo modelo assistencial para o SUS no estado, criatividade e clareza estratégica que implicam pensar nos novos papéis que essas instâncias administrativo-assistenciais deverão desempenhar.

Dentre eles, deseja-se mencionar:

a) A condução das políticas de saúde em nível estadual

A retirada das secretarias estaduais da operação da rede de serviços de saúde deve ser substituída pelo exercício das funções de condução setorial materializada na permanente implementação de atividades de caráter político-estratégico que tem por objetivo mobilizar vontades políticas e recursos econômicos, organizativos e de poder para o cumprimento dos objetivos do SUS, em nível estadual.

A possibilidade de assumir este imprescindível papel condutor vai depender, além da qualidade do projeto de governo, da capacidade de governo, ou seja, do acervo de técnicas, habilidades,

conhecimentos e experiências de uma equipe e, sobretudo, da capacidade de liderança que reflete as possibilidades dos condutores e que depende da acumulação, por parte deles, de capitais políticos e intelectuais.

Essa condução vai dar-se, principalmente, sobre o sistema público que envolve instituições estatais, federais, estaduais e municipais e o setor privado contratado e conveniado.

O papel de condução tem uma outra dimensão, aquela que exige da autoridade sanitária o exercício de uma articulação intersetorial para o enfrentamento dos problemas de saúde envolvendo setores como educação, cultura, saneamento, ciência e tecnologia, meio ambiente e outros.

A condução política exige, como pré-condição, a reafirmação dos Secretários Estaduais como gestores efetivos e únicos do Sistema Estadual de Saúde, sem interferências nesta competência indelegável, de autoridade do nível federal.

Demais, há uma necessidade urgente de obedecer às normas constitucionais e legais de contratar e conveniar com o setor privado através de instrumentos de direito público, o que aumentará substancialmente, o poder de condução das secretarias estaduais.

Paralelamente, há que buscar-se uma atitude mais pragmática, menos ideologizada, sem preconceitos de lado a lado, nas relações entre o estado e o setor privado.

O papel de condução também estará derivado do exercício de uma liderança democrática, o que implica o reconhecimento efetivo das funções inerentes ao Conselho Estadual de Saúde.

Esse novo papel, exercido no contexto de interesses diferenciados de vários atores sociais, exige uma mudança das práticas institucionais que devem estar condensadas numa administração estratégica.

b) O exercício de funções normativas e de avaliação e controle de ações descentralizadas

As Secretarias Estaduais deverão normatizar, em nível estadual, através da criação de orientações e parâmetros estaduais e regionais bastante flexíveis e do desenvolvimento de sistemas de avaliação e controle que destinem-se a medir resultados das ações do sistema de saúde. Em outros termos, desenvolver mecanismos de planejamento, monitoramento, avaliação e controle em bases epidemiológicas e, não mais, exclusivamente, em termos contábeis e financeiros ou em atos médicos finais.

c) O papel redistributivo

A existência de um Sistema Estadual de Saúde implica uma instância decisória superior - que só pode ser a Secretaria Estadual - capaz de, em nome da equidade, cumprir uma função redistributiva dos recursos entre regiões e municípios do estado, de modo a corrigir a regressividade de um sistema que vem acumulando, com os anos, distorções que penalizam espaços-populações possuidores de maiores necessidades e de menores recursos.

Cumpra salientar que o conceito moderno de equidade não é mais dar igualmente a todos. Diferentemente, expressa-se no conceito de discriminação positiva que exige concentrar recursos naqueles que apresentam maiores necessidades.

Este papel redistributivo deve ser realizado tomando-se recursos em sentido amplo: recursos financeiros de custeio, recursos para investimento, AIH's etc.

O exercício desta função redistributiva vai depender, fundamentalmente, da regulamentação do Art. 35 da Lei 8.080 que deve, além de precisar critérios que levem a uma distribuição progressiva dos recursos, estabelecer mecanismos que tendam a minimizar as transferências negociadas e maximizar as transferências compulsórias interinstâncias federativas.

Em nível de estados, poder-se-ia pensar, também, na criação de um fundo de investimentos, localizado nas Secretarias Estaduais de Saúde e composto com recursos que os estados deixarão de gastar na reposição de pessoal que passaria a ser feita pelos municípios.

d) A utilização de uma inteligência epidemiológica

A descentralização dos serviços para os municípios não exime a necessidade do exercício de um papel de inteligência superior que possa dar conta do monitoramento da circulação dos fatores envolvidos no processo saúde/doença.

A isso estou denominando de utilização de uma inteligência epidemiológica nos espaços supramunicipais.

O exemplo da cólera é significativo da imprescindibilidade dessa função da nova Secretaria Estadual de Saúde.

e) A cooperação técnica no processo de municipalização

O processo de municipalização - para não esgotar-se em mais uma das muitas e inúteis reformas administrativas que já fizeram-se na saúde - deve vir acompanhado de uma mudança do modelo assistencial das Secretarias Municipais de Saúde.

A implantação desse novo modelo assistencial - que virá junto com novo modelo gerencial - deverá ser, talvez, o papel de maior importância relativa das Secretarias Estaduais que, para tal, deverão organizar-se como espaços de prestação de cooperação técnica aos municípios. Isso é bem diferente do trabalho tradicional de supervisão técnica que as Secretarias Estaduais estão acostumadas a desempenhar, exigindo uma preparação de seus quadros na concepção moderna da administração do conhecimento.

Para tal, torna-se imprescindível um estreitamento das relações com núcleos acadêmicos do estado.

Por aqui, talvez, possa descobrir-se um novo papel para as estruturas regionais atualmente existentes.

f) A execução direta de serviços e programas estratégicos

Deve competir, às Secretarias Estaduais, a execução de programas estratégicos como sangue e hemoderivados, produção de insumos críticos e outros e alguns serviços, especialmente aqueles de abrangência regional e estadual que, por sua importância, sejam considerados responsabilidades indelegáveis dos estados ou que não possam ser, imediatamente, assumidos pelos municípios.

10. A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO PARADIGMA INSTITUCIONAL

A construção de um novo paradigma institucional - que vou denominar de estratégico-descentralizado - exige o exercício de definição de um modelo assistencial informado pelos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, direito à informação, base epidemiológica e participação comunitária.

Isso implica conceber estrategicamente e implantar um modelo assistencial com base territorial definida e que busque impactar favoravelmente os níveis de saúde da população. Essa é a proposta de distritos sanitários, entendidos como processos sociais de mudança das práticas sanitárias no interior do SUS.

Esse novo objeto colocado pelas exigências do SUS vai determinar nova estrutura e novos métodos nas Secretarias Estaduais de Saúde que serão definidos com base em alguns movimentos, dentre os quais vale mencionar:

a) Da desconcentração para a descentralização;

b) Da decisão institucional para a decisão democrática baseada na administra-

ção de conflitos e na formação de consensos;

c) Da gerência operacional para a condução política;

d) Do planejamento normativo para o planejamento estratégico;

e) Da rigidez burocrática para a competição pública;

f) Do controle e avaliação de processo para o controle e avaliação de resultados;

g) Da estrutura rígida para a flexibilidade que permita adaptar-se à incertezas;

h) Do modelo fundacional para novas formas de autonomia administrativa definidas conjuntamente com contratos-programa;

i) Do modelo dual de atenção médica e programas para uma organização por problemas com base territorial.

11. CONCLUSÕES

Os desafios do novo paradigma, a implantação de uma nova estrutura e de novos métodos, constituem processos sociais.

Não é, portanto, algo que possa ser realizado por decreto ou por lei, tal como é comum na experiência brasileira de reformas administrativas.

Aqui, a mudança fundamental é de natureza cultural.

Por conseqüência, não vai mudar-se uma Secretaria Estadual de Saúde sem ter paciência histórica, clareza estratégica e ousadia política.

A mudança de organograma é alguma coisa que decorrerá da própria dinâmica institucional e não deve antecipar-se a esse processo social.

Não compreender isso, é um dos grandes erros no qual têm incorrido os administradores de saúde.

Portanto, há que definir-se um modelo assistencial, implantá-lo gradualmente e, dialeticamente, ir modificando os métodos e as estruturas, tendo como parâmetro o postulado da coerência.

Essa visão de processo social de mudança organizacional é, por certo, muito mais trabalhosa do que aquela outra de contratar uma consultoria externa de iluminados e encomendar uma nova estrutura organizacional.

Por outro lado, como a prática demonstra, constitui a única maneira conseqüente de transformar as organizações.

Mesmo porque o Brasil já não suporta mais milagres e milagreiros e o sistema de saúde só será modificado com espírito público e muito trabalho realizado, de forma constante, ao longo de muitos anos.

A GESTÃO ENQUANTO COMPONENTE ESTRATÉGICO PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Gastão Wagner S. Campos

COMENTÁRIOS SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE POLÍTICA E GERÊNCIA INSTITUCIONAL

Não há como fugir ao fato de que o fator determinante para o sucesso da Reforma Sanitária brasileira é de natureza política. O elemento decisivo para esta vitória é a consolidação de um bloco de forças sociais, capaz de construir uma nova proposta de ordenação dos modos de vida e de atenção à saúde e de, ao mesmo tempo, aprofundi-la, transformando-a em senso comum, até o ponto em que venha a substituir o antigo modo de produção de serviços de saúde e a consciência sanitária dos brasileiros.

Dentro deste contexto, a gestão de serviços de saúde ocupa uma posição subordinada, dependente da política hegemônica em um dado período. No entanto, convém não tomarmos esta lógica em sentido mecânico, sob pena de ignorarmos o papel e a importância que as contradições internas ao sistema de saúde têm na sua própria transformação e mesmo na manutenção e reprodução de um determinado estado de coisas. Ou seja, a adoção de um dado padrão de gerência de sistemas de saúde é um elemento tão essencial à manutenção de um determinado padrão de serviço como a sua reforma radical. Não que as técnicas de administração sejam neutras, podendo ser utilizadas para conservar ou transformar determinada estrutura; e, sim, que existem procedimentos diferentes para cada um destes objetivos. Colocando de outra forma: há que haver uma adequação dos meios aos fins que se persegue. A gestão de unidades é um meio ou para se consolidar um determinado processo de produção de ações de saúde ou para transformá-lo. Contudo, conforme cada um desses objetivos, há que se trabalhar com diferentes técnicas, instrumentos e conteúdos de gerência.

Vale a pena ressaltar que a vigência de uma dada modalidade de gestão, voltada para viabilizar um processo de reforma, é uma condição necessária ao seu sucesso, mas não razão suficiente. Inclusive, não se tem notícia, na história contemporânea, de reformas sanitárias desencadeadas e sustentadas a partir dos quadros dirigentes do

aparelho burocrático. Por outro lado, é quase impossível levar a cabo a implantação de um novo modelo de saúde sem que a maioria dos gerentes e dos trabalhadores de saúde não só estejam de acordo com a nova proposta como também se empenhem em consolidá-la.

Em 1989, escrevi algumas considerações sobre o tema: "...a gerência é um instrumento importante para a efetivação de políticas; ela é, ao mesmo tempo, condicionante do e condicionada pelo modo como se organiza a produção de serviços. Esta dupla posição - de produto de um determinado contexto e de criador deste mesmo contexto - torna o processo de gestão permeável à influência dos diferentes sujeitos sociais interessados em diversas políticas de saúde". Ainda sustento esta opinião, considerando que tanto os processos de gestão como os recursos humanos (entendidos como sujeitos sociais) são elementos estratégicos no processo de consolidação de qualquer reforma sanitária.

ADMINISTRANDO INSTITUIÇÕES DE SAÚDE SOB O GOVERNO DO MERCADO

Considero que as técnicas de gestão encontram-se muito pouco desenvolvidas na área da saúde. A predominância, durante dezenas de anos, da prática médica liberal, como principal forma de prestação de serviço às populações, terminou por atrasar a incorporação ao campo da saúde de métodos administrativos desenvolvidos em outros ramos da produção de bens ou serviços. O desenvolvimento da atenção médico-hospitalar deu-se, em larga medida, dentro dos cânones das normas de mercado adaptadas à prática da medicina.

Neste sentido, o trabalho do médico, do dentista, bem como de outros profissionais, conservou um certo caráter artesanal apesar de toda incorporação de tecnologia ao setor. Isto porque, nestes casos, a divisão de trabalho não ocorreu como em outros ramos da produção, criando uma dependência quase que absoluta entre os vários produtores. Aqui, houve um acentuado processo de especialização sem o aparecimento da "linha de

produção"; ao contrário, cada nova especialidade criada não subordinou as demais nem as fez desaparecer, havendo, sim, como que um processo de adição de novos procedimentos para a produção do mesmo antigo produto: diagnóstico e instituição de uma terapêutica. Estas peculiaridades permitiram que o médico continuasse com um certo grau de autonomia e independência profissional mesmo quando trabalhando em grandes empresas, como são os modernos hospitais. Ele pode ser auxiliado, por realizar apenas uma parte do processo diagnóstico ou terapêutico, mas seu trabalho continua próximo ao do artesão, continua um trabalho solitário, que pode ser destacado dos demais e, portanto, pode ser remunerado enquanto uma unidade identificável. Foi esta característica que permitiu em várias formações econômico-sociais, no pós-guerra, a conciliação da prática médica liberal com grandes empresas capitalistas ou estatais de prestação de serviços de saúde. Refiro-me aos casos dos Estados Unidos e do Brasil, entre outros.

Em certa medida, isto vem se dando também, em diferentes graus, com outras profissões de saúde, onde pode ocorrer uma combinação dinâmica entre assalariamento com todas as suas decorrências - submissão a uma gerência externa, perda de autonomia profissional, jornada de trabalho pré-acordada etc. - e adaptações da prática liberal tradicional a novas circunstâncias, sempre com diminuição relativa da autonomia, mas conservando-a em grau maior do que a de outros assalariados.

Portanto, sempre que houver predominância das regras de mercado na produção de serviços de saúde há uma tendência ao não desenvolvimento de técnicas gerenciais, tanto internamente em cada unidade quanto em relação ao sistema como um todo. Neste padrão de serviço há como que um primitivismo na gestão: não há planejamento, não há nenhum mecanismo de controle de produção ou de qualidade, há imprevisibilidade de gastos e de receitas, e toda a administração cuida do suprimento de materiais e da parte não-universitária dos recursos humanos. Não se desenvolveu, dentro deste modelo, uma teoria de gestão específica para serviços de saúde; simplesmente foram incorporadas algumas noções da chamada Administração Científica ou da Escola Clássica. Examinando os textos clássicos de administração hospitalar não encontraremos nada além deste limite.

Neste tipo de gestão o corpo de médicos detém grande poder, influenciando decisivamente não

só na organização do processo de trabalho, mas também sobre os investimentos em novos equipamentos ou na decisão de expandir a prestação de serviços. Há um conflito permanente entre o corpo de profissionais autônomos e os proprietários ou diretores executivos deste tipo de empresa ou cooperativa, ou instituição filantrópica.

Inegavelmente, este tipo de gestão favorece os interesses de profissionais de saúde que conseguem preservar este padrão de autonomia, principalmente os médicos. Trata-se de um sistema de gerência voltado exclusivamente para a reprodução do modelo assistencial existente, na medida em que trata tão-somente de lhe assegurar os meios de operação. Não pressupõe a mudança, é marcadamente um método conservador de gestão. Os administradores, via de regra, são "leigos" - economistas, administradores de empresa -, desconhecendo e não tendo autoridade técnica ou legal para opinar ou interferir no processo de trabalho. Existiria uma outra direção para a área "técnica", em geral denominada de "diretores clínicos", com autoridade técnica para opinar sobre processos de trabalho porque é sempre indicado entre seus pares profissionais, mas que não o faz, uma vez que na prática não é mais do que uma espécie de representante dos interesses corporativos junto aos proprietários ou dirigentes da empresa de saúde, além de funcionar como instância onde se compatibilizam os interesses individuais dos vários membros do corpo de técnicos e o funcionamento da unidade.

Este modelo organizacional tem demonstrado uma capacidade de persistência surpreendente, tendo um vista os resíduos históricos que incorpora. Na verdade, tenta-se compensar a impossibilidade de planejamento e de controle inerente a este modo de produção de serviços de saúde com a dinâmica decorrente de normas de mercado, neste caso incorporadas à organização interna de cada unidade. A remuneração dos profissionais autônomos depende de sua produtividade, de sua capacidade de captar clientela fora da unidade e de processá-la em seu interior. O calcanhar-de-aquiles deste modelo está em sua decrescente eficácia, na desigualdade distributiva inerente à lógica de mercado e na sua incapacidade de universalizar-se.

Ou seja, este sistema funciona, em termos, para aquela parcela que dispõe de recursos para pagar por sua atenção. Mas, mesmo nestes casos, tendencialmente costuma ocorrer uma produção desnecessária de atos, com custos sempre crescentes, que não só podem ser inócuos como fre-

quentemente impõem sofrimento aos pacientes. No caso brasileiro, tentou-se fundir o sistema público a este modelo. O resultado é conhecido: na época em que havia recursos oficiais para a compra de serviços tendeu-se à produção desnecessária e à fraude; em períodos recessivos não houve hesitação em se praticar a desassistência, chegando-se até a omissão de socorro.

É quase que desnecessário concluir, porque se pode deduzir por simples raciocínio lógico, que neste modelo de gestão não há como se implantar um padrão sistemático de planejamento. Em vez de atendimento hierarquizado, segundo níveis crescentes de complexidade tecnológica e de gravidade dos casos, ter-se-á a livre incorporação de tecnologia e de procedimentos conforme o interesse e as disponibilidades financeiras e administrativas de cada unidade ou empresa *per se*. No lugar da regionalização e descentralização de serviços com o fim de constituir áreas com autonomia assistencial, ter-se-á uma distribuição de unidades conforme a oferta de cada mercado específico. É óbvio que o Estado pode utilizar mecanismos indiretos para "dirigir" através de incentivos e pressões fiscais este espontaneísmo empresarial.

Parece, portanto, evidente que neste padrão de gestão há um predomínio do Interesse privado sobre o público. As decisões são tomadas mais em função dos interesses corporativos, de médicos, outros profissionais ou de empresários, do que em função das necessidades de saúde da população ou das dificuldades de um dado país e de seu estado. Estas características, deste modelo de produção e de gerência de serviços de saúde, determinaram o surgimento de condições históricas, em vários países capitalistas, que permitiram a sua substituição por sistemas que combinam, em diferentes graus, alguns de seus traços com o controle e a produção estatal.

O GOVERNO E A ADMINISTRAÇÃO SANITÁRIA: EVITANDO O PIOR, COMPLEMENTANDO O MERCADO

Por outro lado, desde o século XIX, particularmente em países europeus, vêm se desenvolvendo ações de promoção ou de atenção à saúde levadas a cabo pelos governos, ou seja, criou-se uma medicina do Estado, que objetivava, precisamente, opor-se e, talvez na maioria dos casos, atenuar os desequilíbrios resultantes do desenvolvimento "espontâneo" das cidades, da assistência médica

dita liberal, enfim, do afluyente mercado capitalista característico da época. A descrição destas condições de vida, que ameaçavam a saúde dos cidadãos, aparece em várias obras, desde litáreas, como as novelas de Charles Dickens, até socioepidemiológicas, como no antológico trabalho de F. Engels. *As condições de vida da classe operária na Inglaterra*. George Rosen e Michel Foucault descreveram o surgimento desta prática denominada de Medicina Social, Política Médica, Saúde Pública.

"A medicina social inglesa, esta é sua originalidade, permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres; uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias etc.; e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la" (Foucault, 1979).

De qualquer forma, o que interessa ressaltar dentro destes fatos é que com a intervenção estatal acabou por se desenvolver uma tradição administrativa diferente daquela típica do modelo liberal, ou seja, "Aparece, neste momento, o médico, como o administrador da saúde"... havendo... "Subordinação, portanto, da prática médica a um poder administrativo superior" (Foucault, 1979).

Enfim, a partir destes modelos, vários países que se industrializaram tiveram de adotar variações destes modos de se administrar serviços públicos de saúde. O Brasil, principalmente após as primeiras décadas do século XX, também criou seus métodos de gestão de uma medicina pública. A este propósito ver *Saúde pública e capitalismo*, de Emerson Merhy.

Sem risco de erro, pode-se afirmar que até recentemente não ocorreu quase que nenhuma transformação significativa nos métodos e procedimentos adotados pela Administração da Saúde Pública no Brasil. As características gerais deste modelo de gestão estão no próprio objeto e método de trabalho da Saúde Pública. Em cada época variaram os objetivos, ora sendo privilegiadas as epidemias dos pólos urbanos exportadores, ora as endemias rurais, ora o controle da mortalidade infantil e materna; mas sempre trabalhando-se com objetivos que estavam longe de abranger os maiores e principais problemas da saúde da população, o que permitiu a montagem de um sistema de administração de serviços voltado para situações episódicas, onde a estrutura era permanente mas os movimentos não, na medida em que obe-

declam à lógica de campanhas, ou seja, de máxima pressão até a derrota de todos os obstáculos colocados ao objetivo.

Este tipo de gestão trouxe, inicialmente, aos serviços públicos características organizacionais semelhantes a dos exércitos. Planejando-se a intervenção na realidade através de dois tipos de ação: a de Campanha - quando o objetivo é o aniquilamento do inimigo - e a de Vigilância - quando se impede o ressurgimento e a rearticulação do adversário. Este sistema tendeu para o enrijecimento, criando estruturas autoritárias, profundamente hierarquizadas e emperradas. Inclui-se com pequena mobilidade mesmo para desencadear campanhas.

No pós-guerra, principalmente através da influência da Faculdade de Saúde Pública da USP/SP, de algumas secretarias de Estado e do Ministério da Saúde e Fundação SESP, acoplaram-se a este sistema noções "modernas" de "Administração Científica", adaptando-se diretrizes desta escola clássica à política de saúde vigente. Deve-se ressaltar que esta reforma não alterou as características principais deste modelo de organização de serviços. Introduziu de forma mais sistemática os preceitos de Planejamento, Programação, Controle, bem como uma preocupação com a Seleção, Treinamento, e Supervisão de Recursos Humanos, todos recomendados por Taylor e Fayol, mas não alterou a eficácia nem as limitações do então objeto de trabalho da Saúde Pública. No entanto, criou um corpo de burocratas especializados em administração sanitária, dando origem a um novo tipo de sanitarista, formado não apenas em epidemiologia, microimuno etc., mas também em gerência de unidades e mesmo de sistemas de saúde.

Neste período, e mais marcadamente a partir da década de 70, além das ações tradicionais da Saúde Pública, o Estado brasileiro passou a produzir e, portanto, a gerenciar serviços de saúde voltados para a atenção individual, tanto no nível ambulatorial quanto hospitalar. Nestes serviços foi criado um estilo de gestão e de organização do processo de trabalho que terminou por combinar o que havia de pior em cada uma das duas formas tradicionais de administração sanitária.

Do modelo liberal-privado, estes hospitais públicos tornaram a autonomia do corpo clínico; só que isto, sem o estímulo da remuneração por cliente atendido, característico do serviço privado, determinou apenas a impossibilidade de implementação de qualquer tipo de controle sobre o trabalho médico, resultando, via de regra, em baixa produ-

tividade e pequena capacidade de resolução dos problemas de saúde.

Da organização sanitária tradicional, tomou-se o modelo clássico de administração, criando-se estruturas pesadas, com alta centralização de poder, resistentes à mudança e de difícil adaptação a novas situações. Por paradoxal que possa parecer, este estilo de gestão nunca conseguiu resolver a questão da integração do médico, e, em menor grau, do dentista, psicólogo e de outros profissionais, ao sistema público da saúde. A bem da verdade, nem mesmo conseguiu disciplinar o trabalho destes profissionais nas instituições públicas; apesar de algumas tentativas de "taylorização" do processo de trabalho nas unidades de saúde, através da montagem de linhas de produção e da divisão do trabalho entre profissionais com diferentes formações e treinamentos, alguns executando ações simples e repetidas enquanto os médicos executariam apenas o trabalho intelectual. Nem mesmo a questão da jornada de trabalho foi equacionada. Em quase todo o Brasil - independente do padrão salarial -, estes profissionais nem têm uma produtividade ou eficácia adequada nem cumprem, como todo e qualquer assalariado um determinado horário de prestação de serviços.

Sem nenhum exagero, pode-se afirmar que há um processo marcado de alienação destes profissionais do setor público de saúde do seu processo de trabalho, fenômeno este evidente em relação ao médico, mas que afeta todas as ocupações, mais ou menos especializadas, dos serviços de saúde. Fernando Prestes Motta salienta que a alienação do trabalhador moderno pode se dar em cinco diferentes dimensões do seu processo de trabalho.

Haveria "...uma divisão, que já é uma separação, entre o homem e seu instrumento de produção" (Motta, F.C.P., 1984).

No caso dos médicos este tipo de alienação é nítido, sendo evidenciada no seu desapego em relação ao Hospital, ao Centro de Saúde etc., onde trabalham. O funcionamento adequado destas unidades já não é considerado como um problema deles, de ordem pessoal, ou tampouco profissional. Isto explica a dificuldade dos gerentes das unidades de saúde em conseguir melhorar o desempenho destes serviços, na medida em que tenderia a não haver envolvimento do corpo clínico com o controle da infecção hospitalar, com a organização do processo de trabalho segundo uma ótica que interesse ao bem-estar e à saúde do paciente, entre outros aspectos.

Uma segunda instância de separação ocorreria entre "...o agente e o produto do seu trabalho" (Motta, F.C.P., 1984).

No campo da saúde este padrão de alienação dos profissionais é evidenciado pelo seu descaso e descompromisso com a cura completa do paciente e, o que talvez seja ainda mais grave, com os determinantes do processo de saúde e doença. No máximo lhes é cobrado a parte do tratamento que é atribuída a cada profissional, o exame "xis", a terapêutica "ipsilon". O resultado da convivência com este tipo de alienação tem sido a desumanização progressiva da prática médica, bem como a diminuição da sua eficácia. Cada vez mais são praticados atos que se encerram em si mesmos, sem nenhuma repercussão positiva sobre o indivíduo ou sobre a coletividade.

"A terceira... é a separação entre cada membro da organização, isto é, cada um concentrando-se em sua tarefa, não se ocupando da do outro" (Motta, F.C.P., 1984).

Este fenômeno é nítido entre os médicos, porquanto cada vez mais é difícil a atribuição de responsabilidade pela evolução do paciente, pelo seu acompanhamento integral. Ninguém mais pensa o problema do doente de forma integral com o objetivo de curá-lo, e muito menos se aproveita o risco que cada um foi exposto para a busca de proteção a outros segmentos da sociedade. Com a progressiva especialização quebrou-se a unidade do processo terapêutico, pois cada qual cuida da sua parte sem preocupação com a continuidade ou não da busca da cura. Paciente encaminhado é considerado um caso resolvido, mesmo que este não tenha acesso garantido aos demais níveis de assistência e as circunstâncias que o vitimaram possam ainda estar ameaçando outros cidadãos.

O mesmo, talvez ainda com maior ênfase, ocorre entre as diferentes profissões que compõem a moderna equipe de saúde. A autonomia do médico, sua ascendência sobre os demais, praticamente anulam a noção de Equipe de Saúde ou de trabalho multiprofissional integrado. Não há integração possível a não ser a da subordinação. Não há solidariedade, cooperação, apoio. O resultado é a descontinuidade do processo de trabalho. Determinada instância não sabe o que se passa na outra. Sofrem, mais uma vez, a eficácia, a qualidade de serviços da moderna instituição de saúde.

"A quarta diz respeito (...) à separação ao nível de atividade, isto é, o trabalhador não pode defini-la. Deve executar sua função seguindo normas definidoras presentes em sua descrição".

"Finalmente, há a separação no tempo da atividade" (Motta, F.C.P., 1984).

Este tipo rígido de definição de competências, característico da empresa pública, tem limitado a iniciativa, a criatividade e a capacidade de improvisação dos profissionais de saúde. A normatização excessiva dos serviços de Saúde Pública, bem como a definição muito precisa de cada nível da hierarquia da rede ou de cada profissional, terminaram por burocratizar estas instituições, cristalizando um padrão de produtividade e de desempenho muito aquém do necessário ou do socialmente esperado.

Estes elementos de natureza sociopolítica têm tido repercussões administrativas e gerenciais, comprometendo o desempenho de serviços públicos e privados de saúde em quase todo o mundo industrializado contemporâneo. A sua superação é um dos principais desafios para este fim de século. Quer os países do socialismo real, quer alguns capitalistas que organizaram sistemas nacionais de saúde, quer aqueles onde ainda predomina a medicina de mercado, todos estão frente a esta "crise de eficácia" dos sistemas de saúde. Crise cuja solução demanda não apenas novas descobertas no campo técnico-científico, ou a simples adoção de outros padrões de política administrativa, mas principalmente exige uma reforma radical nos modos de se organizar e de gerir serviços de saúde.

No caso brasileiro, além destes determinantes gerais há um fator adicional e peculiar que agrava os contornos da crise sanitária nacional. Trata-se do fenômeno que se convencionou chamar de "privatização da coisa pública". Na verdade, trata-se não-somente de um padrão de gestão das empresas públicas que sempre coloca o interesse privado - de empresas, de grupos políticos, de corporações profissionais - acima do interesse coletivo.

Neste contexto é frequente a utilização do aparelho público de saúde para uma política de clientelismo, com todos os seus desdobramentos e consequências negativas à eficácia do sistema. Refiro-me ao empreguismo, à indicação de administradores não segundo sua competência e capacidade gerencial, à distribuição de recursos segundo critérios eleitoreiros e não decorrentes do planejamento da saúde ou da consulta à população. Até mesmo o desmonte de serviços eficientes é frequente, ocorrendo, em geral, quando algumas instituições adquirem autonomia frente a esta lógica da luta mais rastaquera pelo poder.

De maneira não explícita, mas em parcela bastante significativa, a *intelligentsia* sanitária doce-

mente sucumbiu aos encantos deste jogo, considerando insensata qualquer atitude de confronto a este estilo de procedimento. Postura esta, de fato, inconsequente, pois a contaminação de serviços de saúde por este tipo de lógica compromete toda a sua eficácia. Não funciona a Saúde Pública porque nunca se pode arrostar o interesse da propriedade privada, ainda que este coloque em risco a saúde coletiva. Não funcionam Hospitais e Centros de Saúde porque nunca se pode enfrentar os interesses de corporações com *status* e prestígio social, e muito menos a vasta gama de empresários da saúde. O predomínio deste tipo de cultura institucional e a dificuldade dos dirigentes progressistas em enfrentá-la têm desmoralizado os projetos reformistas mais sérios, como recentemente ocorreu com o SUDS. Isto porque, apesar da decretação e aprovação legal de medidas necessárias ao bom atendimento, elas não são levadas às últimas consequências, bloqueadas que são pelo Interesse privado voltado para manter o *status quo* na área da saúde, que em linhas gerais lhe é favorável.

ALGUMAS DIRETRIZES PARA UMA GESTÃO QUE CONTRIBUA PARA CONSOLIDAR E IMPULSIONAR AS INICIATIVAS REFORMISTAS E TRANSFORMADORAS DO SISTEMA DE SAÚDE

Desenvolver uma maneira adequada de administrar serviços de saúde é algo mais do que adaptar ao campo sanitário procedimentos modernos de "organização e métodos". Na verdade, conforme foi descrito acima, não há como ignorar as contradições e dissensões que dilaceram e paralisam o desenvolvimento de um modelo integral e eficaz de produção de saúde. Para que a "gestão" tenha um papel estratégico na implantação do Sistema Único de Saúde, ela deve necessariamente cuidar daquelas características consideradas negativas aos objetivos do SUS e que não lhe escapem à capacidade de influência. Assim, no caso brasileiro, não há como fugir ao tema da "privatização da coisa pública".

Ao mesmo tempo que é imprescindível a recuperação da função social do sistema público de saúde, garantindo-se a universalidade e equidade na distribuição de benefícios, há que se quebrar a estrutura tradicional do sistema, marcadamente centralizada e anacronicamente ainda fundada nos princípios da escola da "Administração Científica", cuidando de se assegurar uma produtividade e uma eficácia razoáveis.

A realização de qualquer destes dois movimentos de forma isolada trará consequências negativas à Saúde Pública.

Aqueles críticos, em geral filiados a alguma concepção neoliberal, que enfatizam o emperramento da empresa pública, imaginam que a solução estaria no aprofundamento da privatização da assistência médico-hospitalar. Advogam modelos gerenciais e organizacionais que, uma vez adotados, privatizariam radicalmente até mesmo hospitais públicos, sem contudo dispensar o Estado dos gastos com investimento. Propõem que o governo continue investindo em equipamentos, instalações e até mesmo custeando hospitais públicos, mas que sua gestão, a distribuição de dividendos, resultantes de convênios, do pagamento direto ou de algum eventual superávit, seja atribuição autônoma do corpo de profissionais. Esta linha de trabalho vem sendo aplicada em vários hospitais governamentais altamente especializados, assim como em alguns de propriedades de universidades ou da União, e até mesmo de governos estaduais e municipais. Sobre aquelas ações que não interessam ao mercado, têm pouco a dizer, a não ser que cumpriria ao Estado a obrigação de prestá-las, sem contudo especificar sob que tipo de gestão. Neste último caso certamente enquadraram-se as ações tradicionais de promoção e proteção à saúde coletiva, bem como a atenção aos marginalizados através de programas simplificados e de baixo custo.

Outros, de ideologia socialista, vêem na privatização o determinante maior da crise sanitária brasileira. Em geral, têm defendido o Sistema Público sem senso crítico e sem apontar soluções gerenciais capazes de impedir tanto o seu emperramento burocrático como o caráter regressivo que acaba tendo a ação estatal mesmo na área de saúde, como recentemente vêm demonstrando vários relatórios, particularmente o do IPEA/Ministério do Planejamento, de 1989.

Na esperança de contribuir para a superação dos limites desta segunda corrente, penso que algumas diretrizes gerais deveriam ser discutidas tendo em vista o quadro analítico até aqui esboçado.

Não há como deixar de reconhecer que os sistemas administrativos de empresas públicas na área da saúde estão superados, contribuindo apenas para a preservação de uma situação iníqua e intolerável para todos aqueles que acreditam na justiça social e no progresso.

Deveríamos trabalhar com a idéia básica de radicalizar o processo de *descentralização*, pro-

longando-a até cada unidade de saúde e mesmo até cada equipe multiprofissional. A idéia muito rígida de rede hierarquizada tem se constituído em uma camisa-de-força que tolhe a capacidade de resolver problemas de cada equipe, além de limitar as iniciativas e de diluir as responsabilidades profissionais dos vários segmentos envolvidos no processo de trabalho.

Neste tipo de proposta não há lugar para os tradicionais programas de atenção à saúde, onde previamente estariam definidas condutas e até mesmo a organização do processo de trabalho. Neste caso, o Planejamento deveria definir objetivos estratégicos e os modos para alcançá-los, e cada equipe local teria autonomia para se organizar da forma que julgasse conveniente sempre dentro dos limites gerais da política de saúde vigente. O Controle e a Avaliação não deveriam mais basear-se na idéia de acompanhamento direto, de resto ineficaz e impossível por mais delirante que seja o autoritarismo dos que pretendem viabilizá-lo, e sim na Avaliação do Desempenho de cada equipe segundo os critérios previamente definidos no Planejamento. Vale a pena, inclusive, discutir-se sobre a adoção de incentivos materiais conforme o Desempenho das várias equipes, quer através de ganhos monetários definidos a partir do resultado do trabalho de cada Equipe, quer através da progressão dentro das carreiras etc.

Este tipo de gestão dos serviços tenderia a atenuar a alienação dos profissionais do seu objeto (o paciente, a saúde) e de seu instrumento de trabalho (o hospital, centro de saúde e o próprio Sistema), na medida em que os critérios de Avaliação de Desempenho teriam obrigatoriamente de se referenciar a metas qualitativas de cobertura, de integralidade das ações, de atendimento de intercorrências individuais e da adoção de medidas de prevenção.

Outra linha de desenvolvimento dos mecanismos de gerenciamento deve cuidar de romper com o corporativismo profissional e com o fracionamento das atividades desenvolvidas pelos vários indivíduos. A adoção de um instrumento de Avaliação de Desempenho da Equipe de Saúde, e não desta ou daquela categoria, por si só já se constituiria em um poderoso mecanismo de integração, uma vez que o desempenho de cada profissional dependeria, inclusive para avaliação, daquele de toda a Equipe. Contudo, também há de ser realizada uma verdadeira reorganização do processo de trabalho em hospitais, ambulatorios, centros de saúde, rompendo com a estrutura vertical destes serviços, onde as várias corporações

mantêm linhas diretas de relação apenas com seus pares. Ou seja, há que se acabar com o Corpo de Clínicos, Divisões de Enfermagem, e assim por diante. No seu lugar, criar grupos com objetivos de trabalho claramente identificáveis e que reúnam todas as profissões necessárias ao desempenho da tarefa e das metas definidas, sob um mesmo comando executivo e com autonomia para coletivamente definirem a organização do seu próprio processo de trabalho e proporem metas e objetivos a serem negociados com as demais Instâncias do sistema.

Nesta perspectiva há que se assegurar que tanto hospitais como centros de saúde ou de reabilitação, como áreas de vigilância, estejam realmente integrados sob um mesmo comando, segundo critérios de regionalização territorial e assistencial. Contudo, há que se relativizar a noção de hierarquização, entendendo-a mais como uma escala racional de incorporação de tecnologias e de distribuição de recursos do que como limites colocados à atuação de cada equipe sobre os problemas de saúde mais gerais ou mesmo sobre os sofrimentos de seus pacientes.

Finalmente, há que se considerar uma terceira diretriz desta Reforma Administrativa e dos Padrões de Gestão do SUS, também essencial e necessária à transformação do modo de produção de serviços de saúde. Trata-se da *democratização* dos instrumentos de gerências das empresas públicas. Certamente este é o único remédio capaz de atenuar, ou mesmo de controlar a utilização privada da coisa pública. Em relação a este tema, não há mais como ocultar o imobilismo atrás de fórmulas genéricas e demagógicas sem aplicabilidade imediata como a tradicional declaração a favor da "Participação Comunitária".

É inadiável a institucionalização de mecanismos permanentes que assegurem a gestão coletiva dos serviços de saúde. Estas instâncias deveriam ser incorporadas aos "organogramas" oficiais, sendo regulamentadas a partir de discussão aberta entre vários segmentos sociais e do recolhimento de subsídios das próprias avaliações das experiências levadas a cabo.

Cada unidade de saúde, independente do seu nível hierárquico, deveria contar com um Conselho Local de Gestão, ao qual estaria subordinada a direção de cada um destes serviços, responsável, por sua vez, pela execução e pela aplicação diária das diretrizes gerais da política de saúde e pelas deliberações do Conselho. Estes diretores seriam, portanto, os coordenadores de cada unidade ou serviço ou distrito, não devendo ser con-

siderados de confiança do Poder Executivo nem dos funcionários. Ou seja, deveriam ser periodicamente selecionados através de concursos internos, bem como avaliados e substituídos ao cabo de um período de tempo mínimo de dois anos, de forma a não se constituir uma casta dirigente em geral tendente ao conservadorismo e ao imobilismo. O número de cargos de confiança deveria ser apenas o suficiente para garantir a execução de uma determinada política escolhida através do processo de eleições gerais, sem contudo paralisar e interromper a dinâmica do Sistema de Saúde já aprovada pela sociedade e muitas vezes até considerada como um direito. A eleição de dirigentes de serviços de saúde pode se justificar em algumas circunstâncias quando a instituição necessita, para o seu desenvolvimento, de um grau maior de autonomia do governo, como é o caso dos Institutos de pesquisa, de ensino etc.

Estes conselhos deveriam ser compostos por representantes eleitos dos trabalhadores de saúde, da sociedade civil e do próprio governo. Para o início deste tipo de experiência entendo que a paridade de representações pode ser um bom começo, apenas uma proposta de equilíbrio entre as várias modalidades de poder e uma tentativa de obrigar a construção de projetos negociados entre as diferentes lógicas e demandas destes segmentos sociais. E, evidentemente, sujeita a reavaliações conforme o desenvolvimento dos acontecimentos.

Aparentemente, pode parecer paradoxal a defesa deste tipo de proposta aliada à anterior, quando se propunha o combate às consequências negativas do corporativismo profissional de várias categorias da saúde. Na verdade, entendo que esta seja uma das alternativas mais viáveis para a construção de uma estratégia capaz de isolar e até mesmo derrotar o imediatismo e o "corpocentrismo" exclusivista de médicos, dentistas, entre outros. E isto porque através desta participação cada categoria ver-se-á obrigada a desenvolver propostas mais globais necessárias ao desenvolvimento do sistema e à defesa dos seus interesses enquanto uma parte deste todo.

Por outro lado, considero que necessariamente não se pode afirmar, *a priori*, a correção de uma destas perspectivas sobre as demais. No Brasil, por exemplo, é nítida a resistência da categoria médica à adoção de uma reforma sanitária de recorte mais democrático, mas não há como organizar um sistema sem ouvir quem trabalha, quem cotidianamente vem acumulando sabedoria sobre o assunto. Não há reforma sem a derrota do projeto de

política de saúde hegemônico entre os médicos, como também não há reforma que se sustente sem a adesão de parcela significativa dos membros desta categoria. O mesmo raciocínio aplica-se ao conjunto do funcionalismo público. É verdade que a sua atuação sindical, que sua movimentação coletiva e individual têm sido marcadamente economicistas, com reivindicações de interesse próprio e pouca defesa do direlto à saúde. Contudo, potencialmente podem ser um dos pilares de defesa do SUS, como em certa medida vem acontecendo na Inglaterra de M. Thatcher, onde os profissionais de saúde do NHS são o principal sustentáculo de defesa do direito à saúde.

Da mesma forma, as dificuldades organizativas e as debilidades da sociedade civil não devem servir de pretexto para o adiamento *ad infinitum* da implantação deste tipo de proposta. Sem dúvida, quer pela carência crônica de bens e serviços essenciais, quer pela inexperiência política, os movimentos populares de saúde tendem para o imediatismo. Incorporando de forma acrítica as recomendações da medicina de mercado, dificultam sobremaneira sua relação com o poder público e com técnicos do setor, em certos casos portadores de uma visão mais crítica dos determinantes do processo de saúde e doença e desejosos de desmitificar os preconceitos ideológicos impostos pelo jogo do consumo de serviços de saúde. No que refletem apenas a real hegemonia da proposta neoliberal mesmo entre segmentos mais organizados de trabalhadores.

Em contrapartida, este afã por acesso à saúde, ou até mesmo pelo consumo de serviços que nem sempre resultam em saúde, se contrapõe à tendência dos governos de autojustificarem a crônica omissão do poder público neste campo, sob a argumentação da falta de recursos, entre outras alegações de veracidade discutível. Este tipo de participação na gestão certamente dificultará a utilização clientelista dos recursos e do aparelho público de saúde. Por outro lado, os governos ver-se-ão mais constrangidos a representar o interesse público quando na direção executiva destes serviços, sendo possível a criação de bases sociais que dêem legitimidade a ações de caráter coercitivo em defesa do direito à saúde. Refiro-me à integração do conjunto dos profissionais ao sistema, à superação da lógica do mercado da doença como principal elemento organizativo até mesmo do SUS, ao controle das condições de trabalho em empresas, fazendas de propriedade privada, bem como a defesa do meio ambiente.

Evidentemente, este conjunto de ações descentralizadas deve estar subordinado ao comando único em cada instância do governo, e, conforme já previsto em várias Constituições e Leis Orgânicas Municipais, através também do Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde deveriam ser intituídos mecanismos de democracia direta que permitam tanto a reforma, a mudança dos modos de produção de saúde, como a estabilidade das conquistas sociais que interessem à maioria.

Enfim, pode-se considerar a gestão do SUS como um fator estratégico à reforma sanitária desde que e apenas se a entendermos como um instrumento de exercício de poder, e se estivermos dispostos a reverter o centralismo autoritário do poder de Estado - sempre, no Brasil, exercido segundo interesses privados em detrimento do bem-estar público-, e a fazer com que o jogo da democracia seja utilizado para estimular a criatividade, o empenho transformador dos sujeitos sociais envolvidos com a produção de serviços e com a promoção da saúde, superando sua alienação, derrotando a tradição conservadora da medicina ocidental sem comprometer o acesso de todos às benesses que o desenvolvimento tecnológico e científico colocou à disposição da humanidade.

BIBLIOGRAFIA

- Campos, Gastão W.S.; Merhy, Emerson E. e Nunes, Everardo D. Planejamento sem normas. São Paulo, Hucitec, 1989.
- Coe, Rodney M. Sociologia de la medicina, Versión enpañola de Luis G. Balester, Madrid, Alianza Edit, 1973.
- Foucault, Michel. Microfísica do poder, Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- Fry, John. Medicine in three societies, Grã-Bretanha, Medicinal and Technical Publishing, 1969.
- Merhy, Emerson E. O capitalismo e a saúde pública, 2ª ed. Campinas, Papyrus, 1988.
- Motta, Fernando C. Prestes. Teoria geral da administração. São Paulo, Pioneira, 1987.
- _____. O que é burocracia. São Paulo, Brasiliense, 1981.
- Rosen, George. Da polícia médica à medicina social, tradução de Ângelo Loureiro, Rio de Janeiro, Graal, 1979.



FINANCIAMENTO

A SAÚDE DOS ANOS NOVENTA: OS RECURSOS FEDERAIS E A DESCENTRALIZAÇÃO (*)

Francisco Barreto de Oliveira (**)

André Cezar Medici (***)

INTRODUÇÃO

A década de oitenta foi o palco de profundas transformações nas formas de financiamento e gestão dos sistemas de saúde no Brasil. Pode-se dizer que tais mudanças representam aquilo que podemos chamar de terceira fase da política de saúde brasileira.

Antes dos anos 20, a política de saúde no Brasil era insipiente... Embora boa parte do esforço estatal estivesse voltado para a erradicação de grandes endemias e para saneamento dos portos e do meio ambiente, as instituições responsáveis pela política de saúde eram débeis e boa parte da assistência médica ficava na mão de estabelecimentos de caráter filantrópico, como as "Misericórdias".

A partir de 1923, com a promulgação da Lei Elóy Chaves, inaugura-se a primeira nova fase da política de saúde nos marcos do "previdencialismo alemão". Copiando a legislação bismarckiana de previdência social surgem as Caixas de Assistência e Previdência (CAP's) que tinham, entre seus objetivos, a prestação de cuidados e assistência médica aos filiados. As CAP's eram organizadas por empresa ou por categoria profissional. Nos anos trinta surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões, regulados pelo Estado, e que tinham uma abrangência maior, em termos de categorias profissionais, na medida em que tinham representação nacional.

O modelo das CPA's e IAP's apresentava uma forma de financiamento tripartite (Estado, Empresas e Trabalhadores) e uma gestão "autônoma", com fiscalização estatal. Tanto as cotizações

como os benefícios e serviços oferecidos eram diferenciados e variavam de acordo com a capacidade contributiva de cada categoria. Tal fato fazia com que o sistema fosse bastante desigual, em termos de cobertura.

Várias foram as tentativas de unificação do sistema previdenciário, mas o corporativismo das distintas categorias profissionais impediu que este projeto fosse adiante antes dos anos sessenta. O regime militar pós-1964, trouxe de imediato a intervenção política nos sindicatos e nos próprios IAP's, tornando possível a realização do projeto de unificação. Em 1967 as IAP's e as CAP's ainda remanescentes se fundiram no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Posteriormente, já na década de setenta, o INPS foi desdobrado em três institutos: um destinado ao pagamento de aposentadorias, pensões e benefícios (INPS), outro destinado à assistência médica (INAMPS) e outro à administração do sistema (IAPAS). Essas três autarquias passaram a integrar, em 1978, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS.

A unificação da Previdência Social e da assistência médica trouxe uma série de modificações. Estendeu a cobertura a todos os trabalhadores com carteira assinada, bem como a qualquer autônomo ou empregador que quisesse contribuir em dobro para se filiar ao sistema. No entanto, a prin-

(*) - Trabalho elaborado para a FENAESS - FBH - ABH - CMB - ABRAMGE

(**) - Engenheiro, ex-Secretário de Administração Geral do Ministério da Saúde, pesquisador do IPEA/RJ

(***) - Economista da Saúde, Professor e Pesquisador da Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE/IBGE)

principal modificação, no que diz respeito à cobertura dos programas de saúde, foi a incorporação dos trabalhadores rurais e dos indigentes sem contribuição prévia.

O forte crescimento econômico dos anos setenta permitiu que o sistema incorporasse essas novas clientela sem maiores problemas na base de seu financiamento. No entanto, com a crise dos anos oitenta, surgiu uma consistente tendência à formação de déficits de caixa. Sendo o financiamento baseado em "repartição simples" não haviam sido formadas provisões para enfrentar possíveis dificuldades de caixa associadas a momentos de crise ou ao envelhecimento do sistema de seguro social.

Em épocas de crise, como a vivida nos anos oitenta, os gastos com saúde são os mais afetados, dado que, a política de caixa única faz com que as despesas com saúde sejam residuais frente às despesas com benefícios previdenciários, que são compromissos fixos. O gráfico 1 mostra a evolução dos gastos com saúde realizados a partir de fundos previdenciários.

Para solucionar os constantes déficits da Previdência Social, o Governo Federal lançou mão do aumento das alíquotas da Previdência Social e do endividamento público, o que trazia uma série de inconvenientes como o reforço da tendência ao crescimento da inflação e o aumento da evasão fiscal.

Tendo em vista evitar maiores quedas nos gastos com saúde no futuro, alguns grupos técnicos ligados ao Governo e ao Congresso começaram a elaborar propostas que permitissem:

- estabilidade das fontes de custeio, inclusive nos momentos de crise;
- diversificação das bases de financiamento;
- melhoria das condições de gestão visando à racionalização das despesas e à redução dos níveis de fraude e sonegação;

Uma das soluções aventadas naquele momento, pelo grupo técnico da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, seria a separação dos recursos voltados para a saúde e para benefícios previdenciários. Tal solução, a exemplo do que ocorre com outros países latino-americanos, como Argentina, Chile e Uruguai, evitaria que, em épocas de crise os recursos voltados para a saúde fossem canalizados para o pagamento de benefícios, como frequentemente ocorreu no Brasil ao longo dos anos oitenta.

No entanto, a proposta que acabou tendo hegemonia nas discussões do Congresso foi a da

Seguridade Social, que unificava todos os recursos federais voltados para o financiamento da saúde, previdência e assistência social num único orçamento. Esta proposta acabou sendo incorporada à Constituição de 1988.

Por outro lado, os recursos oriundos das novas fontes de custeio não foram integralmente repassados ao Orçamento da Seguridade Social, ao passo que algumas outras despesas, como os encargos da União com inativos e pensionistas saíram do Orçamento da União, passando a serem pagas com recursos da Seguridade Social.

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NA NOVA CARTA: ANOTAÇÕES PARA UMA REFORMA

A Nova Constituição Federal apresenta o Brasil com a instituição de um "Welfare State" nos moldes europeus. Os benefícios previdenciários serão concedidos a todos, com o piso de um salário mínimo, independentemente do vínculo contributivo do cidadão. A saúde passa a ser, no discurso constitucional, uma política de atenção universal, financiada pelos cofres públicos.

Pouco se discutiu no Congresso sob a forma de financiamento relacionada à incorporação desses novos direitos. Bastaria pensar que a elevação e a diversificação da base de contribuição, com a criação do imposto sobre o lucro, a elevação das alíquotas do FINSOCIAL e a incorporação da contribuição à Previdência Social num único orçamento seriam medidas suficientes para cobrir esses novos preceitos.

A universalização da seguridade social em alguns países europeus ocorreu no pós-guerra, quando a quase totalidade da população trabalhadora contribuía para os regimes de Previdência e as economias fortemente beneficiadas pelo Plano Marshall, passavam por um período de crescimento sustentado por mais de vinte anos. No Brasil dos anos oitenta, somente a metade da população trabalhadora contribui para a Previdência Social. A carga tributária que incide sobre as empresas, especialmente as de pequeno e médio porte, tem sido tão pesada que induz a sonegação a qualquer custo. A estrutura de fiscalização, guardadas as exceções, tem sido caracterizada pela ineficiência e pela corrupção. O aumento da informalidade é visto dia-a-dia com a proliferação do pequeno comércio e das atividades clandestinas.

No atual momento em que vive o país, pode-se afirmar com segurança que não existem recursos sociais disponíveis para cobrir os custos de univer-

sallzar a cobertura das políticas englobadas no conceito de "seguridade social", a não ser de forma falsa e demagógica.

Por outro lado, no que diz respeito aos recursos voltados para a saúde, vale destacar que o orçamento da seguridade social padece dos mesmos defeitos do sistema anterior. Ao misturar recursos para o pagamento de benefícios e para a assistência à saúde num mesmo fundo, corre-se o risco de que os recursos voltados para a saúde sejam absorvidos pelos compromissos com o pagamento de benefícios.

Os recursos para o pagamento de seguro social, enquanto resultado de um pacto inter e intrageracional, deveriam ter uma lógica de formação de estoques de capital para cumprir exigências de longo prazo. Sendo assim, não deveriam se misturar com os recursos para a saúde que constituem objeto de utilização numa política de curto prazo.

Nesse particular, vale destacar que a regulamentação do novo Plano de Benefícios da Previdência Social traz uma série de implicações no aumento dos gastos da Seguridade Social. É, portanto, paradoxal, pensar que a Lei de Diretrizes Orçamentárias para 1992 tenha reservado 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para ser gasto com programas de saúde, dado que:

a) O ano de 1992 continuará, provavelmente, a manter as tendências recessivas reinauguradas com o Governo Fernando Collor de Mello. Nesse sentido, não será surpreendente uma queda na arrecadação do OSS;

b) O novo plano de benefícios da seguridade social traz, em seu bojo, uma elevação de grandes proporções no volume de gastos com aposentadorias pensões e auxílios;

c) A situação torna-se ainda mais grave quando se leva em conta a elevação do salário mínimo de US\$ 40,00 para US\$ 100,00 em fins de agosto último, numa conjuntura onde o piso dos benefícios previdenciários passou a ser de 1 salário mínimo.

Existe, portanto, um aparente conflito entre a Lei de Diretrizes Orçamentárias de 1992 e as pressões quanto ao custeio dos benefícios do Orçamento da Seguridade Social. Apesar de aumentar sua participação relativa no conjunto dos recursos destinados aos outros Ministérios, o valor absoluto de recursos alocados para a saúde no Orçamento de 1992 é praticamente o mesmo do orçado para o ano de 1991, dada a decisão de cortar os gastos governamentais em 1992, em relação aos de 1991. Um outro ponto a destacar é que, no orçamento de 1992, o conceito de saúde foi ampliado, pas-

sando a envolver gastos com programas destinados ao saneamento básico e ambiental.

Seja como for, todos os caminhos apontam para o fato de que, na prática, o conflito distributivo entre saúde e benefícios deverá ser crítico na partilha dos recursos do OSS. É verdade que o atual Ministro da Saúde goza de grande prestígio junto à Presidência da República. Mas mesmo que tal fato venha a influir favoravelmente no sentido de manter os 30% de recursos do OSS para a saúde, esta solução é casuística e nada garante que poderá ser mantida indefinidamente.

Uma solução mais racional seria estabelecer contribuições e fundos separados para a saúde e para o pagamento de benefícios. A divisão de alíquota de contribuição para o INSS em dois componentes: um voltado para a saúde e outro para o custeio de benefícios, seria, no momento, a melhor solução. Os gastos com assistência social, por sua vez, passariam a ser custeados com recursos do Tesouro, dado que não estariam baseados em nenhuma lógica contributiva.

A manutenção do Orçamento da Seguridade Social, custeado por alíquotas indistintas, conforme a finalidade, é incompatível com a dinâmica de uma sociedade corporativa como a brasileira. É comum observar o conjunto dos aposentados pressionando o Congresso para criar despesa com novos e maiores benefícios sem a correspondente fonte de receita. Isto faz com que a base de financiamento tenha que se alargar, através do aumento das alíquotas das contribuições sociais ou mediante a criação de novos impostos e contribuições.

Este procedimento tende a ocultar o conflito pela distribuição de renda que é essencial ao processo democrático. Tornar implícito este conflito, através desse processo, traz seqüelas sociais profundas, como o aumento da evasão fiscal e da própria pressão inflacionária.

Sendo assim, uma futura revisão constitucional não poderá deixar de incorporar a discussão sobre uma possível reforma no Conselho de Seguridade Social, tendo em vista uma solução mais realista, no que diz respeito aos benefícios, e mais justa, no que se refere ao custeio das ações de saúde.

A REGULAMENTAÇÃO DOS REPASSES FEDERAIS EM 1991

Entre Janeiro e junho de 1991, um conjunto de portarias do Ministério da Saúde e de Normas Operacionais do INAMPS passaram a definir as bases da descentralização dos recursos federais para o

financiamento da saúde das esferas descentralizadas de Governo - os Estados e Municípios.

Estas medidas criaram recursos específicos para o financiamento da Atenção Hospitalar (AIH), Ambulatorial (UCA) e para o investimento (UCR e PRÓ-SAÚDE) dos estabelecimentos públicos e privados da rede SUS ao nível local, bem como estabeleceram mecanismos de estímulo financeiro para que os municípios pudessem se subordinar a estas estratégias de municipalização, como o fator de estímulo à municipalização (FEM).

O conjunto destas medidas já tem sido bastante discutido e analisado pela literatura recente, de modo que, neste trabalho, tratar-se-á de abordar alguns de seus principais problemas.

As novas medidas no campo do financiamento do setor saúde, promulgada entre Janeiro e Julho de 1991, apresentam vários aspectos positivos e negativos, cabendo destacar:

1. A unificação do valor da AIH para todos os prestadores públicos e privados permite tratar de forma igual procedimentos semelhantes, o que facilita o controle dos recursos repassados. No entanto, a implantação desta medida sem a criação de estratégias rigorosas de controle de qualidade dos serviços poderá desestimular a melhoria da qualidade, dado que não existe mais nenhum fator de incentivo para serviços prestados com maior qualidade. Somente os hospitais universitários recebem um fator de diferenciação da remuneração. Corre-se o risco de nivelar "por baixo" a qualidade do atendimento hospitalar.

2. Seria interessante criar mecanismos de atualização do valor da AIH, tendo em vista acompanhar o alto ritmo de crescimento da inflação do setor saúde, que costuma ser mais elevada do que a média dos demais setores da economia. Uma política de controle dos preços do setor saúde e das tabelas de pagamento do INAMPS e da AMB é ineficaz, principalmente quando o Governo não conhece o processo de elevação dos custos e de formação de preços dos serviços e insumos produzidos pelo setor;

3. O processo de repartição dos valores a serem transferidos aos Estados para pagamento da AIH foi feito de forma centralizada e não automática, contrariando a Lei Orgânica de Saúde, promulgada em fins de 1990, que defende o automatismo do repasse, no que diz respeito aos 50% a serem repassados segundo o critério populacional.

4. A criação de processos de repartição dos valores para o atendimento ambulatorial entre os Estados e Municípios é importante, na medida em que vincula aparentemente a transferência de re-

ursos à prestação (potencial ou efetiva) de serviços. No entanto, o processo de definição do valor da UCA, ao invés de beneficiar os Estados mais carentes de recursos, foi definido de forma altamente regressiva segundo a renda, pois considera apenas os aspectos relacionados à oferta de serviços (e não às características da demanda) para sua repartição. Mais grave que isto é a prática de transferência deste recurso, a qual é feita descontando os valores já pagos, em termos de consultas ambulatoriais (SIA/SUS), e inviabilizando um real potencial de financiamento das ações coletivas de saúde.

5. Um aspecto positivo, no que diz respeito ao processo de descentralização das ações de saúde, consiste em colocar, sob responsabilidade dos Estados e Municípios, não só a execução das ações, mas também a contratação de serviços privados. No entanto, para que tais mecanismos de transferência de encargos e responsabilidades funcione, é necessária uma adequada sistemática de transferência de recursos financeiros.

6. Parte substancial dos recursos destinados ao investimento continuam centralizados no Governo Federal, não tendo sido definidos os critérios de sua alocação aos Estados e Municípios. Somente os recursos para a capacitação da rede (UCR) serão repassados em conformidade com uma efetiva estratégia de descentralização.

7. As novas medidas são muito exigentes no que diz respeito aos pré-requisitos que os Estados e, particularmente os Municípios, têm que cumprir para receber recursos da União. Acredita-se que a maioria dos municípios não terão condições de cumprir imediatamente esses requisitos, o que implica no não recebimento dos recursos que ficarão nas mãos dos Estados. No entanto, é possível que o fator de estímulo à municipalização (FEM) possa acelerar tal processo, pela perspectiva de recebimento de recursos adicionais.

8. Isto se aplica, também, em maior ou menor escala, aos demais instrumentos técnicos como Fundos de Saúde, Consórcios Administrativos Intermunicipais, Relatórios de Gestão, Programação e Orçamento em Saúde, Planos de Aplicação e demais formas de controle e prestação de contas.

9. Seria desejável que o Governo Federal procedesse a um escalonamento de prazos para o cumprimento destas exigências. Enquanto isso os Estados e Municípios receberiam automaticamente, pelo menos 50% dos recursos, tal qual define a Lei 8.080 de setembro de 1991.

10. Por fim, vale destacar que a implantação e funcionamento desse conjunto de medidas não é

tarifa fácil. Além das dificuldades de ordem técnica, existem muitas resistências e mudanças que atuam no sentido de desmobilizar o esforço federal. Por outro lado, os Estados e Municípios deveriam participar negociadamente na definição da partilha dos recursos. Isso faria com que estas esferas buscassem se capacitar tecnicamente, no sentido de montar sistemas de informação que permitissem conhecer o quadro de saúde de suas populações, bem como as características de sua rede de serviços e avaliação do desempenho governamental neste campo.

A Norma Operacional 001/91 do INAMPS impôs, como condição para que os Municípios implantassem a nova sistemática de financiamento, que esses destinassem um mínimo de 10% de seus orçamentos para os programas de saúde.

A grande heterogeneidade do quadro municipal brasileiro não permite que tal questão seja arbitrada desta forma. Tanto que, por ocasião da reformulação da Norma Operacional 001/91, em junho do corrente, esta condição desapareceu.

Existem municípios que gastam com saúde mais de 20% de seus orçamentos, em geral os de menor porte, enquanto que outros, como é o caso das grandes metrópoles, não conseguem gastar mais do que 4% a 5% de seus recursos, em função das deseconomias de escala obrigarem estes municípios a terem pesados encargos com a manutenção de serviços de infra-estrutura urbana. Dados de 1984 mostram que, em média, os Municípios gastavam 9% dos seus recursos com saúde, embora a variância em torno deste percentual fosse muito elevada.

Sendo assim, pode-se dizer que a flexibilidade é a melhor forma de decidir qual a parcela de recursos que os municípios devem gastar com saúde. No entanto, quando começaram a operar os programas de Ações Integradas de Saúde (AIS) e, posteriormente, os convênios SUDS, ambos realizados entre os Municípios e o INAMPS, era comum os municípios reduzirem seus gastos com saúde, a partir de recursos próprios, substituindo-os pelos recursos transferidos pelo INAMPS.

Tendo em vista impedir um processo de "municipalização tutelada" e propor um processo efetivo de municipalização sugere-se a adoção de duas medidas:

a) que os recursos próprios a serem gastos com saúde sejam oriundos, total ou parcialmente, do recolhimento da contribuição à saúde sobre a fo-

lha de salários ou qualquer outra base de incidência gerada no território de cada município, conforme suas próprias características sócio-econômicas.

Em caso de municípios muito pequenos e/ou pobres, com insuficiência no aparato de arrecadação/fiscalização, poder-se-ia aventar a hipótese de "consórcios de arrecadação" através dos quais seria possível minimizar estas dificuldades, via o efeito aumento de escala.

b) que o valor das alíquotas para a saúde, bem como as decisões sobre a montagem do orçamento e a determinação dos níveis de gastos com saúde sejam definidos a partir de entendimentos entre os Conselhos Municipais de Saúde e a Câmara dos Vereadores.

Este processo corresponde à municipalização da receita própria para custeio do setor saúde, que hoje encontra-se embutida no interior dos distintos impostos e contribuições sociais que geram os recursos do OSS. A idéia fundamental seria garantir total e plena autonomia a cada município, na área de saúde.

Vale salientar que muitos estados e municípios não detêm perfis de assalariamento ou de geração de renda que sejam capazes de permitir uma arrecadação suficiente para dar conta de suas necessidades. Sugere-se, desta forma, que uma parcela do total arrecadado deveria ser destinada ao Governo Estadual e Federal, tendo em vista reservar, a estas esferas o papel redistributivo.

Haveria ainda o caso de municípios que não pudessem ou não desejassem estabelecer uma contribuição própria. Estes municípios ficariam ainda dependentes de transferências de recursos dos Estados e Municípios na área de saúde.

Este processo de descentralização é, portanto, muito mais efetivo do que a "municipalização tutelada" que vem sendo regulamentada pelo Governo Federal. O atual processo de descentralização, na medida em que tem em vista administrar distintas realidades - pelo menos de 26 Estados e 4.500 Municípios, acaba por burocratizar e tecnicizar de forma excessiva os critérios de repasse, dificultando a visibilidade do real valor de recursos a serem repassados. A excessiva burocratização e a dificuldade de atender a todos, segundo suas necessidades, acaba por fazer com que cada esfera de Governo venha negociar, isoladamente, soluções para seus problemas, o que pode dar margem ao clientelismo que é sempre diretamente proporcional à concentração de recursos e de poder.

O RELACIONAMENTO DO SETOR PÚBLICO COM O SETOR PRIVADO NUMA PERSPECTIVA REALISTA

O setor privado prestador de serviços de saúde tem sido responsável pela maior parcela da assistência médica no Brasil. Dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE para 1987 mostram que os estabelecimentos privados responderam por 81,3% das internações, 76,4% dos nascimentos hospitalares e 38,9% das consultas dos estabelecimentos com atendimento a pacientes externos. Caso fossem adicionadas as consultas realizadas em consultórios particulares, não computadas nos dados da AMS, as consultas feitas pelo setor privado certamente somariam mais de 50% do total do país naquele ano.

Além disso, os estabelecimentos privados detêm a maior parcela dos leitos hospitalares, sendo sua rede imprescindível na atenção médica prestada pelo próprio setor público em várias localidades do país.

Nos anos oitenta ocorreu uma progressiva deterioração do relacionamento entre o setor público e o setor privado, decorrente de uma política de redução deliberada dos repasses do INAMPS a este último setor, num contexto de forte expansão de custos, pela incorporação de tecnologia e elevação e mudança do perfil de cobertura da população. Ao mesmo tempo, o setor público foi criando dificuldades crescentes na convivência negociada com o setor privado, tais como eliminação do pagamento adicional por condições especiais de atendimento, por parte da clientela, bem como a extinção dos convênios INAMPS-EMPRESA, que permitiam estabelecer mecanismos próprios de assistência médica, por parte das empresas, mediante incentivos deduzidos da contribuição previdenciária.

Este tipo de relacionamento contribui para que, de um lado, aumentassem o chamado pacto de fraudes, onde o INAMPS fechava os olhos para o fato de que a redução do valor da tabela de pagamentos era responsável pelo aumento do número de serviços-fantasma pagos pelo próprio INAMPS. Por outro lado propiciou o descredenciamento voluntário dos estabelecimentos de melhor qualidade que abandonaram a rede pública.

Pensar numa nova forma de relacionamento do setor público como setor privado é essencial para manter a cobertura pretendida pelo SUS, mas exige algumas transformações, tais como:

a) Uma política descentralizada de preços para os serviços contratados, que leve em conta as

particularidades locais, o processo de expansão dos custos no setor, etc. Sugere-se que cada Município estabeleça sua própria política de preços, mediante entendimentos entre os Conselhos Municipais de Saúde, o poder Legislativo e os prestadores de serviços. Tal política possibilita, não só um maior entendimento social quanto aos preços praticados, como também uma resposta às necessidades locais. A adoção das tabelas "nacionais" como a da AIH e da própria AMB, não faz sentido, pois os preços devem refletir os custos de oportunidade dos recursos que, num país heterogêneo como o Brasil, são bastantes diversos dentro do contexto regional e mesmo microrregional.

b) Uma política que permita dar conta de uma multiplicidade de formas de atendimento e modalidades assistenciais. A idéia consiste em combinar o atendimento básico oferecido à população pelos serviços de saúde de cada município com um atendimento especial adicional para aqueles que, podendo pagar, desejem formas e modalidades mais personalizadas de atendimento. Isto se aplica, ainda aos planos especiais que as empresas desejam oferecer aos seus funcionários, em função das características específicas de risco e de requisitos de cobertura de cada conjunto de empregados.

Se a política nacional de saúde não der conta dessas diversidades, será impossível falar em sistema único de saúde. A parcialidade do SUS reside no fato de que ele é um sistema de base que não cobre nem integra as distintas modalidades assistenciais e clientela existentes no país.

2.3.

GERENCIAMENTO

A GERÊNCIA NA EFICÁCIA DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Luciano A. Prates Junqueira (*)

Rose Marie Inojosa (**)

INTRODUÇÃO

A questão de gerência surge hoje no setor saúde como a solução para os problemas da prestação dos serviços de saúde, correndo o risco de transformar-se em uma panacéia, que não passa do discurso, porque, por si, não dá conta das peculiaridades e determinações do setor.

A idéia de gerência, formulada na chamada escola clássica da Administração, associada aos conceitos de planejamento e controle, teve a sua releitura no setor público, e hoje merece ser repensada, buscando adequar-se à realidade desse setor e, em especial, da saúde.

As características que assume a prestação de serviços públicos de saúde, a maneira pela qual se dá o processo de sua produção e o papel que passa a ocupar o modelo assistencial delineado para o setor, fazem com que a noção de gerência precise ser recontextualizada.

Quando se fala de gerência ou gestão dos serviços públicos de saúde, como determinante da sua eficácia, é necessário ter clareza das condições e determinações do setor, e ter presente que gerenciar significa não apenas dispor de recursos, mas de poder para a sua alocação ou realocação.

A existência de recursos materiais e financeiros, embora fundamental para a organização realizar a sua tarefa, não garante a eficácia dos serviços, para o que os recursos humanos constituem a principal determinante. Por isso fala-se em insumo estratégico da prestação de serviços, em recursos responsáveis pela qualidade da prestação. A au-

sência ou deficiência dos recursos financeiros e materiais pode constituir importante obstáculo à produção dos serviços, mas a sua existência, mesmo em níveis ótimos, não determina sua eficácia e qualidade.

Nesse sentido, para discutir o papel da gerência na eficácia da prestação é importante considerar que o processo de produção dos serviços de saúde tem características que lhe são próprias (Nogueira, s/d). O serviço só se concretiza quando apropriado individual ou coletivamente pela clientela. Esse processo é mediado por diversos atores organizacionais, que desempenham papéis diferentes em função do seu saber, que determina, inclusive, a sua posição na produção.

Assim, quando se trata da gerência no setor público de saúde, apesar do conceito significar basicamente o planejamento e o controle dos recursos de que a organização dispõe para atingir os seus objetivos, é preciso considerar que esse processo se dá em uma determinada organização pública e com uma determinada estrutura de poder.

A gerência não é um mecanismo atemporal, mas uma relação que se dá em uma organização, onde os diversos atores interagem mediados pelos recursos materiais, financeiros e tecnológicos, para atingir os objetivos organizacionais e, também, objetivos individuais e de grupos.

Desse modo não pode existir uma receita para gerenciar, dado que essa tarefa e a maneira de realizá-la muda em função das pessoas envolvidas

(*) Gerente de Projetos da FUNDAP

(**) Coordenadora de Projetos da FUNDAP

no processo de trabalho. Daí a importância do gerente ter clareza da direção da organização, fazendo, com a sua equipe, a releitura dos objetivos e levando-a a realizar as tarefas que conduzem a esses objetivos.

A gerência no setor público se dá em um contexto cujas características configuram um cenário com peculiaridades que determinam restrições importantes à atividade de gerenciar, e que precisam ser consideradas e trabalhadas pelo gerente público.

Assim, este texto procura, num primeiro momento, identificar algumas das questões que possibilitam delinear o quadro onde ocorre o gerenciamento no setor público e, particularmente, da saúde. Nesse item busca-se apontar algumas das características do aparato estatal no Brasil e seus reflexos no gerenciamento do setor público.

Nos itens subsequentes são levantadas algumas das questões que se considera relevantes, neste momento, para o gerenciamento dos serviços de saúde: o papel dos gerentes para o desenvolvimento da participação e da criatividade, a questão do compromisso e as condições para o exercício da gerência.

1. ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DO APARATO ESTATAL NO BRASIL E SEUS REFLEXOS NA GESTÃO DO SETOR SAÚDE

A história do setor saúde no Brasil se desenrola no contexto de um Estado patrimonialista e clientelista. Estado que financiou o setor privado para comprar-lhe os serviços e que, historicamente, tem o seu aparato burocrático a serviço de interesses particulares.

Nessa perspectiva que as organizações, em geral, são criadas, acomodando interesses privados e, muitas vezes, não se articulam entre si porque não convém a esses interesses a racionalização dos recursos públicos. Esses recursos são, frequentemente, distribuídos sem critérios que privilegiem o interesse público, servindo, antes, à sobrevivência das respectivas organizações e a interesses particulares.

Esse Estado também tem mantido uma forte tendência à centralização, em seus vários níveis. Essa tendência é revelada nas próprias idas e vindas refletidas nas sucessivas Cartas Constitucionais sobre a questão do federalismo e a autonomia dos estados e municípios. A mesma tendência é detectada nas relações intergovernamentais, onde quase sempre prevalecem os interesses dos níveis centrais.

O aparato estatal reflete na sua prática interesses de setores da sociedade que nem sempre estão preocupados com a eficácia organizacional. Com isso a centralização aparece como uma maneira de racionalizar, de dar eficiência aos serviços. A preocupação maior não é a de melhorar a qualidade da prestação, mas muito mais de preservar interesses alheios aos objetivos organizacionais. Desse modo a lógica que prevalece é a burocrática, é a das corporações.

Apesar desses interesses estarem expressos na prática organizacional pública e representarem, de algum modo, setores mais atrasados da sociedade, eles também não estão ausentes das propostas dos setores ditos progressistas. Estes, mesmo fazendo o discurso da democratização, do atendimento dos interesses da população, ainda abrigam em suas propostas distorções características daquela prática organizacional. E isso pode ser observado na história recente do setor saúde.

O próprio movimento que iria provocar o processo do SUDS e a institucionalização, na Constituição de 88, do Sistema Único de Saúde, desenvolveu um discurso democrático, mas ainda abrigou na concepção de seu funcionamento uma certa perspectiva tecnocrática e até corporativista, herança da lógica positivista presente no planejamento normativo. Mesmo alguns setores que defendiam a descentralização, propunham uma hierarquização rígida, adesão compulsória, controles centralizados. Até a própria proposta de estender a lógica da compra de serviços do setor privado para o setor público, calcada na busca de eficiência, de uma suposta racionalização de recursos e, mesmo, da necessidade de informatizar para centralizar informação, partiu desses setores.

O processo SUDS, com raras exceções, caminhou lentamente nos estados da Federação, que se limitaram, no mais das vezes, a receber os PAMs (Postos de Assistência Médica) do INAMPS, mas apenas formalmente, sem, de fato, assumir a sua gerência e integrá-los à rede. Quanto à compra de serviços do setor privado, apenas puseram para dentro da estrutura organizacional das Secretarias de Estado as antigas Secretarias de Controle e Avaliação das extintas Superintendências Regionais do INAMPS, mantendo a mesma lógica.

Com o SUS essa situação pouco se alterou. A municipalização é um mito. Embora todos os discursos reiterem a disposição constitucional e da Lei Orgânica da Saúde de que cabe ao município a prestação das ações e serviços de saúde, a verdade, no entanto, é que os estados estão resistindo grandemente à implementar essa proposta.

Muitos convênios foram assinados e a municipalização alardeada, mas a realidade revela que o nível de governo estadual, com algumas exceções, não tem cedido aos municípios à rede estadual e muito menos à rede cedida pelo INAMPS. Mesmo em estados onde o discurso municipalista é antigo e proclamado, não se deu, na prática, a transferência dos equipamentos estaduais e estadualizados para a gestão municipal.

De outro lado, o que vem ocorrendo com o INAMPS, em todo o País, é a recuperação de sua influência atíva. Suas Coordenadorias reagrupam antigos funcionários, que estavam cedidos para o nível estadual, e assinam convênios de "municipalização financeira", independente da municipalização da rede pública e dos processos da compra de serviços complementares do setor privado. Com isso consolidam vínculos diretos com os municípios.

Ao mesmo tempo, a privatização do Estado (*latu sensu*) fica cada vez mais transparente nas notícias de como o recurso público vem sendo aplicado ao longo dessas décadas. Os exemplos são inúmeros. Basta abrir os jornais para encontrar notícias como a compra, com dinheiro público, de 30 milhões em tecidos para a Santa Casa de Misericórdia de Prata Grande (SP), material que permanece "entulhado num canto" do hospital (Folha de S. Paulo, 17/9/1991).

Desse modo, o processo de mudança do setor saúde vem herdando restrições do Estado patrimonialista, clientelista e centralizador, que interferem no gerenciamento do Sistema de Saúde.

Essas restrições geram distorções, não só na destinação dos recursos financeiros e materiais, mas na sua distribuição, desvinculada das necessidades do Sistema. Os gerentes de todos os níveis têm inúmeras dificuldades de captar recursos para as reais necessidades de sua rede e serviço. Porém, por outro lado, até participam, por ação ou omissão, do desperdício do dinheiro público.

No que se refere aos recursos humanos identifica-se outro elenco de distorções. Calcados numa perspectiva corporativista, o que se observa é a superposição de vínculos dos profissionais, a participação simultânea nos setores público e privado, e o não cumprimento da carga horária contratual. Ademais, não há compromisso do profissional, no setor público, com o paciente e com os resultados e impactos das ações de saúde. Isso é acrescido de outras distorções geradas pelo sistema, como a desigualdade de remuneração e de carga horária para funções iguais. Além disso, a capacitação é inadequada para os objetivos do Sistema e não

são oferecidas oportunidades para que o profissional se desenvolva no sentido de adequar-se a essa realidade. Enfim, o conjunto das condições de trabalho não favorece a ação dos gerentes da organização pública de saúde.

Outra questão é a da produtividade dos serviços de saúde. Já são conhecidas as motivações e os possíveis resultados de um incremento irresponsável da quantidade, sem agir nas condições de trabalho e na qualidade dos serviços oferecidos. O antigo BAU do INAMPS já nos ensinou o que esperar dessa estratégia em termos de impacto na saúde da população.

Com esse quadro, permanece uma indagação: como gerenciar esses recursos humanos, deixando de considerá-los apenas como insumo a ser motivado e controlado, mas conhecendo o seu potencial criativo para a implantação do Sistema Único de Saúde?

A consideração dessas questões faz com que a gerência dos serviços públicos só tenha alguma eficácia quando considera e trabalha, na sua prática, as peculiaridades do cenário em que se dá. Não existem parâmetros previamente definidos para uma prática gerencial eficaz, mas organizações que, pelas determinações históricas e sociais, condicionam e circunscrevem o trabalho do gerente.

Nessa medida, não parece possível simplesmente transpor técnicas de gerenciamento do setor privado para o público, que tem uma outra lógica e outras finalidades. Também não é possível imaginar que a gerência será a grande panacéia do Sistema e que basta treinar lotes de gerentes para melhorar a prestação dos serviços.

Antes, é preciso pensar como um gerente público, com as restrições conhecidas, pode encaminhar sua ação na busca de maior eficácia para o setor público, superando algumas dessas determinações.

Esse quadro demanda um perfil de gerente que não se caracteriza apenas pela prática do planejamento e controle, mas pela capacidade de considerar os recursos humanos como sujeitos da ação, mobilizando-os para participar e responsabilizando-os pelo processo de prestação dos serviços de saúde.

2. OS DESAFIOS DA GERÊNCIA PÚBLICA: CRIATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO

Após anos de planos normativos, de planejamentos plurianuais e de programações "integradas", verifica-se que os problemas de saúde deste

País pouco mudaram. Convivem as doenças da pobreza e as doenças do desenvolvimento, como se capturássemos o pior dos dois mundos. Quando se considera os pífios resultados e impactos do Sistema de Saúde ressalta a necessidade de resgatar, de um lado, a cidadania, e, de outro, a capacidade criativa do indivíduo, do profissional.

Entretanto, as propostas de superação que têm partido de núcleos centrais, quer da burocracia dirigente quer da tecnoburocracia, não parecem ir nessa direção. Quase sempre têm um cunho racionalizador e "têm pressa". Apesar disso, o que se tem conseguido é mais desperdício. De fato, "a dinâmica organizacional está longe de guiar-se tão somente pelas leis da racionalidade" (Mattos, 1991).

Kliksberg (1990) afirma que "ao buscar racionalidade de curto prazo em contextos instáveis e turbulentos, os gerentes tendem a inibir-se de inovar". Ressaltando, entretanto, que a inovação é essencial para que uma organização possa sobreviver e atuar nesse cenário. No setor público os gerentes não têm tido espaço nem interesse em inovar.

A inovação pede flexibilidade, descentralização e participação. Basicamente parece essencial que as organizações e a gerência ganhem uma nova postura em relação aos recursos humanos, entendendo-os como sujeitos do processo de mudança do setor.

É necessário mudar a lógica, deixar o planejamento normativo, que pensa o indivíduo como o seguidor de um caderno de regras e a organização atada a um plano que congela a realidade anualmente. A realidade social é dinâmica. Os problemas sociais permanecem e até se agravam se as relações que influenciam o encaminhamento de sua solução não conseguem dar conta do ritmo da mudança.

Não há compromisso que resista à submissão do saber a um Manual, à rigidez prescritiva, que com a pretensão de racionalizar recursos, castra a criatividade do profissional e penaliza o usuário. Também não serve apenas uma racionalidade sistêmica estratégica, tecnicista ou tecnocrática, que embora vise a eficácia da ação, mantém reservas comunicativas, trabalha com a indução de comportamento, e ainda mantém uma postura monológica. Essas perspectivas, ao contrário servem para tornar a organização mais vulnerável ao patrimonialismo, ao clientelismo, ao corporativismo e ao descompromisso.

É preciso que se alcance uma racionalidade comunicativa, como propõe Habermas (1989),

com livre fluxo da informação, legitimidade, pragmatismo, que aposte nos consensos, no entendimento discursivo, no diálogo. Essa perspectiva colabora para a evolução da cidadania, para que de fora e de dentro das organizações públicas sejam expostos e repelidos os vícios que o Estado tem alimentado: o desperdício do dinheiro público, a ineficácia e o descompromisso com o usuário.

Para contribuir para essa nova perspectiva, o gerente público precisa ser capaz de incentivar e dar espaço à criatividade individual e de criar condições para que, através da coletivização de idéias, ela se transforme em inovações e práticas diferenciadas (Motta, 1989).

A organização moderna é o conjunto de seus atores, os grupos que se constituem naturalmente em seu interior e que convivem na contradição da dualidade cooperação/competição. A cooperação é fundamental para a produtividade e o caminho para ela passa, necessariamente, pela participação (Kliksberg, 1990).

A tecnocracia bem ou mal intencionada, distante em seus escritórios de ar-condicionado, é capaz de pensar estruturas hierarquizadas, verticalizadas, lógicas, onde, teoricamente, se atende mais pessoas com menos dinheiro, dinheiro que, por outro lado, corre pelo ralo para bolsos privados, sem alcançar nenhuma mudança efetiva na prestação de serviços.

Essa perspectiva normativa e mesmo a estratégica não têm sido capazes do essencial, que é resgatar o compromisso do profissional com o usuário, o que demanda sensibilidade, contato, criatividade. Demanda diálogo entre o profissional e o usuário, para achar soluções que convenham a ambos, demanda diálogo entre os profissionais para criar um corpo de valores básicos capazes de manter uma organização viva e não como uma estrutura esclerosada, isenta de responsabilidades reais e compromisso.

Trata-se de projetar as organizações como sistemas voltados para a aprendizagem e dotados de abertura para a crítica interna e externa. Nesse contexto os recursos humanos ganham outra dimensão. Eles passam a sujeito ativo da relação organizacional, que constrói e reconstrói continuamente a organização.

Citando o Fernando Motta (1991), é certo que "o homem possui muito mais do que só capacidade cognitiva para ser um bom tomador de decisões. A cognição age ao lado de capacidades holísticas, analógicas, intuitivas e criativas presentes no lado direito do cérebro humano".

Essa visão dos recursos humanos como sujeito ativo das organizações, seu real demiurgo, implica a ampliação da participação, da autonomia e de condições que permitam a transformação da criatividade dos indivíduos em inovações coletivas. Nega a visão de mero insumo, de objeto da relação de produção, para tornar-se sujeito.

Nessa perspectiva o gerente assume outro papel que não é apenas o de alocar e controlar recursos. Esse gerente era treinado para fazer previsões, partindo da experiência passada, lendo a realidade de um único ponto de vista. Entretanto, num contexto complexo, instável e ambíguo, essa experiência deve ampliar-se. O gerente precisa trabalhar com "finais abertos", com múltiplos cenários, num processo contínuo e participativo de apreensão da realidade (Kliksberg, 1990).

Desse modo o gerente deixa de ser um fazedor e cumpridor de planos, para ser um negociador, aberto ao diálogo, capaz de incentivar e apreender as múltiplas leituras da realidade e a formulação de alternativas de ação, capaz de promover a coletivização das idéias, gerando as inovações, e capaz de articular a ação de sua equipe. E isso ocasiona uma nova prática gerencial, que deve ser a do gerente público.

3. CONDIÇÕES DE UMA NOVA PRÁTICA GERENCIAL

Essa nova prática gerencial exige algumas condições. Essas condições têm de ser conquistadas para que se possa ter alguma perspectiva de melhorar o setor público de saúde.

Não será iniciando o processo pelo treinamento de gerentes que se poderá alcançar alguma mudança. Os treinamentos são instrumentais. Trata-se de uma necessidade, sem dúvida, dotar os gerentes do instrumental requerido para suas atividades de coordenação técnica e administrativa da prestação dos serviços. Entretanto, eles deveriam ser antes uma consequência da percepção dessa necessidade por gerentes comprometidos e autônomos.

E então, se vai chegando a algumas condições para esse novo exercício da gerência: compromisso, autonomia e, acrescenta-se, flexibilidade organizacional.

A gerência envolve compromisso. Compromisso com resultados da organização, com a eficácia dos seus serviços. Essa dimensão está presente na relação que os atores organizacionais estabelecem entre si e com a clientela que apropria os serviços prestados. O gerente como mediador des-

sas relações tem um papel central, pois se ele não tem compromisso com a organização e seus objetivos, como conseguirá mobilizar os demais recursos humanos na tarefa organizacional?

Autonomia é outra condição para que o gerente possa dar respostas aos usuários de seus serviços. Essa autonomia é que vai permitir alocar e remanejar os recursos financeiros e materiais que dispuser, incentivar a criatividade, com a garantia de poder implementar, minimamente, as inovações que resultarem do processo de coletivização das idéias.

Entretanto, essa autonomia não pode passar apenas pelos recursos financeiros, materiais e tecnológicos, mas, também, pelo poder de alocar e remanejar os recursos humanos. Nem todos os atores organizacionais envolvem-se igualmente no processo de produção dos serviços de saúde. Isso porque o comprometimento com a tarefa é desigual, muitos não se sentem responsáveis por ela, ou, ainda, não estão aptos para a sua realização. Nesse sentido, o gerente tem o papel de, além de promover a mobilização desses atores, realocá-los a partir de seu desempenho.

Deter poder apenas sobre os recursos financeiros, materiais e tecnológicos, retira do gerente dos serviços de saúde a possibilidade de atuar com o elemento determinante da eficácia da prestação dos serviços de saúde.

Uma das condições da autonomia, por sua vez, é a flexibilidade organizacional.

As atuais estruturas organizacionais de todos os níveis do Sistema, federal, estadual e municipal, seguem, via de regra, um modelo verticalizado e hierarquizado, que castra as possibilidades de inovação, que reduz os gerentes a cumpridores de normas e determinações superiores, e que, de outro lado, abre caminho para que, através dessas "determinações superiores", reais ou fictícias, se instalem o patrimonialismo e o clientelismo nas organizações.

A rigidez organizacional reflete-se na gestão dos próprios recursos. Como boa parte dos recursos vem de fontes exteriores, os gerentes não têm, muitas vezes, controle sobre a sua solicitação. Os recebem já "carimbados", isto é, com uma destinação inquestionável, e, com isso, se sentem descompromissados com a sua utilização.

Todos os que trabalham no setor público fartam-se de ver unidades que precisam de um tipo de medicamento ou equipamento receberem outro absolutamente inútil, ou, ainda, planejarem a construção e o equipamento de uma unidade e receberem apenas o equipamento, etc. Isso ocor-

re, de um lado, porque a destinação e o fluxo dos recursos são negociados longe dos níveis de execução e, de outro, porque não se tem a prática de responsabilizar os gerentes dos diversos níveis pela realização das atividades que lhes compete.

Se, por um lado, há descompromisso dos responsáveis pela utilização dos recursos, por outro, a sociedade também não cobra os resultados. Esse caminho começa a se delinear com o exercício da cidadania, onde os Conselhos e outros canais de participação desempenham um papel de facilitadores.

Entretanto, as estruturas e as práticas verticalizadas e hierarquizadas hoje existentes nas organizações públicas da saúde dificultam bastante essa relação. Os órgãos de participação podem inclusive configurar apenas canais formais, que somente verificam a parte contábil do uso do recurso público, aprovando contas gastas corretamente, mas inadequadamente, sem cobrar resultados e a eficácia dos serviços.

Essa participação, tanto ao nível interno da organização como desta com a sociedade, é dificultada pela estrutura tradicional, feita para ocultar e não para ser transparente. Paulo Motta (s/d) lembra que "a busca da flexibilidade se deu ao longo dos anos, a partir das constatações crescentes de que as antigas propostas de rigidez estrutural, baseadas na antecedência da estrutura sobre outras dimensões organizacionais, não mais se coadunavam com a realidade, nem com as necessidades das empresas e instituições públicas no mundo contemporâneo". A partir dessas constatações, busca-se outros modelos.

O próprio Motta ensaia a consolidação de um modelo de organização atomizada e modular ou holográfica. "Trata-se da organização descentralizada, com unidades autônomas, que refletem, em princípio, o todo organizacional, e são projetadas com base em equipes, com menos hierarquia, com responsabilidade compartilhada e com um equilíbrio de poder dinâmico, construído no próprio processo de decisão". (Motta, s/d). Algumas das características básicas dessa proposta são a diferenciação por objetivos e área geográfica, o trabalho baseado em equipes e a integração por comunicações intensivas.

Com relação ao gerenciamento essa organização pede a eliminação das gerências intermediárias, a gerência por compatibilização e negociação, e rigor em poucos valores, valores esses capazes de dar unidade à organização.

A explosão dos organogramas, como forma de viabilizar uma nova proposta gerencial, não cons-

titul uma proposta fantasiosa, mas já experimentada nos setores mais avançados da sociedade.

Ainda que, no setor público, se continue por um tempo com as organizações piramidais, é possível promover alguma horizontalização, ampliando a base da pirâmide, descentralizando para ela um rol de decisões que viabilizem a gerência e, sobretudo, tornando-a mais permeável ao controle social.

A flexibilização das organizações públicas é condição para o exercício de uma nova gerência, para a afluência de um perfil gerencial dotado de maior autonomia.

O gerente não poderá ser um negociador, seu principal papel, se não tiver o que negociar. E será um mau negociador se não estiver exposto ao controle social. Sem responsabilidade o gerente está infenso a esse controle e não tem como desenvolver um compromisso consistente com a tarefa organizacional.

Dadas essas condições básicas aí sim, o gerente necessita contar com um instrumental que viabilize o exercício da gerência.

4. O INSTRUMENTO DE UMA NOVA GERÊNCIA

O gerente negociador, que trabalha com a participação, com o diálogo, e com autonomia, tem na informação o instrumento fundamental de sua ação. Essa perspectiva requer do gerente a capacidade de captar, transferir, disseminar e utilizar a informação de forma pró-ativa e interativa.

É preciso, entretanto, desfazer um outro mito. O dos grandes sistemas de informação formais e centralizados.

Esses mega-sistemas têm sido usados, sempre com atraso, para fazer diagnósticos desatualizados e, portanto, embasar planejamentos pouco aderentes à realidade. Também têm sido concebidos para controle dos níveis inferiores da pirâmide organizacional e até mesmo fora dela, como é o caso dos sistemas federais e estaduais pretendendo controlar ações realizadas em outros níveis de governo.

Esses sistemas são pouco efetivos. Na melhor das hipóteses controlam quantidades e não estabelecem uma relação de comunicação entre os níveis envolvidos. Quase sempre os níveis periféricos são tratados como "fornecedores" de informação, que, supostamente, servem aos níveis centrais para tomar decisões.

A definição de estratégias de ação baseadas nesses sistemas só poderá resultar autoritária e dis-

tante da realidade, ainda mais em se considerando a pluralidade de situações deste país.

Sistemas homogêneos, pretensamente adequados para qualquer situação, porque partem basicamente dos mesmos dados e hipóteses, esbarram em determinantes e lógicas de funcionamento diferentes. A proporção de leitos públicos e de privados, por exemplo, são diferentes nos estados, e determinam, em parte, a relação entre os setores e, mesmo, do usuário com esses serviços. O relacionamento entre os níveis de governo, que muda a cada eleição, também, influi no relacionamento da rede.

Ignorar esses fatos é criar sistemas cuja alimentação é impossível ou defeituosa, e que, se instalados, continuam funcionando aparentemente, mas sem nenhuma efetividade para o usuário. Esses sistemas de informação, em si, podem ser muito bem configurados, mas é preciso questionar a sua oportunidade, adequabilidade, aceitação e uso.

De outro lado, os grandes sistemas fechados, iguais para todos, que exigem grande aparato tecnológico e humano e paralisam os serviços para o preenchimento de planilhas que nunca são devolvidas ao usuário, representam, além do mais, um grande gasto para pouca ou nenhuma utilidade. Não é desses sistemas que o novo gerente precisa.

A Informação deve ser, sim, sistematicamente colhida, permutada e analisada, mas para avaliação, referida aos resultados e impactos da ação de uma organização, para dar suporte ao processo de comunicação entre os membros da organização e entre ela e os seus usuários. Nesse sentido, é preciso ter o cuidado de constituir sistemas abertos e ágeis o suficiente para acolher informações novas ou para tratá-las de outras formas, de acordo com a sensibilidade dos agentes envolvidos na sua produção, transmissão e utilização.

O gerente precisa aprender, com o usuário e com a sua equipe, que informações são relevantes num determinado momento e determinado contexto, para desenhar os possíveis cenários e para reorientar continuamente o curso de sua ação.

Para viabilizar a captação e o uso flexível da informação, é preciso que os sujeitos da organização tenham algum domínio sobre o sistema de informação, que este os sirva e não ao contrário. E nessa perspectiva estão incluídas tanto as informações epidemiológicas quanto as informações de apoio técnico e administrativo.

Desse modo, a preparação de quadros gerenciais ganha uma nova perspectiva, exige outras condições, que os meros treinamentos em sistemas

já viciados e ultrapassados, cujo domínio apenas logrará ajustar os gerentes aos desajustes históricos das organizações públicas e do setor saúde.

CONCLUSÃO

É sem dúvida a gerência um dos fatores determinantes da eficácia da prestação dos serviços de saúde. Contudo, essa assertiva só adquire consistência quando se tem presente que a gestão do setor público não possui as mesmas características do setor privado e que por isso não basta transpor mecanicamente concepções e instrumentos de um para o outro. As determinações sociais da organização e os diversos atores organizacionais têm um papel significativo na eficácia da gestão.

O gerente eficaz nem sempre é aquele que domina técnicas de gestão, mas o que possui compromisso com a tarefa organizacional e é capaz de mobilizar o conjunto da organização para essa tarefa, de forma criativa e participativa.

Essas características assumem relevância quando o espaço em que ocorrem é o da organização pública, onde a ausência de autonomia para a gestão dos recursos coloca em questão a própria possibilidade de eficácia da prestação dos serviços de saúde.

Nesse sentido se faz necessária uma reforma do Estado, de modo a tornar o seu aparato burocrático mais flexível, descentralizado, transparente e permeável ao controle social.

A eficácia da gerência pública não se resolve apenas com treinamento e com disponibilidade de recursos financeiros, materiais e tecnológicos. Apesar desses fatores serem básicos para a realização dos serviços, é preciso que o gerente ganhe alguma autonomia para gerenciar também os recursos humanos.

Daí a importância da descentralização, da possibilidade do gerente ser responsabilizado pelos resultados da organização, ser cobrado por aqueles que utilizam os seus serviços, de modo a se romper a cadeia da conivência e da irresponsabilidade.

Ninguém se considera responsável porque as "condições oferecidas pelo Estado são precárias". Há locais em que os gerentes conseguiram transferir essa afirmação para os usuários, mas sem comprometer-se pela parte que lhes toca. Desse modo, a responsabilidade fica difusa e o resultado é sempre o mesmo: ineficácia, descompromisso, desperdício.

Dentre as condições de atuação do gerente público, está, portanto, a necessidade do compro-

misso e de uma perspectiva participativa de atuação desse gerente, tanto em relação aos recursos humanos envolvidos na prestação de serviços quanto dos cidadãos usuários.

BIBLIOGRAFIA

- CAMPOS, Anna Maria Accountability: quando poderemos traduzir para o português? Rev. Administração Pública, Rio de Janeiro, 24(2):30-50, fev/abr 1990
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza Considerações sobre o processo de Administração e gerência de serviços de saúde in CAMPOS, MERHY e NUNES, Planejamento sem Normas, São Paulo, Hucitec, 1989
- DRAIBE, Sonia, O Padrão Brasileiro de Proteção Social: Desafios à Democratização, Rev. Análise de Conjuntura, Curitiba, 8(2):13 fev. 1986
- FLEURY, Sonia M.T. Descentralização dos Serviços de Saúde: dimensões analíticas, Rio de Janeiro, Rev. Administração Pública, 24(2), fev/abr 1990
- HABERMAS, Jürgen Consciência moral e agir comunicativo, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989
- JUNQUEIRA, Luciano A. Prates Gerência dos Serviços de Saúde, Cadernos de Saúde Pública, RJ, 6(3):247-259, jul/set. 1990
- JUNQUEIRA, Luciano A. Prates e INOJOSA, Rose Marie, Descentralização do Modelo de Prestação de Serviços de Saúde em São Paulo, Revista Administração Pública, Rio de Janeiro, nº 24(4):7-25, Ago./out. 1990
- KLIKSBERG, Bernardo A. Gerência na Década de 90, Rev. Administração Pública, Rio de Janeiro, 22(1):59-85, jan/mar 1988
- KLIKSBERG, Bernardo Como será a gerência na Década de 90, 1. Reunião de Diretores de Centros e Programas Permanentes de Investigação, México, 5 a 7 de dez. 1990
- LESSA, Carlos Experiências de políticas sociais no Brasil, Desenvolvidas na Década dos 80, Conferência proferida na FUNDAP, São Paulo, em 1/12/1988, edição de SAUVEUR, Giselda
- LOBO, Thereza Descentralização - Uma alternativa de mudança, Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 22(1):14-24, Jan/mar/1988
- MATIOS, Ruy de A. A Democratização Organizacional In Informação Profissional de Recursos Humanos - RH, 9(36), jan. 1991
- MOTTA, Fernando Prestes Organizações: A Produção Intelectual In JUNQUEIRA e BARBOSA (org) Gerência em Saúde: Desafios e Perspectivas, São Paulo, Hucitec, 1991 (no prelo)
- MOTTA, Paulo Roberto Alguns Desafios Administrativos na Gestão Pública da Saúde In JUNQUEIRA e BARBOSA (org) Gerência em Saúde: Desafios e Perspectivas, São Paulo, Hucitec, 1991 (no prelo)
- MOTTA, Paulo Roberto Flexibilidade Estrutural: a Implosão do organograma e as bases da organização atomizada e holográfica, Belo Horizonte, Gestão e Desenvolvimento, s/d (mimeo)
- MOTTA, Paulo Roberto Gerência de Idéias Novas: Como Despertar a Criatividade e Vencer a Impotência do Desejo Inovacional? Rev. Administração Pública, Rio de Janeiro (4), 1989
- NOGUEIRA, Roberto Passos O Processo de Produção de Serviços de Saúde, Rio de Janeiro, ENSP, s/d (mimeo)

São Paulo, setembro de 1991

CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL

Uma proposta à etapa nacional da IX CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE para a construção equilibrada do SUS - Sistema Único de Saúde.

Brasília - DF, agosto de 1991

1. RAÍZES HISTÓRICAS

A origem das SANTAS CASAS foi Portugal. Segundo a crônica antiga, a rainha Eonor de Lancastre, esposa de D. João II, infeliz por ter passado os maiores dissabores, não podendo suportar os deslumbres da corte, enclausurou-se voluntariamente, entregando-se à religião sem votos e em liberdade a praticar atos misericordiosos, além de encorajar artes e ciências.

Aconselhada por Frei Miguel de Contreiras, fundou a Confraria de Nossa Senhora da Misericórdia sob invocação de Nossa Senhora de Madre de Deus ou Virgem Maria de Misericórdia, em 15 de agosto de 1498, em Lisboa, Portugal.

O vocábulo "misericórdia" tem sua origem no latim e significa em sentido estrito "doar seu coração a outrem", ("misere" e "cordis"). Em sentido mais amplo quer dizer também "doar a quem necessita".

Os cristãos assumiram o compromisso de praticarem as Obras de Misericórdia constantes do Evangelho de São Mateus e entre elas, uma das sete corporais: "visitar e curar os enfermos". Esse compromisso se transformou no fundamento de todas as instituições ou organizações constituídas com objetivos caritativos cristãos e na medida da necessidade e urgência do homem civilizado.

Na época das descobertas foram disseminadas as misericórdias por todo o mundo, havendo casas na Ásia, na África e nas Américas. Atualmente existem também na Rússia e no Leste Europeu.

Em nosso País, as primeiras Santas Casas surgiram logo após o seu descobrimento, precedendo, portanto, à própria organização jurídica do Estado brasileiro.

Uma vez criadas, passaram a se dedicar ao atendimento aos enfermos e em alguns casos com mais de uma direção, ou seja, atendendo também

as outras Obras de Misericórdia, no amparo à velhice, à criança ou mantendo cemitérios.

O exemplo frutificou. Muitas outras instituições congêneres surgiram por todo o recanto nacional. Ora eram hospitais de pura origem religiosa, assistidos ou assegurados por congregações ou ordens religiosas, ora eram instituições que surgiram da pura filantropia de grupos sociais que rompiam as fronteiras do egoísmo para se lançarem ao mar da generosidade cristã, provendo as suas comunidades com recursos de saúde que os governos jamais se preocuparam em lhes dar.

Não há ninguém que estude a História do Brasil e que esteja ligado à área da saúde que não tenha notícia destas seculares instituições que faziam e fazem a vanguarda ao lado ou à margem do poder público, expressão magnífica da caridade cristã, que vê no pobre um prolongamento do Cristo Crucificado.

Há que se destacar, ainda, o papel histórico que essas Instituições cumpriram e cumprem na formação de Recursos Humanos, para a saúde, a começar pela criação das primeiras Escolas de Medicina e de Enfermagem. Desnecessário enumerar, uma a uma, todas aquelas que têm contribuído para o desenvolvimento da ciência médica e outras, mantendo hospitais-escolas, residência médica, ou mesmo campo de estágio e aplicação dos conhecimentos adquiridos.

Ao esboçar este ligeiro histórico, tem-se como intenção demonstrar que apesar de todos os percalços, do estilo mendicante de outrora, as Santas Casas e os Hospitais Filantrópicos, fiéis às suas origens, continuam voltadas para a pobreza, escondendo suas ações como dita o Evangelho. Evita dizer não ao paciente pobre; não adere a greves e aceita pacientes rejeitados até mesmo pelo serviço público, dispondo sempre de um leito a mais para o carente, independentemente de remuneração ou paga.

Diante dessa postura, que já atravessou quatro séculos, gostaríamos de concluir que: "nada mais pode ser considerado legitimamente serviço público que a ação dessas Instituições voltadas para a saúde do povo."

2. A ASSISTÊNCIA SOCIAL DAS FILANTRÓPICAS NO BRASIL

Os mais de quatro séculos das Santas Casas no Brasil, são suficientes para se entender bem o papel, a missão e desempenho de uma Santa Casa na preservação da saúde e da vida da sociedade brasileira.

Desde o seu surgimento no Brasil e até os dias atuais, as Santas Casas e os outros tipos de Hospitais Filantrópicos jamais deixaram de se multiplicar, mantendo a tradição, a humanização do atendimento e a constante busca pelo aperfeiçoamento e modernidade.

Atualmente, quase todos os municípios brasileiros dispõem de uma Santa Casa, Hospital Religioso ou outra Instituição Filantrópica, muitas das quais criadas paralelamente à própria fundação do Município.

Somam, agora, mais de duas mil em todo o território nacional, responsáveis por cerca de 62% dos leitos de hospitais gerais existentes no País; atendem a mais de 70% da demanda do Sistema Único de Saúde, muitas vezes constituindo-se em Centros Regionais de Referência e Excelência Médica.

Somente muitos anos após o surgimento desses hospitais e serviços de saúde é que os Estados iniciaram o seu serviço de assistência social. A bem da verdade, o Governo nunca colocou recursos seus em equipamentos de saúde, apropriou-se, isto sim, de um patrimônio construído com dinheiro dos trabalhadores através das suas contribuições à Previdência Social e pela incorporação dos antigos institutos de seguridade e assistência médica.

Mesmo assim, a rede de hospitais públicos dispõe apenas de algo em torno de 16% da oferta leito e o que se viu ao longo de todos esses anos é a incapacidade latente desses organismos públicos em superar a burocracia estatal, a ineficiência crônica, o alto custo dos seus serviços - 8 a 10 vezes superior ao dos filantrópicos - o sucateamento proposital e voraz das áreas físicas e equipamentos, o empreguismo desenfreado ao par da baixa produtividade, o abuso das greves, enfim, o flagrante desrespeito ao ser humano que espera obter do Estado o direito constitucional à manutenção de sua saúde ou a sua recuperação.

Face a todas essas mazelas, a população sofrida, sabidamente tem procurado os serviços dos hospitais filantrópicos - numa demanda espontânea - pois sabe que ali será bem recebida, não obstante a pouca comodidade dos locais que alguns desses

hospitais podem lhe oferecer, Mas os aspectos cristãos, caritativos e de humanização ali estão presentes e ao lado do trabalho abnegado e de filantropia, segue-se o desenvolvimento tecnológico das ciências médicas, humanas e sociais.

Pode-se dizer que: as Santas Casas e os Hospitais Filantrópicos constituem a maior e mais antiga rede de equipamentos de saúde do País e da qual a população carente pode se servir. Quando a população de determinadas regiões passou por verdadeiro flagelo; quando sofreu os efeitos da gripe espanhola ou mesmo de tantas outras endemias ou epidemias, foram esses hospitais os únicos responsáveis pelo seu atendimento.

Realmente as Santas Casas e demais Hospitais Filantrópicos estão na "vanguarda assistencial e da saúde no mundo" e obviamente em nosso País o seu caminho sempre esteve e estará vinculado às comunidades que num momento de decisão de seus líderes se organizaram a fim de atender àquela mesma comunidade. Aí a grande diferença com os hospitais lucrativos que se instalam apenas aonde convém aos seus proprietários.

Representam as Santas Casas a entidade ideal na prestação de serviços de saúde, pois são inteliramente identificadas com as comunidades a que servem. São exatamente o meio termo entre a entidade pública e os hospitais lucrativos. Aquela com eficiência aquém do desejado, própria da burocracia governamental, e os últimos movidos pelo lucro, embora prestando o seu serviço social, mas sem reinvesti-lo totalmente no Hospital.

As Santas Casas são de fato as executoras da maior parcela de assistência à saúde no País. Se o segmento filantrópico entrar em colapso haverá uma desestabilização de atendimento à saúde do nosso povo.

Identificados com a pobreza, muitos desses hospitais têm face de pobre. Equipamentos sucateados, camas estragadas, prédios antigos e carentes de reformas, lençóis rotos, mas as enfermarias sempre lotadas.

Entretanto, com muito esforço e com o emprego de técnicas adequadas de administração hospitalar - fundamentalmente preocupadas com a correta aplicação dos poucos recursos financeiros de que dispõe, principalmente pelos baixos preços da remuneração dos serviços prestados à Previdência Social - uma significativa parcela de hospitais filantrópicos tem apresentado extraordinário poder de recuperação e superação da crise, apresentando, hoje, um considerável padrão de atendimento e resolubilidade em suas ações.

Por outro lado, continuam sendo o campo de ensino, pesquisa e extensão das faculdades de medicina, enfermagem, assistência social, farmácia, bioquímica e outras ligadas à área da saúde.

Em se fazendo o perfil dos luminares da História da Saúde no Brasil, perceberemos com muita facilidade que todos eles têm profundos vínculos com as Santas Casas e com os Hospitais Filantrópicos, ora como egressos, ora como mestres, ora como chefes de serviços.

Por que, então, desprezar tanta experiência, tanto espírito científico, tantas lições de economia, tanta racionalização de custos, tanta resolutividade e humanização no atendimento?

3. O DESVIRTUAMENTO DA FILANTROPIA

Em que pese todo o trabalho e contribuição secular à saúde do povo brasileiro, alguns segmentos da área da saúde, e mesmo fora dela, vem buscando denegrir o papel relevante das filantrópicas, imputando-lhes a pecha de "pilantrópicas", como plataforma para excluí-las ou marginalizá-las do sistema de saúde do País, ou ainda obstaculizar a manutenção de alguns privilégios dos quais hoje gozam.

Como não pode existir "trigo sem joio" se reconhece que alguns hospitais que se apresentam como filantrópicos, foram criados com o estreito fito do lucro ou do "levar vantagem", valendo salientar que: *o reconhecimento destes "filantrópicos" foi mais um Ato do Poder Público, na maioria das vezes por interesses e pressões políticas, do que o reconhecimento de suas finalidades pelos verdadeiramente filantrópicos.*

Eximimo-nos de jogar a primeira pedra naqueles que disvirtuaram a sua finalidade. Seria uma ação benéfica do Governo e do seu Ministério da Justiça se iniciassem, de pronto, a árdua tarefa de separar o "alho do bugalho", para que tivéssemos, definitivamente, reconhecidas as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos como parceiros leais do povo, na construção da sua saúde e da sua assistência social, com responsabilidade e eficácia.

Há alguns anos que os Filantrópicos estão levando adiante um trabalho de auto-avaliação, definindo que: Hospital Filantrópico é aquele que se destina ao atendimento da população carente de recursos para auto-financiar a assistência à saúde; não visa vantagem pessoal, financeira, política, ou social, através do atendimento que realiza.

Pautam suas ações pelos princípios morais, éticos e religiosos, encarnados no Cristianismo, sem prejuízo de atender a outros segmentos da popu-

lação, de vez que não promovem qualquer tipo de discriminação ao paciente, seja racial, ideológica, social, religiosa, financeira ou política.

Ao cabo desse processo, e com a já solicitada cooperação do Governo, poderemos ter o "alho separado do bugalho". Mas, enquanto isso não vem, os reais filantrópicos, e que felizmente constituem a grande maioria, continuam - uns mais lentos, outros mais acelerados - cumprindo as suas missões, porque têm consciência de que não pertencem a nenhum dono em particular, são propriedade das suas respectivas comunidades; tendo resistido de pé quando minguaram os recursos; quando lhes faltaram os legados e, sobretudo, quando a situação econômica do País não mais lhes inspirou a mendicância.

4. AS PERSPECTIVAS DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS FILANTRÓPICOS PARA O FUTURO

John Naisbitt & Patrícia Aburdene ao resumirem suas análises e conclusões em seu "best-seller" MEGATENDS 2000, apontam entre outras megatendências: uma economia global, a privatização das ações de bem-estar e o renascimento religioso.

A globalização da economia trará como consequência a extinção de barreiras de conhecimentos técnicos científicos, de tal maneira que os países do Terceiro Mundo se aproximarão gradualmente desses conhecimentos, melhorando sensivelmente suas condições.

Embutida na privatização das ações de bem-estar está evidentemente a saúde e a assistência social e por meio da privatização haverá uma profissionalização dos seus quadros de pessoal para a racionalização administrativa, utilizando-se de métodos empresariais de gestão administrativa e financeira.

O renascimento religioso será por demais importante porque fará reacender a chama dos ideais que nortearam a criação das Misericórdias no mundo.

A união dessas tendências poderá transformar efetivamente as Santas Casas, adaptando-as ao próximo século.

Ao longo dos anos as Santas Casas foram administradas sem o cunho empresarial e sim como entidade que dependia exclusivamente de homens abnegados, vivendo muitas delas no passado e algumas ainda no presente com dificuldades administrativas e financeiras.

Entretanto, um trabalho sério, organizado em bases empresariais, tem levado muitas das Filantrópicas a um estágio inteiramente diverso, o que

propicia outra perspectiva de administração e de resultados.

As perspectivas para o futuro das Filantrópicas mostram que elas devem consolidar e reforçar seus vínculos históricos como instituições para o povo, ampliando seu leque de atendimento aos reclamos da comunidade nos mais diversos campos de atividade social e, dada a sua natureza essencialmente comunitária, abrir o seu quadro de Irmãos aos mais diversos representantes de todos os segmentos da comunidade a que serve.

São condições mínimas para o fortalecimento das Filantrópicas: modernização administrativa, tornando a sua estrutura mais simples, flexível e eficaz; profissionalização de seus Recursos Humanos, compensando a diminuição quantitativa com aumento de competência e eficiência, renovação de seus quadros de Diretoria atraindo profissionais competentes com vocação para filantropia.

Entretanto, há necessidade do exame concreto das perspectivas financeiras das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, sem o que nada vale, dado o risco de encerramento das atividades ou transferência para o Poder Público, o que é de todo desaconselhável.

Com a universalização do atendimento acabando com a figura do "indigente", as Filantrópicas passaram a receber pela totalidade do atendimento, mas a valores que não chegam a remunerar integralmente os custos dos serviços prestados e, o que é pior, não permitindo qualquer margem operacional para os investimentos necessários à reposição de equipamentos e reformas das áreas físicas, desgastadas pela intensividade dos atendimentos à clientela do Sistema Único de Saúde.

A realidade brasileira é que o País é impotente financeiramente para atender a toda a população. Sem condições, portanto, de assegurar o atendimento médico-hospitalar a toda a população, apesar de ser Direito do cidadão e Dever do Estado, nos termos da Constituição Federal. Impotente, o Estado devolve ao ônus das filantrópicas o atendimento aos que não podem pagar.

A dificuldade que será enfrentada pelas filantrópicas é que a população está desacostumada com a participação efetiva na arrecadação de fundos para a manutenção dessas instituições.

O Corpo Clínico que outrora prestou inestimável contribuição ao atendimento indiscriminado da população carente, adotou uma nova postura a partir do momento que o INAMPS assumiu a universalização do atendimento e passou a pagar por

todos os serviços prestados. Até mesmo os atrasos nos pagamentos devidos pelo Sistema Único de Saúde ameaçam desestabilizar as relações entre os médicos e os hospitais.

Assim, as Filantrópicas precisam ter segurança de receitas regulares, mantendo atendimento de padrão elevado para as camadas mais abastadas da população; implantando planos de saúde e explorando serviços diversos, de acordo com as peculiaridades de cada região.

Outra questão que deverá merecer atenção por parte das Provedorias das Santas Casas e Diretorias da Filantrópicas é a definição do relacionamento ético-jurídico destas com os seus respectivos Corpos Clínicos, passando necessariamente pela abertura criteriosa dos mesmos. A médio prazo deve-se buscar a concentração de todos os serviços e recursos diagnósticos na posse, comando e gerenciamento das filantrópicas.

As Santas Casas evidentemente continuarão a atender às camadas mais pobres da população, pois esta é a sua finalidade precípua e o seu papel no atendimento à saúde será sempre marcante, pois dos casos atendidos por esses prestadores mais de 85% são originários do SUS.

Nota-se, assim, a importância das Santas Casas no atendimento ao SUS, pois elas estão perfeitamente atreladas ao processo de consolidação do Sistema e poderão, através de instrumento convencional adequado e justo, colocar à disposição do Sistema Único de Saúde pelo menos 70% da sua capacidade instalada.

Em qualquer município brasileiro é de fundamental importância o trabalho das Santas Casas. Nos pequenos, na maioria das vezes é o único hospital para dar atendimento à população. Nos médios e grandes municípios têm a característica de hospital de referência, com grande teor de complexidade.

Entendemos que as ações básicas de saúde devem ser efetivadas pelos governos municipais, deixando ao setor privado filantrópico, que tem prioridade constitucional, o atendimento às demais ações, não entrando o Poder Público em competição com as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos.

Face às carências existentes não é lógico que o Poder Público venha competir com as entidades filantrópicas. O razoável é que a instalação de novos serviços de saúde se faça levando-se em conta a capacidade instalada das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos que destinam quase todo o seu atendimento ao SUS, evitando-se a duplicida-

de de serviços, com absurdo desperdício de recursos com o qual o País não pode conviver.

Há necessidade de entrosamento entre o Poder Público e as Instituições filantrópicas, mediante normas e ajustes aprovados pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, para que estas últimas não corram o risco de serem inviabilizadas.

Os hospitais filantrópicos devem continuar ainda por muito tempo sendo os maiores prestadores de serviços de saúde no País e é inaceitável que o Poder Público invista somas altíssimas de recursos em áreas já cobertas pelos filantrópicos, quando nossa população é carente de atendimento em outros setores.

5. A DESCENTRALIZAÇÃO ATRAVÉS DA MUNICIPALIZAÇÃO

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

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

Falar em saúde implica, portanto, numa indagação permanente dos seus determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais e a inserção, na política de saúde, de novos espaços sociais como o da educação, meio ambiente, previdência, emprego, habilitação, alimentação e nutrição, lazer e esporte. Saúde será a resultante da ação articulada desses diferentes setores e os eixos integrados dos setores sociais com as políticas econômicas.

Não será através do simples cumprimento da determinação constitucional de se promover a descentralização das ações de saúde (Art. 198, inciso I) que se vai alcançar a solução dos graves problemas que afetam a saúde do nosso povo.

É preciso encarar esses problemas com mais responsabilidade e isenção de partidarismos político-ideológicos. O Brasil não só gasta pouco em saúde como, principalmente, gasta muito mal. Em 1989, foram consumidos cerca de 13,3 bilhões de dólares em 12 milhões de internações e 120 milhões de consultas. Um terço dos recursos foram desembolsados apenas com o pagamento de servidores de um sistema excessivamente corporativista, com níveis de produtividade inaceitáveis. Dos 81 dólares/ano que vale a saúde de cada cidadão brasi-

leiro - os EUA gastaram US\$ 2.051, o Canadá gastou US\$ 1.483 e o Japão US\$ 915 - menos que 40% chegaram até a ponta final do sistema. As fraudes, a demora nos repasses, a burocracia, a negligência e o desperdício se encarregaram de impedir um uso racional dos recursos que dispomos.

A consequência é que, mesmo para os padrões do Terceiro Mundo, o Brasil tem números aterradores na área de saúde: são 660 mil casos anuais de malária, 5 milhões de pessoas estão infectadas com a Doença de Chagas e 20 milhões sofrem de esquistossomose.

Essas doenças estão associadas às condições de miséria em regiões que muitas vezes jamais viram um médico, embora o País conte com 210 mil deles e 415 mil enfermeiros e auxiliares de enfermagem. A concentração de recursos físicos e humanos nos grandes centros contribui para o descalabro na saúde de brasileiros, para os quais não importa a municipalização ou não da saúde.

Planos para a saúde jamais faltaram. O problema é que eles, habitualmente confundidos com interesses político-ideológicos e corporativistas, sempre dão errado. Nos últimos 16 anos, o Brasil conviveu com cinco grandes projetos, todos rotulados como capazes de redimir a saúde nacional.

Em 1975, foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS); em 1980, surgiu o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE); 1983, foram lançadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) como desdobramento das recomendações do CONASP, e em 1987 veio o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que deu lugar ao plano atual, o Sistema Único de Saúde.

Cada um desses programas trouxe a sua contribuição, embora às vezes apenas pra confundir ainda mais os pacientes. Hoje é pouco provável que algum usuário de serviço público consiga entender o emaranhado de instituições que deveriam zelar pela sua saúde.

Entretanto, nenhum deles conseguiu reverter os aspectos críticos sobre a qualidade assistencial e sobre o orçamento para a área de saúde. Não se atingiu a diretriz do aumento da produtividade do setor público de saúde, através da utilização das suas reais potencialidades. Continuam incompetentes e com custos excessivos, até abusivos.

Se, em 1981, produziram apenas 26,4% das consultas médico-odontológicas; 16,1% dos serviços de diagnose e terapia, e apenas 1,6% das internações hospitalares; em 1984, a ociosidade dos próprios do INAMPS era de 44% na rede ambulatorial e de 47% na hospitalar, hoje, após todas as tenta-

tivas, nada praticamente mudou em relação à inoperância dos serviços públicos de saúde

Até aqui, os SUS não se mostrou ainda capaz de pôr um ponto final nos descaminhos da assistência médica. Se por um lado o Sistema filosoficamente é muito bom, por outro, as mazelas permanecem muito operantes, principalmente, no aspecto da influência política nefasta, em alguns casos, que não consegue entender, ou finge não entender, o espírito e o sentido da municipalização e pratica aquilo que já se convencionou chamar de "prefeituraização".

Quando se construiu o ideal da descentralização chegando-se à municipalização, pensou-se em entregar a cada comunidade (município) a opção de decidir sobre as melhores alternativas para a solução dos seus problemas de saúde. Essa diretriz do SUS está assentada na premissa de que, em assim procedendo, todos os segmentos representativos da comunidade poderão participar da avaliação, propositura e escolha da melhor estratégia de saúde, com muita responsabilidade, atenuando os partidarismos e democratizando a ação política, comprometidos apenas com a qualidade de vida da população. O Prefeito e o secretário Municipal de Saúde não devem impor suas posições ao Conselho Municipal de Saúde. O SUS espera contar, ainda com o aporte de recursos do orçamento municipal e estadual, em percentual não inferior a 10% de cada um deles.

Infelizmente, nem um nem outro desses objetivos têm sido alcançados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Somente a vontade de servir impulsiona filantropos da própria comunidade a dispor de tempo e recursos para formar e administrar o Hospital Comunitário (Santa Casa ou Hospital Filantrópico). Essa origem singular faz desses hospitais um núcleo diferente.

Diferente dos Hospitais Públicos concebidos pelo poder formal, burocrático e com recursos do povo. Diferente do Privado Lucrativo, constituído com o propósito do lucro (não condenável). As Santas Casas e Hospitais Filantrópicos são diferentes porque nasceram do povo, e com o povo mantêm-se abertos; por isso são genuínos e diferentes.

Mesmo quando injustamente combatidos, não se pode permitir a intervenção de qualquer setor público ou privado, pois as Santas Casas, presentes em três continentes do globo, constituem-se em patrimônio cultural e assistencial do povo.

O erro cometido com as Santas Casas Portuguesas não pode se repetir no Brasil, pois, após passada a euforia estatizante, o próprio Governo Português vem estimulando o retorno das Santas Casas às suas origens.

Com a promulgação da Carta Magna, em 1988, consolidou-se a idéia de um Sistema Único de Saúde, com diretrizes de universalização, integralidade, e equidade no atendimento; com descentralização e hierarquização de suas ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, para o que, ressaltamos o apoio e a colaboração decisiva das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, à época.

Por sua vez, a Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080/90 - dispendo sobre essas diretrizes, procurou disciplinar a implantação do Sistema Único de Saúde no País, que por apresentar inúmeras falhas e lacunas não vem permitindo que se atinjam os objetivos maiores, provocando uma acentuada confusão no norteamento das ações.

É de se salientar que até o presente momento o SUS não deu o rumo adequado à assistência médica ao povo brasileiro.

O Sistema efetivamente é aceitável na sua concepção, mas na sua aplicação vem apresentando graves distorções de operacionalização. Os Municípios, em geral, não estão ainda preparados para receber essa carga adicional e muitos dos Governos Municipais, desvirtuando o processo de "municipalização", num claro propósito de "prefeituraização", assinam de plano o Convênio, objetivando muitas vezes satisfazer interesses políticos.

Pretendem, por outro lado, assumir as Santas Casas, que sempre responderam pelas ações de saúde atendendo ao interesse público ou inviabilizando-as mediante a construção de outras unidades destinadas ao mesmo fim, com evidente desperdício de dinheiro público que, em última análise, é do povo.

A preferência para participarem complementarmente do SUS; a imunidade constitucional de impostos (Art. 150, inciso VI, letra "c") e a isenção da contribuição da empresa à Previdência Social (Art. 55, Lei nº 8.212/91) devem ser vistas pelos filantrópicos simplesmente como condição para atingir os seus objetivos sociais, com responsabilidade e eficiência.

Para isso, há necessidade de um trabalho sério, organizado em bases empresariais, abandonando-se o empirismo administrativo, o que levará os filantrópicos a um estágio exemplar.

As Santas Casas adaptadas às condições atuais, graças, ainda, à obrigação da aplicação de seus

eventuais resultados positivos na própria Instituição para modernização, aperfeiçoamento e melhoria da sua estrutura, poderão representar a grande opção entre a entidade pública e a privada lucrativa para se consolidar o SUS.

Confederação das Misericórdias do Brasil.

Ana Marla Malik
Gonzalo Vecina Neto

1. INTRODUÇÃO

Gerência em saúde é um tema sobre o qual muito tem sido escrito nos últimos anos. Com isto representou uma alteração substancial na composição da bibliografia do setor, algumas questões que se necessita responder são: por que a gerência passou a fazer parte do cardápio das discussões da área, por leigos e por técnicos do próprio setor? Que impacto tiveram estas abordagens sobre as organizações do setor? Na verdade, pode-se dizer que a gerência se encontra numa encruzilhada, já sendo aceito o conceito de que existe, no mínimo, uma carência deste componente vinculado às organizações do setor de saúde.

À guisa de um diagnóstico introdutório, é possível subdividir as causas destas carências em três subgrupos. O primeiro se prende a aspectos de ordem estrutural, uma vez que se identifica sem grande dificuldade que saúde está longe de ser considerada uma área prioritária. Isto pode ser verificado por meio dos níveis de investimento e de salários, pela qualidade dos serviços prestados, etc. Além disso, frequentemente se observa escolha de gerentes por critérios clientelistas, reduzido controle social, etc. Devem ainda ser lembradas as questões do controle que, quando existe, se dá "cartorialmente" e muito mais sobre os instrumentos que sobre as ações propriamente ditas, e da centralização, que restringe os atores participantes dos processos decisórios e até os objetos sobre os quais se decide.

Um segundo grupo de causas a considerar são aquelas ditas organizacionais, em grande medida decorrentes das estruturais. Entre estas, tem grande relevância a não fixação de objetivos claros. Isto obriga as organizações a se moverem de acordo com orientações pontuais e, portanto, as priva de seu referencial de longo prazo ao mesmo tempo em que as abandona ao sabor das crises da administração do cotidiano.

Ainda fazem parte deste rol a presença, mais uma vez, de gerentes sem compromisso com a profissionalização, a falta de capacitação e de desenvolvimento de pessoal, a escassez de recur-

sos financeiros, a ausência de planejamento e a falta de padrões, seja de caráter interno seja voltados para a comparação com outros serviços de mesmas características. Com isto, perde-se até a possibilidade de aferir a eficiência, uma das características alegadamente buscada quando se administra segundo este "modelo". Afinal, este conceito, relativo por definição, requer valores ou situações de referência para sua mensuração real.

As causas individuais também devem ser lembradas, pois entre estas se incluem os gerentes improvisados - frequentemente mais preocupados com sua sobrevivência à testa da organização - e aqueles inseguros - que não se atrevem a ousar por medo da incerteza, esquecendo-se de que a certeza é praticamente impossível. Tudo isso dificulta a que se consiga lidar com a desmotivação generalizada dos funcionários, no sentido de tentar oferecer-lhes, ao menos, objetivos organizacionais claros a atingir, no mínimo como forma de garantir algum grau de compromisso, se não com a organização, ao menos com suas tarefas.

2. A ALTERNATIVA PARA O MODELO DE GESTÃO

Definir que não se pode atuar na área de saúde sem interferir nas causas chamadas de estruturais é um convite ao imobilismo, mascarado pela tentação de se chegar a uma solução hiper correta. De fato, não se pode pretender que a saúde se torne prioritária apenas porque será construído um novo modelo gerencial. Assim, dentro dos contornos considerados, uma opção inicial a ser feita é a de trabalhar basicamente com as causas definidas como organizacionais e individuais.

Dentro destas, ressalta a importância, reiterada nos livros-texto de administração, de se *definir objetivos* para qualquer organização, como com-

(*) Este artigo é parte da coletânea sobre "Gerência de Serviços de Saúde: Desafios e Perspectivas", a ser publicada pela HUCITEG/ABRASCO, resultado do Seminário "Novas Concepções em Administração e Desafios do Sistema Único de Saúde: Em Busca de Estratégias para o Desenvolvimento Gerencial" promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP e Fundação do Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP, realizado no Rio de Janeiro, de 15 a 19/10/1990.

ponente fundamental para o processo gerencial. Isto não pode ser ignorado sob pena de não se ter claros os rumos para os quais dirigir-se-á a organização e, conseqüentemente, qualquer ação empreendida tenderá a cair no vazio, sem possibilidades de potencialização entre atividades, ou, pior, tendendo a gerar inconsistência entre elas. No fundo, haveria a imagem de um ser com muitas pernas porém sem cabeça, cujas partes se movem em direções e/ou sentidos contrários ao mesmo tempo.

Embora seja pouco prudente falar em etapas seqüenciais e, principalmente, estanques, na verdade se necessita da definição de objetivos para o desenho de estratégias com vistas a uma ação internamente consistente. Ou seja, faz-se necessário saber "para aonde", mais que "até onde", se quer ir antes de desenhar "como" se pretende chegar neste ponto.

A viabilização das estratégias requer, como premissa, que se busque a coerência entre elas, pelo menos no longo prazo (1). Além disso, faz-se necessário um grau adequado de flexibilidade no sentido de verificar até que ponto se está obtendo os resultados desejados e, caso contrário, rever desde os objetivos até os caminhos escolhidos para atingi-los, passando pelos processos de implementação.

Parece claro que está implícita, nas afirmações acima, a necessidade da definição de *um sistema de controle*, que permita, desde a definição dos objetivos, saber quais os resultados a analisar e a que intervalos de tempo. Certamente não se está preconizando um sistema de avaliação ao final das atividades pois, uma vez que se terminaram, muito pouco se pode fazer para corrigi-las. Pode-se, sempre, refazê-las, para evitar a repetição das disfunções encontradas, o que é uma solução pouco eficiente e menos ainda eficaz. Por outro lado, descobrir uma distorção durante o decorrer do processo significa poder redirecionar esforços oportunamente, evitando que se multipliquem atividades inócuas ou até conflitantes com o pretendido.

No entanto, é importante destacar que a noção de controle associada a autoritarismo e a medos faz parte daquilo que se pretende desmitificar, uma vez que se está propondo "alternativas". Na verdade, o fato de se usar, frequentemente, termos diferentes vinculados à idéia de avaliação (entre os quais tem lugar privilegiado a palavra "controle"), além de retirar o componente global do conceito chegou a criar subáreas de especia-

lização, cada uma com seus objetivos próprios e potencialmente conflitantes entre si.

Interessante notar que tanto a falta de objetivos explícitos e de estratégias globais quanto o temor dos controles fazem parte da cultura organizacional observada na saúde. A racionalização disso aparece nas concepções de cada caso como "um caso", da atividade profissional (principalmente médica) como dificilmente normatizável e até da noção, errônea, de que "padrões" são indesejáveis porque potencialmente impossíveis de se cumprir com qualidade.

De fato, a forma pela qual se utiliza, tradicionalmente, os padrões leva a esta crença infundada. A extrapolação acrítica de metas numéricas de organização para organização ou, pior, de país para país, realmente compromete a aplicabilidade do instrumento (*). Chega-se, finalmente, a um círculo vicioso: não se controla porque não há padrões e não se constrói padrões porque não se controla.

Para conseguir introduzir uma mudança de atitudes, deve-se trabalhar novas crenças e novos valores, dentro de uma organização. Isto é uma premissa básica até quando se pensa modificar os produtos organizacionais. Caso contrário, termina-se por obter o resultado de sempre, eventualmente com novas roupagens (2).

No entanto, a cultura costuma ser considerada obstáculo intransponível. Mais uma vez, não o é. Trata-se, a rigor, de reconhecê-la em suas reais dimensões, de modo a conseguir atuar sobre ela. Na realidade, a questão da gerência já se incorporou aos chamados "problemas culturais" das organizações. Portanto, deve ser trabalhada como tal, não bastando, para que seja modificada, introduzir um "gerente competente".

Modelos alternativos de gestão certamente não são introduzidos unicamente pela vontade de um indivíduo. Caso isto fosse possível, já haveria diferenças no panorama observado nacionalmente, uma vez que entre todos os gerentes que atuam na área de saúde, com as mais diferentes formações, verifica-se que não raramente existe competência técnico-administrativa. No entanto, competência técnica sozinha é insuficiente, bem como competência política. Por vezes, até mesmo a combinação de ambas não basta para se garantir sucessos. Volta-se aí à discussão das causas

(*) Ver por exemplo, a forma pela qual se utiliza com freqüência no país a Portaria 3046, fr 20.07.1992 e anexo, do Ministério da Previdência e Assistência Social.

estruturais mencionadas, mas não se pode permitir que toda a responsabilidade recaia sobre elas.

Seria muito fácil dizer que a situação atual é inalterável enquanto se mantiverem as condições de contorno do setor dentro da realidade brasileira. De fato, constata-se este tipo de concessão ao imobilismo com certa frequência na área de saúde. *Para buscar a mudança, a competência necessita ser acompanhada de vontade. Caso contrário, a tendência a perpetuar as situações passadas prevalecerá.*

3. COMO COMPREENDER GERÊNCIA?

Diversos modelos teóricos já foram desenhados no sentido de permitir uma visão abrangente da questão. Um dos primeiros aspectos a considerar refere-se a questões de entendimento sobre os objetivos organizacionais propriamente ditos. Afinal, assumir que uma organização tenha objetivos é presumir que algo inanimado possa ter atributos de seres humanos. Na verdade, existem diferentes objetivos que distintos atores (entendidos aí indivíduos e grupos), diretamente pertencentes ou não à organização, têm em relação a ela (3).

Naturalmente, espera-se que "a gerência" - ou os gerentes - tenham seus objetivos e busquem alcançá-los. A rigor, se um grupo tende a ter seus propósitos confundidos com os institucionais trata-se do nível gerencial, embora deva ficar claro que a realidade não é tão linear quanto se poderia prever. Por isso, quando se fala no papel do administrador está-se, no fundo, discutindo o que se espera que ele faça para atingir os objetivos organizacionais; melhor dizendo, de que maneira ele irá lograr seus próprios objetivos em relação à organização (4).

Costuma-se assumir a priori que a tarefa maior que compete a cada organização é voltada a suas atividades-fins. Desta forma, parece natural que o objeto maior de preocupação da gerência seja a operação de seu sistema técnico. Isto pode ser traduzido por questões voltadas à eficiência, à produtividade, à qualidade e à satisfação da clientela. No entanto, em termos de atividades, esta área passa necessariamente por compreender e aprimorar o desenho de tarefas, definir e monitorar mecanismos internos de comunicação e coordenação e, fundamentalmente, controlar desempenho.

Quando se pensa em controlar desempenho, porém, considerar diretamente a organização como um todo assume um significado muito próximo *daquele atribuído ao controle a posteriori, an-*

teriormente mencionado. A performance da organização depende da atuação das pessoas e dos grupos que a compõem. Portanto, independente do que preconize a visão ideal, grande parte do tempo de qualquer gerente é investido em administrar recursos humanos.

Requer-se assim que sejam desenvolvidas atividades voltadas a motivar e liderar estes componentes fundamentais da vida organizacional. Embora não se esteja trabalhando com conceitos novos ou desconhecidos, os problemas de compromisso, apatia, rotatividade e conflitos, entre outros são de tamanha magnitude na área de saúde que possivelmente estejam sendo descuidadas ou mal sucedidas as tentativas de satisfazer as necessidades e os valores dos indivíduos, de se reconhecer a natureza dos grupos e, principalmente, de se oferecer direção, permitindo que os trabalhadores conheçam/reconheçam o que deles se espera.

Ao mesmo tempo, parece muito mais atraente debruçar-se sobre aspectos voltados à renovação constante das organizações e a sua conseqüente melhor inserção no contexto. Afinal, é mais tentador estudar a complexidade ambiental, buscando diminuir o grau de incerteza com o qual se lida, que debruçar-se sobre o cotidiano dos processos internos. Não se pode menosprezar este tipo de papel gerencial, que consiste ainda em compreender as alterações econômicas e sociais e, até, se e quando possível, interferir nelas, tomar posição entre as forças competitivas em jogo e tentar responder a todas as demandas que recaem sobre a organização.

Na verdade, esta é uma das áreas de atuação gerencial mais valorizadas, cuja imagem pública é mais atraente. É aqui que se observa o papel administrativo de atingir objetivos, de administrar mudanças e inovações, garantir o fluxo de recursos adequados para a organização para cada momento e, inclusive, lidar com o desenho organizacional. *A rigor é aqui que se foge da rotina, pois trabalha-se, mais uma vez em termos ideais, constantemente com novos estímulos.*

Ainda menos rotineira é a dimensão estratégica, cujo alvo maior é a sobrevivência da organização no longo prazo. Conseguir visualizar os cenários futuros nos quais pode estar inserida a instituição também faz parte, ao mesmo tempo, dos objetivos organizacionais e dos deveres gerenciais.

É, então, natural que se entenda a função do administrador como oscilando constantemente entre rotina e desconhecido, entre certeza e incerteza e dentro de limites muito pouco precisos entre segurança e insegurança. Caracteriza-se, assim,

que a atividade gerencial pode ser compreendida como composta de processos decisórios, que necessitam ser categorizados para evitar que todos sejam considerados como equivalentes. Inegavelmente todos se revestem de relevância, uma vez que trazem conseqüências para a organização. No entanto, sua diferenciação se dá, no mínimo, em termos de objetos e de impactos potenciais de suas conseqüências (5).

4. GERÊNCIA E QUALIDADE

Qualidade já foi introduzida neste texto como associada a desempenho. Ambos os conceitos são de definição difícil e costumam ser usados em conjunto com a noção de avaliação. Ou seja, busca-se aferir até que ponto o atributo foi ou não atingido e por que. Na verdade, atualmente fala-se em administração de qualidade tentando mostrar que sua obtenção pode ser acompanhada passo a passo e, principalmente, reflete a atuação gerencial.

Hoje em dia é difícil trabalhar com os limites de qualidade aceitável. Na verdade, conceitos vagos como "a melhor qualidade possível" são insuficientes para permitir interferências naquilo sobre o que se deseja atuar. Daí poder-se dizer atualmente que o objeto fundamental da administração da qualidade são os processos organizacionais.

Num determinado momento da história dos estudos organizacionais, fazia parte do discurso gerencial que, independente dos processos que ocorressem, só importava o atingimento dos objetivos. No entanto, estes não são independentes daqueles, uma vez que todo o trabalho produtivo se realiza por meio de processos. Não se trata de, num movimento pendular, abandonar os objetivos como norte e direcionar todos os esforços no sentido de estudar os processos. (6)

Pelo contrário, trata-se de perceber que não se atinge objetivos sem compreender os processos, ao mesmo tempo em que a concentração exclusiva nos processos tende a fazer com que se perca de vista os objetivos. Aceitando-se que todos os trabalhadores de uma organização estão envolvidos em um ou mais processos e que estes são interdependentes, percebe-se que a atenção dada a este "novo" objeto de análise será mais eficaz na proporção em que se tiver clara sua finalidade.

Em última instância, pode-se dizer que cada processo na organização tem seu objetivo precípuo. No entanto, deve ficar claro, a partir do reco-

nhecimento da interdependência entre as diferentes áreas organizacionais, que eles recebem aportes concretos de outros processos. Além disso, de seus resultados dependem ainda atividades ulteriores. Personalizando esta análise, cada ator organizacional recebe o resultado do trabalho de outros, modifica-o e o transfere para alguém. Assim, cada trabalhador é, ao mesmo tempo, um cliente, um processador e um fornecedor, quer se esteja considerando atividades-melo e atividades-fim.

A percepção de que cada processo tem seus clientes, mesmo que internos à organização, reforça o quanto a dimensão de qualidade é centrada nos diferentes consumidores dos distintos produtos/serviços produzidos. O diferencial a nível de compreensão transparece quando se tenta interpretar conceitos. Nas teorias de administração de qualidade, cliente é quem depende de determinada organização. Assim, especificamente na área de saúde, certamente a população sofre as conseqüências - positivas ou negativas - das atividades realizadas. Independente de se poder definir a clientela mais diretamente atingida por determinadas ações e aquela sobre a qual se pretende interferir, não se pode esquecer, por exemplo, dos financiadores, dos empregadores, do complexo médico industrial e da comunidade, entre outros.

Assim, quando se vai discutir ou tentar identificar quais os objetivos da organização, é necessário tomar em conta todos os grupos potencialmente interessados nas suas atividades, pois todos eles têm objetivos com relação a ela e, de uma maneira ou de outra, tentam atingi-los. A premissa sobre a qual se assenta a administração de qualidade é a da possibilidade de se manter relacionamentos de longo prazo entre fornecedores e consumidores, desde que baseados em confiança e compromisso. Deve-se frisar que os trabalhadores de uma organização também fazem parte de sua clientela, o que contraria o entendimento comum vigente.

Pode-se começar a perceber que os interesses dos diferentes consumidores da organização, devido a sua multiplicidade, tendem a conflitar entre si. Por isto, é o caso de se privilegiar, em determinados momentos, alguns em detrimento de outros. De fato, isto sempre ocorre, porém, nem sempre de maneira consciente. Na área de saúde, qualquer tentativa de se fazer gerenciamento de qualidade deve passar por assumir que opções devem ser feitas. Para se optar, é necessário, pelo menos, conhecer as alternativas. Obviamente, isto é verdade qualquer que seja o modelo pelo qual se

estuda ou pretende interferir sobre a organização.

5. ADMINISTRAÇÃO DA QUALIDADE: UM MODELO ALTERNATIVO?

Ao contrário da maneira pela qual se pensa as questões de qualidade tradicionalmente, quando se cria uma unidade de linha responsável por ela, um dos primeiros princípios deste modelo passa por definir qualidade como atribuição e responsabilidade da organização como um todo. De fato, pressupondo-se toda a interligação entre processos, trata-se de ver a organização de maneira holística, de modo a que se contemple ao máximo todos os clientes/processadores/consumidores envolvidos. Desta forma, administração pode ser considerada como sinônimo de administração da qualidade.

Na verdade, as "regras" da administração da qualidade (TQM - Total Quality Management) são, em última instância, a junção de todas as teorias de administração. Há duas inovações que merecem ser consideradas, além daquela já mencionada, de não se restringir "qualidade" a um único departamento organizacional.

A primeira é que, de fato, requer-se a utilização, em uníssono, de todos os princípios. Confrontados com os chamados "14 pontos de Deming" (7), por exemplo, é comum que vários gerentes do setor saúde digam já aplicar este ou aquele. No entanto, isto termina por ser a negação da visão mais abrangente da Idéia, pois cada um deles em separado já faz parte do conhecimento mais tradicional da área (*).

Outro aspecto que merece ser ressaltado pela sua falta de utilização em organizações de saúde é a metodologia estatística, de forma relativamente simples mas permitindo que se perceba algumas características de qualquer projeto e de qualquer organização. Entre elas, a de que existe uma variabilidade esperada e incontrolável, que somente pode ser conhecida após observações sucessivas. Caso contrário, corre-se o risco de considerar como "desvios" em relação a normas situações que refletem apenas a variação normal. No entanto, o reconhecimento das variações normais dos processos tende a controlar (ou seja, reduzir) a variabilidade dos produtos ou serviços finais.

Seguindo um raciocínio análogo, de oscilações em relação a uma média, quanto aos recursos humanos é fácil observar que sempre existem aqueles cujo desempenho está acima e aqueles cujo desempenho está abaixo das expectativas

gerenciais, como simples reflexo da realidade. Portanto, é ilusório e frustrante esperar que todos os funcionários de uma organização sejam excepcionais e inútil considerá-los como uma totalidade ociosa e incompetente.

Por outro lado, experimentos e conhecimento de tendências passadas podem ser instrumentos auxiliares para o planejamento. No entanto, sem medidas atuais e constantes, o poder de predição desta ferramenta perde muito de sua eficácia. Finalmente, o conhecimento mais completo possível da organização permite identificar os limites esperados da atuação de qualquer de seus trabalhadores. Afinal, o sistema tem peso no mínimo tão importante quanto as habilidades individuais no tipo de atuação observada.

Fundamentalmente, a administração da qualidade requer constância e clareza de propósitos, planejamento de longo prazo e envolvimento da organização como um todo para a adoção da "nova" filosofia. Para isto, é fundamental que a administração se envolva no projeto, adotando suas premissas. Entre elas, a de não depender de avaliações apenas sobre os produtos acabados e a de ter claro que sempre se pode melhorar os processos de produção.

Uma das características a trabalhar, nesta busca pelo aprimoramento dos processos, é, necessariamente, a de descobrir as expectativas do consumidor (no caso a comunidade usuária) em relação à organização e tentar satisfazê-las. Basicamente isto permite reduzir as repetições devidas à não conformidade com os serviços ou produtos oferecidos. Na área de saúde, por exemplo, isto poderia diminuir o número de "faltas" às consultas ambulatoriais marcadas com dois meses de demora. Estas faltas geram novas consultas, repetitivas e sem resolutividade a outras unidades ou a serviços de urgência que, sobrecarregados por este tipo de procedimento, terminam por prejudicar aqueles que deles necessitam de fato.

Outro ponto que depende de uma posição gerencial firme é o de assumir a lealdade para com os fornecedores, evitando que os únicos critérios para compra de produtos ou serviços sejam seus preços. A contraparte interna da organização neste caso é trabalhosa, pois requer que os insumos de que necessita sejam conhecidos e adequadamente padronizados, para que se tenha claro aquilo que se quer adquirir. Verifica-se, então, que

(*) Na verdade, há outros autores que definiram suas regras sem fugir do pressuposto de unir visões de diferentes escolas.

não se trata apenas de adotar um novo discurso. Pelo contrário, a prática que eventualmente se passa a seguir requer trabalho e tempo para sair do reino das Intenções.

Da mesma forma, no que diz respeito ao gerenciamento de recursos humanos, torna-se claro que, uma vez que se está tratando de um processo de longo prazo e, principalmente, constante, não se pode abrir mão de treinamentos e retreinamentos, sob pena de se perder a continuidade dos processos e da busca da qualidade. Isto representa muito mais que um processo de educação continuada, pois supõe, ao mesmo tempo, que se desenvolva atividades que visem à adequação dos trabalhadores às tarefas desenvolvidas, que se procure novas tarefas para adequar melhor a organização aos seus objetivos e que se capacite os trabalhadores para novas áreas de atuação, eventualmente até não diretamente ligadas ao trabalho organizacional.

Além destas questões, identificáveis entre as políticas de recursos humanos e de algum modo contempladas em boa parte dos discursos gerenciais do setor - e até mesmo dos níveis políticos e estratégicos a ele ligados -, aparecem algumas recomendações que contradizem boa parte da prática observada. Por exemplo, é desejável que se reconheça que as condições de trabalho tradicionalmente encontradas constituem barreiras à realização de um trabalho considerado satisfatório pelo próprio trabalhador. Trata-se de perceber que, com frequência, a organização (seus subsistemas e seus processos) é o primeiro fator que influencia a forma pela qual uma tarefa é realizada.

Usualmente, trabalha-se com a noção de que se mais não é feito, isto se deve a "problemas" no nível do próprio recurso humano, que "não quer" produzir. Além disso, o medo costuma permear as relações de trabalho em organizações, como é o caso daquelas da saúde, cuja estrutura hierárquica diferencia claramente as castas organizacionais. Esta variável interfere na comunicação, inclusive de sugestões que podem ser oferecidas por aqueles diretamente envolvidos nas diferentes tarefas, certamente seus maiores conhecedores.

Não há dúvidas de que este modelo pressupõe participação dos trabalhadores. De fato, trata-se de alternativa de gestão que não prescindir de participação direta, ao nível das tarefas, tendendo a democratizar, no mínimo, o seu desenho, seu planejamento e sua operacionalização (8).

Não se pode, no entanto, ter a expectativa de que automaticamente a gestão organizacional es-

tar-se-á tornando mais democrática. Existe, inclusive, quem considere este modelo uma forma utilitária de gerenciamento, em que se utiliza a participação do trabalhador para melhorar resultados organizacionais, ao mesmo tempo em que se tenta administrar alguns conflitos sob a máscara de busca da qualidade. Na verdade, este é um risco que se corre, principalmente porque a administração jamais é neutra e necessariamente deve buscar atingir as finalidades da organização (ou, conforme já apontado, as suas finalidades com relação à organização). No entanto, gerência sem riscos não existe.

6. LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

Um dos "mandamentos" da administração da qualidade é "abandonar slogans". Paradoxalmente, "busca da qualidade" e "zero erros" se tornaram chavões diariamente repetidos, inclusive nas organizações de saúde. É importante desmistificar algumas das falácias com as quais frequentemente se trabalha, principalmente quando se pensa trabalhar algum modelo "novo".

O conceito de qualidade sempre traz consigo o medo de se incorrer em custos mais elevados, o que os "fléis seguidores" da TQM prontamente rebatem dizendo que esta é a melhor estratégia de se melhorar os serviços prestados e reduzir custos. Mais uma vez, deve ser reconhecido que, principalmente numa fase inicial da introdução destes preceitos, é esperado incorrer num aumento nos chamados custos operacionais. Por exemplo, atrair, contratar e manter recursos humanos competentes, capacitados e alertas para a qualidade requer investimentos constantes, que somente serão contrabalançados se realmente se conseguir diminuir desperdícios, nestas e em outras áreas.

Deve ainda ser lembrado que certamente não se está trabalhando a noção de alternativas como panacéia para a gerência, principalmente porque esta inexistente. A rigor, há quem considere a administração de qualidade como mais um rótulo ou modismo, para substituir termos já desgastados como racionalização ou produtividade (9). Esta é uma possibilidade, que provavelmente levará a diversos tipos de implantação de estilos gerenciais diferentes, que levarão a todo tipo de resultado. Na verdade, não existe modelo definitivo. O fato de se estar discutindo sob o título de "caminho alternativo" já aponta para se considerar a quantidade de possibilidades. Viabilizar qualquer proposta gerencial, "ortodoxa ou alternativa", implica saber o que se quer fazer, para que tipo de consumidor

final e em que tipo de organização. Discutir métodos fora de contexto significa privilegiar processos, sem dúvida, porém de maneira vazia, pois processos sem objetivos claros terminam por se auto destruir. Sem preconizar a seqüência ideal, que não existe, ao mesmo tempo em que se desencadeia qualquer processo se torna necessário determinar qual o padrão que se deseja atingir, nas circunstâncias definidas, e quais os mecanismos para se aferir os resultados obtidos (e seus desvios em relação àqueles esperados, que sempre ocorrerão). Desta forma, sem considerar análises ambientais atuais, dados históricos e cenários, será difícil ter prioridades claras e legítimas. Na ausência destas, a sedução pela qualidade perde muito de seus encantos, tanto para os consumidores externos quanto para os clientes internos da organização. Corre-se o risco de ter, sempre, um gerente satisfeito com aquilo que ele vê, lembrando, no entanto, que quanto mais parcial o objeto de análise mais fácil obter satisfação e perder a noção holística da organização. Sem esta, ou seja, considerando a(s) parte(s) pelo todo, volta-se a ter que analisar e reconhecer a presença constante das causas individuais e organizacionais das carências gerenciais observadas na área de saúde. Objetivos mais claros que "melhorar a saúde da comunidade" precisam ser definidos para que se saiba "o que" e "como" fazer. Caso contrário, competência e compromisso gerenciais, "para que"? A rigor, a adequação destes aspectos pode ser um primeiro passo para justificar, sem ser por razões éticas e morais, para os "policy-makers" do país a correção dos problemas estruturais.

BIBLIOGRAFIA

1. TESTA, M. - *Tendências en planificación. Pensar en salud*. Caracas, Buenos Aires, Rio de Janeiro, 1983 a 1986. (mimeo)
2. MOTTA, P. R. - *Gerência de idéias novas: como despertar a criatividade e vencer a impotência do desejo inovacional*. *Revista de Administração Pública*, v.23, n. 4, p. 71-86, 1989.
3. PERROW, C. - *Análise Organizacional*. São Paulo, Atlas, 1981.
4. SHORTELL, S. M.; KALUZNY, A./D. - *Health Care Management*. New York, Wiley, 1989.
5. MINTZBERG, H. - *The nature of managerial work*. New York, Harper & Row, 1973.
6. BERWICK, D. M.; GODFREY, A./B.; ROESSNER, J. - *Curing health care: new strategies for quality improvement*. San Francisco, Jossey Bass, 1991.
7. WALTON, M. - *O método Deming de administração*. São Paulo, Marques Saralva, 1989. Os chamados "14 pontos de Deming" são: 1 - Criar constância de propósitos para a melhoria do produto ou serviço; 2 - Adotar a nova filosofia; 3 - Cessar a dependência em inspeção de massa; 4 - Abandonar o hábito de fazer negócio apenas por critério de preço; 5 - Melhorar constantemente e para sempre o sistema de produção e serviço; 6 - Instituir treinamento e retreinamento; 7 - Instituir liderança; 8 - Afastar o medo; 9 - Quebrar barreiras entre as áreas da organização; 10 - Eliminar slogans, exortações e alvos para os trabalhadores; 11 - Eliminar quotas numéricas; 12 - Remover barreiras ao orgulho pelo trabalho bem feito; 13 - Instituir um programa vigoroso de educação e retreinamento; 14 - Desenvolver as ações necessárias no sentido da transformação.
8. MOTTA, P.R. - *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro, Record, 1991.
9. BURDA, D. *Total quality management becomes business*. *Modern Health-care*, v.21, nº4, p.25-9, 1991.

RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE E A MUNICIPALIZAÇÃO: UM NOVO CICLO DA DESCENTRALIZAÇÃO?

Tânia Celeste Matos Nunes (*)

A participação em um debate sobre Política de Saúde como este, e dentro dele, a reflexão sobre Recursos Humanos para o Setor Saúde na perspectiva da municipalização, convida necessariamente a situar o foco de atenção das questões colocadas, num perfil determinado de uma realidade, que não se constitui de repente nem por acaso.

O marco da municipalização instala mais um ciclo da descentralização em nosso país, o que impõe necessariamente uma revisão dos outros ciclos vivenciados, para que possamos construir o futuro, sem destruir ou desconhecer as lições aprendidas pelas etapas já superadas.

No eixo principal dessa reflexão é necessário ressaltar que um dado histórico fundamental é a crescente desvalorização da área social em nosso país retratada pelas Políticas Públicas, e dentro delas as perdas a que tem sido submetido o setor saúde e a sua população usuária. Assiste-se a um crescimento acelerado da população, ao avanço de um processo de industrialização descuidado das suas influências sobre a saúde do trabalhador e sobre o coletivo; acentuam-se as relações conflituosas entre patrões e empregados; multiplicam-se as agressões ao meio ambiente; são rebaixados os salários a níveis incompatíveis com uma vida saudável; são péssimas as condições de saneamento e habitação e as políticas agrícolas não priorizam medidas que elevem os níveis nutricionais da população. A violência nas cidades e no campo, o empobrecimento dos estados e municípios e as elevadas taxas de desemprego parecem completar um quadro que nos assusta, a cada tentativa de pensar alternativas de alteração do estado atual, dentro do limite colocado para o setor saúde nessa conjuntura.

Mais recentemente, o discurso neo-liberal vem acenar com possibilidades de passagem do país para o 1º mundo, seguindo uma tendência existente em toda a América Latina que mistura a possibilidade do uso de tecnologias avançadas e de uma sofisticação dos níveis de consumo com miséria absoluta de grande parte da população.

Este é o contexto onde se instala o processo de municipalização da saúde, que necessariamente redefine as estruturas de poder entre os três níveis

de governo e "instiga" os profissionais/administradores de saúde a repensarem suas práticas, suas técnicas, suas relações internas ao setor, e principalmente sua forma de relação com a população usuária.

A área de recursos humanos, ao longo dos ciclos anteriores de descentralização tem sido estimulada a buscar alternativas que contextualizem essa questão no sistema de saúde, com resultados pouco significativos, seja em relação ao que espera a população usuária, seja em relação às suas expectativas enquanto trabalhadores. Essas insatisfações se revertem numa baixa qualificação dos serviços de saúde, frustrando aqueles que fazem e os que usam esses serviços.

Desse modo, a municipalização não pode ser compreendida como mais um ciclo administrativo em que a assinatura de convênios e o repasse de recursos entre os poderes, sejam os únicos instrumentos que lhe dão materialidade. Não se trata também de uma revisão de arquitetura político-administrativa, que por si só teria uma característica apenas burocrática, mas poderá se transformar em uma nova oportunidade para repensar a funcionalidade do setor e dentro dela a qualificação de seus serviços, onde a área de recursos humanos poderá ter uma contribuição fundamental.

Uma grande questão está colocada para os servidores públicos em nosso país. De um lado, uma massa de trabalhadores sem as condições necessárias a um bom exercício do seu trabalho, e de outro, uma população empurrada, pelas suas condições de vida, para os servidores públicos de saúde, que não conseguem realizar um atendimento, às suas mínimas necessidades. Essa dupla face da realidade tem alimentado análises e discursos que desqualificam o servidor público, afastando-o cada vez mais da população, objeto do seu trabalho. De outro modo, as lutas salariais, cada vez mais necessárias, consomem a capacidade do movimento dos trabalhadores do setor, enfraquecendo de outros conteúdos, na prática política, as suas lutas pela melhoria das condições de trabalho e atendimento à população.

(*) Nutricionista, mestre em Saúde Pública. Professora Visitante da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP, Coordenadora nacional dos Cursos Descentralizados da ENSP/FIOCRUZ.

É preciso começar a desenrolar o novelo em que se vê envolvida a questão de recursos humanos, entendendo as múltiplas faces que a compõe.

É preciso fazer o contradiscurso que estigmatiza o trabalhador público, recolocando os problemas no eixo real onde os mesmos têm sido gerados e enfrentando-os como *problemas de uma nação problemática*, sem contudo perder a perspectiva da responsabilidade social do setor público de saúde, de um mesmo país que, pelas conjunturas que se sucedem, segue produzindo doentes e doenças.

Assim compreendendo, começaria por rechaçar essa visão perversa que hoje paira sobre o trabalhador público, fazendo um convite a todos, a saírem da perplexidade, para trabalhar algumas faces do "poliedro" em que se constitui a questão de recursos humanos para a saúde, compreendendo-a em sua complexidade, para frente e ela, operar mudanças necessárias.

A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE: NO BRASIL ASPECTOS HISTÓRICOS, ESTRUTURA E DINÂMICA

Alguns autores brasileiros dedicaram-se a estudos nesse campo, apresentando dados que ilustram o crescimento do setor, e a formação da massa de trabalhadores, apontando alguns fatores determinantes do seu perfil, em alguns períodos da história mais recente do país, que achamos oportuno apresentar.

"A dinâmica do emprego nos últimos 30 anos reflete, em parte, as alterações que se processaram no parque produtivo, embora sejam também, o reflexo de profundas mudanças sociais ocorridas no campo e nas cidades. O crescimento da massa de pessoas ocupadas na década de 50 (2,9% ao ano) foi ligeiramente superior ao verificado nos anos 60 (2,6% ao ano), fato justificável em virtude do calor empregatício do Plano de Metas do Governo Kubitschek e da desaceleração econômica que se inicia em meados de 1962 e se estica até fins de 1967". (Médici - 1987) O mesmo autor comenta ainda que "entre 1950 e 1980 o setor terciário aumenta sua participação de 26,4 para 44% do total de pessoas ocupadas", no Brasil, com uma característica diferente das economias desenvolvidas, onde a terciarização da atividade econômica se deu "nitidamente associada a mudanças radicais na produtividade do trabalho na indústria e ao papel das políticas de Welfare State e dos serviços atrelados à utilização de tecnologias de

ponta (informática, telecomunicações, etc.) na absorção de empregos" (Médici - 1987).

Esse período é marcado no Brasil por uma marcada absorção de profissionais pelo setor saúde, atendendo a lógicas diversas geradas pelas políticas econômicas e sociais, de modo que entre 1966 e 1974 "os postos de trabalho em saúde inseridos nas atividades hospitalares evoluíram em 150.123 para 303.908, com uma taxa geométrica anual de 9,2%. Nesse período, aumenta o peso de empregos desqualificados nas atividades hospitalares, particularmente de atendentes, que passam de 32.137 para 85.541, com um incremento anual de 13,02%. (Médici - 1987) Esses dados referem-se à expansão do setor, incluindo o público e o privado.

No contexto pós 74, o setor saúde redireciona suas políticas, no clima de reformas instalado pelas políticas sociais. São formuladas propostas de controle e reforma do modelo de organização do sistema de saúde, contando até mesmo com o apoio de profissionais do setor, para alguns projetos.

Para Médici, "O crescimento dos empregos em saúde permaneceu elevado, com um incremento geométrico anual de 13,2% durante o período 76-80, evoluindo os postos de trabalho nos estabelecimentos médico-hospitalares de 349.386 para 573.629, ao longo desse período". (Médici 1987).

Esse crescimento vem acompanhado do aumento da absorção de mão-de-obra de baixa qualificação (os atendentes) passando de 21,4% em 1966 para mais de 30% em 1980, dos postos de trabalho de estabelecimentos de saúde. (Médici 1987). O crescimento acelerado da força de trabalho em saúde no período abordado, coincide com a reorientação do modelo médico assistencial brasileiro, que "em nome dos interesses corporativos do setor privado em saúde, e do estabelecimento da prestação de serviços médico-hospitalares pela Previdência Social, criou as condições para a vertiginosa expansão da rede pública e privada da saúde" (Médici - 1987).

Numa perspectiva genérica e num âmbito considerado empírico pelo autor, "a força de trabalho do setor saúde nos anos 90, no Brasil, se apresenta com as seguintes características, quanto à sua distribuição, composição e modos de utilização: forte concentração geográfica e social, grande participação das mulheres no setor, centralização e hegemonia dos profissionais médicos, baixa qualificação do pessoal auxiliar, baixos salários, assalariamento e degradação do trabalho médico, dentre outros" (Girardi - 1991). (O grifo é nosso).

Ainda para esse autor, "em linhas gerais, 70% dos trabalhadores ocupados, correspondem a

categorias profissionais típicas de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de laboratório, etc.) enquanto que os 30% restantes se ocupam em atividades de administração e serviços gerais". (Girardi - 1991) Da equipe de saúde, 80% é constituída de médicos e atendentes de enfermagem, cuja polarização é atribuída "à centralização da atenção médica e a aspectos históricos e culturais, refletindo ao nível da oferta de serviços e a priorização dos aspectos médico assistenciais e hospitalares, no âmbito curativo, contidos nas políticas de saúde postas em prática no Brasil, durante as décadas de 60 e 70". (Girardi - 1991) Em sua análise refere ainda que "a situação dos baixos salários do setor vem frequentemente associada à baixa qualificação e escolaridade da força de trabalho, assim como a mão-de-obra feminina".

Com relação às formas de organização sindical e corporativa dos trabalhadores de saúde "o quadro atual está determinado pelo que se pode chamar de heterogeneidade estrutural. Por um lado, temos a crescente presença das representações do trabalho assalariado, ou das formas de organização coletiva, típicas do trabalho. De outro lado porém, não com menos força, temos a presença das representações corporativas profissionais, organizando demandas, que representam a defesa de privilégios exclusivos. O peso e a importância do trabalho assalariado e a tendência à hegemonia progressiva da forma assalariada, devem, no entanto aumentar o poder de luta e a importância das formas de organização típicas do trabalho. (Girardi - 1991)

Os dados apresentados pelos autores apontam alguns pontos de inflexão ocorridos na política de saúde dos anos recentes, e indicam aspectos fundamentais que não podem ser desconsiderados nas análises sobre o setor, sua estruturação em sucessivas expansões, razões de ordem histórica ligadas a políticas de governo, e ao estado atual dessa força de trabalho, que, empregada ou desempregada, deve ser objeto de consideração da formulação de novas políticas de recursos humanos para os próximos anos.

A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E AS EQUIPES DE SAÚDE

A história da prestação de serviços e dos profissionais do setor, permitiram a estruturação de práticas e técnicas que conformaram a arquitetura e dinâmica atual, por onde caminha a oferta de serviços à população brasileira. Dentro dessa ar-

quitetura se organizam os profissionais em torno de demandas, que deveriam informar o conteúdo de estruturação do trabalho e de formação das equipes.

O desencontro existente entre os pólos que ofertam e demandam serviços, parece indicar a necessidade de repensar a organização do trabalho em saúde, nos seus vários aspectos, e por referência, a formação de suas equipes, entendendo que o aglomerado de profissionais de categorias diferentes, por si só não assegura a integração em torno de objetivos comuns, nem o aspecto interdisciplinar do trabalho em saúde. Em muitos casos, ampliam-se as equipes a tamanhos desnecessários, com o comprometimento de resultados, e a elevação dos custos da prestação de serviços a níveis insuportáveis pelo Sistema de Saúde.

O caminho corporativo parece também influenciar a organização dos setores técnicos e de suas equipes, sobrepondo-se as questões de cada categoria profissional às razões internas à estruturação do trabalho. Essa influência corporativa influi na distribuição de poder entre os setores e membros das equipes, criando frequentemente estruturas desnecessárias, perfeitamente dispensáveis às finalidades daquela instituição, dificultando em alguns casos o seu gerenciamento.

É preciso repensar a organização das equipes através de fatores internos ao trabalho. É necessário investir na identificação de novas matrizes que estruturam a prestação de serviços, tomando em conta as demandas apresentadas pelos contextos epidemiológicos e sociais, examinando detidamente o processo de trabalho em saúde, revisando as relações entre profissionais dentro e fora da hierarquia das instituições, considerando a tecnologia disponível e necessária ao bom desempenho dos profissionais, e os aspectos de estruturação e dinâmica da força de trabalho em saúde, e a sua qualificação para o exercício das funções e atividades. Complementarmente parece ser indispensável dedicar esforços significativos à análise do movimento/comportamento dos usuários do sistema de saúde, historicamente excluídos.

Desenvolver esse foco da questão de recursos humanos que se situa na fronteira entre os seus conteúdos próprios e os pertinentes à área de organização de serviços, parece inadiável, para substituir padrões antigos e de origens distorcidas que vêm sendo utilizados. Longe de considerar que essa é a única razão geradora das deformações na prestação de serviços de saúde, acreditamos ser ela uma expressão fundamental a ser con-

siderada na reformulação das práticas que conformam a atenção à saúde, em todos os níveis.

A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E O NOVO CICLO DA MUNICIPALIZAÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988 assegurou o direito à saúde a todos os cidadãos e o movimento descentralizador que vem ocorrendo gradativamente, interno ao setor de saúde, elege o município, nesse momento, como palco-nuclear, onde deverão se realizar as relações mais próximas entre Estado e Sociedade. O modelo de mediação dessa relação não está eleito *a priori*, e, em meio à conjuntura já descrita, instala-se a *IX Conferência Nacional de Saúde*, que define a *Municipalização* como seu tema de interesse central. Já se vislumbram as primeiras contribuições a esse debate, uma das quais destacando a oportunidade de considerar o conceito ampliado de saúde e de efetuar o resgate do caráter público do Estado. (Buss, 1991)

Quais são os recursos humanos desse novo ciclo, como ingressarão, como serão formados, atualizados e desenvolvidos, como se passará a sua gestão nessa nova etapa, que lhes permitam exercer esse papel?

Muitas são as alternativas disponíveis, construídas através de outros momentos do projeto de reforma do setor, muitas das quais institucionalizadas. É necessário, no entanto, operar o *rearranjo* das concepções e da participação na gestão das outras instâncias não municipais, uma vez definido o novo foco de comando pelo município, que passará, gradativamente, a assumir suas funções de condutor do processo sócio-político-sanitário de uma determinada área geográfica, onde deverão ser equacionados os problemas de saúde manifestos através do individual e do coletivo. Na proximidade física de sua população, ou dos elementos ambientais que lhe constituem deverão ser realizadas ações de saúde pública e assistência médica, com ações inadiáveis, devidas à sociedade brasileira.

Um levantamento inicial da força de trabalho do setor naquela área determinada parece necessário, o que apontará a distribuição dos seus recursos humanos, suas operações, nível de escolaridade, perfil e grau das especializações, níveis salariais, inserção, grau de emprego e desemprego, dentre outros, serão dados indispensáveis a uma análise das potencialidades nessa área, tendo como referência o perfil epidemiológico local e o modelo de atenção existente ou a ser alcançado.

Questões como disponibilidade de profissionais das várias instituições, possibilidades de readaptações a novos modelos adequados a necessidades mais reais, constitui-se em tarefa importante de utilização da força de trabalho empregada no setor. É também um passo fundamental para definir a necessidade de incorporação de novos quadros, em bases reais.

O ingresso por *concurso público*, como única forma de recrutamento e seleção de profissionais e assegurado pela Constituição Federal de 1988, parece indicar a necessidade de fortalecimento dos mecanismos de realização de concursos de reconhecida lisura e eficácia, que seleccione os melhores candidatos para perfis impostos pela realidade. A agilidade necessária à formação de reservas de profissionais não deve comprometer o nível de exigência quanto aos seus resultados, sendo essa uma tarefa que poderá receber a retaguarda de outros níveis e instâncias do sistema, como Secretarias Estaduais, Órgãos Federais existentes na área, Universidades e outras instituições de Ensino.

A articulação entre os municípios (Consórcio) para a realização de concursos poderá ser buscada, como forma de racionalizar custos, e de obtenção de melhores resultados, em determinadas regiões do país.

A *qualificação de pessoal* aponta para a busca de profissionais competentes e adequados aquela realidade. Nesse sentido, a noção de competência se apresenta com um caráter abrangente, ampliado para além dos conhecimentos técnicos, a busca de uma prática contextualizada e articulada às necessidades sociais daquela comunidade. A constituição de sistemas modernos de informação deverão assegurar a *veiculação de informações técnico científicas* onde o apoio bibliográfico venha se juntar às variadas estratégias de ensino, necessárias à *capacitação permanente e continuada* de seus profissionais auxiliares.

A profissionalização é também indispensável na formação das equipes, considerando o estágio de desenvolvimento do país, e a complexidade do trabalho em saúde, que requer um nível de formação compatível com as responsabilidades do setor e das ações que neles se realizam.

A estruturação das práticas de saúde no Brasil não deve permitir improvisações desnecessárias na formação de recursos humanos, pela disponibilidade de mecanismos construídos pela história desse setor, seja na formação de profissionais de nível universitário, seja de seus auxiliares. As Univer-

sidades, Centros de Pesquisa, Centros Formadores, Escolas Técnicas da Saúde, serão parceiros privilegiados para elevação do padrão de profissionalização do setor.

As Secretarias de Educação e Administração deverão ser sensibilizadas para compreender as peculiaridades da questão de recursos humanos na saúde, compondo estruturas colegiadas, a exemplo de Conselhos Interinstitucionais, sem contudo descuidar da agilidade necessária à resolução dos problemas nessa área.

VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

De conteúdo profundamente ético esta expressão tem intersecção de mão dupla entre os *usuários* e os *profissionais e dirigentes* do setor. Impossível construir um sistema de saúde igualitário, equânime, eficiente, ágio, sociavelmente útil, sem que se assegure as mínimas condições de valorização dos seus profissionais, representadas pela *remuneração, democratização das relações* como prática institucionalizada, possibilidade de *crescimento profissional, reconhecimento do mérito e da dedicação*. De outro modo, a instituição de mecanismos de resgate dos aspectos positivos da atuação profissional poderá se constituir em elementos fundamentais à gestão de recursos humanos, ao lado de outros elementos de caráter técnico, de que já dispõe a administração de pessoal, nos moldes tradicionais.

A humanização das relações internas ao trabalho passa necessariamente pela *premiação do mérito e pela abolição da impunidade*, tão frequente como prática, na administração pública brasileira.

A *avaliação de desempenho* é parte integrante de uma política de valorização do trabalho e do trabalhador, e um meio eficaz para a *recuperação do seu valor diante da população enquanto servidor público*. Inúmeras são as formas de realização, mas a sua aplicação ao setor saúde não deve esquecer o *caráter coletivo de realização do seu trabalho*, procurando encontrar formas de avaliação que considerem essa peculiaridade. Por outro lado, a avaliação dos mecanismos de funcionamento das instituições no que tange à realização do trabalho deverão ser considerados pelas características do trabalho em saúde, cujo desempenho está intimamente ligado às mínimas condições de funcionamento para sua realização.

Os *Planos de Cargos, Carreiras e Salários* deverão assegurar a mobilidade de seus profissionais, de modo a manter viva uma *expectativa de progressão funcional, dentro de uma política definida para o setor*.

A *representação de servidores* em órgãos colegiados é uma prática saudável, que poderá aproximar as propostas institucionais, dos debates internos à luta dos trabalhadores do Setor.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Longe de considerar que esse debate alcançou todos os enfoques que envolvem a área de recursos humanos na saúde, quero reafirmar que as tentativas de gestão no tratamento dessa questão, nas etapas anteriores de reformas do setor, não alcançaram o êxito almejado.

Tem-se agudizado da formação universitária, cada vez mais distante das necessidades do setor público de saúde; multiplicam-se os vínculos profissionais no interior do sistema, atuando em espaços similares; agravam-se os desníveis salariais entre servidores dos três níveis da administração, acrescido de um achatamento acentuado em todos os níveis; não se aperfeiçoaram as técnicas de controle e registro de profissionais, dificultando a realização de estudos mais aprofundados sobre as suas situações; estas reflexões tomarão um caráter muito abrangente se exercitarmos o nosso pensamento em todos os lados do "poliedro" que compõe a questão de Recursos Humanos no setor saúde, o que tornaria cansativa e alongada essa etapa da nossa reflexão.

De todo modo, os momentos de mudança trazem sempre os ventos da esperança de que é possível mergulhar nas dificuldades, para buscar o oxigênio necessário para repensar estratégias e táticas, aproveitando as lições da história e acreditando que estão nos conflitos e contradições as possibilidades do florescimento de uma nova realidade.

Acreditamos num setor público sério e comprometido e haveremos de *fazer a nossa parte* na transformação desse sonho em realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUSS, Paulo Marchiori. Recessão Agrava Crise na Saúde. Jornal Proposta - RADIS-ENSP-FIOCRUZ- Rio de Janeiro, Setembro 1991.
- GIRADI, Sábado Nicolau. La Fuerza de Trabajo En El Sector Salud: Elementos Teóricos e Evidencias Empíricas. Educación Médica y Salud, Organización Panamericana de la Salud. Vol 25, No 1, enero-marzo, Washington-DC 1991.
- MÉDICI, André Cezar. A Força de Trabalho em Saúde no Brasil dos Anos 70: Percepções e Tendências. Textos de Apolo. Planejamento i. Recursos Humanos em Saúde. PEC-ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1987.

HOSPITAL COMO CENTRO DE PROMOÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

JULIAN D. CZAPSKI(*)

O sistema de atenção à saúde está em plena crise, não só no Brasil, porém na maioria dos países do nosso globo. Sua solução não se dará pela polarização "estatização - privatização" ou por qualquer sistema indicado em função de posicionamentos ideológicos. Uma solução somente será possível se todas as forças vivas na sociedade estiverem envolvidas com a vontade política e colaboração harmoniosa e dentro de um sistema tecnicamente eficiente.

Já a Conferência de Alma Ata que consagrou o conceito de Assistência Primária à Saúde e teve o lema "Saúde para todos no ano 2000" vislumbrou algumas normas. Em primeiro lugar ficou evidente que organizações governamentais e não governamentais devem participar de maneira igualitária no planejamento e execução de todos os projetos da área. Deve-se também redefinir tanto a função de pessoas como de instituições dentro do sistema. Quero mencionar aqui alguns princípios aprovados em sete de setembro de 1978 pela plenária de Alma Ata muito bem aplicáveis hoje e citados adiante.

É necessário estabelecer, do ponto de vista legal e na prática, em que funções o médico pode ser aliviado em suas atribuições por outro pessoal da equipe da saúde. O status profissional e as atribuições legais das novas categorias paramédicas (representantes da medicina popular, auxiliares comunitários da saúde em alguns lugares chamamos "agente de saúde" com bom desempenho, etc.) devem ser definidos.

Outrossim, deve-se definir a participação em função intersetorial das profissões que possam ser envolvidas na "Atenção Primária da Saúde". Na Venezuela, por exemplo, engenheiros construtores de estradas foram encarregados, após treino, a operarem aparelhos portáteis de RX, com excelentes resultados. Uma reavaliação para verificar até que ponto a nossa sofisticação com suas implicações financeiras nos serviços médicos realmente representa uma melhoria no campo da saúde, se torna necessária.

A introdução de um Sistema Integrado de Saúde baseado em "Atenção Primária da Saúde" é um problema muito complexo: sua solução só pode

ser obtida mediante a institucionalização do setor e definição de um novo modelo.

No panorama de Serviços de Saúde, o subsetor de Hospitais é uma instituição interprofissional, congregando desde economistas, médicos, engenheiros, físicos, até sacerdotes. Para atender ao novo enfoque do setor da Saúde deve-se redefinir a função do Hospital. Não deve ser apenas um lugar de internação de pessoas doentes; mas deve ser transformado num centro de promoção e educação no campo da Saúde, responsável pela coordenação de uma rede de serviços ambulatoriais de complexidade e nível de sofisticação variável, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Os Hospitais por sua vez devem fazer parte de um Sistema Integrado de Saúde.

Quero chamar a atenção para alguns fatores básicos, muitas vezes esquecidos, que devem ser considerados no projeto da "Atenção Primária da Saúde" para que se tenha o sucesso desejado:

1. Para se obter um novo enfoque de um problema, é necessário mudar a mentalidade das pessoas envolvidas. É indispensável que se deixe o ranço do corporativismo e de preconceitos infundados.

1.1 O treinamento dos membros da equipe da saúde (médicos, enfermeiras, técnicos, agentes de saúde, etc.), pelo menos numa certa fase, tem que ser realizado nos Hospitais.

1.2 O momento de maior receptividade para introdução de novos métodos de promoção de saúde (medidas preventivas, hábitos alimentares e higiênicos, etc.) é durante a estadia num hospital do próprio doente ou de um seu parente próximo, especialmente um filho. Mulheres também são muito susceptíveis à introdução de novos métodos durante e logo após o período gestacional. Devemos aproveitar este fato para mudar hábitos.

2. "Atenção Primária da Saúde" só pode ser introduzida dentro de um Sistema Integrado de Saúde que envolve todas as forças vivas da comunidade.

(*) Diretor Técnico da FENAESS, Médico com Mestrado em Saúde Pública

2.1 Nenhum Sistema de Saúde é viável sem o suporte da Rede Hospitalar.

De cada 10.000 habitantes no mínimo 20, em geral 40 a 50 acham-se hospitalizados.

2.2 Hospitais Públicos como também privados, devem ser integrados no "Atenção Primária de Saúde".

3. Em vista do exposto, solicito aos membros desta Conferência de levarem em consideração em suas decisões que:

3.1 As entidades representantes do subsetor hospitalar em nível Internacional, nacional e local devem ser integrados no planejamento e execução de um sistema de Atenção Primária da Saúde.

3.2 O Hospital deve ser o ponto de irradiação e o centro de promoção de Atenção Primária de Saúde na Assistência Médica em sentido lato, para o que:

3.2.1 O Hospital deve ser adequado às suas funções tendo em vista a sua situação, localização geográfica, as condições sócio-econômicas e desenvolvimento tecnológico da região a qual vai servir.

3.3 O Hospital deve ser considerado o centro de treinamento da equipe técnica e dos membros da comunidade envolvidas em "Atenção Primária da Saúde".

3.4 Num Sistema Integrado de Saúde, o Hospital deve ser o órgão de Consulta que supervisiona e assiste a uma rede de serviços ambulatoriais, coordenando e reduzindo a necessidade de permanência hospitalar.

3.5 O Hospital deve ser o Centro de Coleta de dados no campo da saúde.

Baseado nestes princípios fica claro, pelo menos do ponto de vista técnico, que a divisão territorial da unidade assistencial não deve ser o município mas sim um hospital de assistência secundária. Uma série destes hospitais, por sua vez devem estar ligados a um hospital de assistência terciária. Somente assim conseguiremos um verdadeiro sistema de saúde com referência e contrarreferência dos pacientes, eventual integração de informações médicas, otimização na utilização de instalações e equipamentos e a garantia de disponibilidade de leitos, ao menos para os casos materno-infantis e de emergência.

Para o perfeito funcionamento deste sistema é indispensável:

- Que a rede pública e privada sejam perfeitamente integradas desde o planejamento até a execução.

- Que a remuneração dos serviços esteja de acordo com os custos, incluindo nestes a manuten-

ção e reposição de equipamentos, bem como que permita uma remuneração atrativa para os trabalhadores do setor.

- Que o gerenciamento seja profissionalizado.

- Que haja um serviço de auditoria.

- Que se conceda um incentivo para quem prestar serviços de melhor qualidade.

- Que os equipamentos escolhidos sejam adequados à finalidade e compatíveis com a região onde serão usados e que tenham sua utilização técnica e manutenção garantidas por pessoal com habilitação.

- Que os serviços sejam adequadamente dimensionados, em relação à demanda real.

- Que se dê ênfase a setor de preparo e treinamento de recursos humanos.

Como proposta estamos apresentando o seguinte esquema da rede de serviços de saúde.

NÍVEL I (Unidades Médico-Sanitárias)

NÍVEL I A (Postos Avançados)

NÍVEL I B (Centros de Saúde)

NÍVEL II Unidades Médico-Hospitalares

NÍVEL III Unidades de Pesquisa, Ensino e Serviços Especializados.

Nível I

(Unidades Médico-Sanitárias)

As Unidades Médico-Sanitárias, subdivididas em Postos Avançados (IA) e Centros de Saúde (IB), serão implantadas na estrita observância da sistemática de distribuição territorial e densidade populacional a ser rigorosamente planejada frente ao nível de demanda previsível.

Nível I A

(Postos Avançados)

Os Postos Avançados traduzem o aproveitamento, independentemente da necessidade da construção de instalações próprias, em regiões distantes, de difícil acesso, baixo e indefinido poder econômico e pouca densidade populacional, de Pessoa não Qualificada local, ou seja, agentes de saúde (curandeiras, professoras primárias, veterinários, pessoal eclesástico, etc.), sujeitos entretanto à supervisão de Enfermeiras provenientes e baseadas nos Centros de Saúde (Nível I B).

Nível I B

(Centros de Saúde)

Os Centros de Saúde traduzem o atendimento às regiões de população mais densa e de poder econômico definido, e serão supervisionados por médicos e operados por enfermeiras, auxiliares de enfermagem e demais integrantes da equipe de saúde, valendo-se ainda, a exemplo dos Postos Avançados (Nível I A) do pessoal auxiliar da comunidade.

Em tais postos, tornar-se-á imprescindível a disponibilidade constante ou periódica do Médico Generalista, possuidor de bons conhecimentos na área de Saúde Pública.

Os Centros de Saúde deverão possuir, além de leitos de emergência para fins de observação, laboratório clínico que tenha capacidade para realizar pelo menos exames básicos ou posto de coleta de material em instalações próprias e simples, que deverão ser ligadas a uma Unidade de Nível II, da qual distará no máximo 100 (cem) e no mínimo 50 (cinquenta) quilômetros, possuindo meios de comunicação (telefone e rádio) e transporte até a mesma.

Competirá também aos Centros de Saúde:

1. Promover a educação sanitária e alimentar as comunidades sob sua orientação;

2. Desempenhar a função de postos de coleta de dados estatísticos tendo em vista sua área de competência.

3. Efetivar a triagem de casos para encaminhamento às Unidades de Nível II.

Nível II

(Unidades Médico-Hospitalares)

As Unidades Médico-Hospitalares são representadas por hospitais, de complexidade variável, edificados de conformidade com as necessidades sócio-econômicas de sua localização devendo, obrigatoriamente, compreender assistência nos campos básicos da área de saúde, ou seja:

- Clínica Médica;
- Toco-ginecologia;
- Pediatria;
- Cirurgia Geral;
- Traumatologia-ortopedia e

oferecer serviços ambulatoriais e de internação, possuindo serviços de rádio-diagnóstico e laboratório de patologia clínica, podendo os mesmos serem internos e ou externos.

Cada unidade Nível II será, necessariamente, responsável pela orientação técnica, treinamento e supervisão do Pessoal Auxiliar, das Unidades Nível I que a ela estejam ligados.

Os hospitais serão:

1. Dirigidos por Administradores da área da Saúde, que poderão ser médicos ou não;

2. Terão, obrigatoriamente, um Diretor Clínico e Médicos generalistas que possam fazer atendimento nas especialidades básicas;

3. Se possível, dotados de Médicos de outras especialidades, disponíveis conforme as necessidades, de forma permanente, esporádica, ou periódica;

4. Dotados de enfermeiras de Saúde Pública para supervisão e treinamento das Unidades Nível I, de Educadoras Sanitárias, Nutricionistas, Técnicos de Laboratórios e de Raio X, e todo o pessoal da área paramédica que se fizer necessário.

5. Os dotados de capacidade de 50 (cinquenta) a 200 (duzentos) leitos para atendimento à população variável de 25.000 (vinte e cinco mil) a 100.000 (cem mil) pessoas, ou seja, 20 (vinte) leitos para cada 10.000 (dez mil) pessoas;

6. Deverão englobar, nas respectivas sedes, as atividades das Unidades Nível I;

7. Obrigatoriamente, direta e permanentemente ligados, sem subordinação, às Unidades Nível III.

(Hospitais de Pesquisa, Ensino e Serviços Especializados)

Os Hospitais de Pesquisa e Ensino, integrantes do Nível III, ligados às Escolas Médicas e Escolas para pessoal Paramédico, destinam-se a receber TODO E QUALQUER tipo de casos, por mais complexos que sejam, já devidamente triados pelas Unidades integrantes do Nível II.

Constituem-se basicamente em hospitais dotados de todas as especialidades necessárias a fim do atendimento da demanda não só populacional, mas também do desenvolvimento tecnológico, englobando inclusive, as atividades específicas das Unidades Nível II, para as quais, igualmente, preencherão a função de consultoria nas suas especialidades.

Além das especificações referidas, desempenharão, em paralelo, importante função de pesquisa nos campos médico e sanitário, além do estudo e adequação do instrumental aparelhamento e maquinário às condições específicas dos países, possuindo por derradeiro, serviço de manutenção especializada, com capacidade de atender, eventual e prontamente, às insuficiências que surjam nos diversos setores existentes nas Unidades Nível II.

No âmbito dos hospitais especializados, enquadraram-se hospitais especializados em doenças transmissíveis e outros de alta especialização.

O Nível III deverá apresentar 15 (quinze) leitos por 10.000 (dez mil) habitantes.

A rede de atendimento proposta visando à remodelação do Setor da Saúde não poderá fazer distinções entre a iniciativa pública e privada existentes ou que vierem a ser implantadas.

Para implantar este sistema é indispensável que previamente se faça:

a. Levantamento das condições sócio-econômicas e sanitárias da região;

b. Levantamento dos recursos humanos existentes e respectivas qualificações;

c. Levantamento dos recursos materiais existentes;

d. Definição das reais necessidades de cada zona;

e. Redefinição dos tipos de construções e materiais e equipamentos mais necessários e/ou recomendáveis para cada zona, observados os seguintes critérios:

1. Tipo de construção mais econômica e funcional, aliado a pouca manutenção;

2. Pessoa técnica disponível;

3. Possibilidade de operação do equipamento;

4. Possibilidade de manutenção do equipamento;

Nesta redefinição é essencial levar em consideração a possibilidade de manutenção local dos equipamentos e o custo razoável de sua aquisição;

5. Meios financeiros disponíveis;

6. Condições sanitárias locais.

Tendo em vista o acima exposto fica evidente que a arbitrária divisão territorial em municípios não é tecnicamente sustentável para a criação de um " Sistema de Saúde ".

Como ficarão os municípios sem hospital ?

Como ficarão os "municípios dormitório".

Como ficarão as campanhas de saúde pública, etc. E o que é muito mais grave.

Como ficará a liberdade constitucional do cidadão?

Esta é uma alerta.

Comissão Especial do Conselho Nacional de Saúde

Objetivando auxiliar os Estados, o Distrito Federal e os Municípios na Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS, a Assessoria Técnica da Comissão Especial para o PCCS no Sistema Único de Saúde - SUS (Portaria GM Nº 830, de 20/06/90) do Conselho Nacional de Saúde apresenta sugestões de parâmetros e diretrizes para os servidores do Sistema Único de Saúde, possibilitando compatibilizar e harmonizar as distintas realidades institucionais, tendo como base os seguintes fundamentos legais:

O Artigo 4º da Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabelece no seu inciso VI que o repasse financeiro para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios está condicionado à criação de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS, com prazo previsto de 02 (dois anos) para implantação do Plano.

O Parágrafo Único do referido Artigo determina que o não atendimento desse requisito, implicará em que os recursos concernentes a cada esfera de Governo sejam administrados, pela instâncias de Governo imediatamente superior.

O Artigo 39 da Constituição Federal determina que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, Regime Jurídico nico e Planos de Carreira para os servidores da Administração Pública Direta, das Autarquias e das Fundações Públicas.

O Artigo 24 das Disposições Constitucionais Gerais e Transitórias determina que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios editarão Leis que estabelecem critérios para a compatibilização de seus quadros de pessoal ao disposto no Artigo 37 da Constituição Federal e à Reforma Administrativa dela decorrente.

O Ministério da Saúde através de seu Gabinete, da Secretaria Nacional de Ações de Saúde/SNAS e da Presidência do INAMPS, tem expedido Portarias (nº 1.481 de 31/12/90 e nº 20 de 08/01/91), Resolução (nº 258 de 07/02/91), Rotina Técnica (nº 13 de 10/01/91) e Norma Operacional Básica (nº 01/91 - Anexo da Resolução 258) que disciplinam e condicionam as transferências de Recursos Fi-

nanceiros, entre outros aspectos, a criação do PCCS nos diversos níveis de Governo.

Sugerimos os seguintes parâmetros e diretrizes, que, no entanto, estarão condicionados e devem respeitar a autonomia existente entre os três níveis de Governo (União, Estados e Municípios). Essa proposta de parâmetros e diretrizes deverá, também ser adaptada às realidades regionais e locais.

01. O Sistema Único de Saúde, de que trata a Legislação vigente, contará, em cada esfera de Governo, sem prejuízo de sua autonomia, com Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS que compatibilize as diferentes relações de trabalho entre os servidores e a instância gestora do sistema, tendo por base a seguinte proposta de princípios:

ABRANGÊNCIA: Os servidores das diferentes áreas de saúde (Assistência à Saúde; Ensino e Pesquisa; Produção e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde; Infra-Estrutura de Apoio e Serviços; e Administração e Gestão Governamental) farão parte de uma única carreira em cada esfera de Governo.

QUALIDADE: Que o Plano possibilite o constante aperfeiçoamento, qualificação funcional e formação dos servidores, no sentido de melhorar a produtividade dos servidores e ações que devem permitir a evolução ininterrupta dos servidores na carreira.

MOBILIDADE: Que seja possibilitada a mobilidade dos servidores na carreira e o acesso entre as distintas áreas de carreira.

CONCURSO PÚBLICO: A única forma de acesso ao Serviço deverá ser através de concurso público.

UNIVERSALIDADE: Os Órgãos e Instituições Públicas integrarão uma carreira única incluindo todos os servidores do Sistema Único de Saúde - SUS, independente dos seus níveis de complexidade, em cada esfera de Governo.

EQÜIDADE: Os cargos serão agrupados de acordo com a sua classificação na observância da qualificação profissional e da complexidade exigidas para o desenvolvimento das atividades, sendo assegurado tratamento isonômico, inclusive sala-

rial, aos servidores com funções assemelhadas, independente do vínculo empregatício.

FLEXIBILIDADE: Que o Plano possa se adequar, periodicamente, às necessidades e à dinâmica do Sistema Único de Saúde.

PARTICIPAÇÃO BILATERAL: Direito de negociação coletiva e ajuntamento junto à Justiça do Trabalho, individual ou coletivamente na forma do que dispões a Constituição Federal e a Lei nº 8.112/90 (Dispõe sobre RJU dos Servidores Públicos Cíveis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais).

PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO: Possibilitando aos servidores a participação, através dos mecanismos legitimamente instituídos, na formulação das metas de desenvolvimento institucional e profissional.

INCENTIVO À DEDICAÇÃO EXCLUSIVA E TEMPO INTEGRAL: Que o Plano de Carreira, Cargos e Salários estimule e propicie vantagens aos servidores em tempo integral e dedicação exclusiva.

CARGOS DE CHEFIA: Os cargos de chefia serão previstos no Quadro de Pessoal, reduzindo-se no mínimo os cargos de livre provimento.

02. O Plano de Carreira, Cargos e Salários deverá propiciar o constante aperfeiçoamento, qualificação profissional e formação dos servidores, no sentido de melhorar a resolutividade das ações e serviços, permitindo a evolução ininterrupta dos servidores na carreira.

A CAPACITAÇÃO PERMANENTE: Compreenderá as diferentes formas de preparação de pessoal, correspondentes à natureza e exigências das ações e serviços dos órgãos e entidades.

A qualificação profissional será sempre vinculada ao desempenho das atividades finalistas dos órgãos e:

I - Visará ao aprimoramento dos serviços prestados estimulando a eficácia, a efetividade e a eficiência;

II - Possibilitará o desenvolvimento na carreira;

III - Os planos de capacitação profissional terão programação orçamentária própria;

IV - A participação nas atividades desses planos será considerada como efetivo exercício;

V - Cada órgão ou instituição estabelecerá planos permanentes de capacitação profissional para seus servidores.

03. A avaliação de desempenho institucional em saúde, deverá combinar obrigatoriamente o desempenho do servidor no cargo com o desempenho institucional, no mesmo processo avaliativo,

possibilitando a avaliação global do órgão ou instituição e os efeitos de suas ações e serviços sobre a saúde da população adscrita à região.

A avaliação de desempenho institucional terá em seu processo 03 (três) níveis:

I - Avaliação do Setor de Trabalho: será realizada levando-se em conta fatores que dizem respeito às metas e objetivos propostos no planejamento global das ações de saúde e na programação dos serviços;

II - Avaliação do Serviço de Saúde: deverá levar em conta a finalidade para a qual o serviço foi organizado e o impacto de suas ações nos indicadores epidemiológicos;

III - Participação da comunidade e dos servidores na avaliação dos serviços de saúde.

04. Na avaliação de desempenho serão adotados modelos que atendam à natureza das atividades desenvolvidas pelo servidor e às condições em que serão exercidas, observadas as seguintes características fundamentais:

I - Avaliação de Atividade do Servidor no Cargo: a avaliação deve medir o desempenho do servidor no cumprimento das suas atribuições, estimulando o seu desenvolvimento, profissional na carreira, ações de desenvolvimento de Recursos Humanos e o aprimoramento das atividades do órgão ou entidade, dentro dos objetivos para os quais foi criado, levando-se em conta, dentre outros, os seguintes fatores:

a) Produtividade

b) Iniciativa

c) Cooperação

d) Qualidade do trabalho executado

e) Responsabilidade

f) Pontualidade

g) Condições adequadas do trabalho para o desempenho da função

II - Objetividade, legitimidade, transparência e adequação dos processos e instrumentos de avaliação do conteúdo ocupacional da carreira, levando-se em conta as condições de trabalho a que o servidor está submetido.

III - Periodicidade nunca superior a doze meses.

IV - Contribuição do servidor à consecução dos objetivos do órgão ou instituição.

V - Participação paritária dos servidores e representantes institucionais nas comissões de avaliação de desempenho dos servidores e dos órgãos ou instituições.

VI - Conhecimento, pelo servidor, dos resultados da avaliação.

VII - As condições precárias ou adversas de trabalho, não poderão prejudicar a evolução do servidor na carreira.

05. O Plano de Carreira, Cargos e Salários deverá ser estruturado considerando os seguintes princípios gerais:

I - Os cargos deverão ser criados com denominação e perfil funcional que atenda ao conjunto das atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor, visando cumprir as ações próprias do Sistema Único de Saúde - SUS, não devendo exceder a 06 (seis) cargos.

II - Os cargos deverão ser divididos em padrões funcionais que expressem as diversas áreas de abrangência do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme a estrutura organizacional da instituição.

III - Nível salarial é a posição do servidor na escala de vencimentos da carreira, dentro do seu respectivo padrão funcional e cargo, devendo ser previsto de 25 (vinte e cinco) a 35 (trinta e cinco) níveis para cada padrão funcional.

06. O desenvolvimento do servidor na carreira ocorrerá mediante progressão, mobilidade, promoção e ascensão, a seguir definidos:

I - PROGRESSÃO: Passagem do servidor de um nível salarial para o imediatamente superior após cada ano de efetivo exercício, dentro de seu padrão funcional, obedecidos os critérios especificados para avaliação de desempenho e a titulação.

II - PROMOÇÃO: Passagem do servidor de um cargo para outro, após avaliação de desempenho no cargo anterior e seleção para o cargo seguinte.

III - MOBILIDADE: Passagem do servidor de um padrão funcional para outro dentro do mesmo cargo.

IV - ACESSO: Investidura em cargo de comissão ou em função de direção, chefia e assessoramento.

SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA NOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE

Dr. Humberto de Moraes Novaes* OPAS/OMS.

As situações polares idealísticas entre mercados sem nenhuma regulamentação estatal, totalmente liberados de controle e os com intervenção governamental direta na produção de serviços de saúde, caracterizam os extremos de posições políticas ideológicas diametralmente opostas. No primeiro caso, as forças de mercado concentram recursos nesta ou naquela área, em função do poder aquisitivo da população, enquanto que na outra situação teórica, o poder do estado intervém, forçando a população a agir de acordo com regras burocráticas pré-estabelecidas.

No caso da indústria da saúde, principalmente na América Latina, se tem como premissa cultural, que a alocação de recursos para a saúde é responsabilidade do Estado, ou deve ser regulamentada por esse setor, para enfatizar uma maior equidade na distribuição desses recursos. Por outro lado, neste século, especialmente após o impacto do relatório de Abraham Flexner(1) sobre a educa-

ção médica, estes profissionais seguem, em geral, com formação liberal, e resistem a qualquer intervenção estatal em quase todos os países desta Região(2).

Na maioria destes países, entretanto, existe inevitavelmente uma mistura de interesses entre esses dois extremos com instituições públicas e privadas de prestação de serviços na área da saúde, especialmente no caso de clínicas e hospitais, funcionando paralela e às vezes conflitivamente juntas. Na América Latina esta situação é mais evidente na Argentina, Brasil, e em alguns outros países (quadro 1), onde essas organizações se articulam de acordo com suas tradições e valores sociais, econômicos e culturais, nos quais se incluem também os morais, éticos e religiosos. Na maioria das capitais latino-americanas, onde existe maior concentração de renda, o convívio de instituições públicas e privadas torna-se ainda mais evidente.

QUADRO 1

Total de leitos em alguns países da América Latina, 1990

	Argentina	Bolívia	Brasil	Colômbia	Guatemala	Peru	Uruguay
Sub setor público*	100,000	10,400	115,000	33,670	8,000	24,200	10,000
Sub setor não público	47,000	700	397,000	8,580	1,500	6,200	4,490
Total de leitos	147,000	11,100	512,000	42,250	9,500	30,400	14,490
Leitos/1.000 hab.	4.5	1.6	3.6	1.5	1.1	1.4	2.3

* Dados fornecidos pelas Representações OPAS/OMS nos países e devem ser considerados como aproximados. Incluem leitos em hospitais, policlínicas e centros de saúde.

* Assessor da Organização Panamericana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde, Washington, D.C.

1 Para maiores informações sobre este tema, vide: Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde. Humberto M. Novaes. Edit. Pioneira, São Paulo, 1990.

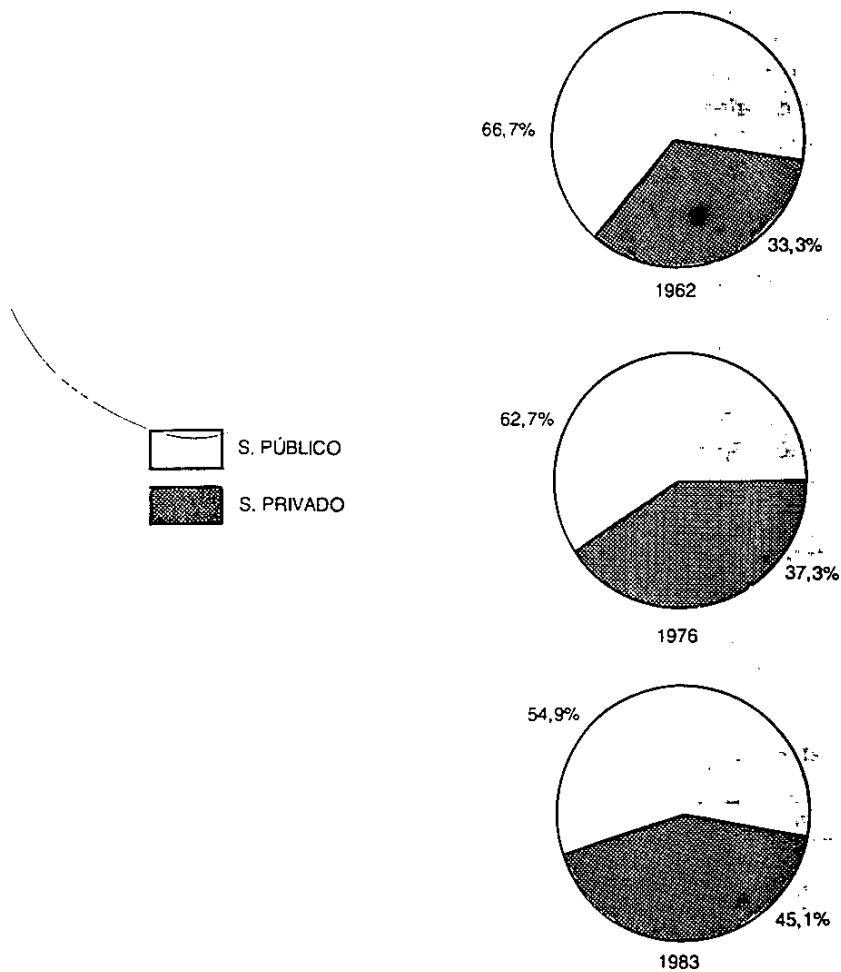
2 N. do A.: Neste trabalho por "Região" entende-se Região das Américas de OPAS/OMS.

Pela Própria natureza conservadora da formação dos médicos não surgiram mudanças dramáticas na América Latina nas estruturas dos serviços

de saúde nos últimos anos, observando-se, entretanto, uma tendência à privatização e decréscimo do número de leitos. (figura 1 e 2).

Figura 1

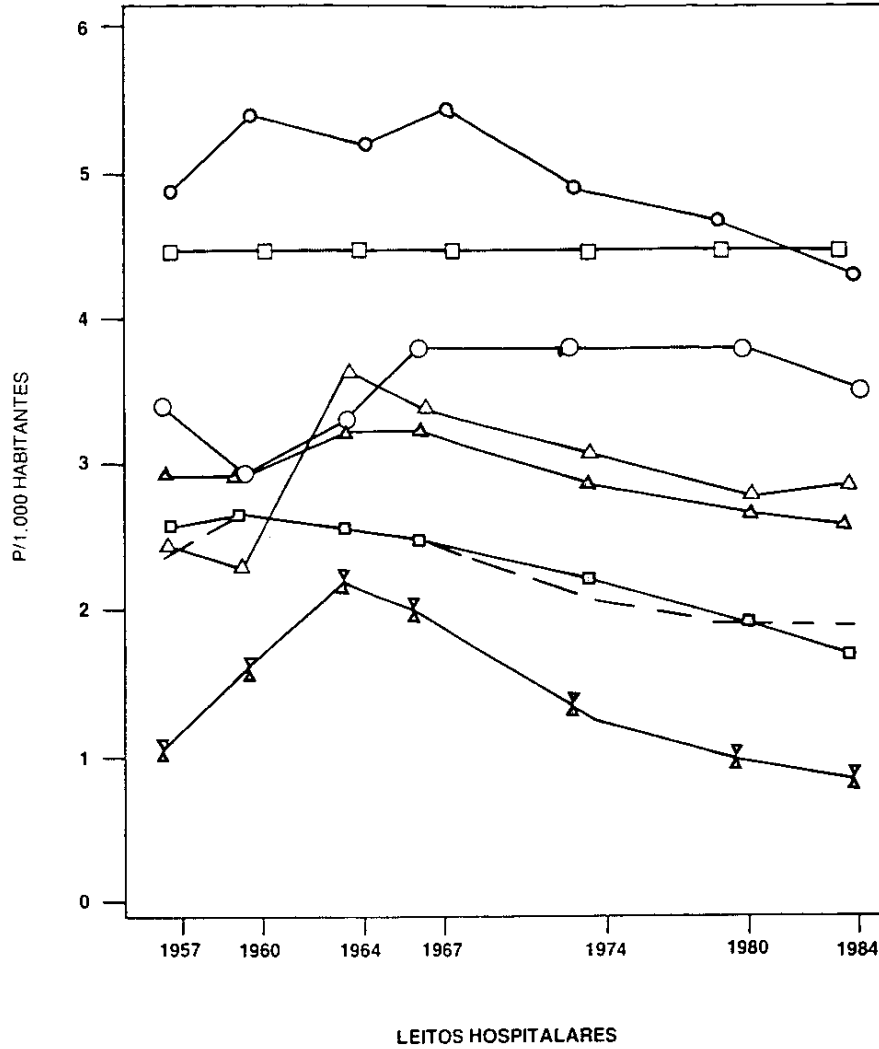
PORCENTAGEM DE LEITOS HOSPITALARES, SEGUNDO PROPIEDAD, NA AMERICA LATINA, AO REDOR DE 1962, 1978, 1983.*



* Los Servicios de Salud en las Américas. Cuademo Tecnico Nº 14. OPAS. Washington, D.C.. 1988

Figura 2

LEITOS HOSPITALARES DE TODOS OS TIPOS POR 1.000
HABITANTES. NA AMÉRICA LATINA, POR SUB-REGIÃO E
ÁREA. AO DE 1957 - 1984 *



- CONE SUL
- NÍVEL PD*
- BRASIL
- ▲ AMÉRICA LATINA
- ÁREA ANDINA
- △ CARIBE LATINO
- - AMÉRICA CENTRAL
- ▽ MÉXICO

* Plan de Salud en las Américas. Cuaderno Técnico Nº 14, Washington, D.C., 1988

Conjuntamente com as tendências observadas, a crise econômica e a recessão que afetam, em maior ao menor grau todos os países desta Região, contribuíram para o surgimento de lemas como "otimização, maior eficiência e eficácia na utilização de poucos recursos", assim como: "melhor equidade na atenção médica, acessibilidade ilimitada, etc.", de difícil alcance a curto prazo, devido às demandas continuamente crescentes por parte da população de mais e melhor assistência médica ou pelas próprias deficiências no gerenciamento total deste sistema de saúde.

Os governos da América Latina, para aumentar a extensão da cobertura de saúde, recorreram entretanto, ao investimento em unidades simples na década passada, de cunho em geral mais promocional que prático, procurando assim aliviar as ansiedades das populações com soluções de impacto político imediato, porém rapidamente descredenciadas pela falta de resolutividade clínica destes centros ou postos de saúde mal equipados.

Ainda, a demanda para leitos hospitalares muito além da oferta existente é outro dos problemas mais desafiantes para o próximo século na América Latina e no Caribe. Em 1990, possuíamos 13.211 hospitais (incluindo todas as categorias), que perfazem 1.066.420 leitos para uma população estimada de 440.631.000 habitantes no mesmo ano(3), ou seja 2,4 leitos/1000 habitantes. Espera-se para o ano 2000 uma população para a América Latina de 531.194.000 habitantes, que corresponderia eventualmente a 2,0 leitos/1000 habitantes. Assim, somente para atualizar esta diferença de 0,4 leitos/1000 habitantes, até o ano 2000, deveriam ser construídos mais de 36.225 leitos, o que significa investimentos aproximados superiores a US\$3,6 bilhões em 9 anos. Esta situação não toma em conta que países como a Colômbia (1,8 leitos/1000 hab.), Equador (1,9 leitos/1000 hab.), El Salvador (1,7 leitos/1000 hab.), Guatemala (1,6 leitos/1000 hab.), Honduras (0,9 leitos/1000 hab.), México (0,8 leitos/1000 hab.), Nicarágua (1,6 leitos/1000 hab.), Peru (1,9 leitos/1000 hab.), certamente necessitariam não somente ampliar suas redes de hospitais, como principalmente reformar os existentes, em função do pronunciado deterioramento da maioria dos hospitais na América Latina (Fig. 3).

Na verdade, a simples distinção de hospitais públicos não permite uma classificação nem se observa uma fronteira clara entre as instituições. O que se constata é uma variedade de situações com diferentes denominações para hospitais quase-privados com ou sem fins lucrativos; hospitais

quase-públicos, pagos ou gratuitos; leitos privados em hospitais públicos, seja do governo federal, estadual ou da seguridade social.

Na América Latina as críticas ideológicas extremadas aos modelos privados, perdem força progressivamente quando se percebe um contínuo crescimento de formas diversas de financiamento da assistência médica, seja por contratos globais para atender a saúde dos trabalhadores por parte de empresas públicas ou particulares, sistemas de pré-pagamento individuais ou coletivos e seguros, que apesar de não estarem em processo de expansão rápida, não se percebem declínios dessas formas alternativas de atenção à saúde, refletindo talvez, a falta de satisfação com a qualidade da assistência dos serviços públicos gratuitos, em especial policlínicas e hospitais, por parte de vários grupos sociais.

Como vimos acima, investimentos de vários bilhões de dólares serão necessários exclusivamente para atender à demanda crescente das populações no que se refere a construção de hospitais e possivelmente outro tanto seria preciso para atualização tecnológica de centros médicos de referência de casos mais complexos, de acordo com os avanços da medicina nos próximos anos. Supõe-se que ao redor do ano 2020, 85% da população brasileira poderá estar radicada em áreas urbanas e a mortalidade de mais de 70% da população será por acidentes ou doenças cardio-vasculares.

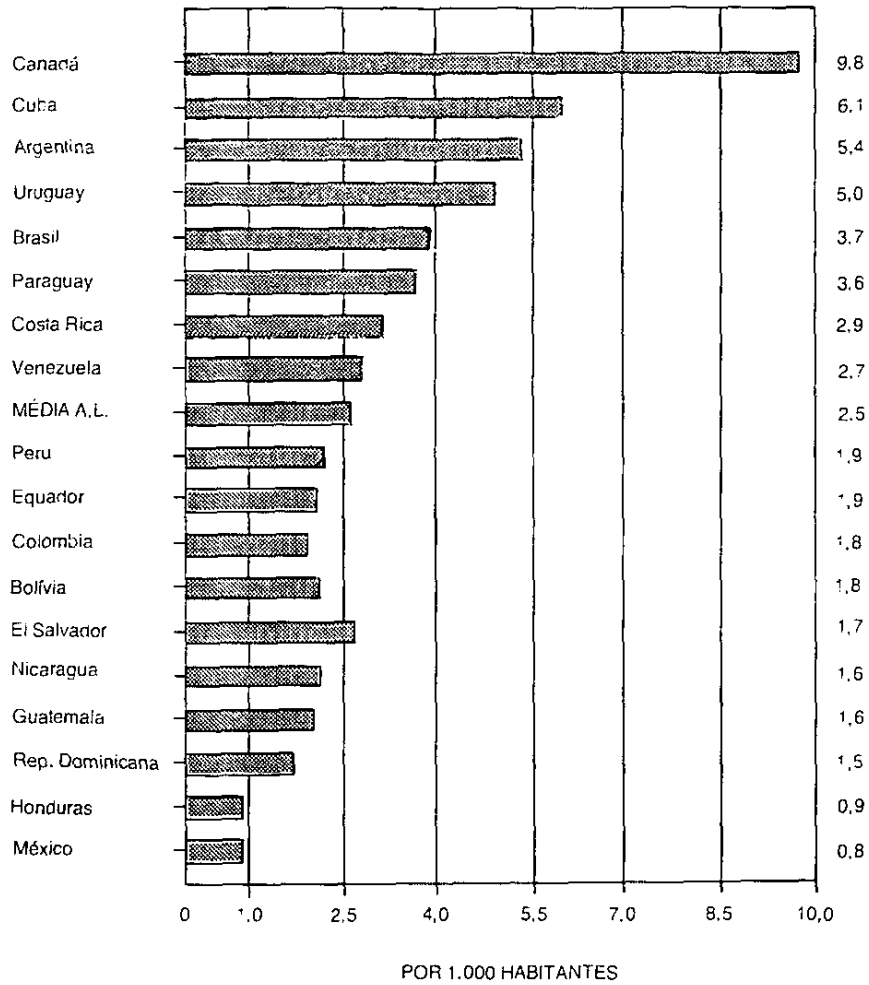
Para contrabalançar todas essas pressões, em anos recentes se vem incentivando a eficiência gerencial nos hospitais com técnicas de administração moderna, porém a formação de profissionais nesta área de especialização segue enormemente escassa. Para os quase 14.000 hospitais da América Latina e no Caribe (dos quais o Brasil contribui com 44%) a formação de gerentes hospitalares continua em estado extremamente deficiente.

Os hospitais de 150-200 leitos, por exemplo, e aproximadamente 200-300 funcionários têm orçamentos anuais equivalentes, ou superiores, a empresas que normalmente são administradas por um considerável grupo de peritos em finanças, suprimentos, manutenção etc., enquanto que os hospitais seguem conduzidos, no melhor dos casos, por profissionais de saúde preparados para tratar pacientes, mas verdadeiros "aprendizes" empíricos

3 Las Condiciones de Salud en las Americas. Public. Cient. OPAS/OMS n° 524. Washington, D.C., 1990

Figura 3

NÚMERO DE LEITOS POR 1 000 HABITANTES.
PAÍSES SELECIONADOS REGIÃO DAS AMÉRICAS. 1984



em matéria gerencial. Os inúmeros cursos curtos (1 ou 2 meses) são frequentes, somente teriam sentido como programas de educação continuada mas nunca como cursos de formação básica sólida.

A preocupação dos Ministérios de Saúde de tentar corrigir a curto prazo a escassez de profissionais administrativos conduz sempre à procura de soluções através de respostas que não resistem às críticas mais elementares quanto a qualidade da formação destes gerentes. Ainda muito temos que investir para que as escolas de administração de empresas no Brasil passem a considerar a indústria da saúde como uma das mais importantes do país. Nos Estados Unidos da América, esta mesma indústria somente é superada pelo setor de construção e agricultura, perfazendo uma força de trabalho de quatro milhões de profissionais, com orçamento de mais de US\$100 bilhões anuais.

Não é suficiente afirmar que a saúde da população é um dever do Estado pois este postulado exige maiores reflexões, não de ordem ideológica mas sim de factibilidade econômica. Se por um lado não se deve considerar a indústria da assistência médica como mais um produto de venda no mercado, não podemos esquecer que a experiência latino-americana, não tem sido bem sucedida quando o Estado procura dirigir de cima para baixo todas as forças desses mesmos mercados, situados a grandes distâncias do governo central.

Em estudos recentes que realizamos em Cali (Colômbia) Monterrey (México) e Niterói (Brasil)(4), observamos que, com frequência, a população, seguindo sua inteligência nata, dirige-se para policlínicas ou emergências de hospitais onde acreditam receber melhor atenção, procurando os serviços de saúde, públicos ou privados, às vezes mais distantes, porém mais eficientes, segundo sua percepção de qualidade, ultrapassando o atendimento primário dos postos e centro de saúde. Assim, o conceito de hierarquização e regionalização dos serviços se desorganiza devido à acumulação de pacientes nas filas dos ambulatórios e a ausência de clientes nos centros primários. Este fato também se verificou em municípios próximos quando serviços mais conceituados atraíam a população vizinha.

A super-simplificação de que a atenção médica pode ser dirigida centralmente, desde os escritórios de planejamento de saúde dos governos, mostra-se inoperante quanto aos propósitos do estado de bem estar social, equidade social, distribuição de serviços e qualidade da assistência.

Descortina-se para o futuro a opção para indivíduos e suas famílias, para além dos serviços da seguridade social oferecidos pelo Estado, suplementarem, através da provisão de alguma forma de complementação privada, com ou sem fins lucrativos, a atenção hospitalar ou médica, cabendo a responsabilidade de assistência pelo Estado aos casos não cobertos por nenhuma forma de seguro saúde, caracterizando uma provável convivência pacífica entre as instituições públicas e particulares, descaracterizando o conflito atualmente existente entre o papel do Estado, do setor privado, das demandas específicas dos consumidores e finalmente, do capital envolvido nessas transações, que, como vimos, supera a capacidade dos governos de assumir isoladamente esta enorme responsabilidade.

Nenhuma das soluções radicais seriam factíveis, pois a privatização indiscriminada dos serviços públicos de saúde, como vem sendo proposta para outros setores, levaria, durante os longos períodos de negociação, prejuízo à saúde das populações, assim como a meses de incerteza, gerando maior decadência física das instalações, afetando a moral dos funcionários, assim como chocaria os valores culturais de determinados grupos sociais. A nacionalização generalizada também não solucionaria o problema pela própria falta de preparação gerencial para assumir tão gigantesca tarefa. Como resultado, a co-habitação de ambos os sistemas nesta próxima década deverá ser inevitável.

Dentro da atual depressão econômica, todos os países desta Região encontram-se em fases e meios distintas de controle de custos. Apesar do papel do Estado ser reconhecido na provisão de serviços de saúde, observa-se que sua ação nos últimos anos, ou mais precisamente a partir da última recessão econômica, vem sendo compartilhado com a iniciativa privada, principalmente em zonas urbanas. A relação do setor público de saúde com o privado, na América Latina, diferencia-se por suas raízes históricas, econômicas, sociais e distintas fases de desenvolvimento local. Essas variáveis orientam a implementação de formas especiais de financiamento, de acordo com áreas geográficas sócio-econômicas, o que dificulta a implementação de serviços de saúde, com características de equidade.

4 - Vide Novais ...op. cit.

Na área de serviços de saúde são constantes os paradoxos na América Latina de ausência de recursos para a manutenção apropriada de instalações e aparelhos e a aquisição constante de novos equipamentos de tecnologia moderna, de alto custo operativo. Algumas das principais causas dessa situação são restrições orçamentárias, a inapropriada dotação de recursos, mas também o desconhecimento dos custos operativos para a distribuição dos suprimentos, para supervisão e para manutenção.

Usando como base o ano de 1982, os gastos per capita no setor saúde, no México, foram reduzidos em 7% em 1983, entre 6 e 5% em 1984-1985, e em 17% em 1986. Para o Brasil, esses indicadores também foram reduzidos em 19% em 1983, 18% em 1984, 9% em 1985, e 4% em 1986. (5).

De uma maneira geral, comparativamente, os gastos governamentais com os serviços de saúde nos países em desenvolvimento com grandes dívidas externas, declinaram de 8.5% em 1972 para 4,6% em 1985. (6)

Além das reduções orçamentárias, outros mecanismos encontrados foram: compartilhar os gastos com outros Ministérios ou com a Previdência Social, como no Brasil; aumentar impostos; utilizar recursos advindos de loterias; corrida de touros (Colômbia); cobranças por serviços prestados, ou pela aquisição de medicamentos, materiais, alimentos, pelo próprio paciente ou sua família. Nos Estados Unidos da América, as restrições para redução de custos partem das agências, ou de seguros privados, que sofrem enormes pressões políticas de grupos organizados da população, para manter as contribuições individuais com valores estáveis. Nesse caso, a ação central do governo se manifesta pelo controle rígido da qualidade da atenção pelas Instituições financiadas pela Seguridade Social "Medicare" (aos idosos) ou "Medicaid" (aos pobres).

Vivendo em uma época de rápidas transformações tecnológicas, a proteção do consumidor é imperiosa, através de mecanismos Impessoais de regulamentação, seja dos serviços oferecidos em hospitais públicos, ou dos privados. O aspecto mais importante nesse equilíbrio de poder e forças de controle, está em caracterizar uma legislação pertinente com a atual situação dos valores sociais, quase sempre extremamente diferentes de uma sub-região para outra, fazendo com que a mesma doutrina legal seja dificilmente aplicada, de maneira idêntica no Norte, Sul, Sudeste ou no Nordeste. Em geral, o que se verifica muito especialmente no Brasil, é que a legislação nacional

vigente está quase sempre mais avançada do que a realidade e prática social local, fazendo com que, frequentemente, para poder implementar determinadas ações, estas necessitam ser realizadas "fora da lei..." tornando a própria regulamentação e controle inoperantes pela impraticabilidade de fazer cumprir a lei e/ou punir os faltosos.

AS MEGATENDÊNCIAS

Dentro de um mundo em que incidentes em qualquer parte são conhecidos, registrados, vistos e examinados em questão de minutos, é quase impossível que o Brasil, mesmo na fase de desenvolvimento que se encontra, esteja distante das grandes tendências mundiais. Na década dos anos 70, Naisbitt e Aburdene(7) previam que a sociedade industrial se tornaria uma sociedade de informação; que a tecnologia seria predominantemente local e humanizada; que as economias nacionais passariam a ser economias globais; que as visões a curto prazo caminhariam para visões a longo prazo; que a centralização seria substituída pela descentralização; que a democracia representativa se tornaria participativa; que o enfoque hierárquico mudaria para um enfoque de redes; que enfoques excludentes passariam a ser substituídos por de múltiplas opções. Na sua maioria, podemos observar que no Brasil, quase todas essas tendências do final da década dos 70, foram implementadas nos anos 80. A descentralização dos serviços de saúde pela sua municipalização está sendo implantada de maneira irreversível; alguns municípios já se organizam para formação de redes ou consórcios de serviços; pensa-se muito mais a longo prazo, e assim por diante, essas tendências mundiais vão sendo rapidamente incorporadas nos grandes centros urbanos brasileiros. Há que lembrar que até o fim do século o grau de urbanização da população mundial contribuirá para que cidades, desenvolvam suas próprias políticas, inclusive política externa de relações internacionais, com os Prefeitos das grandes cidades brasileiras funcionando como embaixadores. Para a década dos 90, Naisbitt e Aburdene prevêem também megatendências em fenômenos sociais, como o socialismo de livre mercado, economias

5 Musgrove, P., Crisis Económica y Salud. OPAS, Washington, D.C., 1988.

6 Banco Mundial, Informe 1987.

7 Naisbitt, J e Aburdene, P. Megatrends 2000 - Ten New Directions for the 1990's; William Morrow & Co., New York, 1990.

mundiais globais, estilos de vida globais, a privatização do estado de bem-estar.

A descentralização do Estado, administração estratégica com planejamento a longo prazo, múltiplas opções para solução de problemas locais, a ênfase nos valores fundamentais de cada grupo social, são outras tendências que terão grandes impactos na gerência dos serviços de saúde.

Dentro desse panorama de desenvolvimento tecnológico acelerado, se admite que 85% da tecnologia que será utilizada no ano 2000, ainda nem foi inventada. Essa explosão tecnológica é disseminada com uma rapidez dificilmente imaginada há poucos anos, causando sérias conseqüências para os serviços de saúde, constantemente pressionados pela própria população, para incorporação de novas tecnologias. Assim como o avanço rápido das transformações tecnológicas, os valores ideológicos se transformaram aceleradamente, sendo influenciados pela ênfase em questões individuais e desafios específicos e imediatos, com reivindicações trabalhistas mais orientadas a esses valores pessoais básicos do que aos ideológicos de um passado recente, principalmente numa sociedade jovem como a nossa, em contínua e veloz transformação.

Thomas S. Kuhn(8), há mais de 20 anos, já levantava a diferença entre paradigmas e os pré-paradigmas das comunidades científicas. Durante vários anos procurávamos modelos de assistência médica deste ou daquele país como paradigma a ser seguido sem nenhuma adaptação. Várias experiências, algumas científicas, outras empíricas, foram pouco a pouco destruindo mitos para chegarmos a este fim de século, com maiores derrotas na implementação de serviços de saúde do que vitórias. Na verdade estávamos perseguindo pré-paradigmas ainda não confirmados. A convicção inabalável de modelos cientificamente comprovados de atenção à saúde infelizmente ainda não foi encontrada e os ajustes e adaptações seguem sendo procurados pelos países. Na época do Plano Decenal de Saúde (anos 70) tínhamos a resposta exata para tudo: o número desejável de leitos/1000 hab., recursos humanos/10.000 hab. e assim por diante. O lema de então era que os escritórios de planejamento seguissem métodos ortodoxos. Hoje estamos muito mais conscientes da dificuldade de tarefas de implementar, monitorar e avaliar serviços de saúde com eficiência e equidade. Não existem paradigmas para produzir verdadeiras revoluções científicas na área da saúde; seguimos ainda em fase pré-paradigmática em busca de soluções.

A urbanização, o envelhecimento das populações latino-americanas, o perfil epidemiológico misto que nos caracteriza, com sub-regiões onde a enorme depressão econômica-social leva a uma intervenção do Estado mais direta para combate às endemias, assim como outras sub-regiões onde o próprio desenvolvimento social requer outra forma de atenção médica oferecida por entidades privadas, leva a um convívio inevitável, nos países com um grau de desenvolvimento como o Brasil, principalmente no que se refere a atenção médica especializada e hospitalar, caracterizando um mecanismo de co-existência permanente entre as antigas posições polarizadas de privado versus estatal, ou do voluntário versus o compulsório.

DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE OU SILOS(9)

Na Região das Américas, assim como mundialmente, existe uma percepção sobre o significado especial dessa fase do desenvolvimento de nossas sociedades e sobre as projeções dessa situação nos anos vindouros. Não há dúvida de que estamos presenciando um período de mudanças rápidas que afetam todos os aspectos das nossas vidas e que repercutem profundamente na situação sanitária e nos recursos disponíveis para fazer-lhe frente. Para que a meta especificada pelos governos - de saúde para todos no ano 2000 com equidade, eficácia, eficiência e participação - seja alcançada, é imperativo compreender esse processo e os conseqüentes ajustes no setor da saúde e na própria sociedade, com esforço para mudança de atitudes e valores.

Em resposta a essa necessidade de formular prioridades para o desenvolvimento da infra-estrutura dos serviços de saúde, e para lidar com problemas e grupos prioritários, de conformidade com a estratégia de assistência primária à saúde e com o mandato da XXIII Conferência Sanitária Pan-Americana, redigiu-se uma proposta para transformar os sistemas de saúde nacionais, mediante a criação de sistemas locais de saúde como uma tática operacional, para acelerar a colocação em prática da estratégia de assistên-

8 Kuhn, Thomas. S. The Structure of Scientific Revolutions. Ed. II. International Encyclopedia of Unified Science, Vol. 2, nº 2. Univ. Chicago Press, Chicago, 1970.

9 Para mais informações sobre Sistemas Locais de Saúde vide: Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS. OPAS/OMS, que pode ser obtido na Representação OPAS de Brasília. Este sub-capítulo foi extraído em parte do livro de Humberto M. Novaes, op. cit. em especial texto preparado por J. M. Paganini.

cia primária e os componentes que lhe são imprescindíveis, assinado por todos os Ministros de Saúde das Américas.

Conforme citado acima, o setor saúde deve se empenhar nesses processos de desenvolvimento local, organizá-los e deles participar. Portanto, da perspectiva do setor sanitário, a definição de sistemas locais de saúde procura maior flexibilidade e maior sensibilidade às mudanças e requisitos específicos dos grupos populacionais afetados por problemas sócio-econômicos, ambientais e epidemiológicos comuns. Isso cria uma série de situações que são específicas ao setor de saúde e que se podem observar em duas áreas complementares: de um lado, a reorganização e reorientação dos setores e a estrutura geral através dos processos de verdadeira descentralização e, do outro, a reorganização da rede de serviços em áreas geográficas definidas.

Um sistema local de saúde também deveria ter uma estrutura administrativa responsável pela administração das atividades de saúde para aquela população específica. Isso significa poder administrar diretamente certos recursos e coordenar toda a infra-estrutura social dotada para a saúde em - juntamente com uma estrutura habilitada a resolver uma parcela significativa dos problemas sanitários de indivíduos, de famílias, de grupos sociais, de comunidades e do meio ambiente - e capaz de facilitar a participação social, tudo dentro do sistema nacional de saúde ao qual proporciona vitalidade e nova direção.

Esse nível administrativo deveria, portanto, assumir a responsabilidade da coordenação de todos os recursos (hospitais, centros e postos de saúde, sistemas de abastecimento d'água e outros serviços de saneamento e recursos extra-setoriais) a disposição de uma determinada população, a fim de assegurar sua utilização ótima, ajustada à realidade local. Dentro desse plano nacional, é de importância capital estabelecer responsabilidades recíprocas com a população, com respeito ao desenvolvimento da saúde.

Esse relacionamento recíproco deve se manifestar em todos os aspectos que dizem respeito à saúde individual e pública, na definição das políticas e no estabelecimento das prioridades, na origem e distribuição de recursos, na programação, execução e avaliação, assim como no comportamento individual e grupal face ao processo saúde/doença. Se tanto a população quanto o território a serem servidos já estiverem delimitados, será possível avaliar as atividades levadas a cabo

ou que necessitam ser efetuadas para atender às necessidades locais de saúde.

Os sistemas locais de saúde devem ser encarados como sendo as unidades organizacionais básicas de uma estrutura muito mais ampla, - o sistema nacional de saúde. Em outras palavras, serviços locais de saúde subordinados a orientação integrativa e normativa de uma estrutura nacional para a coordenação do sistema de saúde que formula as políticas globais e define os sistemas de apoio logístico, técnico e administrativo necessários para a execução dos programas e para a prestação dos serviços a nível local. Dentro desse sistema nacional, os sistemas locais de saúde deverão servir de base para a definição dos sistemas regionais de saúde.

Conseqüentemente, embora as divisões políticas e administrativas possam ajudar a definir o sistema local de saúde, como ocorre com as municipalidades em alguns países, as características acima mencionadas levam em conta outras soluções. Utilizando esse mesmo enfoque, os sistemas de saúde locais podem ser igualmente demarcados pelo agrupamento de municipalidades ou de outras unidades político-administrativas; em outras situações, especialmente em áreas urbanas, os sistemas locais de saúde poderão cobrir uma divisão geográfica ou demográfica menor dentro de determinada municipalidade.

Em síntese, a população coberta por um sistema local de saúde não deve ser tão pequena que se torne ineficiente, nem tão grande que prejudique o bom controle e a coordenação de recursos.

Considerando esses pontos, um sistema local de saúde deve levar em consideração a estrutura política e administrativa do país; ser traçado para uma população definida; atender aos processos de descentralização do Estado e do setor de saúde, às necessidades da população e à estrutura da rede dos serviços de saúde e estar organizado de forma a facilitar a coordenação geral das ações, independentemente, seja o sistema de financiamento estatal ou privado.

A criação de um novo modelo de assistência à saúde não deve limitar-se simplesmente à divisão do trabalho dentro de um plano descentralizado do governo. Ao contrário, deve ser um processo de mudança de base nos métodos técnicos utilizados para a prestação de serviços, no uso da tecnologia disponível e em como assegurar a participação social. Calcados nesses elementos, é possível formular uma série de metodologias e princípios básicos para facilitar a criação desses novos modelos de assistência à saúde.

CONCLUSÃO

O modelo de organização dos serviços de saúde no Brasil sofreu um processo evolutivo, com notáveis características dinâmicas, que o situam entre os mais avançados da América Latina. Os movimentos sanitaristas que levaram à Incorporação da Previdência Social ao Ministério de Saúde refletem uma maturidade política que situa o Brasil na vanguarda de outros nesta Região, onde o presente reflete uma conflitiva e improdutivo relação entre a Seguridade Social e o Ministério de Saúde.

Na verdade, passamos durante os últimos 60 anos, pela intervenção Estatal de iniciativa central, iniciada na década de 30, seguido pelo autoritarismo de uma elite militar e tecnocrática na década dos anos 60, e chegamos aos anos 90 com uma democracia participativa que postula a descentralização e a autonomia municipal, traduzindo as diferentes fases de estruturação dos governos por que passaram diferentes países e o Brasil não foi exceção a esse processo de mudanças, altamente aceleradas nos anos recentes.

Esse movimentos democráticos, com ênfase em liberdades individuais, que atingiram os nossos países há algum tempo, somente muito recentemente tiveram o seu impacto no Leste europeu e há poucos meses na própria União Soviética. São países que sofreram as mesmas pressões populares, caracterizados até então por um rígido planejamento centralizado, e hoje se encontram em estado quase caótico de transformação de governo central para Repúblicas periféricas ou para uma economia de livre mercado mal definida. Felizmente para nós, o processo evolutivo foi rápido mas não totalmente incontrolável. A implementação dos Sistemas Unificados de Saúde (SUS) é um indicador válido do caminho seguro que estamos perseguindo.

Na América Latina, os modelos de serviços de saúde foram organizados de maneira muito similar, encontrando-se Instituições como as antigas Caixas de Pensões, as Beneficências e formas de Previdência Social como conhecíamos no Brasil. Êxitos significativos nos indicadores foram observados no Chile, Costa Rica e Cuba apesar de suas diversas formas de poder político-ideológico central.

No caso de Cuba, durante o intenso período de apoio recebido da União Soviética, esse país desenvolveu, prioritariamente em relação a outros setores como, por exemplo, alimentos, um excelente serviço de atenção médica hospitalar, atingindo a cifra de 7 leitos/1000 hab., que como vimos anteriormente, está muito acima de outros

países da Região. O balanço de pagamentos pelo intercâmbio favorável de açúcar por petróleo definitivamente fortaleceu a existência de recursos para a área hospitalar. Planos atuais para a construção de mais hospitais foram abandonados devido à restrições financeiras. Cuba procura rapidamente corrigir o excesso e avallar o custo do leito/dia de seus hospitais através da implementação de sistemas de Informação gerencial que facilitam um maior controle. Recentemente, esse país, por determinação central, estabeleceu um programa de Residência Médica de 3 anos de duração para formar especialistas em assistência médica familiar. É bastante provável que quando esses profissionais estejam em plena atividade a ocupação dos leitos hospitalares diminuirá sensivelmente pois a referência de casos a outros níveis de atenção deverá situar-se entre 5-10%.

O Canadá também é frequentemente citado como país desta Região com um modelo de sistema nacional de saúde com cobertura total de sua população. Há que lembrar que esse país com seus 25 milhões de habitantes está entre os países mais ricos do mundo, com altos impostos e assim com condições de manter um sistema estatal de assistência médica de boa qualidade. O país destina 8,6% do P.N.B. para saúde (E.U.A. 11,2 % do P.N.B.) ou US\$ 1.483 (1987) por pessoa, por ano em atenção médica.

Não resta dúvida, entretanto, que para os demais países da América Latina, dentro de um enfoque realista, existe a necessidade de um equilíbrio entre serviços essencialmente controlados pelo Estado com outros de características mistas, que providenciam cobertura a setores da população através de serviços de saúde particulares, sejam esse caritativos, voluntários ou compulsórios, individuais ou coletivos. A ênfase nos Sistemas Locais de Saúde parte da premissa de que a nível municipal, a sociedade através dos seus diferentes atores, apresenta condições de avallar os seus serviços, em todos os aspectos, muito especialmente a qualidade da assistência, frequentemente negligenciada no nosso meio. Para uma área geográfica específica, seja um município ou consórcio de municípios, ou mesmo sub-divisões municipais, como no caso das grandes capitais, a decisão da política de inversão e financiamento deve estar diretamente acompanhada por representantes de diferentes grupos sociais, procurando assim evitar que a manipulação política-partidária distorça o modelo, em benefício de segmentos isolados.

Dentro desse sistema, para uma determinada área de captação, as diferentes Instituições públi-

cas ou privadas, de nível ambulatorial primário ou de referência hospitalar, devem estar orquestradas de maneira a favorecer a equidade na distribuição de recursos, em função das aspirações destes diferentes grupos sociais. O grande desafio não é somente a implantação de uma nova estrutura, mas de romper a tendência dos diferentes atores de manutenção do "status-quo" de privilégios, tanto nos serviços públicos quanto nos privados. As pressões de grupos corporativistas para a perpetuação da antiga situação devem ser combatidas com a introdução de mecanismos de controle de qualidade dos serviços médicos oferecidos, independentemente de quem os produz. A contenção do liberalismo excessivo de profissionais médicos não pode acontecer em nenhum país a não ser pela própria avaliação dos seus atos, como também critérios normativos devem ser aplicados em policlínicas e hospitais, sejam esses públicos ou privados.

A descentralização dos serviços de saúde transfere às autoridades locais o controle de imperícias, negligências, ou mesmos atos de corrupção, individuais ou institucionais.

A discussão vigente nesta última década de século, semeando os princípios para o século entrante, estará centrada na qualidade da assistência. Vários desvios entretanto, precisam continuar a ser corrigidos, quer a super-concentração de serviços nesta ou naquela área, quer na distribuição nacional de recursos, porém o que é impostergável é a chegada da era do controle e da garantia da qualidade dos serviços médicos oferecidos à população.

A polêmica de estatização versus privatização dos serviços de saúde brasileiros somente se justifica por interesses acadêmicos sem objetivo de praticabilidade. Nenhum país com o grau de desenvolvimento atual do Brasil apresenta condições para optar qualquer das duas alternativas isoladamente. Resta sim, somar as ações de saúde, primárias, secundárias ou terciárias em Sistemas Locais, oferecendo serviços através de hospitais acreditados e profissionais de saúde competentes, independentemente de formas de financiamento dos serviços.

O Estado, com o apoio dos representantes de grupos sociais organizados deve funcionar como fiel da balança das pressões políticas e das liberdades corporativas, sem desequilibrar a equidade de oportunidades dos grupos sociais.

Em resumo, a proposta que se apresenta é a da convivência entre as diferentes instituições de saúde para uma área específica, sob regulamentação

estadual, cabendo ao governo intervir mais diretamente em regiões deprimidas, através de investimentos próprios ou subvenções à municipalidades e, em contrapartida, para as outras áreas, apoiar as iniciativas individuais ou coletivas, de acordo com as características sócio-econômicas e culturais de cada Sistema Local de Saúde.

Esperamos assim, que desta IX Conferência surjam as mensagens necessárias para atingir esses objetivos no início do século XXI. A ênfase, entretanto deverá ser na qualidade da atenção médica. Garantia de qualidade pode ser definida como um sub-programa de programação local de serviços de saúde, que garante a cada paciente receber atenção diagnóstica ou terapêutica especificamente indicada para alcançar um ótimo resultado, de acordo com os recentes avanços das ciências médicas e em relação à doença principal ou secundária, à idade ou à regimes terapêuticos associados. Para isso se utilizará um mínimo de recursos necessários, com o mais baixo possível nível de riscos de lesões adicionais ou incapacidades consequentes ao tratamento, obtendo-se a máxima satisfação pelos serviços recebidos, independentemente do nível institucional de atenção, seja primário, secundário ou terciário em um Sistema Local de Saúde.

Assim, para desenvolver efetivamente um programa de garantia de qualidade, será necessário que estejam presentes as seguintes variáveis: (1) qualidade técnica dos profissionais, (2) uso eficiente dos recursos, (3) minimização de riscos de lesões associadas pelos serviços oferecidos, (4) satisfação do paciente em suas demandas, expectativas e acessibilidade aos serviços de saúde e (5) um Sistema Local, onde os serviços intra- e extra-hospitalares estejam coordenados e integrados.

O grande desafio sim, é o da qualidade dos serviços de saúde brasileiros neste final de século e início do próximo! Esta é a bandeira de batalha que gostaríamos de alçar.

MELHORIA DO DESEMPENHO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: PONTOS DE ESTRANGULAMENTO E CAMINHOS PARA A SUPERACÃO

Luiz Cordonl Jr.*

Arnaldo Agenor Bertone**

1. INTRODUÇÃO

O desempenho não satisfatório dos serviços de saúde tem sido foco da atenção de estudiosos, dirigentes e políticos ligados ao setor (5,8,9,11). Critica-se a baixa qualidade e a pouca quantidade de serviços acessíveis à população.

Entretanto, o conteúdo desta discussão tem padecido de certas insuficiências e incorreções, a saber:

- discute-se a necessidade de descentralização dos serviços, através da municipalização, como forma de agilização dos mesmos. Entretanto, pouco tem sido discutido a respeito de que serviços municipalizar. Ou seja, não se atrela a municipalização à discussão do modelo assistencial, e atenção tomadas decisões operacionais visando a municipalização que não alteram o modelo médico-assistencial vigente. Em que pese os aspectos positivos notadamente em relação à conceituação, contidos na Norma Operacional Básica-SUS/1992, não há medidas práticas para o redirecionamento do modelo vigente (1) pois embora a referida norma amplie poder municipal e democratize mais as decisões, permanece a mesma incorreção.(1)

- atribui-se, muitas vezes, a questão do fraco desempenho à insuficiência gerencial, sem, no entanto aprofundar-se a discussão e não atentando para a especificidade da gerência dos serviços de saúde, num momento de transição, rumo à consolidação do SUS.

O presente trabalho pretende contribuir para o aprofundamento da discussão das insuficiências e incorreções apontadas, enfocando as questões da municipalização enquanto reforma estrutural do sistema e a questão gerencial dentro das especificidades dos serviços públicos de saúde, na atual conjuntura.

Antes porém, de se abordar os assuntos aludidos, far-se-á uma reflexão a respeito do quadro de referência que a municipalização e as mudanças gerenciais pretendem operacionalizar.

2. QUADRO DE REFERÊNCIA

Qualquer modificação a ser introduzida nos serviços públicos de saúde deve ter legitimidade. Dentro dos marcos da democracia esta legitimidade emana de processos decisórios democráticos.

As diretrizes aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde foram produto do mais democrático e representativo processo de discussão na área de saúde já havido no Brasil. Portanto, tais diretrizes, bem como os conteúdos dos documentos legais delas decorrentes, são os mais legítimos. Trata-se aqui dos capítulos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, das leis federais 8080 e 8142 e de alguns capítulos de várias constituições estaduais e de leis orgânicas municipais, diplomas legais produzidos após intensos e profundos debates em esferas legislativas.

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária expressa, em seu Documento III, as diretrizes, da maneira mais sintética possível. São os princípios finalísticos de participação, equidade, descentralização, integralidade e universalização (3).

A participação pressupõe a inclusão representativa da população e de funcionários no processo decisório e no controle dos serviços. A equidade significa igualdade na qualidade de assistência para todos. A descentralização compreende a multiplicação de centros de poder. A universalização acarreta a igualdade de acesso aos serviços. E, por fim, a integralidade aponta para a superação da dicotomia serviços preventivos x curativos e para a atuação dos serviços em outras áreas além da assistência individual, como as áreas de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Saúde do Trabalhador.

(*) Médico Sanitarista, docente da Universidade Estadual de Londrina, Coordenador Geral do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESCO - PR.

(**) Economista, administrador de serviços de saúde, Coordenador Adjunto do NESCO - PR.

O que adiante se discutirá deverá oferecer subsídios para a operacionalização dos conceitos aqui descritos.

3. A MUNICIPALIZAÇÃO COMO MUDANÇA ESTRUTURAL

Poucas discordâncias existem quanto à utilidade da municipalização como estratégia de descentralização: a proximidade do poder local amplia as possibilidades de controle social; redes locais de serviços dependem de menos escalões burocráticos, tornando a execução das tarefas mais ágeis; a visibilidade das necessidades é maior no nível local; estruturas menores necessitam de menores gastos com atividades-meio. Estes e outros argumentos embasam a proposta de municipalização.

Entretanto, qual o modelo assistencial que a municipalização estará ajudando a implementar?

O modelo assistencial hegemônico, privatista, curativista, hospitalizante, que privilegia as ações médicas individuais, altamente tecnificadas e especializadas não é o adequado para operacionalizar as diretrizes discutidas no item 2.

Há, portanto, necessidade de um novo modelo, adequado às novas diretrizes. Há relativo consenso de que tal modelo seja regionalizado e hierarquizado. O que coloca a discussão sobre o papel dos estados, dos consórcios municipais e dos municípios, identificando-se aqui amplo espaço de pesquisa para que se encontrem mecanismos jurídico-legais e administrativo de articulações inter-governamentais. Entretanto, estas questões não serão aqui desenvolvidas.

Outro aspecto menos discutido no novo modelo diz respeito à operacionalização do conceito de integralidade da assistência. Integralidade significa oferecer todos os tipos de serviço próprios da área da saúde que sirvam à promoção, proteção e recuperação da saúde. A cobertura de toda esta gama de ações requer uma organização que otimize os recursos disponíveis.

Tal organização não se dá no vazio, mas sim, a partir do exame das tecnologias disponíveis e da divisão institucional do trabalho instituída segundo critérios de racionalidade.

A forma racional de se pensar a divisão institucional do trabalho largamente consagrada é pensá-la segundo o critério da funcionalidade.(2)

Mirando-se para o conjunto de atividades executadas pelos serviços de saúde percebe-se uma primeira divisão funcional do trabalho, que define

dois conjuntos de atividades: "um, predominantemente extra-muros, que lida com os alimentos, os medicamentos e os ambientes físicos, nas atividades de orientar, instruir, fiscalizar e reprimir; outro, predominantemente intra-muros, que lida diretamente com as pessoas nas atividades de prevenir e curar".(4) São as áreas da Vigilância Sanitária, voltada predominantemente para as coisas que podem afetar a saúde das pessoas e da Assistência Individual, voltada diretamente para as pessoas.(3)

"Uma terceira área reúne um grupo de atividades com ações externas e internas, voltada para as pessoas e as coisas, porém articuladas entre si, o que dá a esta área uma especificidade que a distingue das demais. É a Vigilância Epidemiológica".(4)

Às três áreas pode-se agregar uma quarta, nascida da valorização ideológica do mundo do trabalho. A exemplo da anterior lida com coisas e pessoas, e intra é extra-mural, tendo também funções específicas. É a área de Saúde do Trabalhador.

A municipalização deve ser pensada dentro deste contexto de integralidade. Grandes municípios podem assumi-la completamente, outros parcialmente, compartilhando serviços com outros municípios em regime de consórcios ou com os governos estaduais. Para tal, tornam-se necessárias medidas incentivadoras da municipalização que possam perseguir este objetivo.

Destaca-se como medida fundamental o aporte financeiro. Apresenta-se como proposição para este aporte financeiro duas formas de captação de recursos, não excludentes.

A primeira seria através de repasses de recursos federais/estaduais especificamente para as atividades de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e de Saúde do Trabalhador. Estes repasses poderiam ser calculados através de um percentual a mais sobre os recursos provenientes das outras atividades, para os municípios que tiverem serviços próprios ou consorciados. Logicamente seriam dados percentuais diferenciados para os municípios que tiverem um ou dois ou três serviços.

A segunda proposição seria a criação, por parte dos municípios, de taxas a serem cobradas para a área de Vigilância Sanitária. Estas taxas tradicionalmente cobradas pelo Estado, serão através de Leis Estaduais e Municipais, incorporadas e cobradas pela própria municipalidade.

Uma medida também importante seria a inclusão nos Planos Municipais de Saúde das atividades

relativas às áreas de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Saúde do Trabalhador, para todos os municípios. Mesmo para aqueles que não possuem estes serviços, deveria constar, pelo menos o diagnóstico das necessidades, visando o incentivo para implantação de tais serviços.

Outra medida seria incentivar, através de cursos específicos, nas três áreas, voltados aos municípios, visando, além da utilização dos profissionais já envolvidos, a participação de profissionais de municípios que não possuísem os serviços especificados, no sentido de se criar núcleos (mesmo que seja de um único profissional) nas áreas de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Saúde do Trabalhador.

4. A QUESTÃO GERENCIAL: OUSAR OU REGREDIR

Não há dúvidas quanto à importância da questão gerencial para a melhoria do desempenho dos serviços. Mas aqui, a exemplo da questão da municipalização, as simplificações não levam a bons resultados. Tampouco os estereótipos administrativos, as fórmulas arcaicas, nem sempre de utilidade comprovada, contribuem.

O que se pretende examinar nesta parte do trabalho é a operacionalização de medidas derivadas do princípio do compromisso.

4.1) Princípio do Compromisso

Em qualquer organização o sucesso gerencial depende, em larga medida, do compromisso que os membros têm com a mesma. Este fato conhecido é utilizado na gerência de organizações privadas e negligenciado na administração pública. Naquelas é comum o estabelecimento de prêmios e outros incentivos pelo aumento da produtividade, com a intenção de identificar os interesses da empresa com os interesses particulares dos seus trabalhadores.

A introdução do incentivo por produtividade em serviços públicos de saúde pode contribuir para o aumento do compromisso dos trabalhadores com a organização, mas, dependendo da forma como for introduzido pode enfraquecer o compromisso que tais serviços públicos devem ter com a sociedade.

O compromisso com a sociedade, deve ser implícito a qualquer serviço público, e no caso dos serviços de saúde é explicitamente constitucional, ("Saúde é direito de todos e dever do Estado").

O compromisso social será efetivado se os serviços operacionalizarem as cinco diretrizes da Refor-

ma Sanitária conforme o quadro de referência (Item 02 deste trabalho).

Adiante se discutirá as implicações que poderão advir da forma adotada de incentivo à produtividade. De acordo com o princípio do compromisso tal incentivo deverá ser um mecanismo que permita aumentar o compromisso dos trabalhadores com suas organizações e desta com a sociedade.

4.2) Modalidades de Pagamento por Produtividade e suas Consequências.

As discussões a respeito do pagamento por produtividade tem girado em torno de dois grandes temas: a quem pagar e quais os critérios de distribuição dos recursos destinados a este fim.

4.2.1) A Quem Pagar

As posições defendidas a respeito do assunto variam desde aquela que preconiza o pagamento exclusivamente ao médico àquela que propõe o pagamento de toda a equipe.

O pagamento a alguns profissionais e o não pagamento a outros, além de injusto, infringe alguns preceitos administrativos que podem anular ou enfraquecer os efeitos desejados da medida. Se o objetivo desta modalidade de pagamento é estimular o compromisso com a organização, a exclusão de alguns ou de muitos produzirá um grande contingente sobre o qual o objetivo atingido será o oposto daquele que se pretende.

Ademais aumentará o nível de conflito no interior da instituição, reduzindo o espírito de equipe, que pode resultar na redução da produtividade. O pagamento apenas a uma parcela da equipe pressupõe a valorização diferenciada de alguns. Nesta situação torna-se difícil a operacionalização da diretriz da integralidade, visto que atendimento integral pressupõe a participação de todos os campos profissionais, ou seja, trabalho de equipe.

A título de exemplo, cabe indagar que estímulo teria o profissional de enfermagem, excluído do adicional, que trabalha na Vigilância Epidemiológica e cuja tarefa é promover o bloqueio de epidemias.

Por todos os motivos expostos, defende-se aqui o pagamento a todos os profissionais, o que resultaria em maior compromisso de todos com a organização, diminuição dos conflitos, reforço ao espírito de equipe, maior integralidade da assistência, e, conseqüentemente, aumento do compromisso social da instituição.

4.2.2) Critérios de Distribuição dos Recursos.

Cabe, em primeiro lugar, discutir uma questão conceitual. O que vem sendo chamado de remuneração por produtividade (e até o momento empregou-se neste trabalho o termo sem crítica) necessita ser melhor precisado para clareza das discussões que vêm a seguir.

Produtividade refere-se a valores relativos, conceito do mesmo tipo que a relação custo-benefício. A produtividade é o produto de relação entre o que foi produzido e os custos de produção. Ela aumenta com o aumento da produção ou com a redução dos custos. O termo vem sendo utilizado, em geral, inadequadamente com consequências não inócuas, como se verá. Tem-se usado o termo produtividade para designar capacidade de captação de recursos junto a órgãos financiadores (na quase totalidade dos casos o INAMPS).

Aqui já se detecta uma possível grave consequência devido ao uso inadequado do termo. Diz-se, por exemplo que os atos cirúrgicos resultam em maior produtividade que as consultas ambulatoriais, a partir da constatação de que o montante de recursos captados junto ao INAMPS através de procedimentos cirúrgicos é maior que aqueles captados via consultas ambulatoriais de uma mesma instituição, na mesma unidade de tempo. Ora, não faz sentido aplicar o termo produtividade ao raciocínio acima. A produtividade das consultas ambulatoriais pode ser até maior, se os custos da sua produção forem suficientemente menores que os dos atos cirúrgicos, de modo a gerar um excedente maior para a instituição. Como se vê, a questão é muito mais do que semântica.

Passa-se agora à discussão a respeito dos critérios para a distribuição dos recursos e suas consequências.

Num ponto todos os critérios propostos ou praticados parecem concordar (o que, aliás, o simples bom senso indicaria) : o montante de recursos a serem distribuídos é limitado pelas necessidades de sobrevivência institucional, ou seja, são passíveis de distribuição os recursos excedentes após terem sido feitas as despesas com investimentos necessários, custeio corrente e distribuição a formação de caixa de reserva para imprevistos e/ou investimentos futuros de maior monta.

Este parece ser o único ponto de concordância. A seguir considera-se os diversos critérios de distribuição propostos e/ou praticados.

a) O primeiro critério é a distribuição proporcional à produtividade (significado correto do termo).

A aplicação deste critério começa com uma dificuldade operacional: a análise de custos dos diversos setores responsáveis pela captação de recursos da instituição. Cálculo complexo e, em alguns casos, de impossível exatidão.

Mas as principais objeções a este critério são mais graves. Os critérios utilizados para a valorização dos pagamentos pelas instituições financiadoras nem sempre estimulam o desenvolvimento dos serviços de modo a dar cumprimento às diretrizes de universalidade, integralidade e equidade. Pela atual modalidade de pagamento do INAMPS, por exemplo, não se prevê qualquer remuneração às atividades de profissionais de nível em Vigilância Sanitária e em Vigilância Epidemiológica e entre as atividades remuneradas de maneira diferencial, observa-se uma lógica que valoriza mais o modelo médico assistencial curativo, hospitalizante e individual. Exatamente o modelo oposto àquele preconizado pela 8a. Conferência Nacional de Saúde e consagrado nos diversos diplomas legais citados.

Além desta grave distorção propiciada pela adoção deste critério, outras, derivadas do pagamento diferenciado aos trabalhadores e até do não pagamento a muitos, poderão ocorrer (como já foi apontado no item 4.2.1). A saber: sensação de injustiça, aumento de conflito, perda do espírito de equipe, redução das atividades de alguns setores, descompromisso institucional e social. O resultado final da adoção deste critério será: desprestígio de setores, com a redução de suas atividades, comprometendo a diretriz de integralidade (que estímulo terá, por exemplo, a Vigilância Sanitária para se desenvolver?); repressão de demanda em setores pouco produtivos, comprometendo a diretriz de universalidade; e queda de qualidade nos setores menos produtivos, comprometendo a diretriz de equidade (os investimentos nos setores mais produtivos serão priorizados).

b) O segundo critério é o da captação de recursos (com frequência, chamado erroneamente de produtividade).

Tal critério prevê a distribuição dos recursos proporcionalmente ao volume captado em cada setor. Por exemplo, se o Centro Cirúrgico captou 30% dos recursos, será distribuído entre os seus funcionários 30% do fundo destinado ao incentivo.

Cabem aqui todas as críticas feitas ao primeiro critério e a sua adoção levará as mesmas distorções (item a), com um agravante. A injustiça pode ser maior porque o setor que maior volume de recursos capta, necessariamente não é o mais

produtivo. Voltando ao exemplo do Centro Cirúrgico: é possível que os gastos com as atividades cirúrgicas consumam todos os recursos captados por este setor (ou até mais), não gerando excedente para a Ins. titulação e seus funcionários terão direito a 30% do fundo considerado.

c) O terceiro critério é o da distribuição do fundo de incentivo a todos os funcionários, proporcionalmente ao salário de cada um.

Neste caso, o resultado poderá ser o aumento da produção e da captação de recursos, formação de sentimento corporativo e de equipe, aumento do compromisso com a instituição e social e atendimento às diretrizes de integralidade, universalidade e equidade.

Entretanto, embora este critério de pré-condições para se atingir os objetivos assinalados, sua adoção, se não for acompanhada de medidas administrativas adequadas, ousadas e modernas, poderá resultar em fracasso. É o se que discutirá a seguir.

4.3) Proposta de administração do fundo de incentivo.

A proposta que se formula a seguir pretende servir para operacionalizar o terceiro critério (item c).

Se na raiz da proposta de criação de fundos de incentivo está preocupação com a melhoria do desempenho dos serviços públicos, claro fica desde logo, que tal medida a deve proporcionar a melhoria da qualidade e aumento da quantidade dos serviços.

As experiências modernas de aumento de produtividade (aqui empregado corretamente) com a melhoria da qualidade do produto não tem sido conseguidas através do aperfeiçoamento ou complexificação de mecanismos próprios da burocracia. Pelo contrário, as grandes novidades administrativas, aplicadas principalmente na indústria, com aumento de produtividade (daqui por diante sempre empregado corretamente) tem se dado com a simplificação dos mecanismos burocráticos.

A implantação dos Círculos de Controle de Qualidade, dos Grupos Semi-Autônomos subvertendo a lógica da esteira de produção, a abolição do relógio - ponto e a participação nos lucros são alguns exemplos de medidas que, em geral aplicadas combinadas entre si e/ou com outras tem dado bons resultados de produtividade (6,7,10).

Os princípios em que se embasam estas medidas, geralmente são, aumento do poder decisório das diversas partes que compõem o todo da orga-

nização (maior autonomização) e maior coletivização das decisões e do controle, (contrariando os mais arraigados dos ditames da Burocracia).

Propõem-se a seguir quatro medidas administrativas, a primeira visando maior autonomização das unidades e as outras visando maior coletivização das decisões e do controle.

4.3.1) Maior autonomização das unidades, gerando maior resolubilidade das mesmas. Formas jurídicas deverão ser pesquisadas. Trabalho de Padilha (9) recomenda, por exemplo, que os hospitais públicos do Estado de São Paulo sejam transformados em autarquias.

4.3.2) Definição de objetivos e metas aprovadas coletivamente pelos funcionários e aprovadas pela direção da unidade.

Este objetivos e metas não poderão ser somente quantitativos, porém terão que ser criados mecanismos de avaliação de qualidade e resolubilidade dos serviços.

4.3.3) Constituição de grupo de controle de produtividade e qualidade (GCPQ) eleito pelos funcionários que trabalharão juntamente com o diretor. A presença de duas fontes de poder, uma emanada "de cima" (do governo), o diretor e outra emanada "de baixo", o GCPQ, convivendo em equilíbrio, deve garantir maior transparência do serviço e aumentar o compromisso institucional e social. O grupo deve garantir o cumprimento das metas e da qualidade, sendo substituído se as metas e os parâmetros de qualidade não forem atingidos, o que será verificado periodicamente pelo coletivo da unidade.

4.3.4) Participação Institucionalizada dos usuários na direção das unidades buscando a avaliação periódica dos serviços(qualidade e quantidade) assim como dos recursos alocados na unidade.

BIBLIOGRAFIA

1. BRASIL. Ministério da Saúde. "Secretaria de Assistência à Saúde." Portaria No 234 de 07/02/1992. Brasília: Diário Oficial da União, 10 de fevereiro 1992.
2. CHIAVENATO, Idalberto. Administração: teoria, processo e prática. São Paulo: McGraw-hill do Brasil, 1985, 381p.
3. COMISSÃO Nacional da Reforma Sanitária, Documento III. Rio de Janeiro: Secretaria Técnica da CNRS, 1987.
4. CORDONI JUNIOR, Luiz. Sobre a organização do nível central dos serviços públicos de saúde. In: Saúde em Debate, n.22, 1988, p. 38-44.
5. JANETE, ADIB D. "Pronunciamento do Ministro. Brasília, Ministério da Saúde, 1992." 03p.
6. MATTOS, Ruy de Alencar. Gerência e Democracia nas organizações. Brasília: Ed. Livres, 1988, 229p.
7. MOTTA, Paulo Roberto. Flexibilidade estrutural: a Implantação do organograma e as bases da organização atomizada e holográfica. Belo Horizonte, (198-), 17p.
8. OLIVEIRA, Francisco Eduardo Barreto de. Eficácia dos serviços governamentais e não governamentais na área de saúde. In: Hospital, administração e saúde, v.41, n.11, 1987, 06p.
9. PADILHA, Roberto Quelroz. Proposta de Plano de recuperação da capacidade funcional dos hospitais públicos do SUDS - SP, 1988, 35p.
10. SEMLER, Ricardo. Virando a própria mesa. São Paulo: Best Seller, 1988, 274p.
11. SIQUEIRA, Moema Miranda de. Eficácia da administração pública: Implantação democrática. Belo Horizonte: UFMG, 1989, 14P.

EXPEDIENTE

IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Presidente - Ministro da Saúde, Adib Domingos Jatene.
Vice-Presidentes - Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, José Carlos Seixas; Secretário Nacional de Assistência à Saúde, José da Silva Guedes; Secretário Nacional de Vigilância Sanitária, João Baptista Risi Júnior; Presidente da Fundação Nacional de Saúde, João Carlos Pinto Dias, e Presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Herman Gonçalves Schatzmayr.

Comissão Organizadora

Coordenador - Presidente do CONASEMS, José Eri Medeiros.

Comitê Executivo

Coordenador - Presidente do CONASEMS, José Eri Medeiros.

Coordenador Adjunto - Representante do CONASS, Mauro Daisson Otero Goulart.

Secretário Geral - Assessor do Secretário Executivo do Ministério da Saúde, Amaro Luiz Alves.

Assessor de Orçamento e Finanças - Coordenador da Coordenação de Execução Orçamentária e Financeira do Ministério da Saúde, Erasmo Ferreira da Silva.

Assessora de Orçamento e Finanças Adjunta - Assessora do Secretário Executivo do Ministério da Saúde, Jurema Malcher Fonseca.

Relator - Presidente da ABRASCO, Professor Arlindo Fábio Gomez de Sousa

Relator Adjunto - Professor da ENSP-Fiocruz, Jorge Antonio Zepeda Bermudez.

Comitê Consultivo

Presidente - Raimundo Bezerra

Membros - Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados; Presidente da Comissão Permanente de Assuntos Sociais do Senado Federal; Representantes dos Ministérios (Saúde, Previdência e Assistência Social, Trabalho e Administração, Economia, Fazenda e Planejamento, Educação, Relações Exteriores e Ação Social), CONASEMS; CONASS; CUT; CGT; Força Sindical; CONTAG; CNI; CNC; CNA; CNTI; CNTC; OPAS; Abrasco; Conselho de Classe (CFN; CFAS; CFB; CFF; CFMV; CFFTO; CFP); CIMI, Plenária Nacional de Saúde; CEBES; Confederação Nacional dos Aposentados; UPI; representantes das entidades nacionais dos médicos, odontólogos, farmacêuticos, enfermeiros, representantes ABRAMGE; FBH; ABI; FENAESS; Confederação das Misericórdias do Brasil; OCB e um Secretário Municipal de Saúde de capital indicado pelo CONASEMS.

Produção - Grupo de Trabalho Técnico - Coordenador: Professor da UNICAMP, Dr. Nelson Rodrigues dos Santos.

Coordenadora-Adjunta: Dr^a Ângela Barcellos Pinheiro Machado

Edição - Grupo de Trabalho de Comunicação Social -
Coordenador Jornalista: Antonio Manoel de Oliveira.

GRUPOS DE TRABALHO DA COMISSÃO ORGANIZADORA DA IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

G.T. Técnico:

Coordenador: Nelson Rodrigues dos Santos

Coordenadora-Adjunta: Ângela B. Pinheiro Machado

G.T. Articulação:

Coordenador: Paulo Antônio Gomes Dantas

Coordenadora-Adjunta: Jacinta de Fátima Sena da Silva

G.T. Comunicação Social:

Coordenador: Antonio de Oliveira

Assessora Internacional:

Coordenadora: Maria Angélica Gomes

Assessoria de Planejamento:

Coordenador: Arlindo Fábio Gomez Sousa

Coordenadora Adjunta: Maria Elizabeth Diniz Barros

Apoio Administrativo:

Coordenadora: Olívia F. da Silva Corrêa

Assessoria Especial:

Coordenador: Francisco Lopes

Coordenadora Adjunta: Christina Tavares